

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Mot entier	Abréviation
Activité Physique	AP
Cancer du Sein	CS
Focus Groupe	FG
Non Signalé	NS
Qualité De Vie	QDV
Thème Analytique	TA
Thème Descriptif	TD

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction et problématique.....	1
2	Cadre théorique.....	3
2.1	Cancers.....	3
2.1.1	Définition et physiopathologie	3
2.2	Cancer du sein.....	3
2.2.1	Définition et physiopathologie	3
2.2.2	Facteurs de risques et principaux mécanismes de développement du cancer du sein	4
2.2.3	Epidémiologie	4
2.3	Dépistage et traitements du cancer du sein	5
2.3.1	Dépistage	5
2.3.2	Traitements du cancer du sein	5
2.3.2.1	Traitements locaux	5
2.3.2.2	Traitements systémiques	6
2.4	Effets et impacts du cancer et de ses traitements médicaux.....	6
2.4.1	Déconditionnement, prise de poids et obésité	7
2.4.2	Impact sur le quadrant supérieur	7
2.4.3	Fatigue.....	8
2.4.4	Douleurs	8
2.4.5	Autres impacts physiologiques.....	8
2.4.6	Impacts sur l'image du corps et impacts psychosociaux.....	9
2.5	Activité physique et exercice	9
2.6	Activité physique et cancer	10
2.6.1	Guidelines.....	10
2.6.2	Lymphœdème et activité physique.....	11
2.6.3	Effets de l'activité physique dans le cadre du cancer dont le cancer du sein	11
2.6.3.1	Précautions et contre-indications à l'activité physique	12
2.7	Groupe.....	12
2.8	Rôle du physiothérapeute auprès des personnes atteintes du cancer du sein	13
3	Méthodologie.....	14
3.1	Question et objectifs de recherche	14
3.2	Stratégie de recherches d'articles.....	14
3.2.1	Base de données	14
3.2.2	Sélection des articles et critères d'inclusion et exclusion.....	15
3.3	Analyse de la qualité des articles	15
3.3.1	Méthodologie d'analyse des données.....	16

4	Résultats.....	17
4.1	Résultats de notre recherche d'articles.....	17
4.2	Présentation et descriptions des articles retenus	17
4.3	Analyse des résultats.....	20
4.3.1	Raisons de se joindre au groupe et attentes	20
4.3.2	Bénéfices des groupes d'activité physique.....	21
4.3.3	Influence des pairs sur la participation	22
4.3.4	Perceptions de soi, de la maladie, des autres et des groupes	23
4.3.5	Barrières et facilitateurs environnementaux	24
4.3.6	Supervision par une personne formée	25
5	Discussion.....	26
5.1	Bénéfices sociaux.....	26
5.2	Soutien social	27
5.3	Emergence de sources d'auto-efficacité.....	27
5.4	Normalité au sein du groupe et environnement facilitateur	28
5.5	Identité sociale positive.....	29
5.6	Obstacles liés au groupe.....	30
5.6.1	Autres obstacles.....	30
5.7	Liens avec la physiothérapie	31
5.8	Limites de notre revue de littérature	32
6	Conclusion.....	34
	Liste de références.....	36
	Bibliographie	47
	Annexes.....	50

1 INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE

« Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2015). En 2012, le nombre de nouveaux cas s'élève à 14 millions et le nombre de décès par cancer à 8,2 millions au niveau mondial (Centre international de Recherche sur le Cancer [CIRC], 2013 ; Schaller, Grira, Keta & Spechbach, 2015). Au cours des vingt prochaines années, une augmentation du nombre de nouveaux cas devrait s'élever à environ 70 % (OMS, 2015).

D'après le rapport de Arndt et al. (2016), cette augmentation du nombre de cancers serait liée au vieillissement de la population et non à l'augmentation du risque de cancer dont le taux est relativement stable depuis une vingtaine d'années. De plus, on observe une diminution de la mortalité de 36 % pour les hommes et 27 % pour les femmes. Ainsi, le taux de survie à 5 ans, tous cancers confondus, est de 65 % chez les hommes et 68 % chez les femmes (Arndt et al., 2016).

En Suisse et dans le monde, le cancer le plus répandu touchant les femmes est le cancer du sein (CS) (Arndt et al., 2016 ; CIRC, 2013) Il représente au niveau national 5'250 femmes par années nouvellement diagnostiquées (Arndt et al., 2016) et 1,7 millions au niveau mondial (CIRC, 2013).

Malgré des progrès conséquents ces dernières années, le cancer et ses traitements ont encore d'importants effets indésirables à plus ou moins long terme affectant la qualité de vie (QDV) de la personne (Brown, Winter-Stone, Lee, & Schmitz, 2012 ; Schmitz, 2011). Chez les femmes atteintes du CS, ces effets indésirables ont non seulement des répercussions physiologiques, mais affectent également l'aspect psychosocial et identitaire de la personne (Lantheaume et al., 2015).

La durée de vie des femmes atteintes de CS étant prolongée et cette population étant croissante, il semble important de s'intéresser au vécu de ces survivantes et aux interventions en physiothérapie qui pourraient avoir une action sur ces effets indésirables. On entend par survivants du cancer, les personnes vivant un cancer ou en ayant eu un selon Macmillan Cancer Support (2011, cité dans Bourke et al., 2013).

En effet, le physiothérapeute est amené à intervenir auprès des personnes ayant le CS tant dans le milieu hospitalier qu'ambulatoire. Selon l'Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care [ACPOPC] (1993, cité dans The Chartered Society of Physiotherapy [CSP], 2003), l'un des objectifs de la physiothérapie est de diminuer les effets indésirables liés à la maladie et ses traitements. Ainsi, une approche active est intéressante à envisager : l'activité physique (AP) a déjà prouvé ses bénéfices auprès de cette population.

D'ailleurs, Romieu et al. (2012) mettent en évidence que « le rôle bénéfique de l'activité physique sur la fatigue et la qualité de vie a été démontré chez les patients atteints de cancer, pendant ou après les traitements, dans plusieurs essais thérapeutiques et méta-analyses » (p. 980). L'AP a aussi des effets bénéfiques chez les femmes atteintes de CS, dans des domaines spécifiques telles que la douleur,

l'estime de soi, l'image corporelle et le bien-être émotionnel (Mishra et al., 2012). Elle agit de même au niveau physiologique, sur les capacités fonctionnelles, les facteurs psychologiques, la composition corporelle etc. (Fong et al., 2012 ; Mishra et al., 2012). En plus de son action sur les effets indésirables, l'AP régulière modérée à vigoureuse a aussi un impact sur les risques de récurrences de cancer ainsi que sur le taux de mortalité lié au CS (Brown et al., 2012 ; Ibrahim & Al-Homaidh, 2011 ; Schmitz, 2011). Cependant, on observe entre avant et après le diagnostic, une réduction de l'AP d'environ 2 heures par semaine chez les personnes atteintes du CS (Brown et al., 2012).

Desnoyers, Riesco, Fülöp & Pavic (2016) préconisent de l'AP adaptée en groupe dans le cadre de la prise en charge de personnes atteintes de cancer. Cette configuration prendrait en compte le regard des autres et faciliterait la possibilité de supervision (Desnoyers et al., 2016). De plus, il favoriserait aussi les comportements positifs du point de vue de l'AP pour la plupart des populations, sans distinctions de leur état de santé (Harden et al., 2015). Les groupes sont donc intéressants à explorer : il en existe déjà pour certaines affections chroniques dans le cadre de la physiothérapie.

En Suisse Romande, on retrouve notamment des groupes supervisés par des physiothérapeutes pour les problématiques cardio-respiratoires, de lombalgies chroniques et de sclérose en plaque (Hirslanden, n.d. ; Hôpitaux Universitaires Genève [HUG], 2016 ; la Lignière, n.d.). Sur la région vaudoise, il n'existe qu'un seul groupe d'AP supervisé par un physiothérapeute pour les personnes atteintes de cancer à notre connaissance (Hirslanden, 2015).

En vue de la diminution de l'AP chez les femmes atteintes du CS et des bienfaits de l'AP, nous trouvons intéressant d'examiner de plus près l'AP en groupe dans ce contexte par une approche qualitative. En effet, nous souhaitons explorer en quoi l'AP en groupe peut favoriser la participation à une AP chez les femmes atteintes du CS ?

Pour répondre à cette question, nous avons effectué une revue de littérature qui se divise en 2 parties. Dans la première partie, appelée cadre théorique, nous abordons des concepts clés nécessaires à la compréhension de ce travail. Nous commencerons par définir le cancer, puis le CS, les traitements et leurs effets indésirables. Ensuite, nous aborderons l'AP dont son rôle, ses bénéfices et les précautions liées au cancer. Pour finir, nous traiterons la thématique du groupe et le rôle du physiothérapeute dans la prise en charge du CS.

La deuxième partie du travail est la revue de littérature. Nous ferons un rappel de notre question de recherche ainsi que de nos objectifs, suivi de la présentation de la méthodologie et de nos résultats. Nous apporterons dans la discussion un regard critique, discuterons des résultats afin de répondre à la question de recherche et ferons des liens avec la littérature et la physiothérapie. Pour finir, nous présenterons les points importants émergeant de notre revue, nous aborderons l'implication pour la pratique et proposerons des pistes pour des recherches futures dans la conclusion.

2 CADRE THÉORIQUE

2.1 Cancers

2.1.1 Définition et physiopathologie

D'après l'OMS (2016a) :

Le cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases.

Les cellules saines du corps humain croissent et se divisent dans le but de renouveler et remplacer les cellules vieilles, endommagées ou pour réparer des lésions. Les cellules cancéreuses ne répondent plus à cette règle : elles ne meurent pas et se divisent de façon incontrôlée ce qui peut alors former une masse appelée tumeur (American Cancer Society, 2015 ; National Cancer Institute [NIH], 2015a). La transformation d'une cellule saine en cellule cancéreuse se produit suite à des mutations multiples dans l'ADN d'un gène (American Cancer Society, 2014 ; Hejmadi, 2010 ; NIH, 2015a).

Six caractéristiques principales ont été décrites afin de mieux comprendre la biologie du cancer. Elles permettent la croissance de la tumeur ainsi que la dissémination des métastases (Hanahan & Weinberg, 2011 ; Hejmadi, 2010). Ces caractéristiques sont présentées en détails en [annexe I].

2.2 Cancer du sein

2.2.1 Définition et physiopathologie

Le CS touche près de 5'500 femmes près de 40 hommes sont touchés par la maladie chaque année en Suisse. Cela représente plus de 15 femmes par jour touchées par le CS (Zollikon, 2015).

La tumeur se forme à partir des cellules épithéliales, ce sont des cancers canaux connus sous le nom d'adénocarcinomes (Arnal-Morvan & Laganier, 2015 ; NIH, 2015a). Dans 95 % des cas, la tumeur se localise au niveau des petits canaux qui conduisent le lait jusqu'au mamelon. Dans de plus rare cas, elle se situe au niveau des lobules qui ont pour fonction de produire le lait (Arnal-Morvan & Laganier, 2015 ; PubMed Health, 2015 ; Saglier & Gligorov, 2014). Le cancer peut être in situ ou infiltrant, dans le premier cas la tumeur reste localisée à l'intérieur du canal ou du lobule mammaire, dans le second cas, la tumeur se répand vers les ganglions lymphatiques et envahit les tissus voisins (Arnal-Morvan & Laganier, 2015 ; Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], 2015a). Le CS peut être classé du stade 0 à IV, selon la taille de la tumeur, l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques et la présence ou non de métastases. Le stade 0 correspond au cancer in situ alors que le stade IV correspond à la présence de métastases (Institut national du cancer, n.d.a ; Saglier & Gligorov, 2014).

2.2.2 Facteurs de risques et principaux mécanismes de développement du cancer du sein

Plusieurs facteurs de risques ont une influence sur la survenue du CS, on parle d'une maladie multifactorielle (Institut national du cancer, n.d.b).

Les facteurs de risques les plus prépondérants dans la survenue du CS ne sont pas modifiables. Ceux-ci comprennent le sexe, les femmes sont 100 fois plus concernées que les hommes, l'âge dont le risque augmente avec la vieillesse ainsi que les facteurs ethniques car les femmes blanches sont les plus touchées. Les facteurs génétiques sont également des facteurs non modifiables, 5 à 10 % des cancers sont liés à des prédispositions héréditaires. D'autres facteurs sont mentionnés comme la survenue des règles avant l'âge de 12 ans, une ménopause tardive, la naissance d'un premier enfant après l'âge de 30 ans ou pas d'enfant, des affections des seins, des irradiations au niveau de la poitrine et des antécédents de cancer de l'ovaire ou de l'utérus (American Cancer Society, 2016 ; Arndt et al., 2016 ; Ligue suisse contre le cancer, 2015a ; OMS, 2016b ; PubMed Health, 2015 ; Saglier & Gligorov, 2014).

D'autres facteurs sont liés au mode de vie et peuvent être modifiés. Le surpoids et l'obésité (surtout après la ménopause), la prise d'un traitement substitutif hormonal contre les troubles de la ménopause ou la pilule contraceptive, la consommation d'alcool et de tabac et une inactivité physique font partie des facteurs de risques modifiables (American Cancer Society, 2016 ; Arndt et al., 2016 ; Ligue suisse contre le cancer, 2015a ; OMS, 2016b ; PubMed Health, 2015 ; Saglier & Gligorov, 2014).

2.2.3 Epidémiologie

Le CS est, au niveau mondial, le deuxième cancer le plus fréquent après le cancer du poumon. Il représente 11,9 % des cancers. En effet, environ 1,7 millions de nouveaux cas de CS sont diagnostiqués chaque année (CIRC, 2013 ; Schaller et al., 2015 ; World Cancer Research Fund International, 2015).

En Suisse, d'après l'Office fédéral de la statistique [OFS] (2016), le CS représente « près d'un nouveau cas de cancer sur trois et près d'un décès sur cinq lié au cancer ». Bien que ce cancer concerne principalement les femmes post-ménopausées, 1 femme sur 5 est âgée de moins de 50 ans au moment du diagnostic (de Roche, 2015).

Schaller et al. (2015) avancent qu'après les maladies cardiovasculaires, les cancers sont la deuxième cause de mortalité chez les femmes. Le CS est celui qui cause le plus de décès chez la femme (CIRC, 2013 ; Schaller et al., 2015). En Suisse, ce cancer provoque 1'400 décès par an (Ligue suisse contre le cancer, 2015b). La mortalité est cependant en diminution depuis 1988, notamment chez les femmes de 50 ans et plus (OFS, 2016 ; Schaller et al., 2015). Environ 80 % des femmes atteintes du CS sont encore en vie 5 ans après le diagnostic (Ligue suisse contre le cancer, 2015b).

2.3 Dépistage et traitements du cancer du sein

2.3.1 Dépistage

L'OMS (2016c) décrit deux moyens de dépistage précoce du CS. Le premier est l'éducation afin de reconnaître les signes et symptômes de ce dernier et le second est les programmes de dépistage chez des individus ne présentant pas de symptômes. Ils peuvent comprendre l'examen clinique, le dépistage radiologique dont la mammographie et les biopsies (Arnal-Morvan & Laganier, 2015 ; NIH, 2015b).

2.3.2 Traitements du cancer du sein

De nos jours, le choix des traitements contre le CS varie d'après plusieurs facteurs. Il est déterminé selon le stade du cancer ainsi que la localisation des tumeurs, leurs caractéristiques, la présence de récepteurs hormonaux à la surface des cellules tumorales, l'état général de la personne, son âge, ménopause, etc. (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2016 ; Senkus et al., 2015).

Les modalités de traitements seront à visée locale et/ou systémique selon les objectifs souhaités : guérir du cancer, contrôler le cancer, soulager les symptômes ou prévenir les récurrences [traduction libre] (Brown et al., 2012, p. 20). Ceux-ci comprennent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et la thérapie biologique dont l'immunothérapie et les thérapies ciblées (NIH, 2015c ; NCCN, 2016 ; Senkus et al., 2015).

2.3.2.1 Traitements locaux

Les traitements locaux regroupent la chirurgie et la radiothérapie. Ces traitements sont en général combinés l'un à l'autre voire à des traitements systémiques (CHUV, 2015b).

Dans le cadre du CS, le terme de chirurgie englobe la chirurgie conservatrice, la mastectomie, la technique du ganglion sentinelle, le curage ganglionnaire et, par extension, la reconstruction mammaire. La chirurgie sert à la fois de diagnostic et de traitement. Lorsqu'elle est à visée de traitement, le but est de retirer la ou les tumeurs. Elle est le plus souvent appliquée dans les stades précoces (*0-III*) comme traitement de première intention (Institut Curie, 2013 ; NCCN, 2016 ; NIH, 2015c). Les détails des différents traitements sont présentés en [annexe II].

Lors de la chirurgie du sein, la reconstruction mammaire devrait être proposée lorsqu'elle est possible (Rainsbury & Willter, 2012 ; NCCN, 2016). Il s'agit soit de la mise en place de prothèse ou soit de l'utilisation de lambeaux de muscles (grand dorsal ou transverse de l'abdomen) ou de lambeau abdominal (Ligue contre le cancer, 2015d ; Senkus et al. 2015).

La radiothérapie est utilisée comme traitement local curatif ou palliatif, dans le but de détruire les cellules tumorales. Ce sont les radiations qui vont endommager l'ADN des cellules. Cela aura pour conséquences la diminution voire l'arrêt de la division cellulaire ou encore la mort de la cellule (apoptose) (CHUV, 2015c ; NIH, 2010). Dans le cadre du CS, le traitement doit être suivi de façon

quotidienne sur plusieurs semaines de suite, selon les situations il varie entre 1-7 semaines (CHUV, 2015c).

2.3.2.2 Traitements systémiques

Ces thérapies sont dites systémiques car elles vont circuler dans tout le corps par voie sanguine. Par ce biais, elles ont une action sur les cellules tumorales, même à distance de la tumeur principale. Il s'agit principalement de la chimiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie (Gonzalez-Angulo, Morales-Vasquez & Hortobagyi, 2007).

Ces thérapies peuvent être administrées avant ou après la chirurgie ; on parle de thérapie néoadjuvante (avant) ou adjuvante (après). Elles peuvent être aussi administrées en tant que traitement seul, notamment dans le cas du cancer métastatique (Gonzalez-Angulo et al., 2007 ; Rucowniz et al., 2016).

La chimiothérapie est l'utilisation de substances cytotoxiques. Elles visent le cycle de division cellulaire de manière similaire à la radiothérapie (Leuchat, 2006 ; Payn & Miles, 2008). Cependant, son action est non-spécifique aux cellules tumorales, elle affecte alors les cellules saines et notamment les cellules à division rapide (Leuchat, 2006 ; Payn & Miles, 2008). L'administration se déroule sous forme de cycle de traitement (jusqu'à 8 cycles). Un cycle représente 1 à 5 jours durant lesquels la personne bénéficie de la chimiothérapie suivi de 3 à 4 semaines de pause (Cancer Research UK, 2014 ; NIH, 2015c).

Une majorité des CS expriment des récepteurs hormonaux à la surface de leurs cellules (Odermatt, Wolfer et Zaman, 2013). Ainsi, le CS croît à l'aide de certaines hormones produites par notre corps. Le but du traitement d'hormonothérapie est de limiter ce phénomène (CHUV, 2015d ; NIH, 2015c).

L'immunothérapie vise à stimuler le système immunitaire à se défendre contre le cancer (NIH, 2015c). Elle existe, entre autres, sous forme de vaccin et d'anticorps spécifiques à la tumeur (Wright, 2012). Pour le moment, peu de patients en bénéficient et des études sont en cours (Cancer Research UK, 2015b).

2.4 Effets et impacts du cancer et de ses traitements médicaux

Ces dernières années, les avancées en termes de diagnostic et de traitements ont été marquées par une réduction de la mortalité dans les pays occidentaux (Brown et al., 2012 ; Senkus et al., 2015). De plus, les effets indésirables et l'inconfort ont été réduits, des schémas d'administration plus adaptés ont été mis en place, des nouvelles formulations ont été choisies et le nombre de cas sans rechute ainsi que la survie ont été prolongés [traduction libre] (Spano, Azria, & Gonçalves, 2015, p. 275).

Pourtant, aujourd'hui encore, les traitements du CS n'ont pas que des effets curatifs : ils sont la cause d'effets indésirables conséquents que ce soit à court terme, à long terme voire tardifs. On entend par tardif une apparition à distance du traitement (Schmitz, 2011). Ceux-ci peuvent être persistants et se répercuter sur plusieurs mois, années, voire à vie et affecter la QDV de la personne (Brown et al., 2012 ; Schmitz, 2011). A cela peut s'ajouter la détresse psychologique qui découle de la maladie et de ses traitements (Khan, Amatya, Demetrios, Zhang, & Turner-Stokes, 2012 ; Schmitz, 2011).

Des facteurs de prédisposition existent quant au développement d'effets indésirables. Il s'agit des comorbidités, l'âge, le sexe, ... en plus des combinaisons de traitements utilisés (Schmitz, 2011).

Voici un aperçu des principaux effets dans les sous-chapitres qui suivent, la liste n'est pas exhaustive.

2.4.1 Déconditionnement, prise de poids et obésité

Un déconditionnement est fréquemment observé chez les personnes diagnostiquées d'un CS, en particulier lors des traitements. Une diminution d'environ 2 heures d'AP par semaine entre avant le diagnostic et post-traitement est constatée (Brown et al., 2012 ; Irwin et al., 2003). Ce phénomène serait d'autant plus important lorsque les personnes concernées sont obèses ou suivent un traitement combiné de radiothérapie et chimiothérapie (Irwin et al., 2003). Tous ceci a un impact au niveau de la capacité cardiovasculaire et pulmonaire et sur la composition de la masse corporelle (Brown et al., 2012).

Selon Romieu et al. (2012), l'obésité et le surpoids concerneraient près de 50 % des femmes diagnostiquées du CS en France. La prise de poids a lieu dans 84 % des cas (Helms, O'Hea, & Corso, 2008). Elle influe sur les maladies cardiovasculaires et métaboliques (Schmitz, 2011). Selon Helms et al. (2008), l'augmentation du poids serait en partie expliquée par « certains traitements de chimiothérapie, une diminution de l'AP, des stratégies de coping mal adaptées et la ménopause » (p. 318). Des changements de composition de la masse corporelle sont alors observés, dont une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse (Helm et al., 2008 ; Schmitz, 2011 ; Romieu et al., 2012). Une perte de poids peut aussi être observée (Helms et al., 2008).

2.4.2 Impact sur le quadrant supérieur

Selon l'intervention, la chirurgie est connue pour engendrer des problématiques du quadrant supérieur à court et long terme dont le lymphoedème, des douleurs, une diminution de mobilité et parfois aussi une diminution de force (Brown et al., 2012 ; Schmitz, 2011 ; Shamley & Robb, 2015). Les douleurs et la diminution de mobilité sont souvent liées à des séquelles de l'intervention chirurgicale : les lésions cutanées (cicatrices) et musculaires. Elles peuvent être également la conséquence d'un lymphoedème. (Hidding, Beurskens, van der Wees, van Laarhoven, & Nijhuis-van der Sanden, 2014 ; Schmitz, 2011). La capacité fonctionnelle de la personne en sera affectée (Hidding et al., 2014). Selon Torres Lacomba et al. (2010), une mobilité restreinte de l'épaule est l'un des facteurs les plus importants qui limitent les activités fonctionnelles des femmes après une chirurgie mammaire.

L'œdème lymphatique, chez les personnes atteintes du CS, est lié à la chirurgie du quadrant supérieur et/ou à la radiothérapie (Brown et al., 2012). Il apparaît en raison d'une insuffisance du système lymphatique (Vaillant, Gironet, & Machet, 2005). Lanz (2010) mentionne que 3 à 5 ans après une opération du CS, environ 20 % des femmes en développerait un. Selon Runowicz et al. (2016), cela concernerait jusqu'à 40 % des femmes en prenant en compte les conséquences de la radiothérapie seule ou combinée à la chirurgie.

