

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNEE : 2021

N° : 337

THESE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

FEKA Valérie

Née le 18 juillet 1994, à Strasbourg (67)

**Effet d'un programme d'entraînement physique personnalisé,  
associé à un programme d'entraînement mental par la pleine  
conscience (MBSR), sur les capacités physiques et la qualité de vie  
de patientes sortant de chimiothérapie pour un cancer du sein**

**Etude strasbourgeoise ancillaire et qualitative**

Président de thèse : Pr. BERTSCHY Gilles

Directeur de thèse : Dr. LONSDORFER Evelyne

Membres du jury : Dr. BAGOT Jean Lionel

Dr. BENDER Laura

# LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG



## FACULTE DE MEDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBLIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires** : (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1988) M. MANTZ Jean-Marc
- (1988-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Bernard

Edition OCTOBRE 2018  
Année universitaire 2018-2019

HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2023)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Siham  
DOLLFUS Hélène

Immunologie Ecologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
Génétiq ue Clinique (01.10.2014 au 31.09.2018)

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PD191	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cheif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
	ANDRES Emmanuel P0002	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
	ANHEM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou- CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	ARNAUD Laurent P0188	NRP0 NCS	• Pôle MRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RPS CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Siham P0001	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
	BAUBERT Thomas P0007	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M001 / P0192	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEUX Rémy P0008	NRP0 Ramp	• Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neurobiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECHER François P0009	RPS NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0193	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
	BERTSCHY Gilles P0010	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BERRY Guillaume P0179	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie II - Neurobiologie-Imagerie orthopédique-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	NRP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
	BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	53.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
	Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
	BOURGIN Pascal P0020	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil ; HC = Hôpital Civil ; HP = Hôpital de Hautepierre ; PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0003	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0026	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0327	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolice - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	46.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaires / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLUD Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CGOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	46.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANON Jean-Marie P0088	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Services de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0046	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
DIEMÜNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	46.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0005	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (S) (T) P0006	Smb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0033	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CGOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Atshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Services d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaires

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GICQUEL Philippe P0085	NRP6 CS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0086	RP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0087	NRP6 CS	+ Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0088	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	+ Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		+ Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAILHAC Benoît P0079	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0091	RP6 CS	+ Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0093	RP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-C/COM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique.
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Med. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0185	NRP6 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KÖPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	46.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANDW Anna-Sophie P0087	NRP6 CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M028 / P0174	NRP6 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Services de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0088	NRP6 CS	+ Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONDO Laurence		+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0089	NRP6 NCS	+ Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale / option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MARESCAUX Christian (5) F000T	NRP6 NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel F0008	NRP6 NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry F0009	NRP6 NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert F0100	NRP6 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole F0101	NRP6 NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent F0102	NRP6 CS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe F0103	RP6 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel F0104	NRP6 CS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas F0105	NRP6 NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat F0106	NRP6 NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent F0107	NRP6 CS	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier F0108	NRP6 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno F0109	NRP6 CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier F0111	RP6 CS	- Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izine Jacques F0112	NRP6 CS	- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël F0113	NRP6 NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges F0114	NCS	- Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick F0115	NRP6 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme RAILLARD Catherine F0100	NRP6 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		- Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU-SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme FERRETTA Silvana F0117	NRP6 NCS	- Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick F0118	NRP6 NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry F0119	CD6	- Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		- Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien F0161	NRP6 NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain F0123	NRP6 NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUOT François F0162	NRP6 CS	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth F0124	NRP6 CS	- Pôle des Pathologies thoraciques - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RALLI Jean-Sébastien F0125	NRP6 CS	- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Pr RICCI Roméo P0122	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0125	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation. - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
SAUER Amaud P0153	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GALLÉAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Camille P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Laurence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBLIA Jean P0148	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0149	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0148	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0158	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0155	NRP0 NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VEJTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvement et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

MABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / GMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

**MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Amaud M0001		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre - Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0108		- Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 <b>Physiologie</b>
Mme BARTH Heidi M0065 (Dép. → 31.12.2018)		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0059		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0082		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A intervenfonnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		- Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 <b>Cancérologie ; Radiothérapie</b> (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		- Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	<b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dép. → 15.06.18)	CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		- Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	46.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : <b>Réanimation</b>
HUBBLE Fabrice M0033		- Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
KASTNER Philippe M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0038		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Discp + 31.06.2016)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOLTOU Céline ép. GUNTHER M0048	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCD Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0012		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFÄFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVGST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Aïna M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	43.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
SCHRAMM Frédéric M0588		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Margane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MERNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0170		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / HNC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CIMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme LIRING-LAMBERT Béatrice M0072		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	<b>Hématologie</b> - Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odie M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane dp. MARCANTONI M0118		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	PO180	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	PO186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0105	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (D1.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	M0197	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dr CHANGE Juliette	M0106	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
--------------------	-------	--------------------------------------

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dr BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Isabelle		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.08.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0088	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CG	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dr GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dr GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPS CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dr LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dr MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPS CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dr TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolion - Centre Antipolion-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOÛLER Luc CNU-31 (RCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018))

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GLI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dine GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr Rocco Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

AQLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGEL Jean-Louis (Gériatrie) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZEJN Claude (Fétopsychoiatrie) / 01.09.16	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OLDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 01.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine interne) / 01.10.87	RÖGEL, Ernst (Pneumologie) / 01.04.00
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Rés.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAGSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Généraliste) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL, KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.99	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 04.03.08
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KORN André (Virologie) / 01.09.95	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.05	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirchleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.65.35.20 - Fax : 03.88.65.35.18 ou 03.88.65.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC - *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 89 55 07 06
- HC - *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP - *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Moltke - B.P. 48 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- *Hôpital de l'Essau* : 15, rue Granach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schilligheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.82.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" : 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.28.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## Liste des abréviations et acronymes

MBSR : Mindfulness-based-stress-reduction

HAS : Haute Autorité de Santé

IGF – 1 : Insulin Growth Factor 1

IPSE : Inductive Process to analyze the Structure of Lived Experience

AP : Activité physique

## Table des matières

Serment d'Hippocrate .....	14
Liste des abréviations et acronymes .....	15
Remerciements .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Introduction.....	19
I / Etat des connaissances .....	21
A/ Expérience et vécu du cancer du sein .....	21
1/ Comprendre la notion de qualité de vie .....	21
2/ Epidémiologie du cancer du sein .....	23
3/ Les traitements proposés et leurs effets indésirables et secondaires (11,12,13,14,15,16) .....	23
4/ Comprendre le vécu du cancer du sein .....	24
5 / Vécu de l'entourage.....	28
B / Les thérapies complémentaires de support .....	29
1/ Le rôle des thérapies complémentaires dans les soins de support.....	29
2/ Le MBSR ou Mindfulness-based-stress reduced therapy (la thérapie de réduction de stress par la pleine conscience) .....	29
a- Définition et principes.....	29
b- Déroulement du programme MBSR.....	30
c) Les effets du programme MBSR .....	31
3) L'activité physique.....	33
C / Les origines de la présente étude qualitative .....	34
II/ Matériel et Méthode de l'étude ancillaire et qualitative .....	37



A/ Participantes et recrutement .....	37
1) Effectif total .....	37
2) Caractéristiques de la population .....	37
B/ Design de l'étude .....	38
C/ La méthode d'analyse des entretiens qualitatif semi structurés .....	39
1) La méthode de recherche qualitative IPSE.....	39
2/ Application de la méthode IPSE pour cette étude.....	41
a) Revue de la Littérature scientifique .....	41
b) Résultat du screening .....	41
3/ Construction des entretiens et méthode d'analyse du contenu .....	42
III/ Les résultats .....	44
A/ L'expérience attendue.....	44
1/ Être aidée dans la maladie .....	44
2) Être actrice de ses soins .....	46
B/ Une découverte .....	48
1) Des capacités internes étonnantes .....	48
2) Une expérience relationnelle nouvelle .....	51
IV/ Discussion .....	54
A/ Concernant le programme MBSR .....	54
B/ Concernant l'activité physique .....	57
C/ Programme MBSR et Programme d'entraînement Physique.....	58
D/ Limitations .....	60

Conclusion .....	64
Annexe 1 : Algorithme du screening des articles quantitatifs et qualitatifs pour la revue de la Littérature.....	67
Figure 1 : Diagramme de flux de la revue de la littérature scientifique.....	68
Tableau 1 : Tableau des citations des résultats de l'étude qualitative .....	69
Bibliographie.....	87

## Introduction

Être en bonne santé se définit par L'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (1). Cette définition prend ses origines dès l'année 1978 avec la conférence d'Alma Ata. La santé apparaît donc comme une analyse globale de l'être humain, prenant en compte à la fois la dimension physique et psychique. Et inversement, pour être en « bonne santé », il faut également prendre en compte l'environnement qui entoure un individu.

Pendant et après le cancer, cette question reste primordiale. Chez la femme, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent. Une étude VICAN 5, menée en 2015, dresse un panorama de la qualité de vie cinq ans après un cancer, aussi bien sur le plan médical, psychologique, social et professionnel. L'objectif de cette étude nationale visait à évaluer les nouveaux besoins émergents en santé, en accompagnement et en soutien à distance d'un traitement pour cancer (2). Il apparaît ainsi que le cancer affecte toutes les sphères de la vie avec des conséquences par-delà la guérison médicale et pouvant durer plusieurs années après les traitements.

Il peut être vécu comme une « rupture » biographique représentant une altération durable de la qualité de vie. Il nécessite donc des changements pérennes dans la plupart des secteurs existentiels. Les patients semblent avoir des besoins particuliers en matière de bien-être physique, psychique, social et spirituel qui peuvent apparaître progressivement ou émerger à distance de la maladie.

Devant le nombre croissant de femmes atteintes de cancer et étant à la recherche d'amélioration de leur bien-être, se pose donc la question d'adapter le système de soins en conséquence, et ceci, dans le but d'améliorer durablement la santé de la population.

Devant ces constatations, l'optimisation thérapeutique passe par la recherche de nouveaux moyens d'accompagnement. Sur le plan psychologique, le travail psychothérapeutique est reconnu comme complémentaire aux thérapeutiques médicamenteuses. Les interventions non médicamenteuses sont de plus en plus recherchées pour éviter l'escalade des effets secondaires et également pouvoir les atténuer.

Dans ce contexte-là, une étude menée sur l'effet d'un programme d'entraînement physique personnalisé associé à un entraînement mental par la pleine conscience (MBSR) après chimiothérapie pour un cancer du sein a été réalisé de 2015 à 2020 aux hôpitaux universitaires de Strasbourg. L'objectif de cette étude était de rendre compte de l'effet conjoint de ces deux activités sur les capacités physique et la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein. En analysant les premiers résultats, il est apparu que les questionnaires de qualité de vie semblaient insuffisants pour clairement évaluer l'impact de ces protocoles, un avenant a donc été réalisé pour effectuer une étude qualitative complémentaire pour tenter de répondre à cette question. La thèse présentée ici aborde les résultats de cette nouvelle étude qualitative.

# I / Etat des connaissances

## A/ Expérience et vécu du cancer du sein

### 1/ Comprendre la notion de qualité de vie

Le concept de qualité de vie croise celui de la santé. Pourtant il va au-delà du cadre seul de la santé sur le plan médical. C'est une notion beaucoup plus complète et hétérogène car elle mesure aussi bien le bien être en général que lors de l'expérience de la maladie ou des prises en charge médicales. La santé ne constitue donc qu'un faisceau de l'étude de la qualité de vie.

Ce concept est né dans les années 80 avec des travaux conduits dans le domaine de la psychologie afin d'évaluer l'estimation subjective des différents domaines de l'existence, avec l'émergence de la perspective du bien-être « perçu » propre à chaque individu (3). L'évaluation de la qualité de vie prend donc en compte de nombreuses données hétérogènes qui peuvent porter à la fois sur la qualité des relations, du travail, le niveau financier, ou encore la santé physique et mentale. Cette évaluation nécessite donc ne pas porter de jugement stéréotypé sur la condition du malade mais d'avoir accès à sa singularité et à sa propre perception des choses (4,5).

L'OMS a défini plus largement la qualité de vie en 1993 comme : « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

L'évaluation de la qualité de vie est donc devenue une méthode légitime pour étudier l'impact des interventions de santé en complément des mesures cliniques objectives (6). Cette mesure permet d'avoir accès à l'impact réel des prises en charge médicales sur la vie quotidienne des patients.

- *Les outils de mesures de la qualité de vie*

D'après la HAS (6), l'évaluation de la qualité de vie repose sur deux étapes : celle d'une description multidimensionnelle et d'une étape de quantification.

La description de la qualité de vie repose sur l'interrogatoire des patients qui permet d'évaluer l'état physique, psychique, somatique et le bien-être social. La recherche qualitative a pour but d'avoir accès à ce vécu expérientiel afin d'en dégager des axes d'analyse et de compréhension de la qualité de vie.

L'étape de quantification repose sur l'étude d'échelles que nous ne développerons pas ici.

C'est sur ce type de méthode d'évaluation qualitative que cette étude a été réalisée. Nous nous autoriserons alors à proposer des axes potentiels d'accompagnement complémentaires pour cette population de patientes.

## 2/ Epidémiologie du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France d'après les dernières données de santé publique du pays (7). Découvert aux premiers stades de la maladie, le pronostic est meilleur, il fait donc l'objet d'un programme de dépistage organisé en France par mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans. Il est proposé plus tôt en cas d'antécédents familiaux. Le taux d'incidence en 2018 était de 58 459 nouveaux cas par an, avec un taux de survie à 5 ans de 88 % (8,9). Le taux d'incidence a semble-t-il augmenté entre 1990 et 2018 à + 1.1 % alors que la mortalité a diminué de - 1.3% sur la même période (10).

## 3/ Les traitements proposés et leurs effets indésirables et secondaires (11,12,13,14,15,16)

Les traitements curatifs proposés sont nombreux et reposent essentiellement sur la chirurgie, la chimiothérapie, les thérapies ciblées, la radiothérapie et l'hormonothérapie, plus ou moins associées selon les protocoles envisagés. On observe toutefois de fréquents effets secondaires et indésirables de ces incontournables traitements, qui contribuent, à plus ou moins long terme à une altération possible de la qualité de vie des patientes et de leur entourage.

Parmi les effets secondaires physiques invalidants, on peut citer : l'asthénie, les douleurs diffuses, les brûlures, les nausées et vomissements, les paresthésies ou autres sensation nerveuses, les œdèmes. Les effets secondaires psychologiques retrouvés sont : l'anxiété, la dépression, la baisse de la libido, l'altération de l'estime de soi...

#### 4/ Comprendre le vécu du cancer du sein

##### *a- L'annonce diagnostique*

##### ■ L'importance du dispositif d'annonce

L'annonce diagnostique marque symboliquement l'entrée dans la maladie avec la confrontation à la réalité du diagnostic. L'annonce d'un cancer propulse immédiatement le patient dans l'hypothèse de mort. Cette annonce doit donc répondre à un cadre très précis et rassurant établi selon le Plan Cancer 2006 mis en place pour répondre aux demandes des patients (17).

Il est un moment précis dans le parcours de soin établi en quatre temps. Après l'ensemble des examens complémentaires, le soignant amène un diagnostic confirmé et certain dans un premier temps, avec des propositions thérapeutiques claires. Le contexte et le mode d'annonce sont aussi importants, et doivent s'effectuer dans l'idéal dans un bureau en face à face, avec des mots justes et empathiques.

Une équipe soignante pluridisciplinaire est présente pour l'accompagnement qui suit dans un second temps et l'accès aux soins de support dans un troisième temps est possible. L'ensemble étant articulé avec la médecine ambulatoire dans un quatrième temps (18, 19).



## ■ Mécanismes psychologiques au moment de l'annonce

L'annonce diagnostique est un moment fort de la prise en charge qui peut parfois laisser de lourds traumatismes pour la vie du patient.

Il est reconnu que cette annonce constitue un choc émotionnel important. Très souvent, la personne qui reçoit cette nouvelle se retrouve dans un état d'anesthésie émotionnelle avec un déni de la réalité. Selon Sándor Ferenczi, le traumatisme constitue « un choc inattendu, non préparé, et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique... qui se produit par un arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvu de toute résistance. La paralysie totale de la motilité inclut aussi l'arrêt de la perception en même temps que l'arrêt de la pensée » (20). Il est donc très fréquent qu'au moment de l'annonce, très peu d'éléments soient retenus par le patient. Face à cette annonce, le premier mécanisme de défense psychique sera donc le déni, ou même une déréalisation et dépersonnification pour s'éloigner de cette expérience.

Dans un second temps, la majorité des patients vont chercher à reprendre le contrôle de cette réalité qui semble leur échapper ; ils souhaitent alors devenir actifs dans leur prise en charge (21). Très souvent, ils vont chercher un sens à ce qu'ils vivent, en trouvant une causalité liée à leur histoire personnelle. La maladie peut devenir l'opportunité de régler certains conflits inachevés et le symbole d'une renaissance (22).

## ■ Composer avec les traitements et leurs effets secondaires

Après l'annonce diagnostique et les explications concernant la prise en charge, il s'en suit la mise en place des traitements actifs comprenant la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et/ou l'hormonothérapie. De cela, en découle la confrontation au monde hospitalier, avec ses contraintes et ses impératifs.

Dans l'ouvrage « une cancérologue atteinte de cancer témoigne », Claude Boiron (23), elle-même oncologue, raconte le réel des soins et la relation qu'elle entretient avec le monde médical en devenant patiente. Elle raconte comment certains soignants se positionnent tantôt dans une indifférence envers elle, ou tantôt dans l'empathie :

« Un des passages douloureux lors de l'hospitalisation est provoqué par deux aides-soignantes venant faire mon lit. [...] Elles ne m'adressent pas la parole, parlent de leurs vacances – normal, on est début août – et quittent ma chambre sans un mot, sans un regard... Pourtant, je ne demande pas grand-chose ; juste un sourire, un bonjour. Mais non, rien. » (24) La réalité du contact humain hospitalier peut se situer à la fois dans le soin et à la fois dans la violence.

En tant que malade, la confrontation aux autres peut réveiller de l'angoisse et de la colère, un sentiment d'injustice :

« Tout fout le camp, la santé, le boulot, les copains, le regard des autres... Ça, c'est de l'injustice. Aux autres, j'ai envie de crier : « Je suis comme vous et vous pourriez devenir comme moi ! (25) » ». L'agressivité peut alors devenir un moyen de lutter contre l'angoisse.

Les changements physiques accompagnent rapidement les changements psychologiques. En particulier, l'alopecie dans les suites de la chimiothérapie, ou encore les autres effets secondaires tels que les œdèmes :

« Quelle douleur. Quelle souffrance. Je vois dans leurs yeux la surprise, puis la gêne lorsque, enfin, elles me reconnaissent. La gêne ! Gêne de ne pas m'avoir reconnue, gêne de me voir ainsi (26). [...] J'ai tellement changé que je ne mets plus mes bandanas. Je mets systématiquement ma perruque pour me cacher. J'ai honte de moi. (27) »

#### ■ La peur de la rechute

La guérison après un cancer peut être difficile à vivre également de par le risque de récurrence possible. Même après un parcours médical lourd, la perspective de la guérison est donc à la fois semée de doute et de peur.

#### *SURVEILLANCE MEDICALE APRES LES TRAITEMENTS*

Le modèle de surveillance médicale est variable d'une personne à une autre en fonction du type de cancer traité. Celle-ci est souvent prolongée car les récurrences tardives sont possibles.

Ce suivi consiste en des rendez-vous tous les trois à six mois les 5 premières années puis tous les ans. Le suivi spécialisé peut être arrêté si l'oncologue le juge possible. Cependant le médecin généraliste doit y être vigilant. La surveillance doit être axée à la fois sur le dépistage précoce de récurrences locorégionales ou métastatiques et d'un cancer controlatéral.

Elle consiste en une évaluation des résultats de la prise en charge concernant la qualité de vie, le pronostic fonctionnel et esthétique mais également prendre en charge les

complications iatrogènes et les séquelles liées aux différents traitements ainsi que l'aspect socioprofessionnel et psychologique. Elles devraient être évaluées à chaque nouvelle consultation par le médecin traitant (28, 29).

#### *LA FIN DU SUIVI MEDICAL*

La fin du suivi peut être ressentie de deux manières : certaines patientes peuvent se sentir soulagées, d'autres peuvent avoir un sentiment d'abandon. Un équilibre entre la surmédicalisation et l'absence de surveillance doit être discuté avec le patient. (30)

#### 5 / Vécu de l'entourage

Il est important de prendre en compte l'impact de la maladie sur la vie de famille et la vie sociale des patientes. En effet, il peut arriver que l'entourage soit complètement bouleversé par la maladie, et cela peut avoir un effet relationnel non négligeable. De par l'accompagnement et le soutien que les proches cherchent à apporter, ils peuvent aussi se retrouver épuisés et poussés dans leur retranchement psychologique. L'accompagnant peut être amené à effectuer des aides formelles comme le soutien technique avec des travaux domestiques, les transports, les aides pour les soins ... mais il apporte également un soutien informel de par sa présence et son accompagnement. (31)

Il est donc important de considérer le vécu de l'entourage qui peut également se retrouver en proie à des incertitudes et des incompréhensions face à la maladie. (32, 33)

## B / Les thérapies complémentaires de support

### 1/ Le rôle des thérapies complémentaires dans les soins de support

Dans la prise en charge du cancer du sein, les patientes sont amenées à faire face à de nombreuses difficultés psychologiques et physiques.

Depuis plusieurs années, la proposition de thérapies complémentaires de support fait intégralement partie de la prise en charge oncologique selon le Plan Cancer. Ceci est en lien avec une demande croissante de la part des patientes de pouvoir être prises en charge avec des solutions complémentaires aux voies médicamenteuses. Elles peuvent aider à diminuer les effets secondaires des traitements et à améliorer la qualité de vie des personnes pendant les traitements. Les thérapies adjuvantes prennent en compte les différents besoins des malades et de leur entourage, et ne sont pas considérés comme optionnels (34).

Dans le cadre de ce travail, nous n'évoquerons que deux types de thérapies complémentaires, mais ils en existent de nombreux autres telles que l'homéopathie, la phytothérapie, la psychothérapie, l'acupuncture (35,36,37) ...

### 2/ Le MBSR ou Mindfulness-based-stress reduced therapy (la thérapie de réduction de stress par la pleine conscience)

#### a- Définition et principes

Le programme MBSR a été proposé par le Pr. JON KABAT ZINN en 1990 à l'Université de BOSTON dans les MASSACHUSSETS, et est maintenant appliqué avec succès dans de nombreuses cliniques à travers le monde (38). Ce programme est basé sur la pleine conscience, définie comme étant la capacité à être présent, instant après instant à ce qui se passe : « Elle se cultive par une attention délibérée aux choses auxquelles nous n'accordons

habituellement jamais le temps d'une pensée. Cette approche systématique développe dans notre vie de nouvelles formes de sagesse, basées sur notre capacité intérieure à nous détendre, à faire attention, à être conscient et à développer une vision pénétrante » (39).

La pleine conscience est donc un « état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie instant après instant » (40).

#### b- Déroulement du programme MBSR

Le programme MBSR est un programme de pratique méditative laïque (41, 42), basé sur l'approche qu'une conscience plus incarnée favorise une meilleure perception de la réalité. Ceci peut permettre progressivement de réduire les émotions pénibles et d'améliorer les capacités de réflexion. Il s'agit d'un programme de 8 semaines composé d'une séance hebdomadaire de pratique en groupe pendant 2h30. En dehors de ce temps en groupe, des pratiques quotidiennes sont proposées, d'une durée de 45 minutes, guidées par des enregistrements audios réalisés par l'instructeur et fournis aux participants.

Les fondements de la pratique de la pleine conscience sont basés sur 7 attitudes : le non jugement, la patience, la confiance en soi, l'attention, l'acceptation et le lâcher prise (43).

Les différents types de pratiques du programme sont :

- Le scanner corporel, avec une attention portée sur les parties du corps
- La pratique de la respiration consciente
- L'observation des pensées
- Des exercices de Yoga
- La pratique formelle en position assise

Au fil des semaines, les participants sont invités à s'autonomiser en faisant l'expérience de la pratique avec, puis sans enregistrement, et à choisir les exercices par eux-mêmes, qui leur conviennent le mieux. Cette pratique s'étend progressivement à une attention informelle portée sur tous les gestes et événements de la vie quotidienne, même si ceux-ci peuvent paraître banales : boire, manger, effectuer une tâche... Le programme comporte également une journée de pratique intensive de la pleine conscience en silence (44).

#### c) Les effets du programme MBSR

Depuis 1990, de nombreuses études ont été menées, portant sur les effets de la méditation de pleine conscience.

Une étude menée en 2019 (46), a pu montrer que les participants au groupe MBSR avaient une réduction significative de certains facteurs de risque cardiovasculaire (tension artérielle, LDLc, HBA1c, fréquence cardiaque, IMC) comparé au groupe contrôle.

Une étude un peu plus ancienne menée par J.J Miller a montré une amélioration significative des symptômes d'anxiété et d'angoisse après un programme de 8 semaines de méditation de pleine conscience en se basant sur des échelles d'évaluation dans une population de patients suivis en psychiatrie (47).

Dans une autre étude de Reibel D., une amélioration du bien-être ressenti et une réduction des symptômes de détresse psychologique ont également été notés chez des patients suivis pour des pathologies psychiatriques (48).

Plus spécifiquement dans le domaine de l'oncologie, une méta analyse récente de 2016 (49), a confirmé une amélioration des fonctions psychologiques et de la qualité de vie ressentie des patientes suivies pour un cancer du sein par l'évaluation d'échelles quantitatives. Cela a également été démontré chez des patientes ayant suivi le protocole pendant leur radiothérapie pour un cancer du sein (50) ; on y constate une amélioration de 16 variables psychosociales portant notamment sur l'anxiété, l'irritabilité, l'acceptation, la résilience.

Une autre étude contrôlée et randomisée menée en 2000 par Speca M. a montré une réduction significative des symptômes de stress, des symptômes digestifs (douleurs abdominales, crampes intestinales), ainsi qu'une diminution de l'irritabilité émotionnelle et de la dépression chez des patients suivis pour un cancer et ayant participé au programme MBSR (45).

D'autres études ont montré une amélioration sur la qualité de sommeil, la douleur ressentie ou l'asthénie chez des participantes traitées pour un cancer du sein (51, 52,53).

Une amélioration des fonctions immunitaires (54), une diminution de certains marqueurs de l'inflammation (55), du cortisol (56), une augmentation du taux plasmatique de sérotonine (57), ainsi qu'une amélioration des fonctions sexuelles (59) chez des patients suivis en oncologie ont également été observés.

**Le choix d'intégrer le programme MBSR de pleine conscience s'inscrit donc dans un projet d'évaluation de nouvelles thérapies complémentaires pouvant être proposées aux patients avec un recul scientifique ayant prouvé leur efficacité et offrant une structure non iatrogène aux patients qui sont dans cette recherche d'étayage en oncologie.**



### 3) L'activité physique

L'activité physique est conseillée tout au long de la vie. Contrairement aux idées reçues parfois énoncées par les patients, maintenir une activité physique régulière constitue un moyen de se maintenir en forme et lutter contre les effets de la maladie.

Cependant, il est nécessaire d'adapter et personnaliser la pratique physique en fonction des préférences et des possibilités de chacun afin d'être le plus efficace et le moins délétère possible, puis éventuellement augmenter ce niveau en fonction des progrès. Il est important d'expliquer rapidement les conséquences d'une inactivité aux patientes où des études ont montré que la sédentarité est un facteur de risque modifiable avéré du cancer du sein par exemple (61).

Une étude a également montré l'effet de l'activité physique qui a aussi un impact sur le système endocrinien. Celle-ci a trouvé une réduction significative de la production d'hormones stéroïdiennes qui sont des facteurs de stress métabolique et de l'IGF1 qui est un facteur de croissance et de risque dans le cancer du sein (62).

Une pratique physique régulière diminue le risque de développer de pathologies cardiovasculaires (63, 64), diminue la mortalité en prévention primaire, secondaire ou tertiaire dans le cancer du sein (65, 66, 67). Elle a également un effet sur les pathologies rhumatologiques telle que l'ostéoporose (68). La pratique d'une activité physique régulière augmente les capacités de résilience, améliore la confiance en soi et en ses capacités ; Il diminue la dépression et améliore la sensation de bien-être selon plusieurs études quantitatives et qualitatives (69, 70, 71, 72).

Elle a pour effet de diminuer la réponse inflammatoire globale de l'organisme, et les sensations douloureuses (73, 74).

Les programmes d'activité physique proposés sont très nombreux, en fonction des niveaux, il peut s'agir de marche, de cyclisme, d'aviron, de yoga ... les choix sont très vastes. L'importance réside dans la régularité de l'activité et la personnalisation de celle-ci.

**Le choix de combiner l'étude d'un entraînement physique et mental résidait donc dans la volonté d'étudier l'effet d'un protocole complet pour le patient.**

#### C / Les origines de la présente étude qualitative

En 2015, l'étude intitulée « Effet d'un programme d'entraînement physique personnalisé, associé à un programme d'entraînement mental par la pleine conscience (MBSR) sur les capacités physiques et la qualité de vie de patientes après chimiothérapies pour un cancer du sein » a démarré. Les inclusions ont duré jusqu'en 2019.

100 patientes âgées de 18 à 65 ans ont été incluses et randomisées dans le protocole.

Elles étaient toutes en cours de traitement pour un cancer du sein, et ayant déjà effectuées la chimiothérapie à plus de 2 mois. Le traitement en cours pouvait consister en de la radiothérapie et/ou de l'hormonothérapie. Elles devaient résider en France, être affiliées à un régime de sécurité sociale et avoir signées le consentement éclairé.

Les critères d'exclusion étaient : la pratique d'une AP de plus de 4 heures hebdomadaires, une maladie neurologique, musculaire, articulaire ou cardiorespiratoire contre indiquant l'exercice en aérobie, une anémie inférieure à 10 g/ dl, les femmes enceintes, et celles présentant des contre-indications à la réalisation d'une IRM. Ont été exclues du protocole, les patientes vulnérables sous protection judiciaire ne pouvant

recevoir des informations éclairées et les patientes participant à d'autres études de recherche clinique ou thérapeutique au même moment.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact d'un entraînement mental par MBSR associé à un entraînement physique sur l'amélioration des capacités physiques chez les patientes atteintes d'un cancer du sein après traitement par chimiothérapie.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'efficacité de ce même entraînement sur la qualité de vie, la dépression, certains paramètres fonctionnels cérébraux et sur l'activité biologique des télomérases, du stress oxydant et des cytokines inflammatoires représentés par IL 6 et IL10.

Le recrutement s'est déroulé dans les services d'oncologie des HUS et de cabinets d'oncologues et de médecins généralistes libéraux à Strasbourg sous forme de flyers. L'effectif total de la première étude quantitative s'élève à 100 participantes. (75, 76)

Les participantes ont été au fur et à mesure de leur inclusion, randomisées dans un des 4 quatre groupes suivants : G1 le groupe témoin, G2 le groupe d'entraînement physique, G3 le groupe d'entraînement par MBSR, le G4 le groupe mixte associant les deux types d'entraînement physique et mental

L'entraînement physique consistait en 3 séances hebdomadaires d'entraînement personnalisé sur ergocycles, à raison de 30 minutes de pédalage par séance sur 24 séances avec adaptation de la charge de travail à la fin de chaque semaine.