2.4.3 Fatigue

La fatigue est un symptôme fréquent lié au CS et à ses traitements (Bardewell & Ancoli-Israel, 2008 ; Bouillet et al., 2015). Selon Lanz & Lienhard (2012), « plus de deux tiers des personnes atteintes d'un cancer souffrent tôt ou tard de la fatigue liée au cancer au cours du traitement » (p. 7).

Il s'agit d'un phénomène complexe et particulier, d'origine multifactorielle (Bardewell & Ancoli-Israel, 2008 ; Bouillet et al. 2015). En effet, cette fatigue n'est pas soulagée par le repos ou encore le sommeil (Bardewell & Ancoli-Israel, 2008). Elle peut être liée à la maladie, au traitement, à l'état émotionnel et psychologique de la personne ainsi qu'à son état hémodynamique (Bardewell & Ancoli-Israel, 2008 ; Bouillet et al., 2015). Cette problématique affecte notablement la QDV de la personne (Bardewell & Ancoli-Israel, 2008 ; Reinertsen, Cvancarova, Loge, Edvardsen, Wist, & Fosså, 2010).

2.4.4 Douleurs

Les douleurs liées au cancer ont plusieurs origines, certaines sont directement dues à des compressions des structures ou obstruction d'organes par la tumeur (Cancer Research UK, 2015a ; Jenny & Lanz, 2014), d'autres peuvent provenir des suites des traitements (Cancer Research UK, 2015a ; Mayoral Del Moral, & Gerwin, 2009 ; Torres-Lacomba, 2009).

2.4.5 Autres impacts physiologiques

Des effets cardiotoxiques sont rapportés lors des certains traitements de chimiothérapie, ils font partie des effets indésirables fréquemment rencontrés (Brown et al., 2012 ; Schmitz, 2011). Les autres effets sont une altération du système immunitaire et endocrinien, des faiblesses musculaires, des troubles gastro-intestinaux et trophiques et des complications pulmonaires. Les complications pulmonaires sont dues principalement à l'irradiation de la région thoracique haute et/ou à la chimiothérapie (Brown et al., 2012).

Des neuropathies périphériques sont rapportées suite aux traitements et plus particulièrement dans le cadre de la chimiothérapie (on parle de neurotoxicité). Cette problématique peut affecter la mobilité de la personne et son équilibre (Brown et al., 2012 ; Schmitz, 2011).

La ménopause prématurée est une des conséquences liées à l'hormonothérapie et à la chimiothérapie. Elle apparaît avec les symptômes associés habituels dont les bouffées de chaleur, la prise de poids, ... (Schmitz, 2011 ; Société canadienne du cancer, 2016). L'hormonothérapie affecte aussi la densité osseuse (Schmitz, 2011) et augmente le risque d'ostéoporose et de fractures (Odermatt et al., 2013).

De plus, des symptômes tels que des vomissements et des nausées sont fréquemment observés suite à la chimiothérapie (Markes, Brockow, & Resch, 2006).

2.4.6 Impacts sur l'image du corps et impacts psychosociaux

Les personnes atteintes du CS sont à même d'expérimenter des modifications de leur corps et de leur image corporelle. Cette dernière correspond à la fois à la perception que la personne a de son corps, dont son apparence et comment les autres la renvoient, mais aussi à la manière dont la personne vit son corps (Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså, & Dahl, 2010 ; Lantheaume et al., 2015).

Des changements d'apparence peuvent être observés tels que la perte de cheveux, la perte ou la prise de poids, l'apparition d'un œdème lymphatique et des altérations cutanées en raison de la radiothérapie. La perte d'un ou des deux seins en plus des cicatrices laissées par les interventions altère leur image corporelle (Falk Dahl et al., 2010 ; Lantheaume et al., 2015). Selon Helms et al. (2008), il s'agit d'une atteinte à un symbole de la féminité, de la mère et de la sexualité de la femme lorsqu'un sein est retiré. Souvent, une détresse psychosociale et des répercussions dans les relations avec les autres apparaissent (Lantheaume et al., 2015).

Le diagnostic du cancer, en plus de modifier de l'image du corps, amène la personne à envisager la mort et peut procurer un sentiment d'impuissance (Dauchy & Rouby, 2006 ; Helms et al., 2008). Selon Lantheaume et al. (2015), « le cancer du sein et ses traitements viennent fragiliser tout l'équilibre de la femme qui en est atteinte, en touchant les dimensions physique, psychologique et sociale » (p .367).

2.5 Activité physique et exercice

L'AP est décrite comme une augmentation de la dépense énergétique engendrée par l'activation des muscles squelettiques lors de tout mouvement corporel. Elle inclut les mouvements liés aux activités de la vie quotidienne tels que les loisirs, le travail, les tâches ménagères, les déplacements, etc. (Caspersen, 1985 ; OMS, 2016d). L'exercice est une AP planifiée, structurée, répétitive ayant comme objectif le maintien ou l'amélioration d'une ou plusieurs composantes de la capacité physique [traduction libre] (Caspersen, 1985, p. 128). Cependant, selon Vuillemin (2011), les concepts d'exercice, de sport et d'AP sont parfois inter-changés sans porter attention à la définition de ces termes. Dans ce travail, nous avons gardé une définition large de l'AP en y incluant l'exercice. Il est toutefois intéressant d'explorer de plus près la définition de l'exercice pour comprendre les recommandations.

La fréquence correspond au nombre de fois que l'AP est pratiquée sur une période donnée (en général en semaine) et la durée indique le temps imparti à la pratique de l'exercice. L'intensité est décrite de diverses manières dont les MET : Metabolic Equivalent Task, soit l'équivalent métabolique en français. Cette unité correspond au coût énergétique et est calculée par la formule suivante : $3,5 \text{ ml d'O}_2 \times \text{poids corporel en kg}^{-1} \times \text{minutes}^{-1}$ (Ainsworth et al., 2011 ; Norton, K., Norton, L., & Sadgrove, 2010). Ainsi, un MET correspond au coût métabolique au repos (Ainsworth et al., 2011).

Les guidelines et recommandations pour l'AP font référence à des catégories d'intensité (souvent définies en MET). Il y en a de 3 à 5 selon les auteurs (Centers for Disease Control [CDC], 2010 ; Norton et al., 2010). Dans le tableau 1, les niveaux d'intensité sont référencés et décrits selon les auteurs.

Intensité	CDC, 2010	Norton et al., 2010	Description de Norton et al., (2010) [traduction libre]
Sédentaire	-	<1.6 METs <40% HR _{max}	« Activité impliquant habituellement la position assise ou couchée combinée à des petits mouvements additionnels requérant peu d'énergie ».
Légère	<3 METs	1.6<3 METs 40-55 % HR _{max}	« Activité aérobie qui ne cause pas de changement notable de la fréquence respiratoire. Une intensité qui peut être soutenue pendant 60 minutes au moins ».
Modérée	3<6 METs	3<6 METs 55-70 % HR _{max}	« Activité aérobie qui peut être conduite en maintenant une conversation sans interruption. Une intensité qui peut être maintenue de 30-60 minutes ».
Vigoureuse	>6 METs	6<9 METs 70-90 % HR _{max}	« Activité aérobie durant laquelle une conversation ininterrompue ne peut être maintenue. Une intensité qui peut être maintenue jusqu'à 30 minutes ».
Elevée	-	>9 METs >90 % HR _{max}	« Une intensité qui ne peut être maintenue plus de 10 minutes ».

Tableau 1 Catégories d'intensité et leurs descriptions tiré et adapté de Norton et al. (CDC, 2010, p. 5 ; Norton et al., 2010, p. 497).

2.6 Activité physique et cancer

Suite aux récentes avancées et succès des traitements et diagnostics du cancer, l'attention se porte vers de nouveaux défis : les risques de récurrence et les effets indésirables des traitements selon Schmitz (2011). Ainsi, les récentes recherches ont mis en relief les bénéfices de l'AP sur la problématique des cancers, dont le CS. Ces bénéfices sont observés à toutes les étapes du cancer, tant au niveau de la prévention primaire que secondaire, cela pendant et après les périodes de traitement (Ballard-Barbash, George, Alfano, Schmitz, 2013 ; Brown et al., 2012).

2.6.1 Guidelines

Schmitz et al. (2010), dans leurs guidelines de l'American College of Sports Medicine, recommandent pour les survivants du cancer : une activité aérobie visant un volume total de 150 minutes d'exercice par semaine d'intensité modérée, ou 75 minutes d'exercice d'intensité vigoureuse ou encore une combinaison équivalente [traduction libre] (Schmitz et al., 2010, p. 1410). Les principaux groupes musculaires devraient être renforcés 2 à 3 fois par semaine et étirés les jours sans exercice physique (Schmitz et al., 2010). Ces recommandations équivalent à celles adressées à une population en bonne santé (Schmitz et al., 2010 ; President's Council on Fitness, Sports & Nutrition [PCSFN], 2010)

Des adaptations doivent être faites selon l'état de santé de la personne, ses capacités et les effets indésirables liés aux traitements. Si les recommandations ne peuvent être rencontrées, il faut tout au moins éviter l'inactivité (PCSFN, 2010 ; Schmitz et al., 2010).

2.6.2 Lymphœdème et activité physique

Pendant longtemps, l'exercice des membres supérieurs était découragé chez les femmes présentant un œdème lymphatique ou des risques d'en développer un (Brown et al., 2012 ; Institut Curie, 2014 ; Schmitz, 2011).

Au vu des connaissances actuelles, l'exercice physique du quadrant supérieur serait sécuritaire : rien n'indique que cela favorise ou empire un œdème lymphatique (Brown et al., 2012 ; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014 ; Schmitz et al., 2010). L'apparition et l'évolution du lymphoedème semblent pouvoir être limités par un entraînement contre résistance progressive (Armer et al., 2013).

2.6.3 Effets de l'activité physique dans le cadre du cancer dont le cancer du sein

Des bénéfices physiologiques et psychologiques sont remarqués suite à une AP régulière pendant et après les traitements (Battaglini et al., 2014 ; Brown et al., 2012 ; Senkus, 2015). L'AP régulière a une action directe sur les effets indésirables des traitements du CS, qu'ils soient persistants ou aigus [traduction libre] (Schmitz, 2011, p.193). La QDV et la santé mentale bénéficient aussi des bienfaits de l'exercice dans plusieurs domaines dont l'estime et la confiance en soi, la fatigue, le bien-être émotionnel, l'anxiété, l'humeur, etc. (Brown et al., 2012 ; Mishra et al., 2012 ; Romieu et al., 2012). De plus, l'AP permettrait de diminuer le stress émotionnel dû au cancer après les traitements (Brown et al., 2012 ; Romieu et al., 2012).

Cramp & Byron-Daniel (2012) identifient l'entraînement aérobic comme bénéfique sur la fatigue liée au cancer, que ce soit pendant ou après des thérapies adjuvantes dans le cadre du CS entre autres.

L'AP régulière modérée à vigoureuse aurait, de même, un impact sur les risques de récurrences de cancer ainsi que sur le taux de mortalité lié au CS (Brown et al., 2012 ; Schmitz, 2011). Selon une méta-analyse de Ibrahim & Al-Homaidh (2011), une réduction de 34 % de la mortalité liée au cancer et de 24 % de risque de récurrence est observée chez les personnes pratiquant une AP après le diagnostic du cancer. Cette diminution de mortalité liée au CS serait principalement valable pour celles exprimant des récepteurs hormonaux à la surface de leur tumeur (Ibrahim & Al-Homaidh, 2011, Irwin et al., 2008).

Par ailleurs, l'AP engendrerait une réduction de 40 % à 53 % de la mortalité toutes causes confondues chez les femmes atteintes du CS (Bouillet et al., 2015 ; Ibrahim & Al-Homaidh, 2011 ; Romieu et al., 2012). Cette diminution serait due à l'impact de l'AP sur les comorbidités et sur certains paramètres biologiques favorisant une récurrence (hormones, résistance à l'insuline, ...) (Romieu et al., 2012).

L'AP agit sur la force musculaire pendant et après le traitement, sur la capacité aérobic et sur la composition de la masse corporelle (Brown et al., 2012 ; Romieu et al., 2012). Brown et al. (2012) constatent que l'AP aurait un effet bénéfique sur la densité osseuse mais les preuves sont limitées. Il en est de même pour la fonction immunitaire (Brown et al., 2012 ; Romieu et al., 2012).

Le tableau 2 repris de Romieu et al. présente un résumé des principaux effets bénéfiques pendant et après traitement mis en évidence dans la littérature.

Activité physique pendant traitement	Activité physique post-traitement
↗ Niveau d'activité physique	↗ Niveau d'activité physique
↗ Capacité aérobie	↗ Capacité aérobie
↗ Force musculaire (haut et bas du corps)	↗ Force musculaire (haut et bas du corps)
↘ Poids, % de masse adipeuse	↘ Poids, % de masse corporelle
↗ Qualité de vie fonctionnelle	↗ Qualité de vie globale
↘ Anxiété	↘ Inquiétude liée au cancer du sein
↗ Confiance en soi	↗ Confiance en soi
↘ Fatigue	↘ Fatigue
	↘ IGF1 et amélioration des paramètres immunitaires

Tableau 2 Effets de l'AP avant et après traitements repris de Romieu et al., 2012

2.6.3.1 Précautions et contre-indications à l'activité physique

La pratique de l'AP a été démontrée sécuritaire pendant et après les périodes de traitement (Battaglini et al., 2014 ; Brown et al., 2012 ; Schmitz, 2011). Brown et al. (2012) précisent que les effets indésirables des traitements peuvent avoir un impact sur la capacité physique et qu'il faut prendre en compte ce facteur lorsque de l'exercice est prescrit [traduction libre] (p. 39).

En conséquence, la diversité de la personne doit être appréciée. L'AP devrait être adaptée en fonction de la réponse aux traitements, des comorbidités, de la condition physique de la personne avant le début des traitements et de la manifestation des effets indésirables (Brown et al., 2012 ; Schmitz et al., 2010). Ces derniers incluent principalement des risques de cardiotoxicité, de neuropathie, de lymphœdème, d'ostéoporose et de métastases osseuses (Schmitz et al., 2010). Elles sont à considérer et à évaluer par une équipe médicale selon les recommandations de l'American of Sport Medicine (Schmitz et al., 2010).

2.7 Groupe

Le groupe est composé de plusieurs personnes liées les unes aux autres par des interactions en raison d'un intérêt commun (Dion, 1986 ; Kipman, Amslem-Kipman, Thurin & Torrente, 2005). Plusieurs critères définissent un groupe : des relations interpersonnelles entre les membres du groupe, un but commun et des liens d'interdépendance avec les membres. Une organisation se met alors en place où chacun a son rôle et son statut au sein du groupe (Augustina & Oberlé, 1997 ; Gosling et al., 2009).

Il existe plusieurs types de groupe dont les groupes de pairs et les groupes de soutien. Selon Juillet (2000, cité dans Psychologies.com, n.d.), le groupe de pairs est un « ensemble de personnes présentant des éléments communs avec un individu (âge, milieu social, préoccupations, aspirations, etc.) et susceptibles d'influencer celui-ci ». Le groupe de pairs favorise le soutien entre les personnes ce qui permet de réduire l'anxiété et le stress, d'améliorer l'état émotionnel et de diminuer le sentiment de solitude (Montreuil, Gros, & Bouchard, 2011). De plus, il laisse concevoir pour certains une meilleure perspective de leur

situation et favorise le changement positif de leurs comportements (Montreuil, Gros, & Bouchard, 2011).

Les groupes de soutien sont constitués de personnes qui ont des situations de vie similaires. Ils permettent une rencontre entre les pairs afin de partager leurs préoccupations, leurs sentiments et leurs besoins et fournissent un soutien émotionnel (Breastcancer.org, 2015 ; Cancer.net, 2016 ; Susan G. Komen, 2016). Cependant, Perlier (2013) remet en cause le soutien par les pairs en raison des expériences personnelles négatives partagées et du manque de participation active par certains membres du groupe.

2.8 Rôle du physiothérapeute auprès des personnes atteintes du cancer du sein

La physiothérapie joue un rôle important dans tout le parcours de santé des patients atteints de cancer y compris en soins palliatifs (CSP, 2003 ; Laakso, 2006). L'objectif est de limiter ou de diminuer les effets de la maladie et de ses traitements ainsi que de maintenir ou améliorer leur QDV et leurs capacités fonctionnelles (ACPOP, 1993). Pour y répondre, la promotion d'un mode de vie sain en nutrition et actif est employé (Physiopedia, n.d. ; Ultimate Physio NQ, 2014).

Les besoins en oncologie sont très variés en raison des manifestations diverses des effets indésirables du cancer et ses traitements. Ces besoins peuvent être liés aux douleurs, aux affections neurologiques, respiratoires, musculo-squelettiques, orthopédiques, lymphatiques, etc. (CSP, 2003). Cela s'inscrit dans les domaines d'interventions et de compétences du physiothérapeute (Physioswiss, n.d.).

L'un de ses rôles auprès des patients atteints de CS est de prévenir et traiter le lymphœdème secondaire au CS par, principalement, des drainages lymphatiques manuels, l'application de bandages triple couches et par l'éducation thérapeutique (CHUV, 2015e ; Lu, Hong, Chou, & Hsiao, 2015 ; Physiopedia, n.d. ; Ultimate Physio NQ, 2014). De plus, il permet d'éviter l'enraidissement du quadrant supérieur causé par une immobilisation, par des postures antalgiques, par des cicatrices adhérentes, par des douleurs ou par l'inconfort (Clinique physiothérapie des Monts, n.d. ; Institut National du cancer, n.d.c).

En outre, le physiothérapeute ne traite pas uniquement les problèmes physiques du patient. Il utilise le modèle biopsychosocial qui lui permet de prendre en compte l'ensemble des besoins et préoccupations de la personne (Berquin, 2010 ; Physiopedia, n.d. ; CSP, 2003). De plus, ils jouent un rôle de soutien tant physique que psychologique (Pidlyskyj, Roddam, Rawlinson et Selfe, 2014).

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Question et objectifs de recherche

En quoi l'activité physique en groupe peut-elle favoriser la participation à une activité physique chez les femmes atteintes du CS ?

Nos objectifs de recherche visent à identifier les aspects positifs et négatifs de l'AP en groupe rapportés par les participantes ainsi que de déterminer quelle est l'influence des participantes et du groupe sur la participation. Nous souhaitons également explorer l'apport de l'encadrement par un professionnel.

3.2 Stratégie de recherches d'articles

3.2.1 Base de données

Nous avons effectué notre recherche dans les bases de données suivantes : PubMed, PEDro, PsycINFO, Embase, CINAHL et Cochrane. Les termes principaux utilisés dans nos équations de recherche (tableau 1) étaient : *group*, *group setting*, *group based team*, *exercise*, *physical activity*, *breast cancer*, *breast neoplasm*. Ceux-ci ont été mis en relation à l'aide des connecteurs booléens « AND » et « OR ». Lorsque cela était possible, nous avons limité les résultats à l'apparition de ces termes dans le titre et dans le résumé. La difficulté de cette recherche est que le terme *group* apparaît dans presque toutes les études. Nos équations de recherche pour chaque base de données sont présentées dans le tableau 3.

Bases de données	Equations de recherche	Résultats
PEDro	Group based physical activity AND breast Cancer Subdiscipline : oncology ; Type : clinical trial	37
	Group based exercise AND breast cancer Subdiscipline : oncology ; Type : clinical trial	57
PubMed	Search (((("Breast Neoplasms"[Mesh]) AND "Exercise"[Mesh]) AND group setting))) OR (((breast cancer) AND physical activity) AND group AND participation))	79
Embase	'breast cancer' AND 'group' AND ('exercise' OR 'physical activity') AND 'participation' AND ([controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [meta analysis]/lim) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [humans]/lim	101
PsycINFO	(breast cancer and group).ti. and physical activity.ab.	13
CINAHL	breast cancer AND (Group OR team) AND exercise in title or abstract	9
Cochrane	breast cancer AND (Group OR team) AND (physical activity OR exercise)	18

Tableau 3 Equations de recherche

Nous avons éliminé les méta-analyses et les revues de littérature quand les options de recherche le permettaient. Ceci afin d'avoir une homogénéité dans les résultats et faciliter la comparaison des articles.

Lors de la recherche dans Embase, nous avons obtenu plus de mille résultats et avons donc ajouté le terme participation afin de mieux cibler notre recherche. La participation est un phénomène important de cette problématique.

Concernant la base de données PEDro, nous avons spécifié la sous-discipline (oncology) et le type d'article recherché (clinical trial). Deux équations de recherche ont été utilisées afin de couvrir au mieux cette base de données.

3.2.2 Sélection des articles et critères d'inclusion et exclusion

Une première sélection par le titre a été effectuée lors de la recherche dans les bases de données. Puis nous avons regroupé les titres retenus et procédé à l'élimination des doublons. Ensuite, nous avons lu les résumés et éliminé les articles ne correspondant pas à nos critères d'inclusion (tableau 2). Pour finir, nous avons cherché la disponibilité des textes intégraux des articles restants et lu ceux disponibles.

Par le manque de littérature trouvée, nous avons choisi des critères de sélection englobant toutes les périodes et tous les stades du CS. Ils sont présentés ci-dessous.

	Inclusions	Exclusions
Type d'étude	Qualitative	Revue systématique Méta-analyses Articles quantitatifs Etudes pilotes Articles mixtes
Population	Femmes atteintes de CS >18 ans (tous les stades, pendant et hors traitement)	Autres types de cancer que celui du CS
Interventions	Exercice en groupe, activité physique en groupe	
Langue	Anglais, français	
Spécifique	Apparition des termes recherchés dans le titre ou dans le résumé	

Tableau 4 Critères d'inclusion et d'exclusion

3.3 Analyse de la qualité des articles

Nous avons tout d'abord effectué une analyse de la qualité de nos articles afin de cibler les points faibles de ces derniers. Pour cela, nous avons utilisé la grille Côté-Turgeon (2002) qui propose une « grille de lecture critique des articles de recherche qualitative appliquée à la médecine » (p. 81). Douze énoncés accompagnés d'une description permettent ainsi de porter un regard critique axé sur un contexte qualitatif. Cette grille est présentée dans [annexe III].

Dans un premier temps, nous nous sommes répartis les articles. Chacune, de son côté, a évalué la qualité de ses articles à l'aide de la grille en prenant soin de justifier chaque énoncé à l'aide de citations. Dans un deuxième temps, nous nous sommes échangé les articles et les grilles afin de procéder à une vérification des résultats obtenus respectivement. Pour avoir un aperçu global de la qualité, nous avons

attribué 1 point lorsque l'article répondait aux critères de l'énoncé, 0,5 point s'il ne répondait que partiellement et 0 point s'il n'y répondait pas. Les résultats obtenus par l'évaluation de la qualité par la grille Côté-Turgeon sont répertoriés dans [annexe IV].

3.3.1 Méthodologie d'analyse des données

Nous avons choisi de nous baser sur la méthode de Thomas & Harden (2008) qui propose une synthèse thématique pour effectuer des revues qualitatives. La synthèse thématique est divisée en trois étapes dans le but d'identifier des concepts clés : coder le texte, développer des thèmes descriptifs, générer des thèmes analytiques.

La première étape consiste à mettre de côté nos questions de recherche et à coder de manière inductive les résultats des études. C'est à dire, sans avoir d'idées prédéterminées sur les codes que l'on va attribuer ; c'est le texte analysé qui les induit (Thomas & Harden, 2008). Les données peuvent avoir un ou plusieurs codes. Cette étape, est déjà le début de la synthèse selon Thomas & Harden (2008).

La deuxième étape est le regroupement des codes attribués lors de la première étape en développant des thèmes descriptifs (TD) résultant des similitudes et divergences des codes initiaux (Thomas & Harden, 2008).