L'entraînement mental correspondait au programme de Réduction de Stress par La Pleine Conscience soit le « Mindfulness Based Stress Reduction » créée par Jon Kabat Zinn. Le programme a été animé par un seul instructeur le Docteur Jean Gérard Bloch.

### *Critère d'évaluation*

Les examens réalisés avant le programme et après le programme comportaient :

- Une échographie cardiaque transthoracique (ETT)
  
- Questionnaire de qualité de vie SF 36 (77)
- Questionnaire EORT- QLQ- C30 (78)
- Auto-questionnaire de dépression IDS SR 30 (79)
- Test d'effort VO2 max
- Imagerie cérébrale fonctionnelle
- Une analyse biologique : l'activité des télomérases et des IL 6 et 10

L'ensemble des points ci-dessus ont été évalués en début et fin de protocole. Les résultats sont en cours de traitement.

Pour aller plus loin dans la compréhension de l'expérience vécue, un avenant a donc été proposé afin de pouvoir réaliser des entretiens qualitatifs avec une équipe parisienne experte en analyse qualitative et faisant partie du groupe IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of Lived Experience).

## II/ Matériel et Méthode de l'étude ancillaire et qualitative

### A/ Participantes et recrutement

#### 1) Effectif total

28 patientes ont participé à ce travail. Le recrutement s'est fait par appels téléphoniques dans un premier temps pour présenter l'étude ancillaire et obtenir un consentement oral pour la planification des entretiens. Le numéro de téléphone des participantes était consigné dans un cahier construit à partir du recrutement de l'étude quantitative. Les participantes ont ensuite signé le consentement libre et éclairé avant les entretiens. Le planning des entretiens a également été consigné dans un agenda écrit.

Au total, l'effectif des participantes est réparti comme suit :

- Groupe contrôle : 4
- Groupe entraînement mental seul : 6
- Groupe entraînement physique seul : 8
- Groupe mixte : 10

#### 2) Caractéristiques de la population

Pour des raisons éthiques et pré définies lors de l'étude principale, chaque participante avaient, après le protocole quantitatif, l'opportunité de participer à l'activité à laquelle elle n'avait pas pu participer en raison de la randomisation. L'ensemble des participantes aux entretiens a donc eu une expérience des deux activités.

Les caractéristiques de la population étudiée sont hétérogènes aussi bien dans les traitements reçus que dans les données sociodémographiques et médicales. Cette caractéristique hétérogène est justement bénéfique et recherchée en recherche qualitative car elle permet ainsi d'explorer tous les types de point de vue. Le protocole d'entraînement a cependant toujours été effectué après la chimiothérapie.

## B/ Design de l'étude

Il est question d'un unique rendez-vous en présentiel d'une durée maximale d'une heure et demi afin de réaliser un entretien libre semi structuré. Ces entretiens ont été menés par un chercheur expert en recherche qualitative, j'ai assisté aux entretiens et j'ai pu intervenir.

Les rendez-vous ont été fixé en accord avec les emplois du temps des participantes. Ceux-ci avaient lieu dans une salle dans le service de physiologie au sein du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg. Chaque entretien était individuel semi structuré avec un ou deux chercheurs en recherche qualitatif. Chaque entretien a été enregistré avec le consentement des participantes et retranscrit verbatim pour l'analyse.

L'accord pour la réalisation de cette étude a été obtenu par le CPP le 20 octobre 2020.

## C/ La méthode d'analyse des entretiens qualitatif semi structurés

**Afin de comprendre et appliquer cette méthode d'analyse qualitative, j'ai participé à la formation IPSE au cours d'un séminaire d'une semaine en septembre 2021 à Paris.**

### 1) La méthode de recherche qualitative IPSE

#### a) *Origine et principe*

La construction et l'analyse des entretiens ont été basé sur la méthode IPSE.

La méthode IPSE est une méthode de recherche qualitative centrée sur le vécu des patientes pour permettre au corps médical de mieux comprendre et de mieux cerner les attentes et les objectifs de soins des patientes. Elle a été élaborée en 2011 par les Pr. Anne Revah Levy, pédopsychiatre, et Pr. Laurence Verneuil, dermatologue, à Paris.

Elle est basée sur le fait que le modèle biomédical actuel tend vers une collaboration avec le patient en favorisant son opinion et son vécu de la maladie pour pouvoir proposer des projets de soin adaptés au projet de vie de la personne. Elle place ainsi, l'être humain au centre de la prise en charge médical.

Dans ce contexte, la méthode IPSE cherche à permettre l'évolution de cette connaissance pour trouver des axes d'amélioration pertinents aux yeux des patients. Cette méthode souhaite favoriser l'originalité des résultats par rapport à leur récurrence. En effet, l'accent est mis sur la mise en valeur de l'ensemble des expériences vécues et ne va pas seulement prendre en compte les expériences les plus souvent répétées. Par exemple, les résultats prendront en compte aussi bien le vécu positif que négatif même si le vécu positif est plus fréquent que le négatif (80, 81).

*b) Construction de la méthode IPSE*

La méthode ISPE comporte 5 étapes qui structurent l'ensemble du processus de recherche (80,81) :

- La première étape consiste en la constitution d'un groupe de recherche qui sera amené à travailler sur une question. Ce groupe comporte au moins 1 à 2 cliniciens spécialistes, et 3 experts chercheurs en méthode qualitative.
- Dans un second temps, il s'agit de s'assurer de l'originalité de la recherche en effectuant une revue de la littérature quantitative et qualitative la plus complète que possible en prenant des sources principales de données scientifique reconnues. Seuls les cliniciens spécialisés assureront la connaissance de la Littérature scientifique.
- La troisième étape consiste au recrutement puis au recueil des données permettant d'accéder à l'expérience authentique sous forme d'entretiens semis structurés ou des focus-groupes. Ce sont les chercheurs qualitatifs qui effectuent cette partie. L'accent est mis sur l'hétérogénéité de la population et sur la mise en évidence de la subjectivité de chacun et du chercheur même.
- La quatrième étape consiste en l'analyse des données qui est basée sur un double processus : d'abord une procédure d'analyse individuelle passant par l'écoute, la lecture et le découpage des entretiens, puis par une analyse groupale où l'on définit des principaux axes de l'expérience vécue.
- Enfin, l'ensemble des résultats sont discutés en groupe en parallèle de la littérature déjà existante.



## 2/ Application de la méthode IPSE pour cette étude

### a) Revue de la Littérature scientifique

La revue de la littérature a été réalisée sur la base de quatre grandes sources d'articles scientifiques, à savoir PUBMED, SSCI, PSYCINFO et CINAHL.

Un algorithme de recherche d'articles portant sur notre sujet (annexe 1) a été établi en fonction des mots clés correspondant à chacune des sources pour effectuer un screening global de l'ensemble des articles traitant à la fois du cancer du sein, du protocole MBSR, d'activité physique et de la qualité de vie.

Un screening plus précis a ensuite été réalisé, article par article, pour sélectionner les articles les plus pertinents et cohérents en rapport avec cette étude. Cette revue a porté sur les articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes.

### b) Résultat du screening

En effectuant le screening de ces bases avec l'algorithme en annexe, je n'ai pas trouvé pour ma part d'articles portant sur l'évaluation de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein et ayant à la fois effectué le protocole MBSR et une activité physique.

Sur les 6634 articles sélectionnés par les algorithmes (toutes bases confondues), seulement 53 articles portaient sur le sujet de l'analyse qualitative de la qualité de vie chez des patientes suivies pour un cancer du sein et ayant suivies soit un programme d'activité physique ou un protocole de méditation de pleine conscience (figure 1).

### 3/ Construction des entretiens et méthode d'analyse du contenu

#### *a) Construction des entretiens*

Les entretiens débutaient tous par la question « Pouvez-vous me raconter l'histoire de la maladie et des traitements que vous avez reçu du début jusqu'à aujourd'hui ? ».

Cette approche correspondait au souhait d'obtenir une narration libre de l'expérience personnelle des participantes. Au cours de la narration, le chercheur demandait souvent d'exprimer leurs sentiments, leur émotions et pensées sur les événements vécus. L'ensemble des participantes étaient toutes ouvertes à la discussion concernant leur vécu du cancer et du protocole. Les entretiens utilisaient un style interactif de conversation. Leur durée était entre 60 à 90 minutes. Le but était d'avoir accès au récit de leur expérience.

#### *b) Logiciel d'analyse*

L'ensemble des 28 entretiens étaient enregistrés puis retranscrit verbatim avec l'accord des participantes de manière anonyme. Chacun des entretiens était réécouté et relu par le chercheur expert avant le découpage mot à mot du contenu. Ce découpage était réalisé avec le logiciel spécialisé Nvivo 12. Il s'agit d'un logiciel d'analyse de contenu créant des codes ou unités d'expérience à partir des données saisies (82). Chaque code ainsi créé représente un concept ou thème qui sont utilisés ensuite pour analyser l'ensemble des corpus. Chaque code est regroupé en catégorie puis les catégories sont regroupées en axe d'expérience.

Un temps d'analyse personnel était réalisé puis un temps de réflexion en groupe avec les autres chercheurs ayant participé à l'étude.

Afin de favoriser la rigueur d'analyse, la triangulation avec la littérature, l'attention aux vécus négatifs et l'interaction en groupe était prise en compte au cours de la démarche analytique. Le groupe de recherche est rendu attentif à la subjectivité de chacun et un travail de réflexivité est effectué à chaque étape du processus d'analyse.

A partir du découpage du contenu écrit des entretiens, des axes principaux de résultats ont été obtenus.

### III/ Les résultats

Deux axes principaux du vécu des participantes ont pu être mise en évidence : dans un premier temps nous explorons l'expérience espérée par les participantes en acceptant ce protocole de recherche et dans un second temps ce qu'elles y ont véritablement trouvé et l'impact qu'il en découle sur leur qualité de vie. **Les citations sont présentées dans le tableau 1 en annexe.**

#### A/ L'expérience attendue

##### 1/ Être aidée dans la maladie

Il apparaît que les participantes recherchaient avant tout un moyen de prendre soin d'elles-mêmes, autant au niveau du corps que de l'esprit, ceci leur permettant devenir active dans leur prise en charge. Le programme représentait également un moyen d'être accompagné et soutenu.

###### *a) Prendre soin de soi et de son corps*

Il existe une volonté de faire alliance avec leur corps abîmé, aussi bien par la maladie que par les effets secondaires des traitements médicaux, afin de le restaurer et de l'aider. Il y avait par là aussi une volonté d'accepter ce nouveau corps avec bienveillance.

#### Restaurer son corps

Les effets secondaires et indésirables des traitements, notamment de la chimiothérapie, étaient largement décrits par les participantes (Q1).

Dans le but de trouver des solutions pour améliorer leur situation, pour « savoir quoi faire » (Q2) « pour aider leur corps » (Q3) et agir sur ce corps « qui échappe et qui trahit » (Q4), les personnes ont cherché des ressources extérieures.

L'entraînement sportif est très souvent décrit comme une manière de travailler leur corps afin de lui permettre de se restaurer et gagner en force (Q5). Cette amélioration était à la fois ressentie (Q6) et objectivée par des bilans physiques montrant l'amélioration de semaines en semaines (Q7). Le sport, davantage que le programme MBSR, était décrit comme revitalisant, dynamisant, et permettant de manière objective une évolution positive des capacités de leur corps. Cela participait à leurs yeux à restaurer le lien de confiance avec leur propre corps (Q8).

#### Prendre soin de soi

Les participantes souhaitaient trouver une manière de prendre soin d'elle et d'ainsi apprendre à intégrer du temps pour elles et leur bien-être. Le programme apparaissait comme une autre manière de se soigner, mettant en avant l'importance d'une prise en charge globale (Q9). Le sport et le programme MBSR sont décrits comme des dispositifs « soignants » participant au processus de soin à la fois personnalisé et prenant en charge les besoins globaux de lutte contre la maladie. (Q10, Q11).

Le programme MBSR est décrit comme une méthode complémentaire et une alternative aux prises en charge classiques de la douleur mentale et physique. C'est une approche supplémentaire pour mieux appréhender les effets secondaires des traitements

classiques difficiles (insomnie, fatigue, sensibilité aux odeurs...) (Q12). Il a été décrit comme ayant amélioré les sensations physique et corporelles durant la maladie.

Elles évoquent également le retentissement sur la dimension psychologique. En effet, par les exercices et l'entraînement effectué au sein du programme, elle estimait pouvoir prendre du recul sur les événements (Q13), pouvoir bénéficier d'une « aide psychologique » à travers cet accompagnement (Q14), ou encore atténuer leurs angoisses (Q15).

*b) S'accepter avec bienveillance*

Les deux termes : « acceptation » et « bienveillance », apparaissent très souvent dans le discours décrivant leur expérience. La principale volonté était de pouvoir trouver une aide active dans le vécu de la maladie pour pouvoir accepter le présent pour pouvoir de ce fait également accepter les changements de leur corps (Q16, Q17).

Il est évoqué à plusieurs reprises que le programme MBSR enseigne la notion de « non jugement » et « d'absence de jugement » de soi et des autres (Q18). Une majorité en décrivait même les effets qui ont perduré dans leur vie quotidienne des années après le programme dans leur rapport avec elles-même (Q19) et les autres. Enfin, au-delà même de l'acceptation attendue, certaines évoquaient avoir « restauré leur confiance en soi » (Q20).

2) Être actrice de ses soins

*a) Aller de l'avant et ne pas subir*

La volonté de devenir actrice dans leur prise en charge se traduisait par trois approches :

- Rechercher des approches complémentaires aux soins classiques
- Être engagée dans une étude contrôlée et randomisée qui a du sens à leur yeux
- Être engagée dans la prise de parole auprès des autres et des soignants.

Dès l'annonce de la maladie, de nombreuses femmes décrivaient avoir eu le besoin de chercher d'autres alternatives pour se soigner (Q21, Q22) ; La recherche de cette aide complémentaire était décrite comme difficile à l'hôpital et elles rapportaient avoir eu très peu d'informations à ce sujet. (Q23) Elles avaient donc recours aux « bouche à oreille » local au travers d'association de proximité.

Cette démarche active de recherche de solutions est décrite comme un moyen pour « aller de l'avant et de ne pas subir » (Q24) et une ressource pour combattre la maladie (Q25). Participer au protocole était vécu comme un « un vrai travail, (un) investissement » (Q26) leur donnant l'opportunité de sortir de chez elles avec un but et un emploi du temps différent des entretiens purement médicaux (Q27). Cette dimension était présente dans tous les entretiens et sous-tendait une vitalité revendiquée dont elles étaient fières (Q28).

*b) Se porter volontaire*

Une grande majorité des participantes avait pris l'initiative personnelle de contacter le médecin responsable de l'étude pour y participer. La prise de contact était initiée soit par un flyer, soit après en avoir entendu parlé dans les salles d'attente ou par des soignants. (Q29).

Participer à l'étude était ressenti comme un moyen de sortir des soins classiques (souvent chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie-hormonothérapie), mais également pour « se sentir utile » (Q30), et trouver un sens et un but à leur maladie. Elles s'étaient d'ailleurs pliées à toutes les exigences demandées lorsque l'on participe à un protocole de recherche en santé (Q31) et décrivaient parfois un emploi du temps très dense, avec 3 séances par semaine de vélo et une séance hebdomadaire de MBSR, pendant 8 semaines (Q32).

c) *Convaincre et diffuser*

Convaincue par leur propre expérience des programmes d'entraînements (Q33), elles souhaitent pouvoir faire partager leur expérience et apporter des éléments pour favoriser le développement de ces techniques dans le parcours de soins des personnes atteintes de cancer du sein, ou du moins, qu'elles puissent être proposées aux patientes.

Certaines partageaient leur vécu avec les autres médecins qu'elles sentaient « réticents » (Q34), pour ensuite diffuser l'information aux autres soignants et malades, et parfois même inviter son oncologue à une conférence sur le programme MBSR. (Q35). La participation à nos entretiens était d'ailleurs l'occasion pour elles de faire passer leurs messages (Q36).

B/ Une découverte

Toutes les participantes décrivent une nouvelle expérience avec à la clé une découverte de soi, des autres et du monde.

1) Des capacités internes étonnantes

Au cours du programme, de nombreuses personnes décrivent avoir découvert des capacités physiques et mentales qu'elles ne pensaient pas posséder jusqu'alors. Dans le contexte spécifique de la maladie, elles ont découvert une nouvelle manière de vivre leur féminité et décrivent même une transformation vers une nouvelle version de soi plus sereine et affirmée.



*a) Découverte de ses capacités physiques et psychologiques*

Avoir recourt à une activité physique permettait aux participantes de se découvrir des capacités physiques même pendant le contexte de maladie, toujours associé à une sensation de fragilisation du corps (Q37).

L'activité était associée à une notion de bien être (Q38), retrouvant leurs capacités physiques et reprenant confiance dans leur corps, en ayant la sensation de le réveiller (Q39). Certaines parlaient même « d'évolution étonnante » et « d'effets sublimateurs » du programme physique (Q40, Q41).

Le vélo est souvent décrit comme provoquant un bien-être immédiat contrairement à l'activité MBSR qui pouvait demander plus d'effort, parfois dans la souffrance physique (Q42). Le programme MBSR paraissait régulièrement plus difficile à exécuter dans le contexte des participantes qui décrivait la période comme déjà très éprouvantes, certaines proposaient d'ailleurs que la recherche puisse évaluer les effets du programme MBSR auprès de femmes expérimentées dans la pratique de pleine conscience avant même de commencer les soins oncologiques (Q43). De plus, la maladie est vécue comme une preuve, un combat (Q44, Q45), durant lequel l'activité physique leur permet de revenir à la vie. (Q46, Q47).

L'entraînement mental par MBSR est décrit comme ayant permis de juguler certains symptômes comme les angoisses, l'anxiété ou bien les difficultés à l'endormissement. Certaines patientes décrivent réutiliser certains principes méditatifs pour lutter contre les insomnies (P07). « Et donc la méditation vous pratiquez quand même un peu chez vous ? [...] - ça me permet de m'endormir (rire) ». De même, les deux entraînements à la fois physique et mental contribuaient à un soutien moral indéniable ressenti durant cette période (Q48,

Q49). La méditation faisait découvrir de nouvelles notions inconnues auparavant, telle que la pleine conscience des instants présents P01 : « il faut ouvrir toute notre palette des sens pour en profiter pleinement de ce qu'on fait »

*b) Découverte d'une autre féminité*

La maladie ainsi que la pratique des entraînements durant le programme a réveillé chez les participantes une conscience de leur féminité et de leur statut de femme, là où auparavant elles déclaraient s'être oubliées avant la maladie. (Q50). L'assurance d'une féminité nouvelle et différente était ressentie chez certaines participantes (Q51, Q52), aussi bien vis-à-vis d'elle-même que des autres avec une nette reprise en confiance (Q54). Elles se sentaient ainsi le « droit de penser à elles et de vivre pour elles » (Q53).

*c) Une transformation*

Le programme d'entraînement avait accompagné activement un processus de transformation qu'elles décrivaient comme persistant plusieurs années plus tard. En effet, les changements décrits avaient eu des effets sur leur vie personnelle, relationnelle et professionnelle (Q55, Q56).

Cette transformation s'est traduite par une remise en forme du mode de vie des participantes décrit comme plus calme, plus serein (Q57). L'accent est désormais mis sur le bien être personnel, passant par le fait de ne plus subir les événements et les choses mais de faire de soi une priorité. Elles décrivent avoir développé une meilleure conscience de soi, à s'écouter davantage dans ce qu'elles souhaitent et dans leurs émotions. De même elle ne

souhaite plus s'oublier dans une relation, mais cherche à se protéger et à dire « non » si nécessaire (Q58, Q59).

Le programme MBSR était associé à l'idée de « vivre pleinement et simplement, plus sereinement » (Q60). Certaines avaient fait une expérience de transformation profonde personnelle et de leur vie (Q61, Q62). Elles déclaraient même s'aimer davantage (Q63).

## 2) Une expérience relationnelle nouvelle

Leurs parcours de soin, colorés par l'engagement dans ces programmes de sport et de MBSR, avaient permis de nouvelles opportunités relationnelles aussi bien dans leur environnement familial et amical que vis à vis du monde et de leur rapport aux soins.

### a) *Dans l'environnement familial et amical*

Le programme MBSR est décrit comme avoir apporté une nouvelle manière de voir les autres et le monde moins jugeante (Q64) ; ce qui générait une envie d'être davantage à l'écoute (Q65).

L'amélioration relationnelle que cela avait apporté les motivait à transmettre cette connaissance à leur entourage. (Q66, Q67). Cette expérience initiée au moment de la participation aux différents programmes se perpétuait donc en échangeant des conseils, des « tuyaux », des coordonnées, (Q68), ce qui avait marqué une expérience d'entraide bénéfique dont elles gardaient les traces des années plus tard.

*b) Dans la société et le monde*

Si la maladie et les soins venaient à questionner leur place dans le monde (Q69), les programmes d'entraînement les avaient aidés à trouver une autre place dans le monde et un autre sens à leur vie.

Premièrement le fait d'avoir une activité extérieure les poussait à sortir de leur domicile et diminuait la sensation d'exclusion de la société de par la maladie (Q70).

Deuxièmement, le programme sportif était une preuve de leurs capacités à effectuer des efforts physiques malgré ce que certains médecins pouvaient penser. Cette aptitude au sport était un passeport pour revenir à des activités habituelles en salle de sport ou en club (Q72) beaucoup plus rapidement que si elles n'avaient pas bénéficié de cet entraînement. Cela était vécu comme la possibilité de retrouver et réintégrer une vie normale plus rapidement et plus sereinement (Q73). Cette expérience a permis pour certaines d'entre elles de trouver une place entière dans la société (Q74), en s'investissant par exemple auprès d'associations féminines (Q75).

Enfin, le programme MBSR (dont la journée en silence qui le ponctue) avait permis à certaines d'expérimenter une autre façon d'être avec les autres, de se sentir « à égalité » pour la première fois de leur vie, de pouvoir prendre confiance et prendre la parole en société (Q76). Cette expérience de la réciprocité en milieu protégé avait été un levier pour prolonger cette expérience dans leur vie quotidienne et prendre confiance pour parler d'elles (Q77).

*c) Dans la relation de soin*

Toutes les participantes signalaient l'importance de se sentir accompagnées et soutenues dans le parcours de soin, et de façon privilégiée et personnalisée à l'hôpital durant le programme, et cela, de façon sécurisée et bienveillante.

Elles signalaient le manque de communication des soignants par moment P01 « Les médecins ils sont pris dans la documentation, ce qui est un peu dommage. Un médecin, il doit rester quelqu'un qui soigne les gens ».

L'accompagnement sur mesure (Q78 et Q79) que permettait le programme renforçait le sentiment de sécurité avec une surveillance médicale possible (Q82). La prise en charge était décrite comme optimale (Q80) dans une ambiance agréable (Q81) (Q83 et Q84).

D'ailleurs, le fait que ces programmes soient proposés par des médecins et que les soignants soient formés à ces approches complémentaires étaient très rassurant (Q85, Q86). Elles se sentaient « guidées » (Q87). La possibilité d'avoir un interlocuteur très régulièrement pour pouvoir poser leurs questions avait un effet apaisant (Q88).

On retrouve ainsi l'importance d'une humanité soignante, dont la qualité relationnelle et la dimension privilégiée semblaient constitué un aspect thérapeutique en soi.

Un exemple de l'importance de cette relation privilégiée réside dans « la fabuleuse Isabelle », l'infirmière encadrant l'activité vélo, qui est très souvent citée dans les entretiens (Q89, Q90, Q91, Q92). D'ailleurs, la fin du programme pouvait marquer la fin de l'activité sportive pour certaines, avec cette impossibilité de se mobiliser toute seule chez soi (Q93) du fait du manque de cet encadrement.

## IV/ Discussion

A notre connaissance, cette étude est la première qui explore le ressenti et le retour d'expérience à la première personne, de patientes ayant un cancer du sein, après chimiothérapie, et participant à un programme d'entraînement physique et/ou d'entraînement mental.

Cette étude nous a permis d'avoir un regard sur la manière dont les patientes, à travers un nouveau protocole complémentaire aux traitements curatifs, ont pu apprendre à vivre avec la maladie d'une manière nouvelle. La motivation et la volonté de s'inscrire dans ce protocole de recherche sont d'abord nées d'une envie d'aller au-devant de la maladie et de la combattre. Il s'agissait également de reprendre le contrôle sur leur vie en ayant le choix de s'engager.

### A/ Concernant le programme MBSR

Dans l'étude, la participation semblait initialement être marquée par la peur de faire face à un groupe de personnes non atteintes de cancer et d'être jugée, mais aussi par la crainte d'être confrontée à la souffrance d'autres personnes elles-mêmes atteintes de cancer du sein. Cette peur anticipatoire est également décrite dans une étude qualitative de M. Schellekens en 2016 (83). Les patientes hésitaient à participer au protocole MBSR pour éviter de devoir faire face aux autres participantes, particulièrement celles qui auraient été à des stades de la maladie plus évolués. Cependant, au fil des sessions, ce sentiment s'efface progressivement avec le fait d'apprendre de l'expérience des unes et des autres, le fait de ne pas juger, et de développer les capacités d'acceptation et d'adaptation.

Dans la présente étude, cette peur semblait moins ressentie au cours des sessions de vélo car les participantes étaient seules ou en binôme. Les sessions MBSR pourraient être considérées comme un moyen de faire face au monde et à autrui et aller au-delà de la peur.

Les participantes qui ne connaissaient pas du tout la pratique de la pleine conscience décrivent toutes une difficulté d'adaptation initiale avec des difficultés de concentration et d'impatience face aux exercices proposés. Ceux-ci sont vécus parfois comme éprouvant dans un contexte parfois de douleurs diffuses ou d'asthénie marquée. Cependant, ce ressenti éprouvant en début de protocole semble progressivement avoir laissé place à de nouvelles sensations décrites par les participantes telles que l'apaisement, l'apprentissage du non jugement et l'acceptation.

Dans une étude mixte menée en 2015 (84), des patientes atteintes de cancer du sein métastatique avaient également participé à un programme MBSR dont les durées de session avaient été raccourcies par rapport aux besoins des patients (Sessions de 2h, journée de silence de 4h30 et travail personnel à domicile d'une demi-heure par jour). Les participantes rapportaient avoir eu des difficultés à exercer le travail demandé avec une critique des horaires et de la charge horaire des exercices demandés, en particulier les sessions décrites comme trop longues. Cependant, les entretiens réalisés avec ces femmes montraient qu'elles ressentaient au fil de leur pratique moins de détresse émotionnelle avec plus d'acceptation face à la maladie. Elles rapportaient également une amélioration de la qualité de leur sommeil et mieux contrôler ce qu'elles mangeaient. De même C. Hoffman dans une étude en 2016 (85), rapportait au cours d'entretiens avec des participantes, plus de calme, d'acceptation, et moins de sensation de stress et d'anxiété chez des femmes ayant participé

au programme MBSR pendant leur traitement. L'ensemble ayant permis des phénomènes d'adaptation face à la maladie.

L'évolution en groupe, d'abord marquée par la méfiance, semble ensuite être un moment de soutien et d'entraide entre les participantes ayant permis pour certaines de créer de nouvelles amitiés. Cette transformation passe notamment par la détermination à poursuivre le programme jusqu'au bout. Ainsi dans son étude mixte de 2017, E. Bisseling (86) met en avant le choix du moment où le programme MBSR peut être proposé qui correspond au moment où elles se sentent le plus motivées à débiter ce programme. Ce moment peut varier en fonction des effets secondaires des traitements mais les participantes décrivaient vouloir être informées de l'existence de ce programme au plus tôt dans le parcours pour avoir le choix de le débiter quand elles le souhaitent. Sachant que la pratique du MBSR a été décrit comme leur permettant de mieux gérer les effets secondaires de la chimiothérapie ou de l'hormonothérapie pour les femmes qui avaient débuté le programme en même temps.

Les acquis des pratiques au cours du protocole MBSR semblent persister lors des moments de difficulté de vie chez les participantes, elles rapportent y avoir encore recours après la fin de l'étude. Elle réside essentiellement en de la méditation informelle au cours de la journée, ou des sessions de quelques minutes par jour. Il est décrit comme difficile de continuer sans encadrement spécifique après la fin du protocole en raison des obligations de la vie quotidienne, mais les effets restent ceux décrits au cours du protocole : amélioration de la gestion des émotions et du stress. Les bienfaits rapportés par le programme MBSR semblent être le déclencheur d'un changement dans leur conception de vie, où le bien être personnel prend une place plus importante, et cela avec l'intention de pouvoir apporter une



bienveillance envers autrui. Certains « facteurs limitants » comme les obligations familiales et sociales sont plus facilement déplacées au second rang pour pouvoir s'accorder du temps pour soi, même s'ils restent un frein à la pratique quotidienne.

Le démarrage de la pratique du programme MBSR nécessite ainsi une implication importante et la mobilisation de ressources que les participantes doivent être prêtes à fournir (87).

### B/ Concernant l'activité physique

Le programme est décrit comme apportant un bien être immédiat après la séance et plus facile à obtenir au départ que la pleine conscience. Les effets de l'activité pendant et après la chimiothérapie ont déjà été décrits comme favorisant l'estime de soi, le regain d'énergie et permet de mieux répondre aux effets secondaires des traitements (88).

Une grande variété de pratiques sportives existe dans les études concernant l'activité physiques dans le cancer du sein : le yoga, d'aviron, d'escrime, de marche rapide ou des exercices de renforcement musculaire (89, 90, 91,92).

Dans notre travail, la différence repose sur le fait d'avoir proposé des séances d'endurance sur ergocycle avec des exercices personnalisés et adaptés aux possibilités fonctionnelles des patientes en se basant sur des mesures objectives (mesures de la VO2max) qui permettent de cibler spécifiquement une progression sur le potentiel d'endurance, individuel à chacune. Les participantes bénéficiaient également d'un accompagnement par la présence d'une infirmière spécialisée sur place au cours de la séance et qui supervisait l'entraînement. Cela permettait aux participantes de se sentir en sécurité et encouragées dans leur activité.

Il n'est aujourd'hui plus à démontrer que l'activité physique améliore les capacités physiques et le bien-être de patientes atteintes de cancer du sein. Toutes les études s'accordent à dire qu'il est important de pratiquer que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire (93,94, 95, 96,97).

Les effets psychologiques sont rapportés comme plus rapides à obtenir que lors du programme MBSR dans cette étude. Le partage de ces moments d'exercice, notamment avec un personnel soignant aidant et soutenant semblent potentialiser ces effets comme il a été décrit par les participantes. La personnalisation des charges de travail des séances d'entraînement a été souligné comme un élément sécurisant. L'adaptation en fonction des capacités de chacune a aussi été un facteur sécurisant comme démontrés dans d'autres études (98, 99).

Par contre, il est à souligner que le maintien de cette activité en autonomie et sans encadrement professionnel rassurant est un réel défi pour elles, ce qui rejoint les retours déjà annoncés dans les études antérieures (100,101).