Thomas & Harden (2008) décrivent la dernière étape comme aller au-delà du contenu des études originales [traduction libre] (p. 7). Pour cela, nous répondrons à nos questions mises de côté temporairement en utilisant les TD ressortant de notre analyse inductive (Thomas & Harden, 2008). Cette dernière étape permet de générer des thèmes analytiques (TA) qui décrivent ou expliquent tous les codes initiaux. Une part de subjectivité sera donc apportée à cette étape en raison de l'influence des connaissances des chercheurs.

En conséquence, nous nous sommes réparti les quatre articles retenus desquels nous avons extrait et codé les données par article dans un tableau. Certaines données comportaient plusieurs codes. Puis nous avons mis en commun notre travail, relu ensemble les codes attribués par chacune et effectué quelques modifications.

La deuxième étape s'est déroulée en trois temps : nous avons d'abord mis en évidence des thèmes à l'aide de couleurs en explorant un thème à la fois. Au départ, 36 TD ont émergé. Ensuite, nous avons regroupé par thèmes les données dans un tableau. Plusieurs de nos thèmes s'inscrivaient dans d'autres thèmes ou étaient similaires. En conséquence, nous avons repris chacun de ces thèmes afin d'éliminer les redondances et regrouper les thèmes qui s'apparentaient. Au final, 23 TD ont été retenus.

Afin de regrouper ces TD en TA, nous avons relu notre question de recherche, nos objectifs de recherche et nos TD. Ensuite, nous avons regroupé ces TD en TA en gardant à l'esprit la question de notre revue. Après un consensus, 6 TA ont émergé. En [annexe V], notre tableau comportant les codes et les citations regroupées en TD et TA est présenté.

4 RÉSULTATS

4.1 Résultats de notre recherche d'articles

Après avoir fait une première sélection par le titre, éliminé les doublons, éliminé par le résumé et le manque de disponibilité des textes, nous avons retenu quatre articles. Le processus est décrit par l'organigramme dans la figure 1 en page 18. Les quatre articles sélectionnés sont les suivants :

Brunet, J., & St-Aubin, A. (2015). Fostering positive experiences of group-based exercise classes after breast cancer : what do women have to say ?

Emslie, C., Whyte, F., Campbell, A., Mutrie, N., Lee, L., Ritchie, D., & Kearney, N. (2007). 'I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer'; exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial.

Weisenbach B.-B., & McDonough M. H. (2014). Breast Cancer Survivors' Decisions to Join a Dragon Boating Team.

Wurz, A., St-Aubin, A., & Brunet J. (2014) Breast cancer survivors' barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community

Tableau 5 Articles sélectionnés

4.2 Présentation et descriptions des articles retenus

Les études qualitatives ayant un contexte particulier, nous avons choisi de permettre au lecteur de prendre connaissance des contextes des études comme le suggèrent Thomas et Harden (2008). Le lecteur pourra juger lui-même de la transférabilité des études retenues à son contexte. Ces résumés sont présentés dans le tableau 6 en page 19. Pour une comparaison plus détaillée, un comparatif des données démographiques des articles se trouve à [annexe VI]. Les articles de Wurz, St-Aubin, & Brunet (2014) et de Brunet & St-Aubin (2015) sont écrits sur la base de la même recherche. Les informations présentées des deux articles partagent une case commune dans ce tableau.

Une particularité de l'article de Emslie et al. (2007) est qu'il fait suite à un essai contrôlé randomisé (RCT) incluant 203 femmes en traitement, réparties en 2 groupes : témoin (soins habituels plus suivi) et intervention (soins habituels plus programme d'exercices en groupe supervisé). Sur ces 203 femmes, 36 ont participé à l'étude qualitative retenue dans notre travail. Le RCT était lui-même précédé d'une étude pilote.

Dans l'article de Weisenbach & McDonough (2014), il est question de dragon boat. Il s'agit d'une discipline qui se pratique sur embarcation. Le nombre de rameurs varie en moyenne entre 16 à 22, ils sont assis et installés en deux rangées de chaque côté du bateau. De plus, une personne sur l'avant du bateau donne le rythme à l'aide d'un tambour (Fédération Française de Canoë, Kayak, n.d. ; Weisenbach & McDonough, 2014). Cette activité n'implique pas de porter du poids mais elle est vigoureuse et répétitive selon McKenzie (1998).

Figure 1 Organigramme

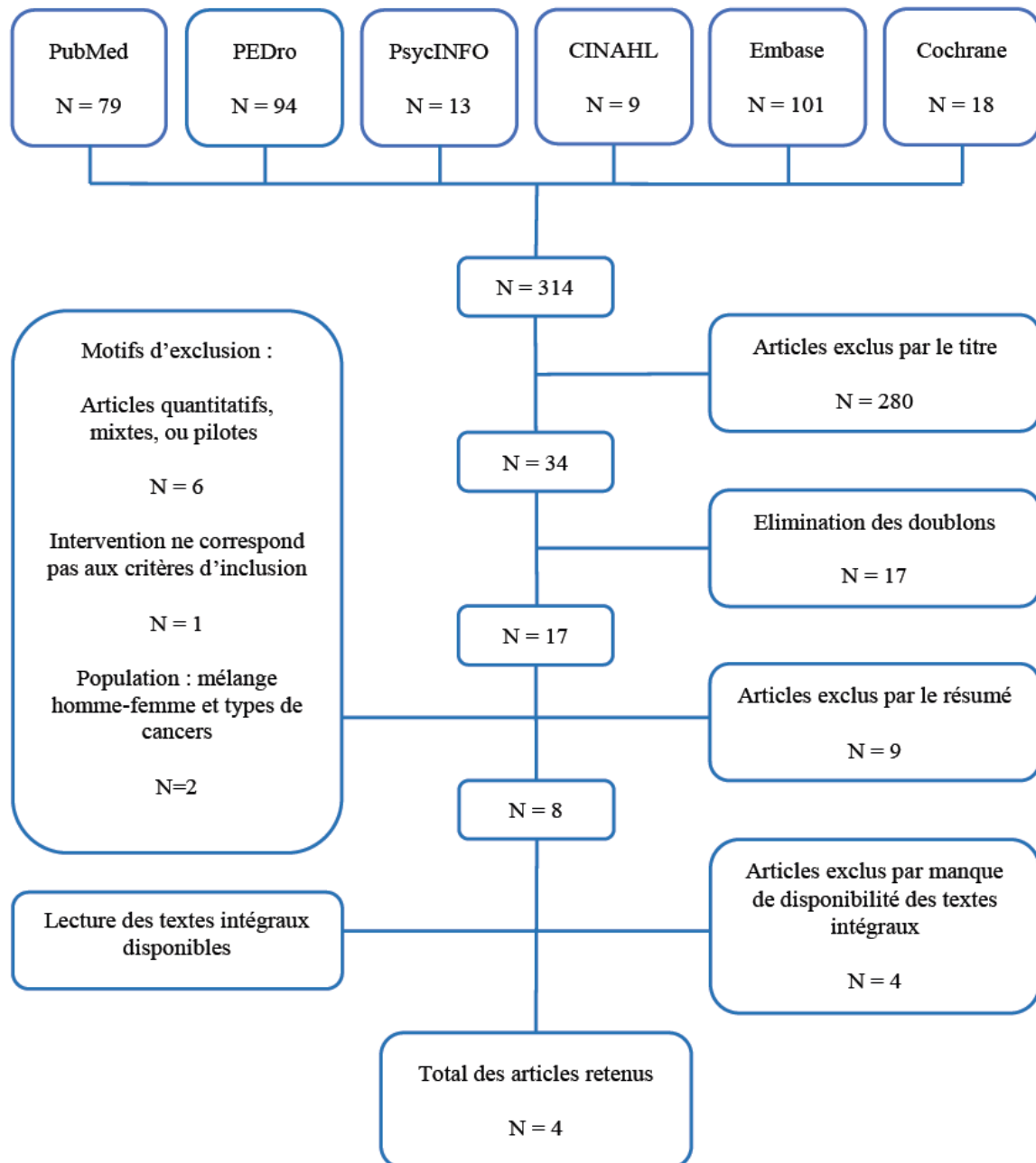


Tableau 6 : Résumé des articles retenus pour la compréhension des contextes

	Brunet & St-Aubin (2015)	Wurz, St-Aubin, & Brunet (2014)	Emslie et al. (2007)	Weisenbach & McDonough (2014)
Pays	Canada		Ecosse	Etats-Unis
Objectif	Comprendre les perceptions des participantes atteintes d'un CS à propos de l'instructeur et du climat qu'il créé dans le cadre d'un programme d'exercices en groupe, et comment cela contribue à des expériences positives.	Décrire les barrières et les motivations des femmes atteintes du CS à participer à un programme d'activité physique en groupe.	Explorer les perceptions et les expériences des femmes qui ont pris part au premier RCT du Royaume-Uni d'un programme d'exercices en groupe pour les femmes atteintes du CS au stade précoce.	Examiner les perceptions des participantes et des facteurs qui influencent leurs décisions à adhérer à un groupe d'AP de dragon boat ainsi que leurs expériences dans la prise de cette décision.
Méthodologie	Phénoménologie		NS	Description interprétative
Collecte des données	Deux entretiens face à face semi-structurés et questionnaires démographiques.		Focus groupe (FG) semi-structurés. Moyenne de 5 participantes par FG. FG organisé selon le taux de participation (>70 % ; <70 %) ou le temps de pratique par semaine dans le groupe intervention et le groupe contrôle (>30 mn et > 5jours /sem. ; <1h/sem.)	Entretiens semi-structurés et un entretien de suivi
Moment de la collecte	1 ^{er} : 1 ^{ère} sem. du cours 2 ^{ème} : à la fin du programme		Après l'intervention pour certains FG, 6 mois après pour d'autres.	Non Signalé (NS)
Population				
Âge	40 à 69 ans, âge moyen 55.3 ans	Age moyen 55.3 ans	40-76 ans Âge moyen 53 ans	40 à 65 ans âge moyen 54 ans
Nombre de femmes	7 femmes		36 femmes	15 femmes
Période	Après traitements		Pendant traitements	Pendant (4), dans l'année post-traitement (5)
Stade cancer	NS		Stade précoce	NS
Intervention	8 semaines		12 semaines	NS
Volume	2 fois par semaine, 60 min.		2 fois par semaine	NS
Contenu	Exercices de renforcement et de reconditionnement cardio-vasculaire		Echauffement, 10-20 min d'exercices, récupération	Dragon boat en équipe de 15 femmes
Supervision	Supervision par un instructeur qualifié		Supervision par des instructeurs formés	NS
Particularités	Cours gratuits au Maple soft Center. Cours constitué de 17 participantes, dont 7 font partie de ces deux études.		Après : discussions autour du but de l'AP	

4.3 Analyse des résultats

Nous avons obtenu 6 TA constitués des 23 TD lors de notre analyse. Ils sont représentés dans le tableau 7, chacun des TA est décrit dans ce chapitre par le biais de l'exploration des TD qui les constituent.

Thèmes analytiques (TA)	Thèmes descriptifs (TD)
Raisons de se joindre au groupe et attentes	Recherche d'interactions sociales Découverte du groupe et prise de décision Être actif, prendre soin de soi et se battre contre le cancer
Bénéfices des groupes d'AP	Relations sociales Détourner l'attention de la maladie Espoir et futur Bénéfices ressentis de l'AP Groupe d'AP et soutien
Influence des pairs sur la participation	Inconfort dans la communauté Groupe de pairs : facilitateurs, motivateurs et confort Partage d'expériences et discussions à propos du cancer
Perception de soi, de la maladie, des autres et des groupes	Perception de soi Perceptions positives de la maladie Perceptions des groupes de soutien Perceptions des autres Perceptions du groupe d'AP
Barrières et facilitateurs environnementaux	Familles et proches Modalités, distances et conflits avec les responsabilités Limitations en lien à la maladie Aspects négatifs du groupe
Supervision par une personne formée	Qualités de l'instructeur Acquérir des connaissances et des compétences Adaptations des exercices et du rythme

Tableau 7 Thèmes analytiques et thèmes descriptifs

4.3.1 Raisons de se joindre au groupe et attentes

Dans ce TA, les raisons de se joindre à un groupe, les processus de prise de décision ainsi que les attentes sont exposés à travers trois TD : *découverte du groupe et prise de décision* ; *recherche d'interactions sociales* ; *être actif, prendre soin de soi et se battre contre le cancer par l'AP*.

Découverte du groupe et prise de décision est un TD uniquement agrémenté par l'article de Weisenbach & McDonough (2014) qui explore plus précisément les décisions de se joindre à une équipe de dragon boat. Celles-ci sont influencées par le corps médical, par les conseils et témoignages de survivants et membres de l'équipe « *She came and talked to the support group... a year or two ago... I thought it sounded like something fun. And we've thought about it all this time, and then finally.... it's a good time in our lives* » (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 568). Le processus de se joindre à une équipe d'AP a été, pour certaines, de ne pas trop réfléchir et de se lancer « *I knew nothing about it. I didn't read anything before I went. I just, pardon the pun, just dove in* » (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 568).

A l'opposé, d'autres ont pris du temps pour se décider à essayer (Weisenbach & McDonough, 2014). La curiosité et l'aspect plaisant du dragon boat participent à la prise de décision de se joindre à l'équipe (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 569).

Dans le TD *recherches d'interactions sociales*, le besoin de se retrouver parmi des personnes vivant la même situation et avoir un contact avec elles est recherché et exprimé de manière répétitive dans les articles de Wurz, St Aubin, & Brunet (2014), Weisenbach & McDonough, (2014) et de Emslie et al. (2007) « *I wanted to go somewhere where I'm surrounded by people who've got cancer and so my reasoning was to come here* » (Wurz, St Aubin & Brunet, 2014, p. 2412).

Le dernier TD *être actif, prendre soin de soi et se battre contre le cancer* fait apparaître le besoin des femmes d'être actives dans leur maladie, dans leur vie, de prendre soin d'elles et de retrouver un certain contrôle « *You felt you were doing something FOR yourself. Whereas other things are being done TO you and it gives you a wee bit of control* » Emslie et al., 2007, p. 831). L'AP est perçue comme un moyen de répondre à ces besoins et de se battre contre la maladie « [...] *I wanted to be active and I wanted to, I wanted to be healthy* » (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 569).

4.3.2 Bénéfices des groupes d'activité physique

Ce TA comprend cinq TD : *relations sociales ; détourner l'attention de la maladie ; espoir et futur ; bénéfices ressentis de l'activité physique ; groupe d'AP et soutien*. A travers ces TD, les bénéfices des groupes d'AP sont mis en évidence.

Le TD *relations sociales* illustre la rencontre entre les participantes et les liens sociaux positifs qui en résultent « *It's good because you know new people, you share, you make new friends* » (Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014, p. 2411). Ces liens permettent de se sentir accepté, de rompre la solitude et l'isolement et de ressentir de l'empathie (Emslie et al., 2007 ; Wurz, St Aubin & Brunet, 2014). La camaraderie devient parfois une raison de participer à l'AP (Weisenbach & McDonough, 2014).

Le TD *détourner l'attention de la maladie* est constitué de 2 articles : Weisenbach & McDonough (2014) et Emslie et al. (2007). L'AP en groupe permet, selon plusieurs femmes, d'oublier la maladie, de détourner l'attention du cancer et surtout de vivre un moment plaisant « *I thought it would just... help the weeks go by and give me a focus other than attending hospital and all the horrible things... something positive to do* » (Emslie et al., 2007, p. 831). En plus de mettre la maladie de côté grâce au groupe d'AP, certaines femmes expriment le besoin de ne pas en parler et/ou de ne pas se focaliser dessus « *I wanted to be part of a group that had something to do with breast cancer, but wasn't focused on it... The focus is on the sport and on the activity as opposed to talking about [cancer]* » (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 569).

Dans le TD *espoir et futur*, le groupe et la présence d'autres participantes se portant bien permettent à certaines femmes de retrouver une normalité, de l'espoir et d'envisager une vie après la maladie par

opposition aux inquiétudes et sentiments de vulnérabilité qui les envahissent parfois (Emslie et al., 2007 ; Weisenbach & McDonough, 2014), « [...] *Because I have friends who are dying of cancer, being around these women who are mostly doing very well, it just gives you hope. It gives you hope for the future* » (Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014, p. 2412).

L'AP en groupe, à travers le TD *bénéfices ressentis de l'activité physique* apporte des bénéfices en terme de capacité physique, de bien-être et d'énergie. De plus, elles reprennent confiance en elles et en leurs capacités (Brunet & St-Aubin, 2015 ; Emslie et al., 2007 ; Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014). Emslie et al. (2007) décrivent les bénéfices rapportés par les participantes :

[...] these included positive mental states (« high », « buzz », « uplifted », « energized », « alert » and « happier »), better physical functioning, improved mobility in their arms, improved sleep and being less tired, improved confidence and feeling more in control (p. 830).

Ainsi, certaines sont surprises par leurs propres performances et se sentent parfois mieux qu'avant le CS (Emslie et al., 2007 ; Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014). Pour finir, l'exercice en groupe semble favoriser l'AP sur le long terme « [...] *the classes acted as a catalyst either for introducing women to exercise or for helping them return to exercise if they had been active in the past* » (Emslie et al., 2007, p. 830).

Le dernier TD *groupe d'AP et soutien* concerne le soutien que le groupe procure. Peu de participantes décrivent les groupes d'AP comme étant similaires à des groupes de soutien (Emslie et al., 2007). Cependant, les participantes expriment recevoir un certain soutien à travers les groupes d'AP « *respondents in different focus groups spontaneously described the classes as self-support groups and a kind of informal counselling and support* » (Emslie et al., 2007, p. 832).

4.3.3 Influence des pairs sur la participation

Cet aspect se divise en trois TD qui sont : *inconfort dans la communauté ; groupe de pairs : facilitateurs, motivateurs et confort ; partage d'expériences et discussions à propos du cancer.*

Le TD *inconfort dans la communauté* est représenté dans trois de nos articles. En effet, dans le texte de Wurz, Brunet, & St-Aubin, les femmes décrivent un sentiment de malaise dans la communauté « *You feel uncomfortable [in the community], whereas it doesn't matter here [...]* » (2014, p. 2412). Elles expriment leurs difficultés à se montrer en raison des changements d'apparence causés par la maladie « *Respondents found it particularly difficult to go to standard exercise classes if they had lost (part of) a breast as going into a communal changing room and getting undressed made them feel self-conscious* » (Emslie et al., 2007, p. 833). Par ailleurs, dans l'étude de Weisenbach & McDonough (2014), le dragon boat rose est pour certaines une source d'inconfort et une raison de quitter le groupe à cause de l'image qu'il représente (CS).

Le sujet du TD suivant est : *groupe de pairs : facilitateurs, motivateurs et confort*. Les participantes se sentent plus à l'aise de pratiquer de l'AP avec des pairs « *being in an exercise class full of women in the same position made it much easier to exercise* » (Emslie et al., 2007, p. 833). La présence d'autres participantes procure un certain confort et sentiment de liberté de telle manière qu'elles osent se montrer sans prothèse ni perruque (Emslie et al., 2007 ; Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014). Par ailleurs, les participantes soulignent le groupe comme un motivateur à pratiquer de l'AP (Emslie et al., 2007). De plus, le vécu positif et l'attitude des participantes incitent d'autres femmes à se joindre au groupe « [...] *She is a stage four survivor. She is incredible. And, so whatever she said do, I did* » (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 569).

Le dernier TD pour ce chapitre est *partage d'expériences et discussions à propos du cancer*. Le contexte du groupe permet de partager et de parler librement de leurs expériences, de récolter de nouvelles informations et de se sentir moins seules dans le vécu du CS (Emslie et al., 2007 ; Wurz, St-Aubin & Brunet, 2014). « *The nice thing about it is that nobody is afraid to talk about their cancer, and their experiences, their reconstruction. You know you're not alone* » (Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014, p. 2412). Afin de surmonter certaines épreuves telles que la perte de cheveux, des participantes ont mis en place des moyens de coping (moyen de faire face à une problématique) en partageant entre autres leurs expériences à travers l'humour (Emslie et al., 2007). Par ailleurs, elles apprécient l'empathie et la compréhension commune qui se manifeste dans le groupe (Emslie et al., 2007 ; Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014).

4.3.4 Perceptions de soi, de la maladie, des autres et des groupes

Dans ce TA, nous avons regroupé cinq TD qui décrivent comment les participantes se perçoivent, perçoivent leur identité, leur maladie mais aussi comment elles perçoivent les autres personnes, les groupes d'AP et les groupes de soutien.

Le premier TD *perception de soi* décrit comment les participantes perçoivent l'image et l'identité qu'elles ont d'elles-mêmes. Deux éléments ressortent. D'un côté, il y a une atteinte à l'identité et à la féminité qui peut être source de complexes « *It's amazing how much (of) your identity is in the hair* » (Emslie et al., 2007, p. 833). D'un autre côté, elles expriment une perception positive d'elles-mêmes et se positionnent en tant que battantes (Brunet & St-Aubin, 2015 ; Emslie et al., 2007 ; Weisenbach & McDonough, 2014). « [...] *I'm not a victim* » (Brunet & St-Aubin, 2015, p. 5). Certaines ne veulent pas être identifiées comme survivante du CS par la communauté (Weisenbach & McDonough, 2014).

Dans l'article d'Emslie et al. (2007) ressort le TD de *la perception des autres par les participantes*. Les autres sont ici des personnes vivant la même maladie mais ne faisant pas d'AP. Leurs perceptions des autres est négative voire péjorative. Elles étaient leurs descriptions par des exemples : « [*others with cancer are] Sitting back and saying "oh poor me"* » (Emslie et al., 2007, p. 834).

Le TD *perception des groupes de soutien* décrit les représentations qu'ont les femmes en regard des groupes de soutien. Elles sont toutes négatives : « *The support group's net can kind of give you a place where you can feel safe and comforted and valued, but you can't, nobody wants to stay there [...]* » (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 568). Ces représentations s'étendent aux participantes de ces groupes « *To me, it was like that's all their life is (illness)* » (Emslie et al., 2007, p. 833).

L'article de Weisenbach & McDonough (2014) constitue le TD *perceptions positives de la maladie*. Certaines des participantes perçoivent le cancer comme une opportunité sans laquelle elles n'auraient pas connu le groupe « *Breast cancer for me has been a forum to do things that I never did before* » (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 568).

Dans le TD *perception du groupe d'AP*, le groupe est perçu comme un privilège, un bon moment dans leur vie et un accomplissement (Emslie et al., 2007 ; Weisenbach & McDonough, 2014). Il représente aussi un endroit où on a envie d'être « *I really feel like although we're all different people, with different cancer, different ages, different everything, that there's that common basis and common reason for being there that just makes it a place where you want to be* » (Wurz, St-Aubin & Brunet, 2014, p. 2412).

4.3.5 Barrières et facilitateurs environnementaux

Ce TA regroupe quatre TD : *modalités, distances et conflits avec les responsabilités ; familles et proches ; limitations en lien à la maladie ; aspects négatifs du groupe*.

Le TD *modalités, distances et conflits avec les responsabilités* aborde les barrières et facilitateurs liés aux horaires, à la fréquence et à la distance pour se rendre aux cours d'AP. Dans l'étude de Weisenbach & McDonough (2014), la fréquence est définie en fonction des disponibilités des femmes. Les autres interventions ayant lieu 2 fois par semaine posent problème pour de nombreuses participantes « *It's two times a week. You think 'that's not a lot', but with everything else that is happening in my life, this is a huge commitment* » (Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014, p. 2410). De plus, les horaires sont souvent en conflit avec les responsabilités et obligations dont le travail, les enfants, les soins médicaux, etc. (Emslie et al., 2007 ; Wurz, St-Aubin & Brunet, 2014). « *It's right in the middle of the day. Like it's fine if you're off work, but I see that being a big barrier for people who are working like me* » (Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014, p. 2410). Elles doivent alors mettre des priorités et, souvent, l'AP passe en second plan (Emslie et al., 2007 ; Wurz, St-Aubin & Brunet, 2014). Cependant, les horaires permettent aux personnes sans travail de structurer leur journée et d'avoir un sentiment de contrôle (Emslie et al., 2007).

Certaines femmes déclarent ne pas aimer conduire et d'autres disent être limitées par leurs capacités. Ainsi, la distance, le trafic et le manque de places de parking sont des barrières à la participation d'une AP (Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014). Des stratégies sont alors mises en place pour les éviter : elles choisissent les heures de cours en fonction du trafic ou viennent plus tôt pour pouvoir se parquer (Wurz, St-Aubin & Brunet, 2014). Par ailleurs, « *Some women requested more classes in additional locations, [...]* » (Emslie et al., 2007, p.830).

Le TD *familles et proches* aborde la tendance de la famille à vouloir préserver leur proche atteint d'un CS afin qu'il n'en fasse pas trop (Emslie et al., 2007). Cependant, les répondantes sont généralement positives sur le soutien pratique et émotionnel qu'elles reçoivent de leur entourage (Emslie et al p. 835).

A travers le TD *limitations en lien à la maladie*, les femmes expriment leurs inquiétudes quant aux effets indésirables des traitements qui peuvent rendre l'AP difficile (Weisenbach & McDonough, 2014). Elles partagent leurs expériences concernant les limitations causées par le CS dont des raideurs d'épaule et des faiblesses musculaires « *It was sometimes difficult for her to attend some classes « because I was so sick » »* (Wurz, St-Aubin & Brunet, 2014, p. 2411).

Dans le TD *aspects négatifs du groupe*, certaines participantes déclarent ne pas apprécier la visibilité du groupe par la couleur rose du bateau et le message qu'il véhicule (Weisenbach & McDonough, 2014). De plus, « *The most commonly voiced complaint was that the classes stopped too abruptly, leading to some women feeling abandoned after 12 weeks of support »* (Emslie et al., 2007, p. 830).

4.3.6 Supervision par une personne formée

Les participantes expriment l'importance d'avoir une personne formée durant les cours d'AP en groupe à travers 3 TD : *qualités de l'instructeur ; acquérir des connaissances et des compétences ; adaptations des exercices et du rythme*. La personne formée sera appelée ici instructeur.

La *qualité de l'instructeur* est considérée par les participantes du groupe dans ce TD. En effet, l'instructeur est une source de motivation par son attitude positive (Brunet & St-Aubin, 2015). Il est aussi reconnu pour son expertise, ses connaissances et ses compétences notamment dans l'adaptation des exercices « *The instructors were highly praised for their expertise and ability to adjust the pace and exercises according to the composition of the class »* (Emslie et al., 2007, p. 831). De plus, les participantes apprécient son comportement non jugeant (Emslie et al., 2007).

A travers le deuxième TD *acquérir des connaissances et des compétences*, les femmes expriment qu'elles aiment apprendre à faire les exercices de manière correcte et de comprendre pourquoi elles les font (Brunet & St-Aubin, 2015). Cela leur permet de les reproduire à domicile grâce aux explications fournies par l'instructeur « *She's actually teaching me how to do it so when I do it at home, I'm able to do it the proper way [...] »* (Brunet & St-Aubin, 2015, p. 1503).

Le dernier TD concerne l'*adaptation des exercices et du rythme*. Toutes les interventions, à l'exception de celle Weisenbach & McDonough (2014), offrent une adaptation des exercices par un instructeur en fonction de leurs niveaux et de leurs besoins. « *She always offers different ways of doing it because she knows that there is a difference in the qualities of the participants »* (Brunet & St. Aubin, 2015, p. 1503). Quant au dragon boat, une participante exprime la difficulté que peut constituer cette activité « *It was harder than I thought it would be ... [but] I'm not a giver upper »* (Weisenbach & McDonough, 2014, p. 569).

5 DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous avons premièrement cherché à répondre à notre question de recherche en identifiant et en interprétant les résultats en lien à celle-ci. Pour cela, nous avons fait ressortir les éléments en relation au groupe afin d'explorer son impact sur la participation à une l'AP.

Deuxièmement, nous discuterons de la physiothérapie dans le contexte des groupes et du CS. Pour finir nous ferons une critique de notre démarche et présenterons les limites de notre revue.

5.1 Bénéfices sociaux

Les TA *raisons de se joindre au groupe et attentes ; bénéfiques des groupes d'AP ; influence des pairs sur la participation* ressortent des bénéfices sociaux importants. Ils répondent aux attentes et aux besoins exprimés par les femmes atteintes du CS. En effet, elles cherchent à se retrouver parmi des pairs. Ces derniers leur apportent notamment du soutien, de l'espoir, de l'écoute et de l'empathie. De plus, ils favorisent un environnement facilitateur et motivent les participantes à pratiquer une AP dans laquelle certaines ne se seraient pas engagées seules. En regard de ces données, nous pouvons avancer que ces bénéfices sociaux contribuent à favoriser la participation en améliorant le bien être psychosocial.

Cela corrèle avec les résultats d'une étude qualitative explorant la cohésion de groupe et les changements sur la QDV chez des personnes atteintes de cancer sous traitement de chimiothérapie lors d'un programme d'exercices sur 6 semaines, 9 heures par semaine (Midtgaard, Rorth, Stelter, & Adamsen, 2006). Ils supportent la théorie que les groupes d'exercice peuvent avoir un impact sur le bien-être psychosocial dépendamment du contexte social seul [traduction libre] (p. 32). Cependant, en considérant le volume d'AP de cette étude, nous nous questionnons sur la relation entre le temps de pratique par semaine d'AP en groupe et les résultats obtenus. Dans nos articles, il était clairement inférieur aux 9 heures proposées par Midtgaard et al. (2006).

En opposition, une méta-analyse mixte rapporte en regard de leurs résultats qu'une intervention en groupe n'ajoute pas plus de bénéfices qu'une intervention individuelle sur la QDV et sur la fonction sociale des femmes atteintes du CS (Floyd & Moyer, 2009). Néanmoins, les études sélectionnées dans cette méta-analyse ne portaient pas une attention particulière sur le format de groupe ce qui peut expliquer ces constatations (Floyd & Moye, 2009). D'ailleurs, ils précisent dans leur discussion qu'en encourageant les interactions sociales, les programmes d'exercices en groupe pourraient potentiellement maximiser les améliorations psychosociales (Floyd & Moye, 2009).

Il faut donc considérer nos résultats de manière critique en regard de ces données supplémentaires.

Par ailleurs, nous relevons qu'aucun aspect négatif quant aux relations sociales n'est rapporté dans les articles.

5.2 Soutien social

Selon Cohen (2004), trois ressources composent le soutien social : le *soutien instrumental* concerne l'aspect matériel, le *soutien informationnel* apporte les informations et les conseils pour faire face à la maladie (coping) et le *soutien émotionnel* qui passe par le partage et l'expression des émotions, de l'empathie et de l'intérêt porté à la personne.

Dans nos TA *influence des pairs sur la participation et bénéfiques du groupe d'AP*, deux des aspects du soutien peuvent être identifiés. D'une part, le soutien informationnel qui est représenté par le partage d'informations, de leurs expériences et de leurs stratégies de coping. D'autre part, le soutien émotionnel apparaît à travers l'empathie et la reconnaissance manifestées entre les participantes. Il se révèle aussi par l'acceptation des unes par les autres.

De ce fait, l'AP en groupe crée un soutien social par le biais d'au moins deux ressources, ce qui semble favoriser la participation à une AP. En revanche, aucune association significative n'a été identifiée entre le maintien de l'AP et le soutien social et la présence d'un partenaire d'entraînement ou d'un modèle à suivre (Kampshoff et al., 2014). Cependant, ils mentionnent que ces facteurs pourraient avoir une influence sur les changements de comportements face à l'exercice. En outre, ils relèvent un manque de littérature concernant l'adhésion à l'AP pour cette population. Leur revue systématique qualitative explorait les déterminants de l'adhésion et de la maintenance de l'exercice physique chez les survivants du cancer.

Le processus de soutien observé est de nature informelle, laissant la liberté à chacun de s'exprimer ou non au sujet de la maladie. Ceci marque une différence par rapport au groupe de soutien classique pour lesquels l'objectif est d'apporter un soutien émotionnel et des informations à des personnes partageant un même problème (Lavoie, 2001). Le focus est alors orienté autour de ce dernier (Lavoie, 2001). Cette différence peut éventuellement jouer un rôle sur la décision de se joindre à un groupe d'AP chez des personnes atteintes du CS cherchant du soutien social.

5.3 Emergence de sources d'auto-efficacité

Nos articles ne visent pas explicitement le développement d'un sentiment d'auto-efficacité. Néanmoins, plusieurs résultats indiquent que des possibilités pour l'améliorer sont présentes. Il semble donc important de les mettre en avant afin d'exploiter ce potentiel de façon consciente à l'avenir. Les TA concernés sont principalement *influence des pairs sur la participation et bénéfiques du groupe d'AP*.

Le sentiment d'auto-efficacité est défini selon la théorie de Bandura par le fait de croire en ses capacités de manière à ce que cela influence le comportement de la personne (Rondier, 2003). « Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixés, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il

rencontre des obstacles » (Rondier, 2003). Ainsi, si le sentiment d'auto-efficacité est amélioré, on peut imaginer une meilleure adhésion à la pratique d'une AP à court et même à long terme.

Quatre sources permettent la construction du sentiment d'auto-efficacité (Lecomte, 2004). Le groupe semble favoriser en particulier l'une d'entre elles : *l'apprentissage social ou expérience vicariante* (Lecomte, 2004 ; Rondier, 2003). Selon la théorie de Bandura, cette source permet d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité par l'observation des performances d'autres pairs (Lecomte, 2004). Les performances de participantes ayant un stade avancé du CS et projetant une image inspirante incitent les femmes atteintes du CS à participer à de l'AP. Cela apparaît dans les TD *groupe de pairs : facilitateurs et motivateurs* et *découverte du groupe et prise de décision*.

Trois autres sources sont présentes. Celles-ci comprennent *la maîtrise personnelle ; la persuasion par autrui* ainsi que *l'état physiologique* (Lecomte, 2004). Elles apparaissent moins influençables par le contexte du groupe et les pairs que la source précédente.

En effet, *la maîtrise personnelle* correspond au fait d'expérimenter avec succès des comportements et des actions. Plus la personne expérimentera des succès, plus elle croira en ses capacités (Rondier, 2003). Le TD *bénéfices ressentis de l'AP* illustre bien cette source. Elle est la plus importante pour le développement de l'efficacité personnelle (Rondier, 2003). *La persuasion par autrui* est constituée par ailleurs de conseils et de recommandations faites verbalement par une tierce personne (Rondier, 2003). La troisième source correspond à l'association faite par la personne entre des émotions positives ou négatives et la réussite ou non d'une performance. Elle aura une influence sur ses croyances en ses capacités (Rondier, 2003).

Une meilleure auto-efficacité selon Kampshoff et al. (2014) serait un déterminant possible de l'adhésion et de la maintenance de l'exercice physique chez les survivants du cancer. Cependant, les résultats obtenus dans leur revue systématique étaient inconsistants. De même, Koeneman, Verheijden, Chinapaw, & Hopman-Rock (2011) rapportent des faits similaires dans leur revue de littérature explorant des déterminants de l'AP chez l'adulte. Ils relatent un manque de preuves consistant en raison de la qualité des études concernant les déterminants de l'AP dont l'auto-efficacité.

5.4 Normalité au sein du groupe et environnement facilitateur

A travers 3 TA *raisons de se joindre au groupe, bénéfices des groupes d'AP et influence des pairs sur la participation*, un environnement facilitateur se crée et on constate l'émergence d'un phénomène au sein du groupe s'apparentant à une nouvelle normalité. Elle semble être recherchée par les participantes.

Selon Kirchgässler, Matt, & Laroche (1987), « la normalité dépend, tout comme de l'identité sociale, de la reconnaissance et donc des interprétations permettant (ou non) d'intégrer un comportement déviant ou différent dans les représentations usuelles et de le considérer de ce fait comme normal » (p. 97).

Ainsi, une nouvelle normalité prend place dans le groupe par la reproduction et l'acceptation de certains comportements qui étaient perçus comme différents ou déviants antérieurement. En effet, lors des groupes d'AP, de nombreuses participantes laissent leurs prothèses chez elles et ne portent pas leur perruque ou foulard. La plupart considère ces comportements comme impossibles à reproduire dans la communauté. Ceci est facilité par un environnement dans lequel le cancer est la norme.

Selon la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé [CIF] (2001), les facteurs environnementaux peuvent être facilitateurs ou limitants. Deux niveaux existent : individuel et sociétal. Le premier comprend les éléments et les personnes en contact direct avec la personne. Le deuxième est en relation indirecte et fait référence aux organismes et aux lois (CIF, 2001).

Par cette définition, les pairs sont donc des composants environnementaux facilitateurs de type individuel en raison des expériences similaires que les femmes atteintes du CS vivent. Effectivement, elles se sentent bien au sein du groupe, ou du moins pas aussi mal que si elles avaient pratiqué de l'AP seule ou avec une population en bonne santé. Comme représenté dans le TD *perception du groupe d'AP*, le groupe d'AP devient un lieu où elles ont envie d'être.

Cette nouvelle normalité et l'environnement facilitateur engendré par le groupe peuvent, selon nos constatations, faciliter l'AP. Cependant, nous n'avons pas trouvé d'articles scientifiques pour étayer ce que nous avançons.

5.5 Identité sociale positive

Dans le TA *perception de soi, de la maladie, des autres et des groupes*, les participantes comparent de manière répétitive le groupe d'AP au groupe de soutien. Ces comparaisons sont exclusivement favorables au groupe d'AP. Les groupes de soutien sont présentés négativement dans les quatre articles.

Nous pouvons alors supposer qu'il y a émergence d'une identité sociale positive en se basant sur la théorie de Tajfel (Licata, 2007). Selon Tajfel, l'identité sociale est définie « comme la connaissance qu'on a d'appartenir à certains groupes sociaux et la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance » (Tajfel, 1972, cité dans Cohen-Scali & Moliner, 2008, para. 9). Ainsi, l'identité sociale positive découle en partie de la comparaison entre le groupe d'appartenance (endogroupe) de la personne et d'autres groupes pertinents (exogroupes) c'est à dire comparables (Licata, 2007). Le groupe d'appartenance vise à se différencier de manière favorable par rapport aux autres (Licata, 2007).

Cette identité collective positive pourrait influencer l'identité de la personne et l'estime qu'elle a d'elle-même. En effet, les participantes se définissent comme active, pleine d'énergie et avançant dans la vie au lieu de se fixer sur leur maladie (Emslie et al., 2007).

Par ailleurs, nous pensons que si les femmes atteintes du CS ont une bonne image du groupe d'AP, celui-ci peut inciter à participer à une AP. Cependant, l'identité sociale dans nos trois articles n'est pas étudiée ni recherchée. De plus, nous n'avons pas trouvé de preuves scientifiques pour soutenir nos propos.

5.6 Obstacles liés au groupe

Des obstacles peuvent limiter la participation à une AP. Ils sont rapportés dans le TA *barrières et facilitateurs environnementaux*. Deux principaux obstacles liés au groupe sont identifiés. Il s'agit des horaires des cours et de la distance pour s'y rendre. En effet, comme décrit dans nos résultats, les cours d'AP entrent en conflit avec leurs obligations et responsabilités. Un horaire fixe est imposé par le groupe d'AP alors que l'AP individuelle peut être placée aux moments les plus opportuns.

Cette contrainte d'horaire est aussi observée dans une population saine d'âge moyen sédentaire (50-65 ans) travaillant (Freene, Waddington, Chesworth, Davey, & Cochrane, 2014). Effectivement, les participants qui préféreraient faire de l'exercice en groupe ont identifié les barrières à la participation à l'AP en groupe comme le manque de flexibilité, de commodité, de possibilité future et manque de convenance, ainsi, ils n'ont pas souhaité s'engager sur le long terme [traduction libre] (Freene et al., 2014, p. 91). Cette étude comparait une intervention à domicile à une intervention en groupe dans la communauté. Même si ces observations sont basées sur une population en bonne santé, elles s'appliquent aussi à une population de femmes atteintes du CS. Effectivement, elles ont également des contraintes et des obligations similaires.

Le deuxième obstacle identifié est la distance qui peut s'avérer être une barrière concomitante à celle de l'horaire. Elle implique de devoir conduire jusqu'au lieu d'AP et d'investir du temps supplémentaire. Dans une population travaillant ou ayant diverses obligations, elle peut être un obstacle majeur. Il s'ajoute à cela les divers effets indésirables du CS et de ses traitements qui peuvent limiter la conduite.

L'image du groupe (concernant les dragon boat roses) peut aussi être une limitation selon la perception qu'a la personne de l'identité sociale du groupe et de sa propre identité.

5.6.1 Autres obstacles

Quatre autres obstacles supplémentaires non spécifiques au contexte du groupe sont identifiés dans nos résultats : les limitations en lien à la maladie, le manque de temps, les limitations physiques et dans certains cas, la famille par ses croyances. Ceci corrèle avec les résultats d'autres études ne portant pas une attention au contexte du groupe.

Une étude a mis en évidence 37 barrières différentes, dont les 3 principales sont le manque de temps, les effets indésirables non spécifiques des traitements et la fatigue (Courneya et al. 2005). Cette étude rapportait les barrières hebdomadaires à l'exercice dans le contexte d'un programme d'exercice à domicile comparé à des soins habituels chez des personnes atteintes de cancer colorectal (Courneya et al. 2005).

Brunet, Taran, Burke, & Sabiston (2013) ont exploré les barrières rencontrées par les femmes atteintes du CS afin de maintenir un programme d'AP géré de manière autonome. Ils ont mis en évidence d'une part des facteurs physiques tels que la fatigue, les limitations de mobilité et les douleurs. D'autre part,

ils ont identifié des facteurs psychosociaux tels que le manque de motivation, le manque d'un partenaire de pratique et de soutien social ainsi que le manque de confiance en soi et en ses capacités. De plus, des facteurs en lien à l'environnement et l'organisation (météo, matériel, manque de connaissances et d'informations) sont déterminés comme des obstacles à l'AP (Brunet et al, 2013).

De ce fait, ces 4 autres obstacles que nous avons observés dans notre revue ne sont pas susceptibles d'être la conséquence même des groupes. En effet, ces mêmes barrières sont observées dans d'autres formats d'intervention que celui du groupe. Cependant, elles sont importantes à prendre en compte.

5.7 Liens avec la physiothérapie

Dans notre revue, les données qualitatives du TA *supervision par une personne formée* peuvent apporter des pistes pour développer le rôle d'instructeur supervisant des groupes d'AP prévus pour des femmes atteintes du CS. Les instructeurs sont estimés en raison de leurs qualités, leurs expertises et leurs connaissances. En outre, les participantes les apprécient pour les exercices qu'ils adaptent et rendent accessibles ainsi que pour leur attitude motivante. La supervision semble donc, selon nos constatations, influencer la participation à l'AP.

C'est ce que relatent aussi Courneya et al. (2012) : ils font état d'une meilleure adhésion à la pratique de l'AP lors de supervision en comparaison à l'absence de supervision dans le contexte d'un programme de prévention du CS après la ménopause. De plus, Blaney, Lowe-Strong, Rankin-Watt, Campbell & Gracey (2013) rapportent les préférences des survivants de cancer concernant la supervision de l'AP. Ces derniers préfèrent de l'exercice en groupe avec d'autres survivants de cancer, supervisé par un instructeur de fitness en première position (26,2 % en faveur) puis une supervision par le physiothérapeute en deuxième position (20,3 % en faveur) (Blaney, et al., 2013)

Le physiothérapeute est en effet un professionnel à considérer dans l'encadrement de groupe d'AP pour une population de femmes atteinte du CS. Ses compétences et ses connaissances lui permettent de prendre en soins de nombreuses affections pouvant découler des effets indésirables du cancer et de ses traitements (CSP, 2003 ; Physioswiss, n.d ; Donnelly et al., 2010). D'ailleurs Brown et al. (2012) précisent dans leur revue systématique de la littérature que la prise en charge de survivants du cancer nécessite des connaissances allant au-delà de la physiologie cardiovasculaire en raison des nombreux systèmes touchés.

Dans le TA *barrières et facilitateurs environnementaux*, des participantes évoquent des inquiétudes quant aux effets indésirables et les impacts de ceux-ci sur leurs capacités à pratiquer de l'AP. La littérature actuelle indique que ces préoccupations peuvent avoir un impact sur la participation à l'AP (Sander, Wilson, Izzo, Mountford & Hayes, 2012). Elles sont relatives, entre autres, au manque de connaissances au sujet des programmes d'exercices efficaces et sécuritaires.

Larsson, Jönsson, Olsson, Gard & Johansson (2008) rapportent que le physiothérapeute a un rôle conséquent dans l'apport d'information au sujet de l'AP et dans le processus d'empowerment des femmes atteintes du CS. Il a également de l'importance dans le soutien et l'encouragement à l'AP et dans l'auto-soin (Larsson et al., 2008).

Il est donc du ressort du physiothérapeute, entre autres, de transmettre à ces femmes une information et une éducation adaptée, d'actualité et basée sur les preuves (Binkley et al., 2012).

En plus de prodiguer de l'éducation et d'encadrer un groupe d'AP, le physiothérapeute peut permettre d'une part une détection et/ou une prise en soin précoce d'une problématique en lien au CS (ou pas) et rediriger si nécessaire vers d'autres professionnels de la santé concernés. D'autre part, il pourra adapter les exercices à chaque personne, aux éventuelles manifestations des effets indésirables ou encore à d'autres comorbidités en lien ou non au cancer.

Les participantes, dans notre revue, rapportent des raideurs d'épaule et des faiblesses musculaires. Elles pourraient, par exemple, bénéficier de l'expertise du physiothérapeute dans l'évaluation de la source du problème, dans le traitement, dans la compréhension et dans l'auto gestion de cette problématique.

Nous tenons à préciser comme le mentionne Binkley et al. (2012) que le physiothérapeute n'est pas le seul acteur à avoir un rôle auprès des survivants du CS dans la thématique de l'AP.

5.8 Limites de notre revue de littérature

Nous avons identifié des limites dans notre méthodologie de recherche et de sélection d'articles, d'analyse des résultats, dans la comparabilité des articles et dans la transférabilité des données à la Suisse.

En raison du peu de littérature qualitative sur ce sujet, nous n'avons pas pu cibler la période de traitement ni les stades du CS. Or, les résultats varieraient peut-être suivant la période durant laquelle les femmes participeraient à une AP et suivant le stade de la maladie. Cela impacte la comparabilité de nos études.

Lors de la sélection des articles, nous les avons d'abord choisis en fonction du titre dans chaque base de données avant d'éliminer les doublons. Cela va à l'inverse du processus normalement utilisé. Nous aurions peut-être gagné en précision en agissant ainsi. En effet, en relançant nos équations de recherche, nous avons identifié un article qualitatif qui aurait pu apporter des éléments supplémentaires.

Nous tenons à préciser que deux de nos articles sélectionnés sont écrits par deux mêmes auteurs ce qui peut appauvrir nos données. D'autant plus qu'ils se basent sur la même recherche.

Par l'évaluation de la qualité de nos articles faite à l'aide de la grille Côté-Turgeon, nous avons relevé plusieurs limites dont la saturation des données et la durée d'implication du chercheur sur le terrain.

Il est à noter que la grille Côté-Turgeon apporte elle-même un biais car elle n'est pas validée scientifiquement (Côté & Turgeon, 2002).

Notre méthodologie d'analyse et de présentation des résultats comportent certaines limites. Au vu de la quantité importante de résultats, nous avons choisi de ne présenter que des extraits de thèmes. De ce fait, il se peut que certains aspects des résultats ne soient pas mis en évidence.