### C/ Programme MBSR et Programme d'entraînement Physique

Aux vues des résultats de cette étude qualitative sur les effets de la pratique d'une activité physique bien spécifique associée à une pratique d'activité mentale bien codifiée, nous pouvons proposer l'idée qu'il existerait une complémentarité des pratiques et une potentialisation des effets.

L'amélioration du bien-être semble être ressenti de manière plus immédiate avec la pratique de l'activité physique, et semble instaurer un cadre plus soutenant pour se lancer

dans le protocole MBSR qui lui-même semble amorcer des modifications à plus long terme sur leur capacité d'acceptation et de prise en compte de leur bien être personnel.

Nous pouvons considérer que ces deux protocoles s'inscrivent ainsi dans un cercle vertueux.

Il nous a été impossible d'étudier ici les effets séparés de l'activité physique ou du protocole MBSR. En effet, il faut rappeler que toutes les patientes ont pu réaliser les deux activités, soit pendant le programme lorsqu'elles étaient randomisées dans le groupe mixte, soit après l'étude si elles avaient été randomisées dans le programme AP ou MBSR. Elles nous décrivent toutes ce que l'une ou l'autre méthode leur a apporté au fil du temps. Il est également difficile de déduire à quel moment ces protocoles semblent le plus utile car les participantes les ont vécus pour chacune à différent moment du traitement (si ce n'est par contre toutes après la chimiothérapie).

L'apport de cette étude se situe donc d'avantage dans le fait de pouvoir apporter un retour d'expérience sur les pratiques concomitantes plutôt que sur l'expérience d'une pratique unique. Je n'ai pas retrouvé, dans un screening assez complet, d'étude qualitative portant sur l'association de ces deux pratiques dans le cadre du cancer du sein, ni dans d'autres cancers par ailleurs.

## D/ Limitations

Nous pouvons discuter le fait que les patientes interrogées ici en entretien (sur les 100 participantes initiales de l'étude quantitative) ont pu être les seules ayant dès le départ apprécié l'aventure, et que celles qui n'ont pas apprécié ne se sont pas exprimées. En effet, sur les 100 personnes que j'ai contacté par téléphone ou bien à qui j'ai laissé des messages pour être recontactée, je n'ai eu aucune autre explication sur les refus hormis le manque de disponibilité. Comparativement à l'étude de Missing, les patientes avaient rapporté directement aux infirmières qui participaient au recrutement leur raisons de ne pas participer au protocole MBSR lié à l'absence de motivation à pratiquer ou à des effets secondaires des traitements invalidants.

Nombre d'entre elles ont décrit les difficultés éprouvées au cours des sessions MBSR, notamment en lien avec l'organisation. Le groupe de 40 personnes était décrits comme trop chargé et les sessions en fin de journée (de 19h à 22h environ) étaient également décrites comme pénibles pour certaines. Les difficultés en lien avec la confrontation au groupe est également décrit comme inconfortable en début de protocole. Cependant, toutes décrivent la balance bénéfice-risque en faveur de la pratique de ce protocole et aucune n'a exprimé de regret à y avoir participé.

L'hétérogénéité du groupe est ici revendiquée comme une force en recherche qualitative car il permet d'avoir des récits d'expérience différents et ainsi donner plus de contenus et d'axes différents d'expérience. Le but étant d'avoir accès à la singularité du sujet dans son expérience.

Ainsi, les thérapies de soutien et les thérapeutiques complémentaires semblent revêtir aujourd'hui une importance capitale, d'une part pour essayer d'atténuer les effets secondaires des traitements classiques et d'autre part pour mettre en place des moyens psychiques d'adaptation pour diminuer l'impact psychologique de la maladie. Les patientes sont donc en recherche de propositions pour rester actives et ne pas se fondre dans la maladie. Pourtant, nombreuses ont été les patientes qui ont rapporté avoir été très peu informés sur ce qui existe et avoir dû chercher seules des informations à ce sujet.

Dans une ancienne étude de 1998 (102), des professionnels de santé en oncologie avaient été interrogés afin de savoir à quel moment ils abordaient la question de l'activité physique ou d'autres thérapeutiques ; il apparaît alors que le manque de temps en consultation spécialisée serait le facteur le plus limitant pour aborder la question, mais également le manque de connaissance des activités accessibles et le fait de ne pas trouver le moment adéquat pour en discuter. Il existe donc un espace d'information et de discussion important dont le patient ne peut pas bénéficier et qui pourrait être abordée éventuellement par le médecin traitant au cours du suivi.

Face au sentiment d'abandon parfois décrit par les patientes en fin de suivi oncologique, le médecin généraliste représente également un pont grâce auquel le lien entre le patient et le monde médical est maintenu. Il peut veiller à la poursuite des activités complémentaires et à l'évaluation de la qualité de vie pendant et après les traitements. La consultation de médecine générale pourrait également représenter ce moment d'ouverture et d'informations sur d'autres moyens d'améliorer sa qualité de vie et prévenir les comorbidités.

L'apport de cette étude nous confirme donc l'importance d'informer les médecins et les autres professionnels de santé sur les possibilités et les bienfaits de ces activités et le rôle qu'elles ont à jouer dans le bien être à court et long terme.

En médecine générale, l'évaluation de la qualité de vie globale des patients fait partie intégrante de la pratique médicale. De par sa connaissance du patient et de sa vie, le médecin généraliste a souvent accès à sa symbolique et aux critères d'importance appartenant au patient et à son évaluation de sa qualité de vie. La relation de proximité qui existe avec son médecin traitant permet d'aborder plusieurs problématiques personnelles qui vont parfois au-delà de la seule discussion médicale. De ce fait, la discussion et la proposition de thérapies complémentaires peuvent être abordés en cohérence avec les besoins du patient. Le temps de parole et l'accès au vécu des patients revêt une importance capitale pour le comprendre et le soutenir avec empathie. Ainsi, cette étude a permis d'avoir accès durant des entretiens de plus d'une heure au vécu et au ressenti de patientes qui ont pu décrire avec précisions ce qu'elles ont ressenti par rapport à leur relation avec le personnel médical et leur vécu de la maladie. Chaque personne ayant une individualité précise, les entretiens ont été très riches et m'ont permis de comprendre à travers leur histoire ce que la maladie peut représenter dans la vie d'une personne. Ces entretiens précieux m'ont sensibilisé à l'importance de la relation avec le patient et à la place de l'information et des explications au cours d'une consultation médicale. La maladie reste une épreuve qui s'inscrit dans l'histoire de l'être et en cela l'accompagnement médical représente un cadre soutenant et important pour le patient.

Le travail de réflexivité qui s'impose au cours de la recherche qualitative questionne aussi beaucoup le chercheur sur sa propre subjectivité et ses représentations du sujet d'étude. Le travail de groupe représente un excellent moyen de mettre en lumière ses propres failles et de prendre conscience de ses points forts et de ses limites. Cela a été un travail très enrichissant pour moi à la fois pour mon travail de thèse et pour ma pratique clinique future.

## Conclusion

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Sa prise en charge nécessite des traitements lourds et agressifs avec leurs conséquences potentielles physiques, psychiques et leurs éventuelles séquelles. Le parcours de la maladie est souvent long et douloureux, nécessitant la mise en place de moyens d'adaptation importants, d'abord au moment de l'annonce diagnostique puis dans la réalisation des moyens de lutte contre la maladie. Ainsi, les patients sont de plus en plus à la recherche de moyens complémentaires pour les accompagner, d'une part pour être mieux soutenus, et d'autre part, pour prendre plus activement part à leur guérison et leur bien-être.

Les bienfaits d'une activité physique ne sont plus à prouver. Le protocole MBSR représente une nouvelle thérapie complémentaire qui a également démontré ses bienfaits sur la dépression, l'anxiété, et le bien être en général. Cependant, peu d'études ont étudié l'effet du programme MBSR tel que Dr. Jon KABAT Zinn le propose, combiné à une activité physique comme c'est le cas dans cette étude.

Ainsi dans cette étude, nous avons cherché à évaluer, par des entretiens qualitatifs, l'impact de l'association de ces deux programmes sur la qualité de vie des participantes durant leur parcours de soin. Le cancer est vécu comme un virage durant lequel elles rapportent avoir changé leur conception de vie et leur manière de prendre soin d'elle-même. L'activité physique était l'occasion de se dynamiser, de reprendre contact avec leur ressenti corporel et retrouver la force physique qu'elles pensaient avoir perdue. Le protocole MBSR constituait un apprentissage surprenant, intégrant de nouvelles visions telles que l'acceptation, la bienveillance et le non jugement.



Ces résultats apportent un élément supplémentaire de compréhension du vécu des patientes atteintes de cancer du sein pour le médecin généraliste qui sera amené à le prendre en compte pour son suivi au long cours. Le contenu qualitatif apporte avec précision le ressenti et le vécu émotionnel de patientes qui ont souvent l'impression de ne pas être assez entendues ou comprises par le personnel soignant. Ces résultats nous ont aussi permis de comprendre qu'il existe actuellement un réel manque dans l'accompagnement des patientes. Ce protocole semble ainsi avoir apporté aux participantes une nouvelle manière de vivre la maladie, plus proactive et sereine, avec le sentiment de ne pas être seules mais encadrées sur leur chemin d'autonomie post traitement.

Cependant, il n'en reste pas moins que les patientes sont encore peu informées de l'existence de ces accompagnements complémentaires. Il serait important d'accorder un temps dans la consultation médicale pour présenter et proposer ces pratiques qui améliorent le vécu et la qualité de vie pendant et après la maladie. En effet, chacune d'entre elles estimait avoir gardé des traces positives de leur participation à ce protocole. L'expérience de celui-ci semble ainsi avoir permis l'amorçage d'une transformation intérieure durable touchant à un niveau plus profond et existentiel.

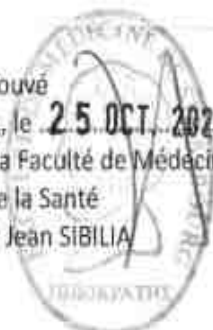
VU

Strasbourg, le 13/10/21  
Le président du Jury de Thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



Vu et approuvé  
Strasbourg, le 25 OCT. 2021  
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et  
Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILIA



Database	Algorithm
Pubmed	<p>((("Breast Neoplasms"[Mesh] OR breast tumor OR breast tumors OR breast cancer OR mammary cancer OR mammary cancers)  AND ( "Sports"[Mesh] OR "Sports for Persons with Disabilities"[Mesh] OR "Exercise"[Mesh] OR "activities, physical" OR "activity, physical" OR "Exercise Therapy"[Mesh] OR "Meditation"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "mindfulness-based stress reduction" OR "MBSR")  AND (“perception” OR “attitude” OR “feeling” OR “lived experience” OR “belief” OR “view” OR “perspective” OR “opinion” OR “experience” OR “image” OR “Attitude to Health” [Mesh] OR “Health Services Administration” [Mesh] OR “qualitative research” [Mesh] OR “Nursing Methodology Research” [Mesh] OR “Focus Groups” [Mesh] OR “observation” [Mesh] OR “qualitative research” OR “qualitative study” OR “qualitative method” OR “grounded theory” OR “interview” OR “qualitative approach” OR “qualitative analysis”)))</p>
PsycINFO	<p>((DE "Cancer Screening" OR DE "Breast Neoplasms" OR "breast tumor" OR "mammary cancer" OR "breast cancer")  AND (DE "Sports Medicine" OR DE "Physical Activity" OR DE "Exercise" OR "sport" OR DE "Mindfulness-Based Interventions" OR DE "Acceptance and Commitment Therapy" OR DE "Awareness" OR DE "meditation" OR "MBSR" OR "mindfulness-based stress reduction")  AND (DE "Qualitative Research" OR DE "Interviews" OR DE "Intake Interview" OR DE "Interview Schedules" OR DE "Psycho diagnostic Interview" OR DE "Grounded Theory" OR DE "Observation Methods" OR DE "Ethnography" OR DE "Discourse Analysis" OR DE "Content Analysis" OR DE "Phenomenology" OR DE "Philosophies" OR DE "Constructivism" OR DE "Hermeneutics" OR DE "Narratives" OR DE "Biography" OR DE "Life Review" OR DE "Storytelling" OR "qualitative research" OR "qualitative study" OR "qualitative method" OR "qualitative research" OR "qualitative study" OR "qualitative method")  AND (DE "Attitudes" OR DE "Knowledge (General)" OR feeling OR attitude OR knowledge OR view OR perspective OR opinion OR perception OR experience OR image OR "self-concept"))</p>
CINAHL	<p>((((MM "Breast Neoplasms") OR "breast cancer" OR "breast tumor" OR "mammary cancer")  AND ((MH "Exercise+") OR (MH "Sports+") OR (MM "Physical Activity") OR (MM "Mindfulness") OR (MM "Meditation") OR (MM "Relaxation Techniques") OR "MBSR" OR "mindfulness-based stress reduction »))  AND ((MH "Qualitative Studies+") OR (MH "Focus Groups") OR (MH "Interviews+") OR (MH "Narratives") OR (MH "Observational Methods+") OR (MH "Discourse Analysis") OR (MH "Thematic Analysis") OR (MH "Semantic Analysis") OR (MH "Field Studies") OR (MH "Audio recording") OR (MH "Constant Comparative Method") OR (MH "Content Analysis") OR (MH "Field Notes") OR ("qualitative research") OR ("qualitative study") OR ("qualitative method")) AND ((MH "Attitude+") OR (MH "Knowledge+") OR (MH "Self-Concept+") OR (MH "Psychology+") OR (MH "Management+") OR (“feeling”) OR (“attitude”) OR (“knowledge”) OR (“view”) OR (“perspective”) OR (“opinion”) OR (“experience”) OR (“image”) OR ("self-concept") OR (“barriers”) OR (“management”) OR (“organization*”) OR (“psycholog*”))))</p>

Web of Science	<p>TS=(Breast Neoplasms OR breast tumors OR breast tumors OR breast cancer OR mammary cancer OR mammary cancers)</p> <p>AND TS=(Sports OR Sports for Persons with Disabilities OR Exercise OR physical activities OR physical activity OR Exercise Therapy OR Meditation OR Mindfulness OR mindfulness-based stress reduction OR MBSR)</p> <p>AND TS=(case study OR constant comparative OR content analysis OR descriptive study OR discourse analysis OR ethnography OR ethnographic OR Focus group OR focus groups OR grounded theory OR interview* OR narrative* OR observation* OR qualitative method* OR qualitative research OR qualitative study OR thematic analysis OR semi-structured OR in depth) AND TS=(perception OR attitude OR feeling OR knowledge OR belief OR view OR perspective OR opinion OR experience OR image OR self-concept OR barrier* OR psycholog*)</p>
----------------	--