Lors de la transcription des résultats de l'étude de Emslie et al. (2007), nous avons fait abstraction des liens que font les auteurs entre le taux d'attendance au groupe, du temps de pratique d'AP et des FG.

Comme énoncé par Côté & Turgeon (2002), « aucune situation de recherche n'est totalement « neutre » et elle est toujours interprétée par le chercheur à partir de sa perception des résultats » (p.84). En effet, en nous basant sur la méthode de Thomas & Harden (2008), nous apportons une part de subjectivité à notre revue.

Certaines limites sont liées à la comparabilité de nos articles. En effet, le dragon boat de part sa configuration particulière est difficilement comparable avec les autres interventions (Weisenbach & McDonough, 2014). De plus, l'article de Weisenbach & McDonough (2014) ne mentionne pas la présence d'une supervision et n'indique aucune notion de durée quant à l'implication des chercheurs et du temps de participation d'AP des femmes. A l'inverse, les autres articles apportent des informations sur la supervision et la durée qui varie de 8 à 12 semaines.

D'autres informations étaient manquantes dont les détails des types d'exercices physique et les stades du CS qui ne sont pas toujours précisés. De plus, nous ne savons pas si les exercices étaient faits en équipe ou chacun de son côté. Toutes ces discordances sont des biais importants à soulever et à garder à l'esprit.

Les études sont américaines, écossaises et canadiennes. Par conséquent, il est important de se questionner sur la transférabilité des données à la Suisse. En effet, le système de santé est différent d'un pays à l'autre. Dans deux articles, les participantes ont eu droit à la gratuité des cours d'AP. Or, en Suisse, les cours organisés par les différentes associations pour le cancer sont payants. Par exemple, la Ligue vaudoise contre le cancer (2016) propose des cours à Lausanne sur le mouvement et le bien-être, qui coûte 100.- pour 12 séances. Cependant, la Ligue suisse contre le cancer mentionne que les cours d'AP et d'exercices qu'elle propose sont en général pris en charge par la caisse-maladie pour les personnes qui ont une assurance complémentaire (Ligue suisse contre le cancer, 2015c).

De plus, le dragon boat est une activité spécifique qui peut être difficile à appliquer suivant les régions. Cependant, cette activité n'est pas inexistante en Suisse, la Vallée de Joux propose un festival dédié au dragon boat pour les personnes souffrant d'un cancer (Paddle for cancer, 2016).

Par ailleurs, la langue anglaise n'étant pas notre langue maternelle, des biais en lien à la compréhension et la traduction ne sont pas exclus malgré le soin apporté pour éviter cela.

6 CONCLUSION

L'AP en groupe pourrait être un moyen intéressant pour favoriser la participation à une AP auprès des femmes atteintes du CS en regard des constatations de notre revue de littérature qualitative.

Elle met en évidence plusieurs éléments que le groupe favorise ou pourrait favoriser. Il s'agit des bénéfices sociaux, du soutien social procuré par les pairs, de l'émergence de sources d'auto-efficacité, de la création d'une normalité au sein du groupe et d'un environnement facilitateur et de l'apparition d'une identité sociale positive.

Les bénéfices sociaux amélioreraient, selon nos observations, le bien-être psychosocial. Ils influenceraient par cela la participation à l'AP. Cependant, des preuves contradictoires sont relevées dans la littérature à ce sujet. *Le soutien social* par deux de ses ressources (informationnelle et émotionnelle) semble favoriser l'AP en groupe de pairs. Néanmoins, aucune association significative n'a été trouvée dans d'autres articles scientifiques. Des *sources d'auto-efficacité* apparaissent dans nos articles. Le groupe semble favoriser l'une d'elles en particulier : l'apprentissage social. L'auto-efficacité serait un déterminant possible d'adhésion et de maintenance de l'AP selon la littérature. Cependant, les preuves sont inconsistantes. Le groupe favorise *un environnement facilitateur* et semble permettre l'apparition d'une *nouvelle normalité*. Par nos observations ces deux éléments favoriseraient l'AP dans la population de femmes atteintes du CS. Cependant, nous n'avons pas trouvé de preuves pour affirmer ces constatations. En se basant sur la théorie de Tajfel (Licata, 2007), nous avons identifié l'émergence d'une *identité sociale positive* dans les groupes d'AP. A nouveau, nous n'avons pas pu apporter de preuves par de la littérature scientifique.

De plus, deux obstacles principaux liés spécifiquement au groupe sont relevés dans notre revue. Il s'agit des horaires des cours d'AP et de la distance à parcourir pour s'y rendre. Ils corrélaient avec des résultats similaires, significatifs, d'une autre recherche.

En conséquence, nos constatations ne permettent pas d'apporter des preuves solides concernant l'implication des éléments cités ci-dessus sur la participation à de l'AP dans la population ciblée. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir significativement répondre à la question de notre revue.

Un autre objectif visé était d'explorer les liens possibles avec la physiothérapie et le contexte de notre revue. Des preuves sont identifiées quant au rôle que le physiothérapeute a dans le contexte du cancer et du CS. Nous pouvons avancer qu'il est un bénéfice auprès de notre population cible et certainement dans la supervision de groupes d'AP dédiés aux femmes atteintes du CS.

La recherche qualitative est une réelle plus value pour cette profession. Selon nous, elle permet d'avoir une vision holistique de la personne et de développer des qualités humaines.

Notre revue, malgré son manque de preuves consistantes, amène des points d'attention qui peuvent être utiles à la pratique. Premièrement, les deux obstacles principaux, horaires et distance, sont importants à considérer. C'est pourquoi nous suggérons de planifier les cours d'AP en dehors des heures de travail et dans des lieux à proximité des participantes.

Deuxièmement, les relations sociales sont importantes à favoriser pendant l'AP et après le cours afin de développer les bénéfices sociaux, le soutien social et l'identité du groupe. De plus, la population ciblée devrait regrouper des pairs, dans l'idéal des femmes atteintes du CS pour favoriser un environnement facilitateur à la pratique de l'AP. Cependant, les groupes peuvent inclure des personnes ayant d'autres cancers.

L'encadrement devrait prendre en compte le développement des sources du sentiment d'auto-efficacité en regard de l'AP. Il devrait aussi considérer le besoin d'informations des participantes et proposer de l'éducation thérapeutique. Un physiothérapeute peut être une plus-value dans la supervision du groupe d'AP en raison de ses connaissances et ses compétences. Du point de vue économique, le coût des prises en soin en groupe en physiothérapie est plus intéressant que celui des prises en soin individuelles (Physioswiss, n.d).

Pour les recherches futures qualitatives dans le contexte du CS, des groupes d'AP et de la physiothérapie, nous proposons les pistes suivantes :

Nous suggérons qu'elles portent une attention à la qualité de la méthodologie, notamment en décrivant fidèlement les programmes d'exercices utilisés, de leur contenu et de leur déroulement (en équipe, chacun de son côté, ...). Elles devraient cibler précisément la population par le choix d'une période dans le parcours de soins (avant, pendant ou après traitement) et d'un stade du CS entre autres.

Nous proposons également qu'elles étudient un ou plusieurs des aspects résultants du groupe (tels que l'identité sociale positive) et leurs influences sur la participation à de l'AP. En effet, tous les éléments abordés dans notre discussion présentent un manque de preuves significatif pour les appuyer.

Il serait important que le rôle du physiothérapeute dans la supervision de groupe d'AP soit examiné de plus près. Les recherches à venir pourraient viser à identifier les compétences particulières du physiothérapeute dans un groupe constitué de femmes atteintes du CS. De plus, les études futures devraient s'interroger sur comment ces compétences agissent sur l'environnement et dans l'interaction avec les participantes. Nous suggérons alors l'utilisation d'une méthode de recherche mixte ou qualitative pour avoir une vision plus complète et comprendre la problématique sous plusieurs angles.

Pour finir, comme nous l'avons déjà souligné, aucun aspect négatif n'a été rapporté quant aux relations sociales dans nos articles. Nous estimons qu'il faudrait explorer de plus près cela pour déterminer s'il en existe.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Ainsworth, B.E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M.L., Swartz, A. M., Strath, S. J., ... Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, 32(9), 498-504. doi:0195-9131/00/3209-0498/0
- American Cancer Society. (2014). *Changes in genes*. Repéré à <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/geneticsandcancer/genesandcancer/genes-and-cancer-gene-changes>
- American Cancer Society. (2015). *What Is Cancer ?* Repéré à <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer>
- American Cancer Society. (2016). *What are the risk factors for breast cancer ?* Repéré à <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>
- Armer, J. M., Hulett, J. M., Bernas, M., Ostby, P., Stewart, B. R. :, & Cornier, J. N. (2013). Best-Practice Guidelines in Assesment, Risk Reduction, Management, and Surveillance for Post-Breast Cancer Lymphedema. *Current Breast Cancer Reports*, 5(2), 134-144. doi:10.1007/s12609-013-0105-0
- Arnal-Morvan, B., & Laganier, M. (2015). *Anticancer du sein : prévenir et accompagner*. Paris, France : Eyrolles.
- Arndt, V., Feller, A., Hauri, D., Heusser, R., Junker, C., Kuehni, C., ... Schindler, M. (2016). *Le cancer en Suisse, rapport 2015 : Etat des lieux et évolutions*. Repéré à http://www.nicer.org/assets/files/publications/others/1178_1500.pdf
- Augustina, M., & Oberlé, D. (2013). *Psychologie sociale du groupe au travail: Réfléchir, travailler et décider en groupe*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Ballard-Barbash, R., George, S. M., Alfano, C. M., & Schmitz, K. (2013). Physical activity across the cancer continuum. *Oncology*, 27(6), 589-592. Repéré à <http://www.cancernetwork.com/oncology-2016>
- Bardewell, W. A., & Ancoli-Israel, S. (2008). Breast Cancer and Fatigue. *Sleep Medicine Clinics*, 3(1), 61-71. doi:10.1016/j.jsmc.2007.10.011
- Battaglini, C. L., Mills R. C., Phillips, B. L., Lee, J. T., Story, C. E., Nascimento, M. GB., & Hackney, A. C. (2014). Twenty-five years of research on the effects of exercise training in breast cancer survivors: A systematic review of the literature. *World Journal of Clinical Oncology*, 5(2), 177-190. doi:10.5306/wjco.v5.i2.177
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 258, 1511-1513. Repéré à <http://www.revmed.ch/mh>
- Binkley, J. M., Harris, S. R., Levangie, P. K., Pearl, M., Guglielmino, J., Kraus, V., & Rowden, D. (2012). Patient Perspectives on Breast Cancer Treatment Side Effects and the Prospective Surveillance Model for Physical Rehabilitation for Women With Breast Cancer. *Cancer*, 118(8), 2207-2216. doi:10.1002/cncr.27469

- Blaney, J. M., Lowe-Strong, A., Rankin-Watt, J., Campbell, A., & Gracey, J. H. (2013). Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire-survey. *Psycho-Oncology*, *22*(1), 186-194. doi:10.1002/pon.2072
- Bouillet, T., Bigard, X., Brami, C., Chouahnia, K., Copel, L., Dauchy, S., ... Zelek, L. (2015). Role of physical activity and sport in oncology : Scientific commission of the National Federation Sport and Cancer CAMI. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *94*(1), 74-86. doi:10.1016/j.critrevonc.2014.12.012
- Bourke, L., Homer, K. E., Thaha, M. A., Steed, L. Rosario, D. J., Robb, K. A., ... Taylor, S. J. C. (2013). Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *24*(9), CD010192. doi:10.1002/14651858.CD010192.pub2
- Breastcancer.org. (2015). *Support Groups*. Repéré à http://www.breastcancer.org/treatment/comp_med/types/group
- Brown, J.C., Winters-Stone, K., Lee, A., & Schmitz, K.H., (2012). Cancer, physical activity, and exercise. *Comprehensive Physiology*, *2*(4), 2775-2809. doi:10.1002/cphy.c120005
- Brunet, J., & St-Aubin, A. (2015). Fostering positive experiences of group-based exercise classes after breast cancer: what do women have to say ? *Disability and Rehabilitation*, *38*(15), 1500-1508. doi: 10.3109/09638288.2015.1107633
- Brunet, J., Taran, S., Burke, S., & Sabiston, C. M. (2013). A qualitative exploration of barriers and motivators to physical activity participation in women treated for breast cancer. *Disability and Rehabilitation*, *35*(24), 2038-2045. doi:10.3109/09638288.2013.802378
- Campbell, T. (2015). *Mastectomy*. Repéré à : <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002919.htm>
- Cancer Research UK. (2014). *About breast cancer chemotherapy*. Repéré à : <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer/treatment/chemotherapy/about-breast-cancer-chemotherapy>
- Cancer Research UK. (2015a). *Types and causes of cancer pain*. Repéré à <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping-with-cancer/coping-physically/pain/types-and-causes-of-cancer-pain>
- Cancer Research UK. (2015b). *ASCO 2015 round-up: immunotherapy continues to come of age*. Repéré à : <http://scienceblog.cancerresearchuk.org/2015/06/05/asco-2015-round-up-immunotherapy-continues-to-come-of-age/>
- Cancer.net. (2016). *Support Groups*. Repéré à <http://www.cancer.net/coping-with-cancer/finding-support-and-information/support-groups>
- Caspersen C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Report*, *100*(2), 126-131. Repéré à <http://www.publichealthreports.org>

- Centers for Disease Control. (2010). Promoting Physical Activity 2nd Edition eBook. Repéré à <http://www.humankinetics.com/products/all-products/Promoting-Physical-Activity-2nd-Edition-eBook>
- Centre hospitalier universitaire vaudois, centre du sein. (2013). *Le cancer du sein*. Repéré à : <http://www.chuv.ch/centredusein/cse-patients-cancer-traitements-chirurgie.html>
- Centre hospitalier universitaire vaudois, centre du sein. (2015a). *Le cancer du sein*. Repéré à http://www.chuv.ch/centredusein/cse_home/cse-patients-familles/cse-patients-cancer.htm
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2015b). Les traitements du cancer du sein. Repéré à <http://www.chuv.ch/centredusein/cse-patients-cancer-traitements.htm>
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2015c). *La radiothérapie*. Repéré à http://www.chuv.ch/radio-oncologie/rth_home/rth-patients-et-familles/rth-patients-radiotherapie.htm
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2015d). *Hormonothérapie*. Repéré à : <http://www.chuv.ch/oncologie/onc-maladie-et-traitements-hormonotherapie.htm>
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2015e). *La physiothérapie du cancer du sein*. Repéré à <http://www.chuv.ch/centredusein/cse-patients-cancer-traitements-physiotherapie.htm>
- Centre international de Recherche sur le Cancer. (2013). *Dernières statistiques mondiales sur le cancer*. Repéré à https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf
- Clinique physiothérapie des Monts. (n.d.). *La physiothérapie pour le cancer... ?!?*. Repéré à <http://www.physiodesmonts.com/content/view/11/7/>
- Cohen-Scali, V., & Moliner, P. (2008). Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37(4), 465-482. Repéré à <http://osp.revues.org>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. Repéré à <http://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
- Côté, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*, 3(2), 81-90. doi:10.1051/pmed:2002018
- Courneya, K. S., Friedenreich, C. M., Quinney, H. A., Fields, A. L., Jones, L. W., Vallance, J. K., & Fairey, A. S. (2005). A Longitudinal study of exercise barriers in colorectal cancer survivors participating in a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(2), 147-153. Repéré à <http://link.springer.com/journal/12160>
- Courneya, K. S., Karvinen, K. H., McNeely, M. L., Campbell, K. L., Brar, S., Woolcott, C. G., ... Friedenreich, C. M. (2012). Predictors of adherence to supervised and unsupervised exercise in the Alberta Physical Activity and Breast Cancer Prevention Trial. *Journal of Physical Activity*, 9(6), 857-866. Repéré à <http://journals.humankinetics.com/jpah>
- Cramp, F., & Byron-Daniel, J. (2012). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD006145. doi:10.1002/14651858.CD006145.pub3

- Dauchy, S., & Rouby, P. (2006). Aspects psychologiques du cancer du sein de la femme jeune. Dans Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (Ed.) *Cancers du sein localisés : nouvelles pratiques : 28^{èmes} journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, Lille, novembre 2006*. Repéré à : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9814/SFSPM_2006_13_322.pdf?sequence=1
- De Roche, R. (2015). *Un nouveau sein ?* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer.
- Desnoyers, A., Riesco, E., Fülöp, T., & Pavic, M. (2016). Activité physique et cancer : mise au point et revue de la littérature. *La Revue de Médecine Interne*, 37(6), 399-405. doi:10.1016/j.revmed.2015.12.021
- Dion, G. (1986). *Dictionnaire canadien des relations du travail*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université de Laval.
- Donnelly, C. M., Lowe-Strong, A., Rankin, J. P., Campbell, A., Allen, J. M., & Gracey, J. H. (2010). Physiotherapy management of cancer-related fatigue: a survey of UK current practice. *Support Care Cancer*, 18(7), 817-825. doi:10.1007/s00520-009-0715-2
- Emslie, C., Whyte, F., Campbell, A., Mutrie, N., Lee, L., Ritchie, D., & Kearney, N. (2007). 'I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer'; exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial. *Health Education Research*, 22(6), 827-838. doi:10.1093/her/cyl159
- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549-3557. doi:10.1002/cncr.25251
- Fédération Française de Canoe Kayak. (n.d.). Dragon boat. Repéré à http://www.ffck.org/eau_calme/dragon_boat/description.html
- Ferrandez, J.-C., & Serin, D. (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris, France : MASSON
- Floyd, A., & Moyer, A. (2009). Group vs. individual exercise interventions for women with breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 4(1), 22-41. doi:0.1080/17437190903384291
- Fong D. Y., Ho, J., Hui, B., Lee, A., Macfarlane, D., Leung, S. & Cheng, K.-K. (2012). Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials, *BMJ*, 344, n.p. doi:10.1136/bmj.e70
- Freene, N., Waddington, G., Chesworth, W., Davey, R., & Cochrane, T. (2014). Community group exercise versus physiotherapist-led home-based physical activity program: barriers, enablers and preferences in middle-aged adults. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(2), 85-93. doi:10.3109/09593985.2013.816894
- Gonzalez-Angulo, A.-M., Morales-Vasquez, F., & Hortobagyi, G. N. (2007). Overview of Resistance to Systemic Therapy in Patients with Breast Cancer. Dans D. Yu & M.-C. Hung (Eds), *Breast Cancer Chemosensitivity*, (pp. 1-2). Repéré à <https://books.google.ch/books?id=ViyLVP9b9zUC&pg=PA1&dq=Breast+cancer+chemosensi>

tivity&hl=fr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Breast%20cancer%20chemosensitivity&f=false

- Gosling, P., Bouchet, J., Chanton, O., Kreel, V., Mazé, C., Ric, F., & Richard, G. (2009). *Psychologie sociale : Tome 1, l'individu et le groupe*. Rosny-sous-Bois, France : Bréal
- Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of Cancer: The Next Generation. *Cell*, 144(5), 646-674. doi:10.1016/j.cell.2011.02.013
- Harden, S. M., McEwan, D., Sylvester, B. D., Kaulius, M., Ruissen, G., Burke, S., Estabrooks P. A., & Beauchamp, M. R. (2015). Understanding for whom, under what conditions, and how group-based physical activity interventions are successful: a realist review. *BMC Public Health*, 15, n.p. doi : 10.1186/s12889-015-2270-8
- Hejmadi, M. (2010). *Introduction to Cancer Biology*. Repéré à <http://bookboon.com/fr/introduction-to-cancer-biology-ebook>
- Helms, R. L., O'Hea, E. L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3), 313-325. doi: 10.1080/13548500701405509
- Hidding, J. T., Beurskens, C. H. G., van der Wees, P. J., van Laarhoven, H. W. M., & Nijhuis-van de Sande, M. W. G. (2014). Treatment Related Impairments in Arm and Shoulder un Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Plos One*, 9(5), n.p. Repéré à <http://journals.plos.org/plosone/>
- Hirslanden. (2015). *La réadaptation oncologique par les activités physique adaptées (APA)*. Repéré à : https://www.hirslanden.ch/content/global/fr/startseite/kliniken_zentren/zentren_institute/lausanne/abteilung_fuer_onkologie/_jcr_content/parBottomLeft/download_1/file.res/bc_ca_100_readapt_onco_apa_v02.pdf
- Hirslanden. (n.d.). *Compétences*. Repéré à : https://www.hirslanden.ch/global/fr/accueil/cliniques_centres/centres_et_instituts/lausanne/centre_de_physiotherapie_et_d_osteopathie_cecil/competences.html
- HUG. (2016). *Cardio-respiratoire*. Repéré à : <http://www.hug-ge.ch/pluriprofessionnels-sante/cardio-respiratoire>
- Ibrahim, E. & Al-Homaidh, A. (2011). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Medical Oncology*, 28(3), 753–765. doi:10.1007/s12032-010-9536-x
- Institut Curie. (2013). Prélèvement du ganglion sentinelle. Repéré à : <http://www.cancersdusein.curie.fr/sites/default/files/Ganglion-sentinelle-BIS.pdf>
- Institut Curie. (2014). Lymphœdème : l'activité physique désormais conseillée au Royaume-Uni. Repéré à : <http://curie.fr/actualites/lymphoedeme-1%E2%80%99activite-physique-desormais-conseillee-royaume-uni-005028>
- Institut national du cancer. (n.d.a). *Les stades du cancer*. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-stades-du-cancer>

- Institut national du cancer. (n.d.b). *Facteurs de risques*. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
- Institut National du cancer. (n.d.c). *Kinésithérapie*. Repéré à <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Douleurs-et-traitements/Kinesitherapie>
- Irwin M. L., Smith, A. W., McTiernan, A., Ballard-Barbash, R., Cronin, K., Gilliland, F. D., ... Bernstein, L. (2008). Influence of pre-and postdiagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity, and lifestyle study. *Journal of Clinical Oncology*, 26(24), 3958-3964. doi:10.1200/JCO.2007.15.9822
- Irwin, M. L., Crumley, D., McTiernan, A., Bernstein, L., Baumgartner, R., Gilliland, F., ... Ballard-Barbash, R. (2003). Physical Activity levels before and after a diagnosis of breast carcinoma: the Health, Eating, Activity, and Lifestyle (HEAL) study. *Cancer*, 97(7), 1746-1757. doi:10.1002/cncr.11227
- Jenny, S., & Lanz, S. (2014). *Les douleurs liées au cancer et leurs traitements* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer.
- Kampshoff, C. S., Jansen, F., van Mechelen, W., May, A. M., Brug, J., Chinapaw, M. J. M., Buffart, L. M. (2014). Determinants of exercise adherence and maintenance among cancer survivors : a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, n.p. doi: 10.1186/1479-5868-11-80
- Khan, F., Amatya, B., Demetrios, M., Zhang, N. Y., & Turner-Stokes, L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD009553. doi:10.1002/14651858.CD009553.pub2
- Kipman, S-D., Amslem-Kipman, A., Thurin, M., & Torrente, J. (2005). *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Rueil-Malmaison, France : doin.
- Kirchgässler, K., Matt, E., & Laroche, F. (1987). La fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques. *Sciences sociales et santé*, 5(1), 93-114. doi:10.3406/sosan.1987.1052
- Koeneman, M. A., Verheijden, M. W., Chinapaw, M. J. M., & Hopman-Rock, M. (2011). Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, n.p. doi:10.1186/1479-5868-8-142
- La Lignière. (n.d.). *Neurologie*. Repéré à : <http://www.la-ligniere.ch/ambulatoire/physiotherapie/neurologie.html>
- Laakso, L. (2006). The role of physiotherapy in palliative care. *Australian Family Physician*, 35(10), 781. Repéré à <http://www.racgp.org.au/afp>
- Lantheaume, S., Fernandez, L., Lantheaume, S., Bosset, M., Pagès, A., Blois-Da Conceição, S. (2015). Cancer du sein, image du corps, et Psychothérapie par Médiation Photographique (PMP). *Annales Medico-Psychologiques*, 174, 366-373. doi:10.1016/j.amp.2015.01.010
- Lanz, S. (2010). *L'œdème lymphatique en cas de cancer* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer.

- Lanz, S., & Lienhard, A. (2012). *Fatigue et cancer : Identifier les causes, chercher des solutions* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer
- Larsson, I. L., Jönsson, C., Olsson, A. C., Gard, G., & Johansson, K. (2008). Women's experience of physical activity following breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 422-429. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00546.x
- Lavoie, F. (2001). Les groupes de soutien et les groupes d'entraide. Dans F. Dufort & J. Guay (Éds.), *Agir au coeur de communautés : la psychologie communautaire et le changement social* (pp. 157-164). Laval, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs, Hors série*, 59-90. doi:10.3917/savo.hs01.0059
- Leuchat P. (2006). *Chapitre 22 – Antinéoplasiques- immunomodulateurs, la chimiothérapie anticancéreuse*. Repéré à : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/POLY.Chp.22.2.html>
- Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation : le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 1, 19-33. Repéré à <http://psychologiesociale.eu>
- Ligue suisse contre le cancer. (2015a). *Facteurs de risque*. Repéré à http://www.liguecancer.ch/fr/prevention_/prevention_des_differents_types_de_cancer/cancer_du_sein_/facteurs_de_risque/
- Ligue suisse contre le cancer. (2015b). *Cancer du sein : faits et chiffres*. Repéré à http://www.liguecancer.ch/fr/prevention_/prevention_des_differents_types_de_cancer/cancer_du_sein_/cancer_du_sein__faits_et_chiffres/
- Ligue suisse contre le cancer. (2015c). Cours: Activité physique et cancer. Repéré à http://www.liguecancer.ch/fr/vivre_avec_le_cancer_/cours__stageses__groupes/les_groupes_de_sport_pour_les_malades_du_cancer/
- Ligue vaudoise contre le cancer. (2016). Mouvement et bien-être à Lausanne. Repéré à http://www.lvc.ch/fr/cours_et_groupes/mouvement_bien_etre___lausanne.cfm
- Lu, S-R., Hong, R-B., Chou, W., & Hsiao, P-C. (2015). Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 11, 319-327. doi:10.2147/TCRM.S77669
- Markes, M., Brockow, T., & Resch, K. L. (2006). Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005001. doi:10.1002/14651858.CD005001.pub2
- McKenzie, D. (1998). Abreast in a Boat — a race against breast cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 159(4), 376-378. Repéré à : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1229603/pdf/cmaj_159_4_376.pdf
- Midtgaard, J., Rorth, M., Stelter, R., & Adamsen, L. (2006). The group matters : an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise

- intervention during treatment. *European Journal of Cancer Care*, 15(1), 25-33.
doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00616.x
- Mishra, S.I., Scherer, R.W., Geigle, P.M., Berlanstein, D.R., Topaloglu, O., Gotay, C.C., & Snyder, C. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD007566. doi:10.1002/14651858.CD007566.pub2
- Montreuil, M., Gros, C., & Bouchard, L. (2011). Quand les patients se soutiennent : le soutien par les pairs, une ressource méconnue et peu utilisée en établissement. Pourquoi faut-il s'en prévaloir en milieu psychiatrique ? *Perspective infirmière*, 8(4), 30-32.
- National Cancer Institute. (2010). *Radiation Therapy for Cancer*. Repéré à :
<http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy/radiation-fact-sheet>
- National Cancer Institute. (2015a). *What Is Cancer ?* Repéré à <http://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer>
- National Cancer Institute. (2015b). *Cancer Screening Overview (PDQ®)*. Repéré à
<http://www.cancer.gov/about-cancer/screening/patient-screening-overview-pdq>
- National Cancer Institute. (2015c). *Cancer Treatment*. Repéré à : <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment>
- National Comprehensive Cancer Network, (2016). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer. Version 1.2016*. Repéré à :
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Advanced breast cancer: diagnosis and treatment*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/CG81/chapter/1-Recommendations>
- Norton, K., Norton, L., & Sadgrove, D. (2010). Position statement on physical activity and exercise intensity terminology. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13(5), 496-502.
doi:10.1016/j.jsams.2009.09.008
- Odermatt, R., Wolfer, A., & Zaman, K. (2013). Hormonothérapie dans le cancer du sein : efficacité et effets adverses. *Revue Médicale Suisse*, 387, 1090-1094. Repéré à <http://www.revmed.ch/mh>
- Office fédéral de la statistique. (2016). *Cancer-données, indicateurs : sein*. Repéré à
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/05/key/02/05.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Cancer aide mémoire N°297*. Repéré à
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016a). *Thèmes de santé : Cancer*. Repéré à
<http://www.who.int/topics/cancer/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016b). *Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie, facteurs de risque du cancer du sein*. Repéré à
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index2.html>

- Organisation Mondiale de la Santé. (2016c). *Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie, lutte contre le cancer du sein*. Repéré à <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016d). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : qu'entend-on par activité physique modérée ou intense?* Repéré à : http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/fr/
- Paddle for cancer. (2016). Dragonboat festival. Repéré à <http://www.paddleforcancer.ch>
- Payn, S., Miles, D. (2008). chapter 4 mechanisms of anticancer drug. Scott-Brown's Otorhinolaryngology 7th ed. 40-46. Repéré à : <http://cw.tandf.co.uk/scottbrownent/sample-material/Chapter-4-Mechanisms-of-anticancer-drugs.pdf>
- Perlier, L. P. (2013). L'impact du soutien social sur le sujet malade du cancer et sur son parcours de maladie : étude qualitative. *European Scientific Journal*, 4, 557-583. Repéré à <http://eujournal.org/index.php/esj>
- Physiopeedia. (n.d.). *Physiotherapy and Cancer Treatment*. Repéré à http://www.physiopeedia.com/Physiotherapy_and_cancer_treatment
- Physioswiss. (n.d.). *Domaines d'activité*. Repéré à <http://www.physioswiss.ch/swiss/was-ist-pt-neu/behandlung/taetigkeitsfelder.htm>
- Pidlyskij, K., Roddam, H., Rawlinson, G., & Selfe, J. (2014). Exploring aspects of physiotherapy care valued by breast cancer patients. *Physiotherapy*, 100(2), 156-161. doi:10.1016/j.physio.2014.03.006
- President's Council on Fitness, Sports & Nutrition. (2010). Physical Activity and Breast Cancer: Prevention, Survival, and Mechanisms. *Research Digest*, 11(3), 1-10. Repéré à <https://www.presidentschallenge.org/informed/digest/docs/sept2010digest.pdf>
- Psychologies.com. (n.d.). *Groupe de pairs*. Repéré à <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Groupe-de-pairs>
- Pubmed Health. (2015). *Breast Cancer Treatment (PDQ®)*. Repéré à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032825/#CDR0000062955__411
- Rainsbury, D., & Willter, S. (2012). Oncoplastic breast reconstruction : Guidelines for Best Practice. Repéré à http://www.associationofbreastsurgery.org.uk/media/23851/final_oncoplastic_guidelines_for_use.pdf
- Reinertsen, K. V., Cvancarova, M., Loge, J. H., Edvardsen, H., Wist, E., & Fosså, S. D. (2010). Predictors and course of chronic fatigue in long-term breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 405-414. doi: 10.1007/s11764-010-0145-7
- Romieu, I., Touillaud, M., Ferrari, P., Bignon, Y-J., Antoun, S., Berthouze-Aranda, S., ... Fervers, B. (2012). Activité physique et survie après le cancer. *Bulletin du Cancer*, 99(10), 979-994. doi:10.1684/bdc.2012.1648

- Rondier, M. (2003). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Repéré à : <https://osp.revues.org/741>
- Runowicz, C.D., Leach, C.R., Henry, N.L., Henry K.S., Mackey, H.T., Cowens-Alvarado, R.L., ..., Ganz P.A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 43-73. doi:10.3322/caac.21319
- Sagliar, J., & Gligorov, J. (2014). *Cancers du sein : nouveaux traitements, nouveaux médicaments*. Paris, France : Odile Jacob.
- Sander, A. P., Wilson, J., Izzo, N., Mountford, S. A., & Hayes, K. W. (2012). Factors That Affect Decisions About Physical Activity and Exercise in Survivors of Breast Cancer: A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 92(4), 525-536. doi:10.2522/ptj.20110115
- Schaller, M., Grira, M., Keta, A., & Spechbach, H. (2015). Les causes de mortalité chez la femme, entre cœur et cancer. *Revue Médicale Suisse*, 11, 1755-1760. Repéré à <http://www.revmed.ch/mh>
- Schmitz, K. (2011). Physical activity and breast cancer survivorship. Dans K. S., Courneya, & C. M., Friedenreich (Éds.), *Physical Activity and Cancer* (pp. 189-215). Berlin, Allemagne : Springer.
- Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto, B. M., ... Schwartz, A. L. (2010). American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7), 1409-1426. doi:10.1249/MSS.0b013e3181e0c112
- Senkus E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., Zackrisson, S., Cardoso, F. (2015). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26(5). 8-30. doi:10.1093/annonc/mdv298
- Shamley, D., & Robb, K. (2015). An early warning surveillance programme for detecting upper limb deterioration after treatment for breast cancer: a novel technology supported system. *BMC Cancer*, 15, n.p. doi:10.1186/s12885-015-1636-8
- Société canadienne du cancer. (2016). *Ménopause provoquée par le traitement*. Repéré à : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/treatment-induced-menopause/?region=qc>
- Spano, J-P., Azria, D., Gonçalves, A. (2015). Patients' satisfaction in early breast cancer treatment: Change in treatment over time and impact of HER2-targeted therapy. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 94(3), 270-278. doi:10.1016/j.critrevonc.2015.01.007
- Speck, R. M., Courneya, K. S., Mâsse, L. C., Duval, S., & Schmitz, K. H. (2010). An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(2), 87-100. doi:10.1007/s11764-009-0110-5
- Susan G. Komen. (2016). *Support Groups*. Repéré à <http://ww5.komen.org/BreastCancer/SupportGroups.html>

- The Chartered Society of Physiotherapy. (2003). *The Role of Physiotherapy for People with Cancer – CSP Position Statement*. Repéré à <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/362/physiotherapy%20and%20cancer.pdf>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. doi:10.1186/1471-2288-8-45
- Torres Lacomba, M., Yuste Sanchez, M. J., Zapico Goñi, A., Prieto Merino, D., Mayoral del Moral, O., Cerezo Téllez, E., & Minayo Mogollon, E. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ*, 340, 5396. doi:10.1136/bmj.b5396
- Torres-Lacomba, M., Mayoral del Moral, O. & Gerwin, R. (2009). Syndrome douloureux myofascial après le cancer du sein. *Kinésithérapie scientifique*, 504, 26-30. Repéré à <http://www.ks-mag.com/#>
- Ultimate Physio NQ. (2014). *Physiotherapy post breast cancer surgery*. Repéré à <http://www.ultimatephysionq.com/2014/09/physiotherapy-after-breast-cancer-surgery/>
- Vaillant, L., Gironet, N., & Machet, L. (2005). *Lymphoedème des membres*. Repéré à <http://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1207>
- Vuillemin, A., (2011). Le point sur les recommandations de santé publique en matière d'activité physique. *Science & Sports*, 26(4), 183-190. doi:10.1016/j.scispo.2011.06.007
- Weisenbach, B.-B., & McDonough M. H. (2014). Breast Cancer Survivors' Decisions to Join a Dragon Boating Team. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 36(6), 564-573. doi:10.1123/jsep.2014-0037
- World Cancer Research Fund International. (2015). *Breast cancer statistics*. Repéré à <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>
- Wright, S.E. (2012). Immunotherapy of breast cancer. *Expert Opinion on Biological Therapy*, 12(4), 479-490. doi 10.1517/14712598.2012.665445
- Wurz, A., St-Aubin, A., & Brunet, J. (2014). Breast cancer survivors' barriers and motives for participating in a group-based physical activity program offered in the community. *Support Care Cancer*, 23(8), 2407–2416. doi:10.1007/s00520-014-2596-2
- Zollikon, E. E. (2015). *Unis contre le cancer du sein : Les réponses aux questions essentielles* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer.

BIBLIOGRAPHIE

- Action Sport Physio. (2016). *La physiothérapie et le cancer*. Repéré à <http://www.actionsportphysio.com/fr/rubrique-sante/therapie/physiotherapie-cancer/>
- American College of Radiology. (2016). *Breast cancer screening recommendations could endanger women*. Repéré à <http://www.sciencedaily.com/releases/2016/01/160112093543.htm>
- Anderegg, T., & Lanz, S. (2014). *La vie continue après un cancer du sein* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer.
- Association de Recherche sur les Cancers dont GYNécologiques. (2014). *Radiothérapie : Les applications thérapeutiques*. Repéré à : <http://www.arcagy.org/infocancer/traitement-du-cancer/traitements-locoregionaux/radiotherapie/les-applications-therapeutiques.html>
- Bachmann, P., Baudinet, C., Foucaut, A-M., Kempf, A-S., Meyrand, R., Berthouze, S., ... Touillaud, M. (2015). Activité physique pendant et après le cancer : comment prescrire et dans quels objectifs ? *Nutrition clinique et métabolisme*, 29(2), 121-125. doi:10.1016/j.nupar.2015.02.002
- Berlangieri, S., Lévesque, J., Ladouceur, A., & Perron, J. (2012). *Cancer du sein* [Travail dirigé]. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8704/Berlangieri_et_al_travaildirige.pdf?sequence=3
- Borle, R., & Lanz, S. (2015). *Activité physique et cancer : retrouver confiance en son corps grâce au mouvement* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer.
- Brunet, J., Amireault, S., Chaiton, M., & Sabiston, C. M. (2014). Identification and prediction of physical activity trajectories in women treated for breast cancer. *Annals of Epidemiology*, 24(11), 837-842. doi:10.1016/j.annepidem.2014.07.004
- Burke, S. M., Carron, A. V., Eys, M. A., Ntoumanis, N., & Estabrooks, P. A. (2006). Group versus individual approach? A meta-analysis of the effectiveness of interventions to promote physical activity. *Sport and Exercise Psychology Review*, 2(1), 19-35. Repéré à <http://eprints.bham.ac.uk/426/>
- Dumont, C., & Fischer, L. (2015). *Pratique d'une activité physique régulière après la période post-partum : principaux facteurs influents et implications pour la prise en charge physiothérapeutique*. Travail de Bachelor inédit, Haute école de santé de Genève. Repéré à http://doc.rero.ch/record/257170/files/TBSC_Dumont_Fischer.pdf
- Ferreol, S., & Kern, L. (2012). *Les stratégies de coping des adolescents asthmatiques*. Travail de Bachelor inédit, Haute école de santé de Vaud. Repéré à https://doc.rero.ch/record/31898/files/HESAV_TB_Ferreol_2012.pdf
- Fortin, M-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fraser, S. N., & Spink, K. S. (2002). Examining the Role of Social Support and Group Cohesion in Exercise Compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(3), 233-249. Repéré à <http://link.springer.com/journal/10865>

- Grosclaude, M. & Ziltener, J.-L. (2010). Les bienfaits de l'activité physique (et/ou les méfaits de la sédentarité). *Revue Médicale Suisse*, 258, 1495-1498. Repéré à <http://www.revmed.ch/mh>
- Haas, B. K., & Kimmel, G. (2011). Model for a Community-Based Exercise Program for Cancer Survivors: Taking Patient Care to the Next Level. *Journal of Oncology Practice*, 7(4), 252-256. Repéré à <http://jop.ascopubs.org>
- Institut Curie. (2015). *Immunothérapie contre le cancer : la révolution attendue*. Repéré à : <http://curie.fr/dossier-pedagogique/immunotherapie-contre-cancer-revolution-attendue?prehome=0>
- Knols, R., Aaronson, N. K., Uebelhart, D., Fransen, J., & Aufdemkampe, G. (2005). Physical Exercise in Cancer Patients During and after Medical Treatment: A Systematic Review of Randomized and Controlled Clinical Trials. *Journal of Clinical Oncology*, 23(16), 3830-3842. Repéré à <http://jop.ascopubs.org>
- Kramis, K., Ruckstuhl, B. & Wyler, M. (n.d.). Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017. Repéré à : http://www.oncosuisse.ch/file/10%20Kommunikation/KLS_Nationale%20Strategie%20gegen%20Krebs_Bericht_f_130703_1.pdf
- Lanz, S., & Jenny, S. (2015). *Le cancer du sein : carcinome mammaire* [Brochure]. Berne, Suisse : Ligue suisse contre le cancer.
- Martin, E., Bulsara, C., Battaglini, C., Hands, B., & Naumann, F. L. (2015). Breast and Prostate Cancer Survivor Responses to Group Exercise and Supportive Group Psychotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(6), 620-634. doi:10.1080/07347332.2015.1082166
- Müller, P., Kreuzaler, M., Khan, T., Thommen, D. S., Martin, K., Glatz, K., ... Zippelius, A. (2015). Trastuzumab emtansine (T-DM1) renders HER2⁺ breast cancer highly susceptible to CTLA-4/PD-1 blockade. *Science Translational Medicine*, 7(315), 188. doi:10.1126/scitranslmed.aac4925
- Newman, W. G. (2010). *Pharmacogenetics: Making Cancer Treatment Safer and More Effective*. Manchester, UK : Springer.
- Nomura, S. J., Inoue-Choi, M., Lazovich, D., & Robien, K. (2016). WCRF/AICR recommendation adherence and breast cancer incidence among postmenopausal women with and without non-modifiable risk factors. *International Journal of Cancer*, 138(11), 2602-2615. doi:10.1002/ijc.29994
- Olivier de Sardan, J-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Academia-Bruylant.
- Park, C. L., Zlateva, I., & Blank, T. O. (2009). Self-identity After Cancer: “Survivor”, “Victim”, “Patient”, and “Person with Cancer”. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 430-435. doi:10.1007/s11606-009-0993-x
- Rogers, L. Q., Vicari, S., & Courneya, K. S. (2010). Lessons learned in the trenches: facilitating exercise adherence among breast cancer survivors in a group setting. *Cancer Nursing*, 33(6), n.p. doi:10.1097/NCC.0b013e3181db699d

- Speck, R. M., Gross, C. R., Hormes, J. M., Ahmed, R. L., Lytle, L. A., Hwang, W. T., & Schmitz, K. H. (2010). Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Research and Treatment, 121*(2), 421-430. doi:10.1007/s10549-009-0550-7
- Stout, N. L., Binkley, J. M., Schmitz, K. H., Andrews, K., Hayes, S. C., Campbell, K. L., ... Fabian, C. (2012). A Prospective Surveillance Model for Rehabilitation for Women With Breast Cancer. *Cancer, 118*(8), 2191-2200. doi:10.1002/cncr.27476

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Catégories d'intensité et leurs descriptions
- Tableau 2 : Effets de l'AP avant et après traitement
- Tableau 3 : Equations de recherche
- Tableau 4 : Critères d'inclusion et d'exclusion
- Tableau 5 : Articles sélectionnés
- Tableau 6 : Résumé des articles retenus pour la compréhension des contextes
- Tableau 7 : Thèmes analytiques et thèmes descriptifs

LISTE DES ILLUSTRATIONS

- Figure 1 : Organigramme

ANNEXES

- Annexe I : Six caractéristiques principales du cancer
- Annexe II : Détails concernant les chirurgies du cancer du sein
- Annexe III : Grille de lecture critique qualitative Côté-Turgeon
- Annexe IV : Tableau récapitulatif des résultats de la grille Côté-Turgeon
- Annexe V : Thèmes analytiques, thèmes descriptifs, codes et citations
- Annexe VI : Données démographiques

ANNEXE I : SIX CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU CANCER

La première caractéristique est le maintien du signal de croissance des cellules cancéreuses (*Sustaining proliferative signaling*). Une cellule saine est stimulée par divers signaux qui favorisent sa croissance afin d'assurer une homéostasie au sein du tissu. En revanche, les cellules cancéreuses dérèglent ces signaux et deviennent indépendantes de ceux-ci afin de pouvoir proliférer activement (Hanahan & Weinberg, 2011 ; Hejmadi, 2010). La seconde caractéristique est la capacité des cellules cancéreuses à détourner les signaux inhibiteurs de croissance (*Evading growth suppressors*), elles deviennent insensibles aux signaux qui ont pour fonction de stopper la prolifération cellulaire (Hanahan & Weinberg ; Hejmadi ; NIH, 2015a). La troisième caractéristique est la résistance des cellules cancéreuses à la mort cellulaire programmée (*Resisting cell death*), c'est-à-dire l'apoptose (Hanahan & Weinberg ; Hejmadi ; NIH). La caractéristique suivante est l'immortalité (*Enabling replicative immortality*), la division des cellules tumorales se produit de manière illimitée (Hanahan & Weinberg ; Hejmadi). La cinquième caractéristique est l'angiogenèse (*Inducing angiogenesis*), c'est-à-dire la formation de nouveaux vaisseaux sanguins afin d'apporter de l'oxygène et des nutriments à la tumeur et que celle-ci puisse évacuer les déchets métaboliques et le dioxyde de carbone (Hanahan & Weinberg ; Hejmadi ; NIH). La dernière caractéristique est l'invasion des tissus par les cellules cancéreuses et le développement de métastases à distance (*Activating invasion and metastasis*) (Hanahan & Weinberg ; Hejmadi). Il y a tout d'abord une invasion locale, puis les cellules tumorales pénètrent dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques voisins qui leur permettent d'être transportées vers des tissus éloignés de la tumeur primaire (Hanahan & Weinberg ; Hejmadi ; NIH). Les métastases représentent près de 90 % des décès liés au cancer [traduction libre] (Hejmadi, 2010 p.44).

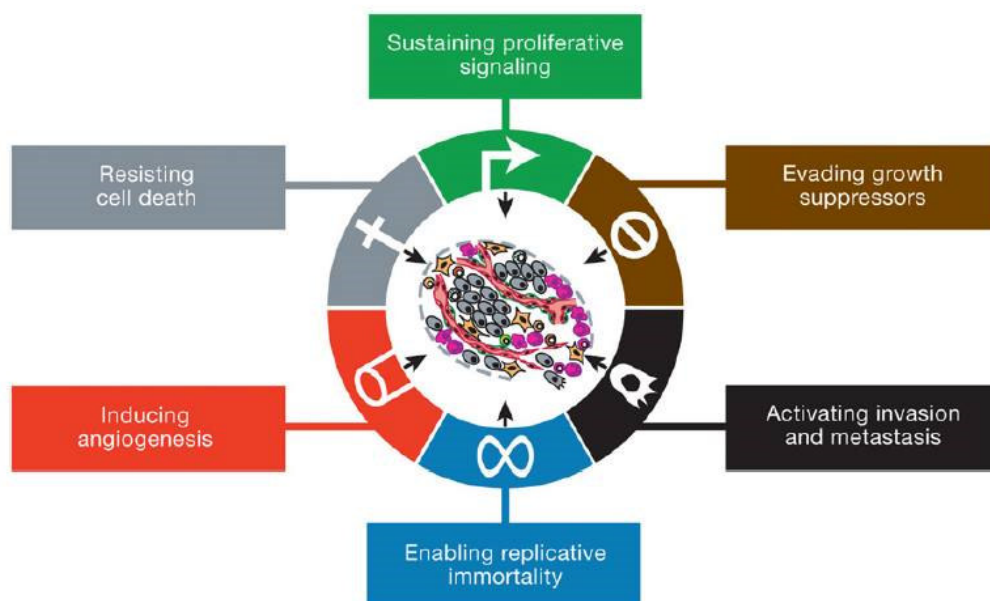


Image tirée de : Hanahan & Weinberg, 2011, p. 647.

ANNEXE II : DÉTAILS CONCERNANT LES CHIRURGIES DU CANCER DU SEIN

La chirurgie conservatrice ou tumorectomie consiste à conserver le sein tout en retirant la tumeur. (CHUV, 2013). Elle est généralement conjuguée à de la radiothérapie (CHUV, 2013).