## Annexe 1 : Algorithme du screening des articles quantitatifs et qualitatifs pour la revue de la Littérature

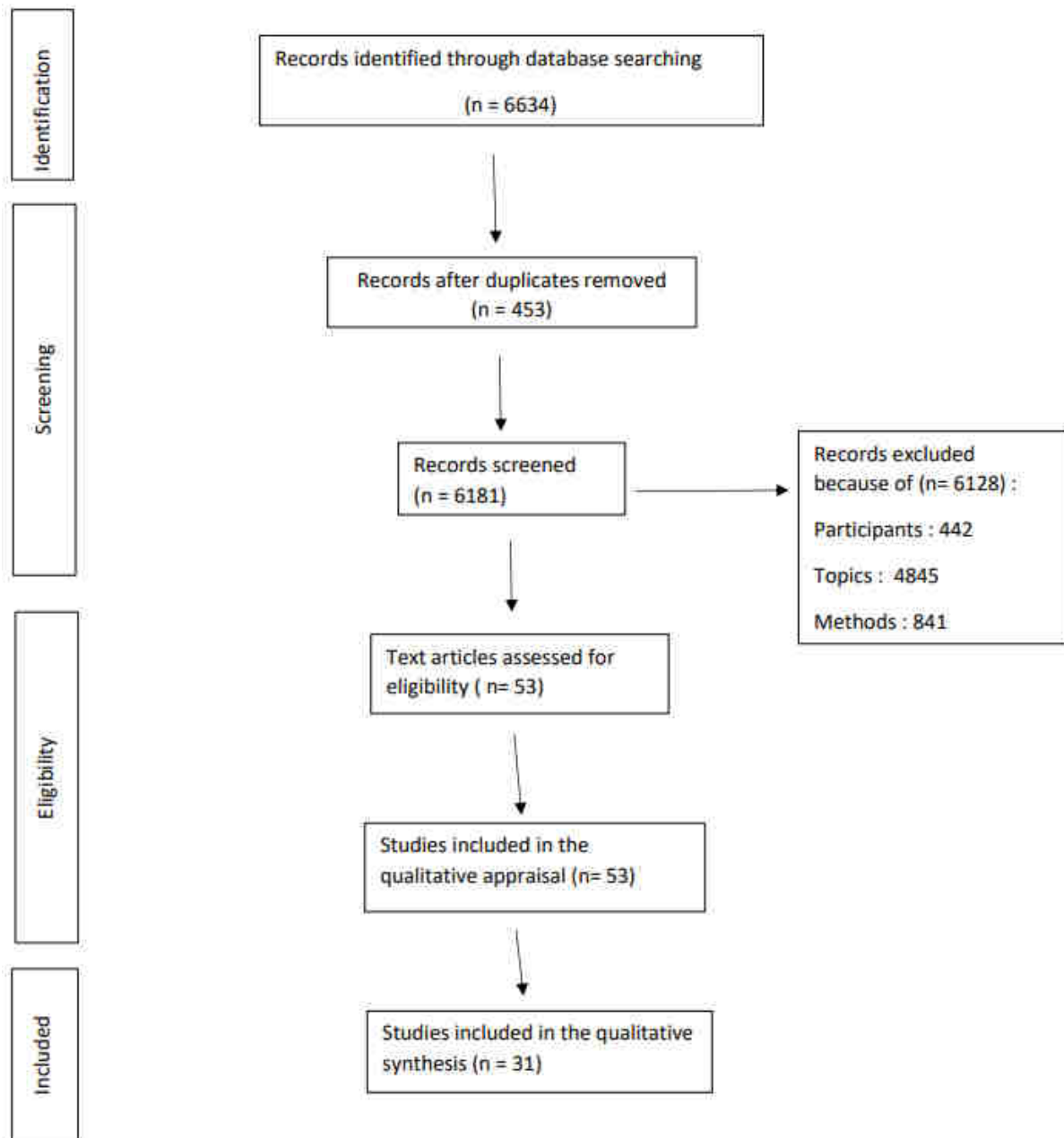


Figure 1 Flow of information through the different phases of study selection.

Figure 1 : Diagramme de flux de la revue de la littérature scientifique

Tableau 1 : Tableau des citations des résultats de l'étude qualitative

<p><b>1) Prendre soin de soi et de son corps</b></p>	<p><b>A/ L'expérience espérée</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b><u>Restaurer son corps</u></b></p> <p>Q1, P13: « Au début, je pouvais pas faire de courses. Enfin, je pouvais rien faire, rien faire ! Ça (les traitements classiques) vous détruit entièrement, mais entièrement ! Physiquement, psychologiquement. »</p> <p>Q2, P04: « savoir ce qu'on peut faire au début »</p> <p>Q3, P28: « "remettre le corps en marche, voilà, de se dire, ça repart" "reprendre pied" »</p> <p>Q4, P04: « Faire en sorte que ce corps qui vous échappe, qui vous... certains nous disaient « qui vous trahit » »</p> <p>Q5, P24: « J'étais très vite fatiguée, très vite essoufflée, et le médecin pensait que le ré-entraînement me ferait du bien, je voulais essayer parce que je voulais aller mieux»</p> <p>Q6, P05: « ça vous booste pas seulement moralement, mais physiquement aussi. »</p> <p>Q07, P01: "Et au fur et à mesure, on augmentait la puissance qu'on devrait fournir. Et à la fin des 15 séances, on m'a dit que j'avais augmenté mes capacités physiques à 17 %, ce qui était pas mal. J'étais contente."</p> <p>Q08, P19: "Le sport aussi ça permet de se sentir pleinement vivant. De voir qu'on est capable de faire des choses enfin c'est peut être enfin je ne me serais peut être pas mis spontanément au vélo même si j'avais un vélo enfin on faisait du vélo de randonnée... c'est vrai de se dire que finalement on n'est pas si fragilisée que ça mais qu'on est capable, que je suis capable de faire peut être plus que je ne l'aurais imaginé"</p>

### **Prendre soin de soi**

Q9, P11: « C'est tout un ensemble qui soigne. (...) le fait d'avoir eu des médecins super. J'ai eu que des chirurgiens fantastiques, les soins que j'ai eus, le support avec le programme pendant toute la période c'était génial! »

Q10, P04: « Il y a des soins adaptés, des séances adaptées. D'ailleurs, j'ai fait un lapsus révélateur « soins » et « séances »! »

Q11, P09: « Le sport et l'art m'ont sauvée »

Q12, P04: Et une meilleure donc compréhension de... Je prenais à bras-le-corps tout ce qui se passait, certes, mais je l'appréhendais mieux. Et le ressenti était aussi là pour dire qu'effectivement, ça se passait quand même mieux avec tout ça. Par exemple, la fatigue était quand même moindre. Je la subissais plus, je la subissais plus. Je la comprenais. Quand il y en avait, je la comprenais, mais je ne la subissais plus, je ne la traînais plus. La fatigue physique comme la fatigue morale. Le dégoût de certaines odeurs, le dégoût de certains aliments, le dégoût de... même de certaines réactions des uns et des autres n'était plus là. Je n'aimais pas, mais ce n'était plus un dégoût qui me pesait ou que je subissais. »

Q13, P17: « c'est un vrai recul sur la vie, je trouve aussi, sur qui on est et comment on se sent. »

Q14, P10: « Et psychologiquement, j'en avais besoin. Je pense que si je n'avais pas eu cet accompagnement par le sport, psychologiquement je pense que j'aurais été plus mal, je l'aurais moins bien supporté. Parce que je sortais de là, j'étais contente, j'étais heureuse, j'avais la joie de vivre. Ça m'a vraiment aidée psychologiquement. »

Q15, P03: "Déjà en calmant le mental, déjà en méditant, déjà en se rendant compte qu'on n'est peut-être pas anormal, mais que c'est normal de penser tout le temps et que..., une prise de conscience peut-être de son fonctionnement et qu'on peut y remédier et qu'on peut calmer les choses et qu'on peut calmer les angoisses et qu'on peut..."

### **S'accepter avec bienveillance**

Q16, P02: « J'avais déjà commencé à traverser la maladie un petit peu dans l'acceptation, mais cette expérience de la méditation, ça m'a permis, si vous voulez, de me dire « bah je suis celle que je suis quoi, finalement », et tout simplement essayer de vivre les choses plus simplement. »

Q17, P17 « je pense que c'est une véritable méthode pour aussi gérer les... et les émotions et les souffrances du corps aussi. »

Q18, P23: « ne plus se juger soi-même aussi, être bienveillant avec soi-même, c'était très important »

Q19, P19: "il y avait cet aspect-là aussi dans la méditation : Ne pas sentir le jugement de autrui ça aussi c'est hyper important. je pense que c'est quelque chose qui a perduré je me sens beaucoup plus détendue »

Q20, P14: « j'avais un peu plus de confiance en moi, je veux dire je... mon corps me plaisait un peu plus. Du coup, ça me donnait un peu plus confiance en moi. »

## 2. Être actrice de ses soins

### Aller de l'avant et ne pas subir

Q21, P16: « vous aviez des conférences, des choses comme ça aussi. Sur le cancer du sein, sur la nutrition, sur plein de choses comme ça, sur... Et qu'est-ce qu'il y avait encore ? Nutrition... Donc on pouvait choisir... bah les bénéfices de la sophrologie ou des choses comme ça. Ça je conseille à beaucoup de femmes franchement de le faire. C'est... déjà pour la peau, c'est vraiment bien. Et voilà, pour accompagner en douceur tout ce traitement qui est quand même très agressif »

Q22 P15 "Donc en complément, je prenais... dans les traitements là, en complément je prenais de l'homéopathie. Et pour moi, je sais que ça marche. Chacun croit ce qu'il veut ; placebo ou pas, je m'en fous, mais en tout cas, je sais que pour moi ça a..."

Q23, P04: « Je suis allée voir l'oncologue, j'ai dit : « écoutez, là, j'ai fait, vous pouvez cocher la case ; maintenant, mettez-moi en présence... je ne sais pas moi, d'associations de médecine de sport... enfin de sport adapté, de... ». Je sais que... oui, au Centre XX sportif, il y avait des kinés qui s'étaient investis et qui avaient créé un pôle de sport adapté dans le cadre de soins. Là il me fait : « ah, chez nous, il n'y a pas... je vais me renseigner ». Bon à force, je me suis renseignée toute seule, donc j'ai rencontré l'association d'Astrid qui propose déjà du tai-chi et du chi gong adaptés. Ça c'était déjà une belle approche. Elle me disait : « pour l'instant, vous êtes en chimiothérapie, allez-y mollo, peut-être pas prendre tout de suite, il faut attendre la prochaine étape ». Et de fil en aiguille, j'ai découvert qu'il y avait des gens qui faisaient du kayak, qu'il y avait des gens... Mais à chaque fois, non, c'était pas proposé »

Q24, P04: « Avec cette maladie, avec les soins, et en faire quelque chose, mine de rien, qui va aller de l'avant, qui va être plus fort. Ne pas subir, voilà. Accepter et faire avec. »

Q25, P12 "Et puis j'ai dit : « ah ouais ouais, je veux bien essayer, ça va à nouveau me booster ». Puis j'étais d'attaque pour attaquer la maladie, j'ai dit : « voilà, il faut... »."

Q26, P02: « mais c'était du vrai travail quand même, la méditation. Parce qu'il fallait faire des choses chaque semaine, il fallait tout noter, il fallait noter les expériences qu'on avait, il fallait... C'était quand même... c'est quand même un investissement, je veux dire, de sa personne, de... c'est tout l'intérêt de la chose hein. »

Q27, P27: « Avoir un rythme, vivre un peu plus normalement ça donne un but »



Q28, P02: « Bah oui, bah regardez, est-ce qu'on peut deviner que j'ai vécu tout ça ? Non ! *(Rire.)* »

### **Se porter volontaire**

Q29 P01 "Il y en avait dans la salle d'attente, il y en avait des flyers. Et je m'y suis intéressée. Je trouvais que c'était un bon moyen de continuer plus ou moins un suivi avec des personnes professionnelles."

Q30 P29 "Ca pouvait être bénéfique, puis en plus si ca peut faire profiter après à une étude, avancer les choses, tant mieux"

Q31, P22: « il y avait l'IRM, il fallait...il y avait des choses à lire et appuyer je crois sur des boutons, parce qu'il ne faut pas parler, pas bouger. Des questions...il fallait le faire deux fois, c'était les mêmes entre la 1ère fois et la 2ème fois »

Q32, P17: « On avait un rendez-vous toutes les semaines, donc c'était un rendez-vous hebdomadaire, avec des exercices à faire. Donc un rendez-vous hebdomadaire qui durait une heure à deux heures et demie en soirée, où on faisait des exercices en commun et on pouvait échanger après les exercices au sein de ce groupe. »

### **Convaincre et diffuser**

Q33, P16 « Oui, les gens qui sont en traitement, je conseillerais la méditation à tous les gens, voilà. »

Q34, P04: « je continue à en parler pour dire : « faites-le ! ». Et bien souvent, la négation qu'on entendait, c'était : « mais mon médecin n'est pas d'accord, a trop peur ! ». Mais oui, beaucoup de négations de cet ordre-là du corps médical, qui ont peur. Mon médecin traitant me disait : « mais c'est comme lorsque je reçois quelqu'un qui vient parce qu'il faut faire un bilan cardiaque parce qu'il y a eu des antécédents, parce qu'il y a eu des petites sources de frayeur et je me dis bah là, le bilan il est bon, mais ça se peut très bien que dans une heure il me fasse un infarctus quand même et je ne veux pas avoir cette responsabilité-là, je ne veux pas dire que j'ai autorisé la personne à pratiquer du sport alors qu'elle est souffrante, qu'elle n'est pas en pleine possession des moyens normaux ». Mais il faut arriver à leur faire comprendre. Les aprioris sont très ancrés. Que ce soit pour le sport comme pour la méditation. Les aprioris sont très marqués, ancrés et c'est pour ça que ce protocole de recherche, il faut vraiment le mener à bout »

Q35, P04: « Donc je faisais un petit book pour les équipes médicales pour dire : « voilà ce que j'ai trouvé, voilà ce que vous proposez et ce que vous pouvez proposer ». (...)

Q36, P04: « c'est pour ça que ce protocole de recherche, il faut vraiment le mener à bout pour qu'ils aient une preuve scientifique. Ils veulent une preuve scientifique, on va leur en donner ! »

**B/ Une expérience de découverte**

**1/ Des effets sur soi  
étonnants**

**Découverte de ses capacités physiques et  
psychologiques**

Q37, P04: « après les premières chimios, vous verrez, le muscle... on a l'impression qu'il fond quoi, c'est... et ça va vite ». On perd très vite et de la capacité cardiaque et le souffle et tout. Et c'est vrai que des fois, je disais : « bon sang, je monte l'escalier à la maison, j'ai l'impression de gravir l'Everest ! ». Il y a des jours où j'étais obligée de m'arrêter au bout de cinq marches reprendre mon souffle, avant de continuer je dis : « ouh là ! »

Q38, P22: « J'ai apprécié, ça montre vraiment qu'on arrive à faire des efforts physiques et qu'on progresse! Ça montre qu'il a des choses à faire! Faire des efforts, pédaler encore plus, elle pouvait mettre des séances plus difficiles...j'ai réussi ce qu'elle m'a demandé, c'était positif »

Q39, P25: « après j'avais des super capacités respiratoires, ça fait du bien, on se dit « je ne suis pas qu'une loque malade, dans la pathologie uniquement, il y a encore des choses qui fonctionnent chez moi ! » et c'est génial!»

Q40, P04: « Je me disais : « c'est quand même une évolution assez étonnante à laquelle je ne m'attendais pas ». Donc j'ai découvert avec bonheur cette capacité-là aussi à reprendre du souffle, à reprendre des mouvements physiques même s'il y avait des douleurs dans le corps. »

Q41, P04: « cette médication a été enrichie par tout ce qui découlait de la pratique sportive adaptée, de la capacité à méditer, ça a été comme un effet sublimateur de la médication de base. »

Q42, P02: « Au début ça a vraiment été une douleur physique. Pour moi, le bodyscan, c'était terriblement... À la place de me détendre, j'ai l'impression que ça me contractait au début, que j'avais... que le fait de prendre conscience et connaissance de tous mes muscles, de tout mon corps me faisait souffrir. Parce que je pense que je n'arrivais pas à lâcher comme il fallait, que je résistais encore (...) Et se lâcher s'est fait vraiment dans la douleur, quoi, je veux dire avec le bodyscan, ça a été douloureux. »

Q43, P02: «Là ce serait peut-être intéressant aussi. Mais si vous voulez, il aurait fallu que les gens aient fait de la méditation avant de vivre la chimiothérapie, je pense, pour pouvoir vraiment vous en parler à ce niveau-là. »

Q44 P12 "pour les gens qui ont envie de se faire accompagner comme ça par le sport, je pense que ça peut aider quand même, parce qu'on a envie de se battre. Et en faisant du vélo aussi, on a envie de... pour les performances."

Q45, P10: « L'accompagnement sportif c'était presque vital »

Q46, P25: « Ça permet de se remettre en selle »

Q47, P26: « ça m'a mis le pied à l'étrier pour reprendre »

Q48, P21 « le pire souvenir ça a vraiment été la reprise du travail, c'est là que je me suis rendue compte que c'était très physique ce que je faisais, on ne croirait pas.... J'ai eu beaucoup de mal dans la concentration, la fatigue,...les 1er jours à mi-temps, c'était très difficile, le soir je piquais du nez dans la voiture, et après j'étais très souvent malade, parce que fatiguée de ce que j'avais eu avant, parce que fatiguée d'avoir tout le temps mal ... »

Q49, P10: « J'oubliais presque la maladie...je n'ai eu aucun moment où ça n'allait pas du tout, je conduisais, c'était inespéré, je ne pensais pas du tout vivre la maladie comme ça »

Q50, P07: « Aussi bien physique que mentale, que... Bah j'ai repris des muscles, j'ai repris de la force au premier degré, mais aussi de la force, je pense, mentale »

### **Découverte d'une autre féminité**

Q51, P11: « maintenant je commence à penser à moi. Je me dis « il n'y a pas de raison que ce soit que pour les autres, j'ai aussi le droit de penser à moi ». Et avant je le faisais avec des scrupules quand je le faisais. »

Q52, P11: "Après, je m'amusais avec mes perruques, avec mes enfants on faisait des photos et tout avec mon mari. [...] Ouais, on a fait plein de photos. Je vous dis je vais faire un super album puis je vais le donner à Monique après et je vais... »

Q53, P01: "C'était aussi pour faire plaisir à mon mari parce qu'il trouvait que quand c'est plus long, c'est plus féminin. Mais maintenant, je... ce n'est pas que je ne veux pas lui faire plaisir, mais c'est surtout mon regard dans le miroir qui est plus important que ce que lui, il aime."

Q54, P12: "La dernière fois, j'ai laissé mon homme trois à quatre jours, je suis allée faire de la randonnée parce que lui, c'est pas trop son truc quoi (*Rire.*) C'est vrai qu'avant, je ne l'aurais peut-être pas fait ça (*Rire.*)"

Q55, P19: « je n'ai plus du tout les mêmes appréhensions si je dois me retrouver à parler devant un groupe. »

### Un changement pérenne (ou transformation ?)

Q56, P01: "Et c'est là où on se dit : pour prendre soin des autres, d'abord il faut prendre soin de soi. Pour qu'on puisse faire notre travail bien, d'abord il faut que nous, on se sente bien. Et il faut prendre soin d'abord pour soi pour après pouvoir faire bien les soins pour les enfants"

Q57, P06: "Voilà, j'ai quitté mon emploi, je profite d'un licenciement économique et là je suis en formation pour... devenir réflexologue plantaire."

Q58, P06: « on arrête un petit peu de courir à droite à gauche et puis de croire qu'on est des Wonder Woman »

Q59, P23: « ça m'a appris à m'écouter davantage, je vois les choses différemment, le fait d'être plus à l'écoute, c'est vraiment la méditation qui me l'a apportée. Je n'étais pas sensible à ça avant, j'avancais, j'étais assez perfectionniste dans le boulot, je me faisais pas de cadeau...je pense que ça ....quitte à y passer des heures et des heures, ce n'est plus le cas. J'arrive à faire le tri et à hiérarchiser »

Q60, P07: « Parce que si je me fatigue à faire du ménage, je peux plus aller marcher une heure. Donc il faut que je fasse des choix. Et mes choix, bah il faut que je pense à moi. Voilà, que je ne pensais pas avant. »

Q61, P18: « la méditation m'a appris à vivre pleinement et simplement, plus sereinement »

Q62, P06: "Et puis ma vie, elle a complètement changé de toute manière. Depuis que j'ai eu cette maladie, je vois plus du tout la vie de la même manière »

Q63, P25: « Je ne suis pas la même personne en fait, moi je le ressens comme ça, je ne suis pas la même qu'avant et je me préfère qu'avant...je suis plus agréable avec les autres, dans ma vie professionnelle, ça m'a fait avancé, je me mets moins la pression, je suis moins stressée, je suis moins centrée sur moi aussi, enfin c'est bénéfique »

Q64, P11: « puis finalement ça me va mieux. Et puis je me préfère comme ça. »



**2/ Une expérience  
relationnelle  
nouvelle**

**Dans l'environnement familial et amical**

Q65, P24: « Pas de jugement....ça m'aide encore aujourd'hui ...je fais beaucoup plus attention»

Q66, P02: « Donc je me suis donné comme mission de... bah finalement d'être plus tranquille, plus à l'écoute des autres quoi. »

Q67, P02: « La méditation, c'est de la bienveillance vis-à-vis de soi. Et donc vis-à-vis des autres par la même. Si on est bon avec soi, on est bon avec les autres. Voilà. Puis que le monde serait meilleur. Alors j'essaie de le faire avec mes petites filles, j'ai acheté un livre sur la méditation de la grenouille. Et c'est très amusant parce qu'elles arrivent à rester calmes, mais c'est incroyable. C'est vraiment pour les enfants. Et je pense que c'est l'apprentissage de la bienveillance. Pour moi, ça devrait être enseigné à l'école, la méditation. »

Q68, P08 "Pour moi c'était important de... de transmettre, de : « tiens, moi je suis passée par là, j'ai pu faire ça », de se tenir au courant de ce qui est possible."

Q69, P14: « En fait, elle nous donnait parfois des astuces ou elle nous donnait des coordonnées, des conseils. »

### **Dans la société/ le monde**

Q70, P20: "quand la maladie arrive dans sa vie.... ça fait faire une pause, ça m'a forcé à me reposer, ça m'a stoppé net dans mon élan et je me suis rendue compte que je n'arrêtais pas de courir »

Q71, P14: « Et puis ça permettait aussi de discuter. Alors, on pouvait discuter avec elle, on ne se sentait pas abandonné. »

Q72, P04: « Et en milieu associatif-sportif, mon médecin généraliste voulait pas me faire l'attestation de sport pour reprise du sport. Il m'a dit : « c'est trop tôt, vous ne pouvez pas ». Donc j'ai dû lui expliquer ce que j'avais fait et l'attestation qu'avait fait le Docteur Y pour dire que j'étais apte»

Q73, P04: « « voilà, bilan cardiaque, bilan du souffle... ». Voilà : « elle est apte à faire du sport ». Et ça, vous le brandissez dans les associations que vous envisagez de contacter quoi, pour leur dire : « si, c'est un passe-droit ! J'ai le droit de venir ! ». »

Q74, P18: « Depuis que j'ai fait ce sport, pour garder la forme, je n'ai plus repris mon abonnement tram. Ce qui fait que tous les matins, tous les soirs, je marche de la gare jusqu'à la mairie. Ca me fait 10000 pas par jour. Le sport ça fait vraiment du bien, ça permet vraiment d'avoir cette sensation de liberté, pouvoir être en forme. Moi je suis persuadée que ce sport est vraiment bénéfique pour les gens. »

Q75, P11: « c'est une association qui s'appelle Elles & Embellie et c'est Monique Bayard-Carette qui le gère. Et on paye 30 € de cotisation pour l'association et à côté de ça on a des supports de soin qui aident énormément pendant toute la période où on fait la chimio, tout... tout tout. Et ça c'est énorme. Et donc du coup, moi je suis restée en contact avec toutes les personnes qui m'ont procuré des soins qui étaient gratuits, puisque je fais partie de l'association, et maintenant je suis engagée dans l'association »

Q76, P03: « Et c'est vrai qu'il y avait aussi ce rapport à la féminité qui était très difficile à la Ligue. On avait fait des... je m'étais aussi investie là-dedans et j'avais demandé qu'il y ait des conférences sur la féminité parce que ça, personne n'en parlait. Personne ne parle de ça. Et que notre corps, il a complètement été meurtri »

Q77, P07: « enfin la journée de silence au Mont XX, ça c'est... je crois que c'est la journée la plus exceptionnelle pour moi parce que bon, là je parle, mais je suis pas une bavarde hein. Donc j'ai pu m'asseoir à une table du Docteur, il était à ma table avec d'autres gens que j'avais l'impression d'être... qu'ils étaient plus importants que moi. Et comme il n'y avait pas besoin de parler, je me suis sentie vraiment à égalité,

cette journée-là. Et le fait de pas parler, c'était... ouais, c'était une journée... pour moi c'était une des meilleures. »

Q78, P07: « j'étais timorée avant, je suis plus ouverte, je vais plus vers les gens, avant j'aurais pas pu vous parler comme ça quoi. Je pense que je n'aurais peut-être pas accepté le rendez-vous, voilà. »

### Dans la relation de soin

Q79, P01 'Et comme je disais, pour les séances de vélo, tout le temps entouré des gens professionnels, avec des programmes sur mesure.

Il y avait toujours une bonne ambiance; j'avais toujours envie de venir"

Q80, P26: « J'étais connue et on s'occupait de moi »

Q81, P04: « on veille sur nous »

Q82, P09: "on échangeait beaucoup, c'était très convivial, franchement c'était super, j'adorais venir, vraiment."

Q83, P27: « Être surveillée pendant les efforts »

Q84, P26: « Besoin de me dire que ce n'est pas n'importe quoi ce que je fais, besoin d'être entourée par des soignants, d'ailleurs je n'allais plus à la piscine pendant mes soins , c'est sécurisée»

Q85, P26: « L'exercice de vélo, j'ai poussé mon corps en étant entourée, si j'étais toute seule, ça inquiétait , même moi je me sentais en sécurité, si il m'arrive quelques chose il y a isabelle et tout le service derrière, j'étais vraiment libre dans mon esprit et je n'avais rien à gérer d'autre »

Q86, P04: « c'est des médecins qui proposent ça, qui suivent ça ».

Q87, P04: « dans cette proposition-là de base une autre proposition aussi plus étoffée avec sport et/ou méditation guidée par des gens conscients de ce que l'autre subit dans son corps, subit dans sa tête. Donc pas par des soignants... c'est pas des marabouts qui sont en face de nous, c'est pas des inconscients. Ils connaissent, ils savent. Toutes ces équipes-là sont formées. »

Q88, P04: « Mais bon, j'étais très très loin de ce que j'ai découvert par le biais de cette méditation et de ce protocole méditation guidée. Ce guide qu'il nous offrait, ce fil conducteur qu'il déroulait au fur et à mesure de la séance, puis des séances, faisaient en sorte que j'arrivais moi à me couper un peu de tout ce qui me passait par la tête, des mille et une idées et pensées qui venaient »

Q89, P27: « Pouvoir poser ses questions 2 fois par semaines à quelqu'un qui connaît et a l'expérience des personnes malades, être en contact avec quelqu'un »

Q90, P22: « Isabelle a la pêche et tout »

Q91, P26: « Avec Isabelle toujours positive, toujours le sourire...toujours un mot gentil...ça vous change le quotidien, vous n'avez plus l'impression d'être considérée comme une malade, je ne me sentais absolument pas traitée comme une malade et ça faisait du bien »

Q92, P15 "Alors, donc Isabelle... c'était au-dessus du coup, qui est le nom de l'infirmière là qui s'est occupée du vélo, franchement elle faisait ça très très bien, vraiment. Très souriante, très... à raconter des blagues... Bon, voilà, peu importe, c'était des blagues. Et... et puis à... oui, toujours très accueillante."

Q93, P27: « C'est un élément clé dans cette phase, elle était à sa place pour booster les gens, comme quoi l'humain fait quand même beaucoup, c'est qu'un qui avait toujours la pêche..quand je suis arrivée to tout à l'heure, c'est à elle que j'ai pensée en premier »

Q94, P22: « Ça s'estompe après le programme, pas facile de continuer toute seule après »

## Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé, Constitution, Définition santé. Disponible sur le site internet : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
2. Institut national du cancer, La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, édité en juin 2018, disponible sur le site internet : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>
3. Psychological Bulletin, Subjective Well Being, Ed Diener, University of Illinois ,1984, Vol.95, No 3
4. La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? Commentaire, Philippe Le Moigne ? Sciences Sociales et Santé, 03/2010, Volume28, Pages 75 à 84. Disponible sur Cairn Info : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2010-3-page-75.htm>
5. Cialdella P., Chambon G., 1995, L'évaluation de la qualité de vie en psychiatrie, In : Guelfi J.D., Gaillac V., Dardennes R., Psychopathologie quantitative, Paris, Masson, 170-183.
6. HAS, Evaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie, Note de synthèse, 10/2018. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie)
7. Deloumeaux J, Bhakkan-Mambir B, Peruvien J, Hierso R, Kouyate S, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Guadeloupe. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. Disponible sur le site internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
8. Santé publique, France, Maladies et traumatismes, Cancer du sein, 2021 [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/publications/#tabs>

9. Cécile Quintin, Agnès Rogel, Santé publique, France, Eude et enquêtes, Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein, Résultats et évolution des indicateurs de performance depuis 2004 EN France métropolitaine, février 2019.
10. Gautier Defossez, Sandra Le Guyader-Peyrou, Zoé Uhry,, Pascale Grosclaude, Marc Colonna Emmanuelle Dantony, Patricia Delafosse, Florence Molinié, Anne-Sophie Woronoff, Anne-Marie Bouvier, Nadine Bossard, Laurent Remontet, Alain Monnereau, Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, 2019. Disponible sur le site internet : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
11. Institut National du Cancer, le Cancer du sein, les traitements [Internet]. Disponible sur le site : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Traitements>
12. Institut National du Cancer, le Cancer du sein, les traitements, traitement chirurgical, tumorectomie et mastectomie [Internet]. Disponible sur le site : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie>
13. Institut National du Cancer, le Cancer du sein, les traitements, la chimiothérapie [Internet]. Disponible sur le site : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chimiotherapie>
14. Institut National du Cancer, le Cancer du sein, les traitements, les thérapies ciblées [Internet]. Disponible sur le site : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Therapies-ciblees>
15. Institut National du Cancer, le Cancer du sein, les traitements, la radiothérapie [Internet]. Disponible sur le site : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Radiotherapie>
16. Institut National du Cancer, le Cancer du sein, les traitements, l'hormonothérapie [Internet]. Disponible sur le site : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie>
17. Institut national du cancer, Fabienne Courdesse, Alice Desbiolles, Nathalie Derozier, référentiel organisationnel, Evolution du dispositif d'annonce, recommandations et référentiels d'un cancer, septembre 2019. Disponible sur le site : [Evolution\\_du\\_dispositif\\_d\\_annonce\\_d\\_un\\_cancer\\_mel\\_20200123.pdf](#)



18. Institut National de lutte contre le cancer, Plan Cancer 2014-2019, Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France, pdf, juin 2014. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>
  
19. Ph. Rougier, La consultation d'annonce en cancérologie, Association française de formation médicale continue en Hépatogastroentérologie, Post'U 2005, Paris. Disponible sur le site : <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/342.pdf>
  
20. Ferenczi S., Le traumatisme, Edition Payot, Paris, 1931.
  
21. Patricia Pinault, L'annonce du diagnostic de cancer : de l'expérience traumatique vers un ajustement des défenses, Le journal des psychologues, pages 66 à 69, CAIRN, 2020.
  