Le terme mastectomie regroupe plusieurs techniques, cependant, toutes impliquent que la totalité du sein soit retiré. Les muscles sous-jacents sont conservés à moins qu'ils ne soient eux même atteints (CHUV, 2013 ; Campbell, 2015).

Les ganglions adjacents peuvent-être eux aussi affectés par des cellules tumorales (CHUV, 2013 ; Institut Curie, 2013). La technique du ganglion sentinelle permet, après analyse des premiers ganglions drainant la tumeur, de déterminer si une dissémination a eu lieu et d'envisager ou non une intervention plus invasive ou encore la mise en place de thérapie adjuvante (Institut Curie, 2013). Un curage axillaire est pratiqué lorsque la présence de cellules tumorales a été déterminée ou que la taille de la tumeur principale est importante (>3cm) (Ferrandez & Serin, 2006). Cette dernière est alors soit à visée curative ou de pronostic (Ferrandez & Serin, 2006).

ANNEXE III : GRILLE DE LECTURE CRITIQUE QUALITATIVE CÔTÉ-TURGEON

Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon).			
	Oui	+/-	Non
L'introduction			
1-La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2-La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
Les méthodes			
3-Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4-La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5-La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6-Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7-L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
Les résultats			
8-Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9-Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
La discussion			
10-Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices.	-	-	-
11-Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
La conclusion			
12-La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

ANNEXE IV : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS DE LA GRILLE CÔTÉ-TURGEON

Articles/Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Score
Brunet & St-Aubin	1	1	0,5	1	0	0,5	1	1	1	1	1	1	10
Wurz, St-Aubin, & Brunet	1	1	0,5	1	0	0,5	1	1	1	1	1	1	10
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney	1	1	1	0	1	0,5	0,5	1	1	1	1	0,5	9,5
Weisenbach & McDonough	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10,5

ANNEXE V : THÈMES ANALYTIQUES, THÈMES DESCRIPTIFS, CODES ET CITATIONS

Recherche d'interactions sociales Être actif, prendre soin de soi et se battre contre le cancer Découverte du groupe et prise de décision	Se joindre au groupe : raisons et attentes
Relations sociales Détourner l'attention de la maladie Espoir et futur Bénéfices ressentit de l'AP Groupe d'AP et soutien	Bénéfices des groupes d'AP
Inconfort dans la communauté Groupe de pairs : facilitateurs, motivateurs et confort Partage d'expériences et discussions à propos du cancer	Influence des pairs sur la participation
Perception de soi Perceptions positives de la maladie Perceptions des groupes de soutien Perceptions des autres Perceptions du groupe d'AP	Perception de soi, de la maladie, des autres et des groupes
Modalités, distances et conflits avec les responsabilités Familles et proches Limitations en lien à la maladie Aspects négatifs du groupe	Barrière et facilitateurs environnementaux
Qualités de l'instructeur Acquérir des connaissances et des compétences Adaptations des exercices et du rythme	Supervision par une personne formée

Thèmes descriptifs, codes et citations

Recherche d'interactions sociales		
Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014		
Raison : entourer de personnes ayant le cancer	« I wanted to go somewhere where I'm surrounded by people who've got cancer and so my reasoning was to come here » (p. 2411).	
Weisenbach & McDonough, 2014		
Se retrouver en groupe, ensemble avec un but commun	« To get together as a group for a common goal, you know, to exercise and, you know, do something fun together. That's what I'm more interested in » (p. 568).	
Raison : rencontrer des gens Faire exercice	« I just thought, if I could find something where I could exercise and meet people, that would be better » (p. 567).	

Raison : faire parti d'un groupe en rapport avec le cancer	« I wanted to be part of a group that had something to do with breast cancer, but wasn't focused on it » (p. 569).	
Raison : besoin de support	« I needed some support, but I didn't know where to go to get it... It was more about the support, but also about the physical activity » (p. 567).	
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Raison : groupe important pour la motivation	« Respondents strongly emphasized the importance of exercising in a group, partly because they thought it would have been very difficult to motivate themselves to exercise alone at home » (p. 831).	
Important de pratiquer avec d'autres femmes qui ont le cancer	« Respondents stressed the importance of exercising with other women who had breast cancer and valued the expert instruction and support » (p. 831).	
Raison : avoir contact avec d'autres femmes	« It was a wee kind of light for me at the end of a big long tunnel. And I just think having contact with other women that was what really appealed to me » (p. 831).	
Raison : important de pratiquer avec d'autres femmes qui ont le cancer	« The importance of exercising with women in similar circumstances was emphasized time and time again; indeed phrases such as the same boat, the same position or people that are the same as you were used in every discussion with respondents from the intervention group » (p. 832).	
Etre actif, prendre soin de soi, se battre contre le cancer par L'AP		
Weisenbach & McDonough, 2014		
Etre plus actif	« I wanted to do something more active » (p. 567).	
Etre actif : se battre contre le cancer	It was a way for me to address that breast cancer and continue to fight it » (p. 568).	
Volonté d'être active	That was the reason why I wanted to join. I wanted to be active and I wanted to, I wanted to be healthy » (p. 569).	
AP = Prendre soin de soi	Paige saw physical activity as, « a way that I could take care of myself, you know help to take care of my own health and myself » (p. 567).	
AP = prévention	« I must have gotten it in my mind that exercise would be maybe a preventative thing » (p.569).	
Raison : faire de l'exercice	« I just thought, if I could find something where I could exercise and meet people, that would be better » (p. 567).	
Faire de l'exercice	« I needed some support, but I didn't know where to go to get it. It was more about the support, but also about the physical activity » (p. 567).	

Se retrouver en groupe, ensemble Faire de l'exercice	« To get together as a group for a common goal, you know, to exercise and, you know, do something fun together. That's what I'm more interested in » (p. 568).	
Moyen de se remettre sur pieds	« The support group's net can kind of give you a place where you can feel safe and comforted and valued, but you can't, nobody wants to stay there. Dragon boating for me is more like getting back up there » (p. 568).	
Se remettre en forme	« I had to do something to get myself back into shape, um because if I was really going to recover and stay healthy I had to make that commitment » (p. 567).	

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

Faire quelque chose pour soi, être actif Sentiment de contrôle	« You felt you were doing something FOR yourself. Whereas other things are being done TO you and it gives you a wee bit of control » (p. 831).	
Raison exercice	« Obviously, you've got involved with support groups. You see, I would never have done that. I'd have probably just gone that's not for me. But it (intervention) did turn out to be a support group. the exercise bit definitely was what I responded to, and the other bit (support), I didn't expect, it was an actual absolute boon and a bonus » (p. 832).	
Peur de prendre du poids = motivation à AP	« Weight gain—or fear of it—was a major reason for taking part in the exercise study » (p. 833).	
Ne pas rester assis à rien faire	« I didn't want to be sitting on the sofa with a tartan rug round my legs » (p. 834).	

Découverte du groupe et prise de décision

Weisenbach & McDonough, 2014

Ne pas trop réfléchir et se lancer	« I knew nothing about it, I didn't read anything before I went. I just, pardon the pun, just dove in » (p. 568).	
Impulsivité à rejoindre l'équipe	« I'm kind of a joiner without ever really, just diving without, without giving it a lot of thought. Sometimes I can be pretty impulsive » (p. 569).	
Ne pas trop réfléchir et se lancer	« I'm not sure that I really had much of a thought process. I went to the first meeting and it sounded appealing » (p. 569).	
Donner une chance d'essayer	« I probably spent three months saying no, that I wasn't interested, I wouldn't join. And then um, ended up saying oh, I might as well try it » (p. 569).	
Etat d'esprit, craintes	« I remember showing up really early, and sitting in the car, and seeing the girls talking. And I am thinking, oh, I don't fit in. I'm new, you know. And I stayed in the car for a little longer probably than I should have. But I finally made myself get out. I think I actually showed up for a practice before that, and I drove off because I just didn't think it was for me » (p. 569).	

Recherche groupe exercice	« My doctor and her nurses just kept telling me I need a support team... . I just thought, if I could find something where I could exercise and meet people, that would be better. On the computer one night ... I started putting in things and I put in like [city], exercise, survivorship, support teams » (p. 567).	
Rejoint sur recommandation d'un membre	« I joined at the recommendation of one person... She just said come on, be in our group... She is a stage four survivor. She is incredible. And, so whatever she said do, I did » (p. 569).	
Dragon boat : attirant	« I went to the first meeting and it sounded appealing » (p. 569).	
Dragon boat : activité fun	« It just sounded like fun. So it would be a fun activity. And I qualify, I guess » (p. 569).	
Dragon boat : activité fun	« I think I was just curious and thought it would be a fun thing to get into » (p. 568).	
Dragon boat : fun et bon moment dans la vie	« She came and talked to the support group ... a year or two ago ... I thought it sounded like something fun. And we've thought about it all this time, and then finally ... it's a good time in our lives » (p.568).	

Bénéfices ressentit de l'activité physique

Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014

AP permet de se sentir bien Surpris par ses capacités, confiance en soi	« I have been pleasantly surprised when I realize how much I can actually do. I keep up better than I would've given myself credit for. There have just been too many limitations lately, so it feels good » (p. 2412).	
AP aide à se sentir bien : mieux qu'avant la maladie	« You never forget what you went through and you see the progress there and you get to the point where you feel even better than before you were sick » (p. 2412).	
Se sentir bien Accomplissement personnel Surprise par ses propres capacités	« I feel great after completing one [group-based physical activity class]. There is a sense of personal fulfillment. When I try new moves, and I realize how simple they are. The accomplishment for me is wow, I can do these even at home » (p. 2412).	
AP aide à se sentir bien Plus d'énergie	« When I start doing the exercise, I feel great. It makes me fit, toned, and have more energy » (p. 2412).	
AP aide à se sentir bien : pas d'AP = manque d'énergie	« I find that I don't have that much get-up-and-go when I don't come to the exercise classes » (p. 2412).	
Plus d'énergie	« I like to participate and see the people and talk with them and get that dose of energy. It's very motivating. It really is. I have never done a formal exercise class before and this is great » (p. 2411).	

Sensation d'énergie	« I like the energy feeling when you leave [class] » (p. 2412).	
Brunet & St-Aubin, 2015		
Confiance en soi et en ses capacités	« She's so helpful and that's what makes it fun because you know you can ask her a question. She's not going to shut you out. She's going to sit down and help you out. She knows her stuff and I'm very confident in what she's teaching us and very confident in the fact that I am doing it the right way. That I'm building muscles the right way. You know, that gives me a load of confidence » (p. 1504).	
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Reconstruction de la confiance en leurs capacités physiques	« the classes helped to rebuild their confidence in their ability to participate in physical activity » (p. 831).	
Ca marche	« You actually know that it works for you » (p. 834).	
Sentiment d'accomplissement Motivation	« The exercise intervention provided motivation and a sense of achievement for some respondents » (p. 831).	
AP : motivées à faire de l'AP	« You can see why people think exercise could be addictive » (p. 834).	
Surprises de ce qu'elles arrivent à faire sous supervision	« Respondents described how they felt safe and secure in the classes, were stretched the correct amount and were pleasantly surprised by how much they could achieve under guidance » (p. 831).	
Proches voient la différence : se sent beaucoup mieux	« My husband thought I was going too often and I was doing too much. During chemo, he didn't see the benefits of it (class) until he saw me feeling a lot better, and then he sort of understood, but to begin with he was a bit sceptical.. he was one of the ones who would say, sit down, put your feet (up) and don't do too much. » (p. 835).	
Gains : énergie, heureuse... meilleurs : fonctions motrices, sommeil, confiance en soi ...	« Respondents described the benefits they had gained; these included positive mental states (« high », « buzz », « uplifted », « energized », « alert » and « happier »), better physical functioning, improved mobility in their arms, improved sleep and being less tired, improved confidence and feeling more in control » (p. 830).	
Motivée à sortir	« Make myself go out and walk in the rain » (p. 834).	
Continuer l'exercice même après l'intervention	« Many women had continued exercising after the end of the intervention and so the classes acted as a catalyst either for introducing women to exercise or for helping them return to exercise if they had been active in the past » (p. 830).	
Groupe AP et soutien		
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Peu de participantes	« However, when asked directly whether the exercise groups were similar to support groups, respondents in only one focus	

nomment les groupes d'AP en temps que groupe de soutien	group (FG2) agreed there were similarities » (p. 832).	
Groupe AP = Groupe de soutien Informel	« respondents in different focus groups spontaneously described the classes as self-support groups and a kind of informal counselling and support » (p. 832).	
Groupe AP = Groupe de soutien Soutien dans groupe AP = Bonus, inattendu	« Obviously, you've got involved with support groups. You see, I would never have done that. I'd have probably just gone that's not for me. But it (intervention) did turn out to be a support group. the exercise bit definitely was what I responded to, and the other bit (support), I didn't expect, it was an actual absolute boon and a bonus » (p. 832).	
Wurz, St-Aubin, & Brunet, 2014		
Groupe de soutien	« It is like a support group ... The camaraderie, being with other people » (p. 2411).	
Weisenbach & McDonough, 2014		
Pas un groupe de soutien	« I guess, I don't know what I was thinking, I don't know why I would think it wouldn't be [like a support group], it just didn't occur to me that's what it would be » (p. 569).	
Pas comme un groupe de soutien : focus AP = exercice	« I thought it would be support, a typical support group... . But it was totally not that way. Nobody talks about it unless they want to. And, you know, we just kind of are out there for exercise ... and camaraderie » (p. 569).	
Inconfort dans la communauté		
Wurz, St Aubin, & Brunet, 2014		
Inconfort dans la communauté en raison des traitements et de leurs effets indésirables	« You feel uncomfortable [in the community], whereas it doesn't matter here. I wear sleeves sometimes for some of the classes because I have something strange in my arm [referring to her port]. If you're doing chemotherapy and you walk in with the headscarf on, here you can take it off, or if you're wearing your wig, you can take it off. And it's a sense of freedom when you can do that » (p. 2412).	
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Inconfort communauté lié au port de la perruque	« In addition, a number of women described how, when exercising during a hot summer, they felt able to remove their wigs during the class in a way which would have been impossible in an ordinary exercise class. This was described as liberating and a confidence thing » (p. 833).	
Inconfort communauté : complexées par leur image quand ont eu mastectomie	« Respondents found it particularly difficult to go to standard exercise classes if they had lost (part of) a breast as going into a communal changing room and getting undressed made them feel self-conscious » (p. 833).	
Au delà du possible de pouvoir rencontrer	« Well I'm a single female so my whole life is just devastated. it's just beyond me to go and meet somebody new and take off my clothes. I look completely different. I'm a different person.	Groupe contrôle

quelqu'un et se déshabiller	It's horrible , absolutely horrible, I liked the old me, didn't want anything to change and all of a sudden this has thrown me. I don't have mirrors in my house at all even now » (femme du groupe contrôle) (p. 835).	
Se rendre à la piscine : peu possible	« Swimming posed particular problems, given the perceived need for a special prosthesis and the visibility of the figure in a tight swimming costume » (p. 833).	
Weisenbach & McDonough, 2014		
Inconfort Communauté : crainte de leurs réactions	« It was a little bit of a risk for me to go because it is a pink boat. And it is, you know, cancer, and breast cancer. And I was still in the whole phase of thinking every time I told someone they would feel pity, or they would look at my chest. And that was, you know, awkward... People know and I just wanted it, I wanted life to be back the way it was before. » (p. 568).	
Inconfort Communauté crainte d'être étiquetée comme survivante	« Carly did not like to publicly display that she is a survivor: « I don't want to be too visible to the community as a survivor ... I just don't want to be labeled that way ». She left the team soon after joining » (p. 568).	
Inconfort de se lancer dans une équipe et dans de nouvelles relations sociales	« I remember showing up really early, and sitting in the car, and seeing the girls talking. And I am thinking, oh, I don't fit in. I'm new, you know. And I stayed in the car for a little longer probably than I should have. But I finally made myself get out. I think I actually showed up for a practice before that, and I drove off because I just didn't think it was for me » (p. 569).	
Groupe de pairs : facilitateurs, motivateurs et confort		
Wurz, St Aubin, & Brunet, 2014		
Ici : une certaine liberté, peut ne pas porter sa perruque. L'apparence n'a pas d'importance ici	« You feel uncomfortable [in the community], whereas it doesn't matter here. I wear sleeves sometimes for some of the classes because I have something strange in my arm [referring to her port]. If you're doing chemotherapy and you walk in with the headscarf on, here you can take it off, or if you're wearing your wig, you can take it off. And it's a sense of freedom when you can do that » (p. 2412).	
Ici : liberté de s'habiller confortablement, de ne pas porter ses prothèses Facilitateur : les autres femmes font pareil	« I'm not comfortable wearing my prosthetic and so when I come here to the Maplesoft Centre for Cancer Survivorship Care, I can dress in a way in which I'm comfortable. So you know I often leave it at home in the drawer, and now there are a lot of other women who started doing the same thing. It's heavy, and it sort of gets in the way when you're trying to do your exercises. I know I wouldn't be participating in any other exercise program if the Maplesoft Centre for Cancer Survivorship Care were not here because that comfort level » (p. 2412).	
Identité commune	« I really feel like although we're all different people, with different cancer, different ages, different everything, that there's that common basis and common reason for being there that just makes it a place where you want to be » (p. 2412).	
Communauté	« Gisèle enjoyed feeling "part of a community" » (p. 2412).	

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

Facilitateur : aide à surmonter les problèmes	« Respondents described finding the group context very helpful when dealing with the problems of hair loss, through jokes and sharing experiences » (p. 833).	
Confort : enlever sa perruque quand il fait chaud Facilité par la présence des pairs	« I chucked the wig it was too hot and had a head scarf for a while. But I think I would have gone on a lot longer with my wig or the head scarf perhaps if you hadn't been there » (p.833).	
Confort et facilitateur : ici ne se sent pas trop mal parmi des personnes qui ont vécu la même chose	« And as unpleasant as it is not to have any hair, you don't feel as bad when you're amongst women who have been through the same thing » (p. 833).	
Confort : se sent capable de pouvoir retirer sa perruque = libération et confiance Facilitateur : les pairs font la même chose	« In addition, a number of women described how, when exercising during a hot summer, they felt able to remove their wigs during the class in a way which would have been impossible in an ordinary exercise class. This was described as liberating and a confidence thing » (p. 833).	
Groupe important pour la motivation	« Respondents strongly emphasized the importance of exercising in a group, partly because they thought it would have been very difficult to motivate themselves to exercise alone at home » (p. 831).	
Groupe de femmes dans la même position : facilite la pratique de l'AP	« In contrast, being in an exercise class full of women in the same position made it much easier to exercise » (p. 833).	
Groupe : motive à faire de l'AP	« They much preferred the social interaction and atmosphere in the bigger groups, and described being motivated by other women as well as by the instructor » (p. 831).	

Weisenbach & McDonough, 2014

Impact positif d'un participant avec cancer avancé : motive à faire AP	« I joined at the recommendation of one person. She just said come on, be in our group. She is a stage four survivor. She is incredible. And, so whatever she said do, I did » (p. 569).	
Impressions données par les autres membres : donne envie d'en savoir plus	« I was just impressed with their attitude and their outlook and you know, maybe this is something I really need to investigate further » (p. 568).	

Conséquence : Attitude du groupe = donne envie de revenir	« I came out and checked it out and saw the attitudes... . When I met the women, it was enough to get me to come back » (p. 568).	
Partage d'expériences et discussions à propos du cancer		
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Groupe = partage Information et expérience similaire partagée	« Women also shared information as well as experiences » (p. 832).	
Expérience similaire vécue : compréhension	« While some women found it helpful to discuss their illness with people who understood, others said the last thing they wanted to do was talk about cancer » (p. 832).	
Partage d'informations	« Respondents valued the solidarity, friendship, empathy, acceptance and information that they gained from others in the group exercise classes » (p. 832).	
Expériences partagées, vécues par les autres	« And as unpleasant as it is not to have any hair, you don't feel as bad when you're amongst women who have been through the same thing » (p. 833).	
Partage d'expérience pour aider à surmonter les problèmes	« Respondents described finding the group context very helpful when dealing with the problems of hair loss, through jokes and sharing experiences » (p. 833).	
Etre sur le même bateau	« The importance of exercising with women in similar circumstances was emphasized time and time again; indeed phrases such as the same boat, the same position or people that are the same as you were used in every discussion with respondents from the intervention group » (p. 832).	
Parle du cancer car le vit	« I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer, I'm sorry, you know, that's really the last thing you want to do. I mean we did, talk about it quite a lot because we were right in the middle of it (treatment). But it was kind of alongside of what you were doing (exercise), it wasn't the main focus of why you got together » (p. 833).	
Parle de la maladie	« Sometimes we talk to each other (about illness) but it's just fleetingly. It's not going on for a couple of hours » (p. 834).	
Blaguer pour surmonter la difficulté (coping)	« You have to joke about it, to cope » (p. 834). « I don't think we were ever really morbid at all, I don't think we allowed ourselves to go there » (p. 834).	
Demande de plus de classe dans d'autres lieux	« Some women requested more classes in additional locations, and preferred locations which had a comfortable room where they could chat after exercising » (p. 830).	
Wurz, St Aubin, & Brunet, 2014		
Langage partagé	« She felt that all of the participants spoke the language of cancer » (p. 2412).	

Expérience similaire partagée Culture du cancer	« There is so much similarity in the experience. We know how painful this process is. It's like cancer has its own culture » (p. 2412).	
Partage d'expérience et de vécu : reconstruction	« The nice thing about it is that nobody is afraid to talk about their cancer, and their experiences, their reconstruction. You know you're not alone » (p. 2412).	
Expérience vécue, compréhension	« I had a very bad cold so I did not come to the exercise classes because we have patients, participants who are doing treatment, chemo and radiation and are going to have surgery or just had surgery. So there's no way I'll come if I'm sick because I know how I felt when I was in that position and somebody came to class and was sniffing and started sneezing, and coughing. I was just like nope gotta leave » (p. 2411).	
Perception de soi		
Brunet & St-Aubin, 2015		
Identité : ne veut pas être pris en pitié car pas une victime	« I don't think she sits there and feels sorry for us that we have cancer. She's a fitness instructor so if she feels sorry for us it would really annoy me because I'm not a victim » (p. 1504).	
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Identité : féminité Complexée, perte d'un sein	« Respondents found it particularly difficult to go to standard exercise classes if they had lost (part of) a breast as going into a communal changing room and getting undressed made them feel self-conscious » (p. 833).	
Identité : cheveux Apparence, identité des genres Perte cheveux = perte féminité Cheveux = identité	« Hair loss was raised by respondents in every focus group and usually discussed in detail. Hair seemed to be the aspect of appearance which was most bound up with gender identity, perhaps because it is such a visible symbol of femininity » (p. 833). « It's amazing how much (of) your identity is in the hair » (p. 833). « I felt that I'd lost my femininity when I lost my hair. » (p. 833).	
Ne pas se traiter pour ne pas perdre un sein Célibataire	« I'm single so I went through real crisis. At one time I was actually contemplating not going for treatment rather than lose the breast » (femme du groupe contrôle) (p. 834).	Groupe contrôle
Négative au sujet d'elle-même = pas d'AP, célibataire	« The respondents who were most negative about themselves and their body image were single women from the control group » (p. 833).	Groupe contrôle
Célibataire Cancer => une personne différente, horrible	« Well I'm a single female so my whole life is just devastated. It's just beyond me to go and meet somebody new and take off my clothes look completely different. I'm a different person. It's horrible, absolutely horrible, I liked the old me, didn't want anything to change and all of a sudden this has thrown me. I don't have mirrors in my house at all—even now » (p. 835).	Groupe contrôle

Pas de miroir		
Groupe AP : active, indépendante, pleine d'énergie...	« In contrast, women in the exercise intervention were positioned as actively getting on with their life, energized and not always wanting, or needing, to dwell on their illness » (p.833).	
Weisenbach & McDonough, 2014		
Perte d'un sein, couleur rose du bateau Identité : couleur rose = cancer du sein	« It was a little bit of a risk for me to go because it is a pink boat. And it is, you know, cancer, and breast cancer. And I was still in the whole phase of thinking every time I told someone they would feel pity, or they would look at my chest. And that was, you know, awkward... People know and I just wanted it, I wanted life to be back the way it was before » (p. 568).	
Identité = soutenir ses pairs	« I guess at this, at this stage, I would look at myself more as being able to support other survivors » (p. 568).	
Identité ≠ survivant label	« Carly did not like to publicly display that she is a survivor: « I don't want to be too visible to the community as a survivor. I just don't want to be labeled that way ». She left the team soon after joining » (p. 568).	
Ne pas abandonner	« It was harder than I thought it would be ... [but] I'm not a giver upper » (p. 569).	
Perceptions des autres		
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
P-A : pessimiste	« The older people a lot of them are quite sort of doom and gloom » (p. 834).	
Pauvre moi	« Sitting back and saying 'oh poor me' » (p. 834).	
Passif	« Can't sit back and think 'oh, what's happened to me?' » (p. 834).	
Se cacher	« The lady that went through her operation (with) me. she's hidden herself away » (p. 834).	
Ne plus sortir	« The girl I was in hospital with, the first day her hair came out, said 'I'm not (going out)' » (p. 834).	
Se la couler douce	« Would have been so easy to let people tell you take it easy, put your feet up, don't do too much' » (p. 834).	
P-A : éliminent l'AP	« Some older women, I just think they automatically dismiss it (exercise) » (p. 834).	
Personnalité => s'isoler ou rencontrer des gens	« Opportunities are there (to meet people) but if you're not that type of person I don't know how I would have coped with being insular and not dealing with anybody else » (p. 834).	
Démoralisée, paresseuse	« Some were advised not to exercise during treatment, while others felt demoralized due to their lack of energy and loss of confidence or felt that they stood out or were regarded as lazy because they could not work as hard as others » (p. 831).	Groupe contrôle

Perceptions des groupes de soutien

Weisenbach & McDonough, 2014

Groupe de soutien négatif personne ne veut y être	« The support group's net can kind of give you a place where you can feel safe and comforted and valued, but you can't, nobody wants to stay there ... Dragon boating for me is more like getting back up there » (p. 568).
---	---

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

Groupe de soutien classique = dépressif	« First, support groups were perceived as depressing, morbid and dwelling on illness, while the exercise classes were seen as upbeat, enjoyable and fun (« you have to joke to cope »), giving people a chance to forget about their illness for a while » (p. 832).
---	--

Groupe de soutien = group OH Groupe de soutien = perçu comme maladie toute la vie de la personne	« I remember going to one. It was like : My name's So-and-So, and I'm an alcoholic, because they went round. and My name's So-and-So and I've got such-and-such cancer, and I've had it for 14 years. To me it was like that's all their life was » (p. 832).
---	---

Groupe de soutien = parler du cancer	« Secondly, discussions at support groups were perceived to consist of deep, meaningful and exhausting conversations, whereas it was seen as optional_ to talk about illness at all, or in depth, at the classes where the main focus was on exercise » (p. 833)
--------------------------------------	--

Groupe de soutien = la dernière chose que veux faire	« I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer, I'm sorry, you know, that's really the last thing you want to do. I mean we did, talk about it quite a lot because we were right in the middle of it (treatment). But it was kind of alongside of what you were doing (exercise), it wasn't the main focus of why you got together » (p. 833).
--	--

Groupe de soutien = la dernière chose que veux faire	« I was being a wee bit, I'm not going to any support group, to hell with that you know. Do I REALLY want to meet 3 million people who have got the same thing as me? I don't think so, no » (p. 833).
--	--

Pour les gens qui ont des problèmes. Dans la tête	« Support groups are for folk that may need it up there (points to head) » (p. 834).
---	--

Groupe de soutien : maladie = vie	« To me, it was like that's all their life is (illness) » (p. 834).
-----------------------------------	---

Groupe de soutien : pas assez d'amis	« Support groups are good for people who perhaps don't have many friends » (p. 834).
--------------------------------------	--

Groupe de soutien : pas pour moi	« Just not for me » (p. 834).
----------------------------------	-------------------------------

Groupe de soutien : déprimant	« Depressing » (p. 834).
-------------------------------	--------------------------

Comparaison groupe AP VS soutien : pas focus sur la maladie	« I certainly preferred the exercise class (to support group). I get bored listening to myself far less anybody else! Just want to get away from it. I mean there is something else in life as well (as cancer) » (p. 832).
---	---

Perceptions du groupe d'AP

Weisenbach & McDonough, 2014

Dragon boat : rien de tel, une trouvaille	« Ultimately, all felt that dragon boating was the fulfillment of their search: « I couldn't believe I found it, 'cause there is nothing else like it that I know of... . These people had decided to do this right where I live, right at the time when I needed it » (p. 568).
Dragon boat : fun et bon moment dans la vie	« She came and talked to the support group . . . a year or two ago ... I thought it sounded like something fun. And we've thought about it all this time, and then finally ... it's a good time in our lives » (p. 568).

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

AP : Privilège	« I just feel it was privileged to be on it » (p. 833).
AP : fun, motivant	« First, support groups were perceived as depressing, morbid and dwelling on illness, while the exercise classes were seen as upbeat, enjoyable and fun (« you have to joke to cope »), giving people a chance to forget about their illness for a while » (p. 832).
Se réjouir du groupe d'AP	« I really looked forward to going to it » p. 830

Wurz, St Aubin, & Brunet, 2014

Une raison commune Un endroit où on a envie d'être	« I really feel like although we're all different people, with different cancer, different ages, different everything, that there's that common basis and common reason for being there that just makes it a place where you want to be » (p. 2412).
---	--

Perceptions positives de la maladie

Weisenbach & McDonough, 2014

Nouvelle opportunité grâce au cancer	« Breast cancer for me has been a forum to do things that I never did before » (p. 568).
Nouvelle opportunité grâce au cancer	« If I hadn't had my breast cancer, I wouldn't even know about the team » (p. 568).
Par le cancer rejoint l'équipe	« I really look at it as an opportunity. Because of my breast cancer I get to join this team and I get to engage in a level of physical activity that I don't currently do and that excites me » (p. 568).

Modalités, distances et conflits avec les responsabilités

Weisenbach & McDonough, 2014

Lieu adapté	« Ultimately, all felt that dragon boating was the fulfillment of their search: « I couldn't believe I found it, 'cause there is nothing else like it that I know of... . These people had decided to do this right where I live, right at the time when I needed it » (p. 568).
-------------	--

Horaires	« Carly and Sandy had concerns about the time commitment and the distance to practices but these were alleviated when they learned that attendance was flexible » (p. 568).	
Distances		
Fréquences quand disponible : flexible	« One of the nice things at the time, they said well it doesn't matter how often you go. Just come when you can » (p. 568).	
Responsabilités envers les participants	« All four had concerns about side effects of treatment making paddling difficult, and about being part of a team » (p. 568).	
Wurz, St Aubin, & Brunet, 2014		
Distance = barrière	« I think the biggest barrier is the drive down, and the fact that it's twice a week. I mean I understand why it's twice a week, but it's twice a week that I have to come all the way down here » (p. 2410).	
Temps à investir		
Fréquences		
Horaire à cause du trafic	« I don't take anything here that's past 2:00 pm because of traffic » (p. 2410).	
Conduite : difficile selon capacités = barrière	« In my capacity at the moment, sometimes driving is very hard. Sometimes I just don't want to drive. That is one barrier » (p. 2410).	
N'aime pas conduire et parking plein	« Barriers are not liking to drive there, and when you get there and there's no parking spots » (p. 2410).	
Temps à investir augmenté à cause du parking	« "plan for it" by making sure she arrived extra early, which increased the time she needed to attend » (p. 2410).	
Horaire en conflit avec travail	« Unfortunately I had to go back to work and because they [groupbased physical activity classes] were during the day, when I had the day off I would go over to the exercise classes » (p. 2410).	
Horaire au milieu de la journée : problème avec travail. Travail : responsabilités VS AP	« It's right in the middle of the day. Like it's fine if you're off work, but I see that being a big barrier for people who are working like me » (p. 2410).	
Temps à investir : investissement important	« It's two times a week. You think 'that's not a lot', but with everything else that is happening in my life, this is a huge commitment » (p. 2410).	
Fréquences		
Priorités, responsabilités = peu de temps pour AP		
Responsabilités-priorités	« Women have multiple tasks and multiple jobs so something is going to be dropped. Something related to us... Most of the time, that's the issue that everybody is talking about because we are not able to take care of ourselves anymore. That, I think this is another barrier » (p. 2410).	
Surcharge dans emploi du temps		
Sacrifices		
Conflit horaire, cours et rendez vous médicaux	« I'm going back to work so there are many appointments, which unfortunately interfere...I don't have the time to set this [group-based physical activity program] as the highest priority.	

Priorités Retour au travail	You know, for example, there will be a spot open for an MRI that conflicts, and I want to do the MRI and mammography before I go back to work. So yeah, that's unfortunate, it shouldn't be like that, but right now it's all about work and going back » (p. 2410).	
--------------------------------	--	--

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

Pas assez de temps pour de l'exercice, se met la pression Responsabilités et AP : problème de temps	« I do want to (keep on exercising) but I don't have enough space on the disc to do it all. I've still got quite a tight schedule going on, and I just can't make my own time, exercise time, within any time that I have available to me. And I am pressurising myself because I know I should be, and I want to be » (p. 835).	
Demande de plus de classes dans d'autres lieux	« Some women requested more classes in additional locations, and preferred locations which had a comfortable room where they could chat after exercising » (p. 830).	
Les classes structures la journée de celles qui ne travaillent pas.	« The classes also gave a structure to the day for some women, which was lacking when they were not in paid work, and provided a sense of control » (p. 831).	
Responsabilités et AP : S'occuper des enfants pendant AP	« I just drag my children with me! » (p. 835).	
Responsabilités et AP : S'occuper des enfants pendant AP	« Some women felt guilty asking relatives to look after their children so they could exercise » (p. 835).	
AP et travail quand horaire long	« Women also discussed problems in fitting in exercise around their work lives, especially when they were working shifts or long hours » (p. 835).	
Responsabilité : Famille et influence sur AP	« For such a long time I had been—through choice—bottom: three young children, a husband, a house. So therefore it was the first time. I thought, no, (need to) get on with it (exercise). I think I was typical had been very fit, got married, had children, became very unfit! » (p. 835).	
Semble plus acceptable de donner du temps pour l'AP lors de l'étude que après	« There was some suggestion that it was perceived to be more acceptable (both to respondents and their families) to prioritize time for the exercise classes while in the study than it was to maintain exercise afterwards » (p. 835).	

Familles et proches

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

Famille et proches croyance que AP pas adapté dans la maladie	« My husband thought I was going too often and I was doing too much. During chemo, he didn't see the benefits of it (class) until he saw me feeling a lot better, and then he sort of understood, but to begin with he was a bit sceptical... he was one of the ones who would say, sit down, put your feet (up) and don't do too much » (p. 835).	
---	--	--

Famille et proches croyance que AP pas adapté dans la maladie Influence du contexte de l'étude	« The families could cope with you doing that because it was a university trial so it would be doing you good, whereas if you were just to say. I'm off for a walk oh, do you think you should be doing that? » (p. 835).	
Satisfaite du soutien reçu par la famille et les proches	« Respondents were generally very positive about the practical and emotional support they had received from partners, family and friends » (p. 835).	
Famille inquiète de la fatigue que pourrait occasionner l'exercice	« some women in the intervention group revealed that their families had been concerned that the exercise classes would be too tiring for them (« they did try to cocoon me a wee bit », « wrapped me up in cotton wool ») (p. 835).	
Semble plus acceptable de donner du temps pour l'AP lors de l'étude que après	« There was some suggestion that it was perceived to be more acceptable (both to respondents and their families) to prioritize time for the exercise classes while in the study than it was to maintain exercise afterwards » (p. 835).	
Limitations en lien à la maladie		
Weisenbach & McDonough, 2014		
Peur que ce soit trop difficile	« All four had concerns about side effects of treatment making paddling difficult, and about being part of a team » (p. 568).	
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Limitation liée au cancer : cours classique trop difficile pendant traitement	« I've joined a keep-fit, but I thought it was a bit strenuous, but it was just after the chemo. I think maybe I started too early » (p. 831).	Groupe contrôle
Limitation liée au cancer dans les cours classique	« I tried going to exercise classes. and found that I was being asked to do things that actually hurt when I said I'm sorry I can't do that, it was kind of like well why not and I was well because I've had a lump out of my breast and I've had a bit out of my arm and I can't lift that weight. And there was a kind of annoyance. so in the end you stop going » (p. 831).	Groupe contrôle
Wurz, St Aubin, & Brunet, 2014		
Limitation par maladie : conduite difficile	« In my capacity at the moment, sometimes driving is very hard. Sometimes I just don't want to drive. That is one barrier » (p. 2410).	
Limitation par le cancer : se sent malade	« It was sometimes difficult for her to attend some classes « because I was so sick » (p. 2411).	
Maladie et traitement influent participation	« I had a very bad cold so I did not come to the exercise classes because we have patients, participants who are doing treatment, chemo and radiation and are going to have surgery or just had surgery. So there's no way I'll come if I'm sick because I know how I felt when I was in that position and somebody came to class and was sniffing and started sneezing, and coughing. It was just like nope gotta leave » (p. 2411).	

Curage lymphatique Raideur épaule	« Because I've had breast cancer, I have had lymph nodes taken out of my arm. It doesn't take much to for that part of the body up to the shoulders to stiffen » (p. 2411).	
Au lit pendant un an Perte de force, de muscles Temps nécessaire pour récupérer	« I was in bed for a year, so my muscles and everything just was kind of gone. You know atrophy. I just didn't have any strength. We used to be active skiers all the time but you know the muscles in my thighs were gone, my quads were gone and everything else as well. It took me a little while to get my motor running again » (p. 2411).	
Muscles faibles	« I have a hard time doing the plank. That's because this arm is quite weak. I can do the modified version, but not the full version. I am still working on it » (p. 2411).	

Aspects négatifs du groupe

Weisenbach & McDonough, 2014

Trop de publicité : visibilité des participants	« Carly did not like to publicly display that she is a survivor: « I don't want to be too visible to the community as a survivor... I just don't want to be labeled that way ». She left the team soon after joining » (p. 568).	
Exclusivité pour le cancer du sein négatif	« This wouldn't be open to me except that I am a breast cancer survivor. I mean yeah, another bonus for having to deal with this. But you had to say yes to it » (p. 568).	
Bateau rose : trop visible mise en avant de la maladie	« It was a little bit of a risk for me to go because it is a pink boat. And it is, you know, cancer, and breast cancer. And I was still in the whole phase of thinking every time I told someone they would feel pity, or they would look at my chest. And that was, you know, awkward. People know and I just wanted it, I wanted life to be back the way it was before » (p. 568).	
Mettre de côté son besoin de ne pas parler du cancer	« I'm sick of talking about breast cancer In order to get in the boat and do this paddling on water I was going to have to set that aside » (p. 569).	

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

Plainte : abandonnées quand l'étude s'est terminée	« The most commonly voiced complaint was that the classes stopped too abruptly, leading to some women feeling abandoned after 12 weeks of support » (p. 830).	
--	--	--

Qualités de l'instructeur

Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007

Instructeur utile et soutenant	« Respondents stressed the importance of exercising with other women who had breast cancer and valued the expert instruction and support » (p. 831).	
--------------------------------	---	--

Offre adaptations et respecte le silence	« To go along to a class at your local sports centre in no way would measure up to what's offered by Anna (instructor). It is tailored to your needs and you don't have to explain yourself. And that's really important, because you don't want to be explaining yourself all the time ! You just want to be relaxed » (p. 831).	
Capacité à ajuster le rythme très apprécié	« The instructors were highly praised for their expertise and ability to adjust the pace and exercises according to the composition of the class » (p. 831).	
Brunet & St-Aubin, 2015		
Prévention des blessures et accompagne pour atteindre capacité max	« You have to reach your maximum capacity in order to get the benefit of it, without damaging any muscles or anything in your body. [The instructor] has that; she is able to deliver that in her class » (p. 1503).	
Encourageant	« Participants explained how the instructor encouraged them to reach their own personal best » (p. 1503).	
Mettre à l'aise et adapter le rythme	« This was especially important for those who were not previously active who said the instructor allowed them to feel comfortable while developing skills and knowledge at a pace appropriate for them » (p. 1503).	
Proposer plusieurs manières de faire Utiliser les capacités de chaque participantes	« She always offers different ways of doing it because she knows that there is a difference in the qualities of the participants » (p. 1503).	
Connaissances et compétences de l'instructeur Motivateur	« Her professionalism, her knowledge, her way of doing things, explaining things, being honest, clear, up front, motivates me » (p. 1503).	
Instructeur : disponible, explique pourquoi Instructeur : qualifié	« She's actually teaching me how to do it so when I do it at home, I'm able to do it the proper way. Also, she explains the 'why', and that's the huge part. Because if she just says 'do this, this, and this,' it goes in one ear and out the other. But she explains why, so I'm like 'Oh! I don't want to hurt my shoulder » (p. 1503).	
Investissement de l'instructeur Motivateur	« Not only does she enjoy what she's doing just because she loves exercise, but the commitment is there. That's a gift because we wouldn't get that anywhere else in the city » (p. 1504).	
Motivateur	« She just makes it seem like everything is possible, like what she's doing is something you can either do or get to. I don't know how she does it exactly, but she's just loud and positive [. . .]. So it's enjoyable to be there and have her up there » (p. 1504).	
Compétences de l'instructeur Motivateur	« [The instructor] is very knowledgeable in what she's teaching and how to motivate people, and how to help me if I'm having a problem. She's always upgrading and going to conferences and seminars » (p. 1505).	

Formations de l'instructeur		
Professionalisme, ne montre pas de la pitié envers les participantes	« I don't think she sits there and feels sorry for us that we have cancer. She's a fitness instructor so if she feels sorry for us it would really annoy me because I'm not a victim » (p. 1504).	
Motivateur	« Just her attitude and her gesturing, that's all positive! Yeah, she really gets into the music and it's fun to watch and its fun to keep up. So that's my motivation » (p. 1504).	
Acquérir connaissances et compétences		
Brunet & St-Aubin, 2015		
Apprendre juste	« The most important thing is not how fast you're doing it. It is not a race or how many you get to do. It's just learning how to do it right, and then you build from that » (p. 1503).	
Développement de connaissances et compétences	« This was especially important for those who were not previously active who said the instructor allowed them to feel comfortable while developing skills and knowledge at a pace appropriate for them » (p. 1503).	
Acquisition de connaissances et de compétences	« She's actually teaching me how to do it so when I do it at home, I'm able to do it the proper way. Also, she explains the "why", and that's the huge part. Because if she just says 'do this, this, and this,' it goes in one ear and out the other. But she explains why, so I'm like 'Oh! I don't want to hurt my shoulder » (p. 1503).	
Comment et pourquoi	« She gives an explanation on how to do the movement and why you're doing it and which muscle your working. That kind of helps you because you don't want to be doing it wrong either » (p. 1503).	
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
Conseil de ne pas pratiquer de l'AP	« Some were advised not to exercise during treatment, while others felt demoralized due to their lack of energy and loss of confidence or felt that they stood out or were regarded as lazy because they could not work as hard as others » (p. 831).	Groupe contrôle
Adaptations des exercices et du rythme		
Wurz, St Aubin, & Brunet, 2014		
Adaptations des exercices selon les capacités	« I have a hard time doing the plank. That's because this arm is quite weak. I can do the modified version, but not the full version. I am still working on it » (p. 2411).	
Brunet & St-Aubin, 2015		
Apprentissage à son rythme, Exercices adaptés	« The most important thing is not how fast you're doing it. It is not a race or how many you get to do. It's just learning how to do it right, and then you build from that » (p. 1503).	

Exercices adaptés, rythme approprié	« This was especially important for those who were not previously active who said the instructor allowed them to feel comfortable while developing skills and knowledge at a pace appropriate for them » (p. 1503).	
Adaptation des exercices aux propres limites des participants	« She always offers different ways of doing it because she knows that there is a difference in the qualities of the participants » (p. 1503).	
Pas de pression, Adaptations des exercices : réalisables	« The biggest thing that I really like about that class is that she doesn't pressure you to do something that you physically can't do. She's going to say 'Here are different ways of doing it. Then, I can push myself as far as I can » (p. 1503).	
Exercices possibles à faire ou dans le futur	« She just makes it seem like everything is possible, like what she's doing is something you can either do or get to. I don't know how she does it exactly, but she's just loud and positive [...]. So it's enjoyable to be there and have her up there » (p. 1504).	
Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie, & Kearney, 2007		
La juste dose	« Respondents described how they felt « safe » and « secure » in the classes, were « stretched » the correct amount and were pleasantly surprised by how much they could achieve under guidance » (p. 831).	
Adapter au besoin Pas nécessaire de s'expliquer	« To go along to a class at your local sports centre in no way would measure up to what's offered by Anna (instructor). It is tailored to your needs and you don't have to explain yourself. And that's really important, because you don't want to be explaining yourself all the time! You just want to be relaxed » (p. 831).	
Cours classiques : Manque d'adaptation	« I've joined a keep-fit, but I thought it was a bit strenuous, but it was just after the chemo. I think maybe I started too early » (p. 831).	Groupe contrôle
Weisenbach & McDonough, 2014		
Plus difficile que penser	« It was harder than I thought it would be ... [but] I'm not a giver upper » (p. 569).	

ANNEXE VI : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

	<i>Brunet, & St-Aubin (2015)</i>	<i>Wurz, St-Aubin & Brunet (2014)</i>	<i>Emslie et al. (2007)</i>	<i>Weisenbach & McDonough (2014)</i>
Âge	40 à 69 ans âge moyen : 55.3 ans	âge moyen 55.3 ans	40-76 ans Âge moyen 53 ans	40 à 65 ans âge moyen 54 ans
Nombre de femmes	7 femmes		36 femmes	15 femmes
Période	Après traitement		Pendant traitement	Pendant (4), dans l'année post traitement (5)
Stade cancer	NS		Stade précoce	NS
Traitements	Chimiothérapie et radiothérapie et hormonothérapie (4), chimiothérapie et radiothérapie (2), hormonothérapie (1)		Radiothérapie (10), chimiothérapie et radiothérapie(23) et autres (3)	Divers types de traitements reçus par les participantes : mastectomie, lumpectomie, curage ganglionnaire, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, et reconstruction mammaire
Temps depuis le 1^{er} diagnostic	NS	NS	NS	1-23 ans
Ethnies	6 caucasiennes, 1 asiatique		caucasiennes	caucasiennes
Occupations	Travail : plein temps (2), retraitées (2), invalides (2), au foyer (1)	NS	NS	NS
Niveau d'études	Diplôme universitaire ou du collège (5), fini l'école obligatoire (1), une partie d'université ou de collège (1)	NS	NS	Toute ont au moins un diplôme d'études secondaires
Statut marital	NS	NS	Célibataires (5), mariées ou en couples (22), séparées, divorcées ou veuves(9)	Mariées ou en couple (11), célibataires (3) et divorcée (1)
Enfants	NS	NS	A domicile (13), pas d'enfant ou pas à domicile (23)	NS
Statut socio économique	Revenu des foyers de ≥100 000 \$ (4) 20 000-59 999 (2)	NS	Selon la zone d'habitation : Zone 1-2 (le moins défavorisées) (14) Zone 3-5 (12) Zone 6-7 (les plus défavorisés) (10)	Les revenus des foyers allaient de \$20–39,999 à \$100,000 et plus. Avec une moyenne de 80 000-100 000.
Temps depuis le 1^{er} diagnostic	NS	NS	NS	1-23 ans