22. Roisin J. De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme et sa guérison, Edition Puf, Paris, 2012.
  
23. Claude Boiron, Une cancérologue atteinte de cancer témoigne, Centre Laennec, Tome 58, page 18 à 33, CAIRN, 2010. Disponible sur : Une cancérologue atteinte de cancer témoigne | Cairn.info
  
24. Claude Boiron, Une cancérologue atteinte de cancer témoigne, Centre Laennec, Tome 58, page 21, 1<sup>er</sup> paragraphe, CAIRN, 2010. Disponible sur : Une cancérologue atteinte de cancer témoigne | Cairn.info
  
25. Claude Boiron, Une cancérologue atteinte de cancer témoigne, Centre Laennec, Tome 58, page 24, 2<sup>e</sup> paragraphe, CAIRN, 2010. Disponible sur : Une cancérologue atteinte de cancer témoigne | Cairn.info
  
26. Claude Boiron, Une cancérologue atteinte de cancer témoigne, Centre Laennec, Tome 58, page 25, 1<sup>er</sup> paragraphe, CAIRN, 2010. Disponible sur : Une cancérologue atteinte de cancer témoigne | Cairn.info
  
27. Claude Boiron, Une cancérologue atteinte de cancer témoigne, Centre Laennec, Tome 58, page 25, 1<sup>er</sup> paragraphe, CAIRN, 2010. Disponible sur : Une cancérologue atteinte de cancer témoigne | Cairn.info

28. Cancer du sein : quel type de surveillance pour optimiser le suivi, *Genesis Gynécologie obstétrique et endocrinologie*, N°186, septembre 2015. Disponible sur : <https://www.revuegenesis.fr/cancer-du-sein-quel-type-de-surveillance-pour-optimiser-le-suivi/>
29. Verdoni L., Mazeau V., Bosquet L., Carricaburu J., *Guide Affection longue durée, Tumeur maligne, affection du tissu lymphatique ou hématopoïétique, Cancer du sein*, HAS, INCA, Janvier 2010. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald\\_30\\_gm\\_ksein\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf)
30. Fanny Soum-Pouyalet, « Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports entre soignants et soignés », *Face à face* [En ligne], 2006. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/faceaface/257>
31. Delvaux Nicolas, *L'expérience du cancer pour les familles, cahiers critiques de thérapie familiale*, janvier 2006 n°36, pages 81 à 101.
32. Walsh, S. R., Manuel, J. C., & Avis, N. E. The Impact of Breast Cancer on Younger Women's Relationships With Their Partner and Children. *Families, Systems, & Health*, (2005). 23(1), 80–93.
33. Brülhart Delphine, Brügger S., Beat S. Les proches aidants ont aussi besoin d'aide, *Médecin et Hygiène, Revue international des soins palliatifs*, Vol 28, Pages 193 à 196, mars 2013. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-infokara-2013-3-page-193.htm>
34. Revel M., Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, 2005, Paris. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
35. Zalis, E. H., & Shands, M. E. (1991). Breast cancer : Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 75–93.
36. Stéphanie TRÄGER, *Intégration des thérapies complémentaires dans la médecine conventionnelle : rôle des soins de support ? Le nouveau Cancérologue / Novembre 2014 / Volume 07 / Numéro 03*. Disponible sur : <http://lenouveaucancerologue.com/wp-content/uploads/2018/06/Int%C3%A9gration-des-th%C3%A9rapies->

compl%C3%A9mentaires-dans-la-m%C3%A9decine-conventionnelle-r%C3%B4le-des-soins-de-support-.pdf

37. Bontoux Daniel, Couturier Daniel, Thérapies complémentaires acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai chi, leur place parmi les ressources de soins, bulletin de l'académie nationale de Médecine, volume 197, Mars 2013, pages 717-757 ;
38. Dr. JON KABT ZINN, Au cœur de la tourmente, la pleine conscience, le manuel complet de MBSR, ou réduction de stress basée sur la mindfulness, édition J'ai lu, 2009, Paris.
39. Dr. JON KABT ZINN, Au cœur de la tourmente, la pleine conscience, le manuel complet de MBSR, ou réduction de stress basée sur la mindfulness, page 48, 3<sup>e</sup> paragraphe, édition J'ai lu, 2009, Paris.
40. Poinot R., Illy J., La méditation de pleine conscience (mindfulness) en oncologie, Dans Cancer(s) et psy(s), Vol n°2, Pages 74 à 83, janvier 2016. Disponible sur : <https://www.cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/revue-cancers-et-psys-2016-1-page-74.htm>
41. André C., la méditation de pleine conscience, Cerveau Psycho, octobre 2010, vol 41, page 18 à 24.
42. Devaugermé F., Méditation de pleine conscience, Qu'est-ce que la pleine conscience ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.centrepleineconscience.fr/>
43. L'institut Français Pleine Conscience Mindfulness, Programme méditation MBSR, programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience en 8 semaine selon le protocole MBSR, 2020. Disponible sur : <https://pleineconscience-mindfulness.fr/programme-mbsr/>
44. Association pour le Développement de la mindfulness, Tout savoir sur MBSR, 2021. Disponible sur : <https://www.association-mindfulness.org/tout-savoir-sur-mbsr.php>
45. Speca M, Carlson L E, Angen M, A randomized, wait-list controlled clinical trial : the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients, Psychosom Med, Septembre 2000, 62(5):613-22. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11020090/>

46. Prabhjot S. Nijjar, John E. Connett,, Randomized Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction in Cardiac Patients Eligible for Cardiac Rehabilitation, *Scientifi Reports*, 2019, 9 :18415. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6895078/>
47. Miller J J, Fletcher K, Kabat Zinn J, Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders, *Gen Hosp Psychiatry*, 1995 May ;17(3):192-200.
48. D K Reibel , J M Greeson, G C Brainard, S Rosenzweig, Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population *Gen Hosp Psychiatry*, . Jul-Aug 2001 ;23(4) :183-92.
49. Hua-Ping Huang , Mei He , Hai-Yan Wang , Mengjun Zhou, A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors, *Breast Cancer*. 2016 Jul ;23(4) :568-76.
50. Virginia P Henderson, Ann O Massion, Lynn Clemow, Thomas G Hurley, Susan Druker, James R Hébert, A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for women with early-stage breast cancer receiving radiotherapy, *Integr Cancer Ther*, 2013 Sep;12(5):404-13.
51. Cecile A Lengacher , Richard R Reich, Carly L Paterson, Heather S Jim, Sophia Ramesar, Carissa B Alinat, Pinky H Budhrani, Jerrica R Farias, Melissa M Shelton, Manolete S Moscoso, Jong Y Park, Kevin E Kip, The effects of mindfulness-based stress reduction on objective and subjective sleep parameters in women with breast cancer: a randomized controlled trial, *Psychooncology*, 2015 Apr;24(4):424-32.
52. Caroline Eyles , Geraldine M Leydon , Caroline J Hoffman , Ellen R Copson, Philip Prescott , Maria Chorozioglou , George Lewith, Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study, *Integr Cancer Ther*, 2015 Jan;14(1):42-56.
53. A M Smith , A Leeming , Z Fang, T Hatchard, O Mioduszewski<sup>2</sup>, M A Schneider<sup>3</sup>, A Ferdossifard, Y Shergill, E-L Khoo, P Poulin, Mindfulness-based stress reduction alters

brain activity for breast cancer survivors with chronic neuropathic pain: preliminary evidence from resting-state fMR, *J Cancer Surviv*, 2021 Aug;15(4):518-525.

54. E. Carlson, M. Speca, One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients, *Brain, Behavior, and Immunity*, Vol.21, Issue 8, Novembre 2007, ,Pages 1038.1049. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159107000852?via%3Dihub>
55. Rosenkranz et coll, Comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation, *Brain Behav Immun*, January 2013 ;27C : 174-184. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23092711/>
56. Tang et coll, 2007 Short-term meditation training improves attention and self-regulation, *PNAS*, October 2007, Vol. 104, No 43 . Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17940025/>
57. Erik E Solberg, Are Holen, Øivind Ekeberg, The effects of long meditation on plasma melatonin and blood serotonin, *Med Sci Monit*, 2004 Mar;10(3):CR96-101. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14976457/>
58. Harri Vainio, Rudolf Kaaks, Franca Bianchini, Weight control and physical activity in cancer prevention: international evaluation of the evidence, *Eur J Cancer Prev*, 2002 Aug;11 Suppl 2:S94-100.
59. Shennan et coll, What is the évidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care ? A review, *Psychooncology*, 2011 Jul;20(7):681-97. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20690112/>
60. Elizabeth Elimimian, Leah Elson, Long-Term Effect of a Nonrandomized Psychosocial Mindfulness-Based Intervention in Hispanic/Latina Breast Cancer Survivors, *Integr Cancer Ther* Jan-Dec 2020;19:1534735419890682. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6971966/>

61. Evelyn M Monninkhof, Sjoerd G Elias, Femke A Vlems, Ingeborg van der Tweel, A Jantine Schuit, Dorien W Voskuil, Flora E van Leeuwen, TFPAC, Physical activity and breast cancer: a systematic review, *Epidemiology*, 2007 Jan;18(1):137-57.
62. José Francisco Meneses-Echávez , Emilio González Jiménez, The insulin-like growth factor system is modulated by exercise in breast cancer survivors: a systematic review and metaanalysis, *BMC Cancer* (2016) 16:682. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5000410/>
63. Marcia L. Stefanick, Ph.D., Sally Mackey, M.S., R.D., Mary Sheehan, M.S., Nancy Ellsworth, William L. Haskell, Ph.D., and Peter D. Wood, D.Sc., Ph.D., Effects of Diet and Exercise in Men and Postmenopausal Women with Low Levels of HDL Cholesterol and High Levels of LDL Cholesterol, *N Engl J Med*, July 2, 1998; 339:12-20
64. Rod S Taylor, Allan Brown, Shah Ebrahim, Judith Jolliffe, Hussein Noorani, Karen Rees, Becky Skidmore, James A Stone, David R Thompson, Neil Oldridge, Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *m J Med*, 2004 May 15;116(10):682-92.
65. Frank B Hu, Walter C Willett, Tricia Li, Meir J Stampfer, Graham A Colditz, JoAnn E Manson, Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women, *N Engl J Med*, 2004 Dec 23;351(26):2694-703.
66. Xiaoli Chen, Wei Lu, Wei Zheng, Kai Gu, Exercise after diagnosis of breast cancer in association with survival, *Cancer Prev Res (Phila)*. 2011 September ; 4(9): 1409–1418
67. Junga Lee, A Meta-analysis of the Association Between Physical Activity and Breast Cancer Mortality, *Cancer Nurs*, Jul/Aug 2019;42(4):271-285.
68. Wolfgang Kemmler , Dirk Lauber, Jürgen Weineck, Johannes Hensen, Willi Kalender, Klaus Engelke, Benefits of 2 years of intense exercise on bone density, physical fitness, and blood lipids in early postmenopausal osteopenic women: results of the Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study (EFOPS), *Arch Intern Med*, 2004 May 24;164(10):1084-91.
69. Crowley S., The effect of a structured exercise program on fatigue, strenght, endurance, physical self efficacy, and functional wellness in women with early stage breast cancer, *Oncology Nursing Forum*, 31 (2), March 2004.

70. Ji Hye Hwang, Hyun Jung Chang, Young Hun Shim, Won Hah Park, Won Park, Seung Jae Huh, and Jung-Hyun Yang, Effects of Supervised Exercise Therapy in Patients Receiving Radiotherapy for Breast Cancer, *Yonsei Med J* 49(3):443 – 450, *Yonsei Med J* Vol. 49, No. 3, 2008
71. Hannah M. Fisher, B.S., Jamie Jacobs, Ph.D, Chloe J. Taub, M.A., Suzanne Lechner, Ph.D, John E. Lewis, How Changes in Physical Activity Relate to Fatigue Interference, Mood, and Quality of Life during Treatment for Non-Metastatic Breast Cancer, *Gen Hosp Psychiatry*. 2017 November ; 49: 37–43.
72. Marni N Silverman, Patricia A Deuster, Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience, *Interface Focus*, 2014 Oct 6;4(5):20140040.
73. Kathleen Griffith, Impact of a walking intervention on cardiorespiratory fitness, self-reported physical function, and pain in patients undergoing, *Cancer*. 2009 October 15; 115(20): 4874–4884.
74. Sibel Ertek and Arrigo Cicero, Impact of physical activity on inflammation: effects on cardiovascular disease risk and other inflammatory conditions, *Arch Med Sci*. 2012 Nov 9; 8(5): 794–804.
75. Fleur M, Effet d'un programme d'entraînement physique personnalisé, associé à un programme d'entraînement mental par la pleine conscience (MBSR) sur les capacités physiques et la qualité de vie de patientes après chimiothérapies pour un cancer du sein. Etude strasbourgeoise contrôlée randomisée, résultats préliminaires, Faculté de médecine de Strasbourg, 2019, 171 pages.
76. Protocole de l'étude sur l'effet d'un programme d'entraînement physique personnalisé, associé à un programme d'entraînement mental par la pleine conscience (MBSR) sur les capacités physiques et la qualité de vie de patientes après chimiothérapies pour un cancer du sein. Etude strasbourgeoise contrôlée randomisée, Version n° 1.5 du 07/05/2015 approuvée par le CPP Est IV
77. Recherche clinique Paris centre, le questionnaire de qualité de vie SF 36 [Internet]. Disponible sur : [https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2013/03/ananta\\_quest-SF36\\_20130318\\_JWG.pdf](https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2013/03/ananta_quest-SF36_20130318_JWG.pdf)
78. EORTC, Quality of Life, Quality of Life of cancer patients, QLQ-C30 [Internet]. Disponible sur : <https://qol.eortc.org/questionnaire/eortc-qlq-c30/>

79. Fleur M, Effet d'un programme d'entraînement physique personnalisé, associé à un programme d'entraînement mental par la pleine conscience (MBSR) sur les capacités physiques et la qualité de vie de patientes après chimiothérapies pour un cancer du sein. Etude strasbourgeoise contrôlée randomisée, résultats préliminaires, annexe autoquestionnaire sur la dépression IDS- SR30, pages 148, Faculté de médecine de Strasbourg, 2019.
80. Pr Verneuil L., La méthode IPSE, 2020. Disponible sur : <https://ipse-association.assoconnect.com/page/805658-methode-ipse>
81. Jordan Sibeoni, M.D, Ph.D; Laurence Verneuil, M.D, Ph.D; Emilie Manolios; Anne Revah-Levy, MD, PhD. BMC Medical Research Methodology ,A Specific Method for Qualitative Medical Research: The IPSE (Inductive Process to Analyze the Structure of Lived Experience) Approach. Med Res Methodol, 2020 Aug 26;20(1):216
82. Plard M., Martineau A., Analyse qualitative assistée par Nvivo\*, procédé méthodologique, présentation du logiciel et de son interface, powerpoint [Internet]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02409629/file/Analyse%20qualitative%20assist%C3%A9e%20par%20Nvivo.pdf>
83. Melanie P J Schellekens , Ellen T M Jansen , Heidi H M A Willemse· A qualitative study on mindfulness-based stress reduction for breast cancer patients: how women experience participating with fellow patients, Support Care Cancer 2016 Apr;24(4):1813-20.
84. Caroline Eyles, Geraldine M Leydon, Caroline J Hoffman, Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study, Integr Cancer Ther, 2015 Jan;14(1):42-56.
85. Caroline J Hoffman , Steven J Ersser, Jane B Hopkinson, Mindfulness-based stress reduction in breast cancer: a qualitative analysis, Complement Ther Clin Pract, 2012 Nov;18(4):221-6.
86. Else M Bisseling , Melanie P J Schellekens , Ellen T M Jansen, Mindfulness-based stress reduction for breast cancer patients: a mixed method study on what patients



experience as a suitable stage to participate, Support Care Cancer, 2017 Oct;25(10):3067-3074.

87. Hanne Würtzen , Susanne Oksbjerg Dalton, Who participates in a randomized trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) after breast cancer? A study of factors associated with enrollment among Danish breast cancer patients, Psychooncology, 2013 May;22(5):1180-5.
  
88. Pedro Antunes, Dulce Esteves, Impact of exercise training on cardiotoxicity and cardiac health outcomes in women with breast cancer anthracycline chemotherapy: a study protocol for a randomized controlled trial, Trials, 2019 Jul 15;20(1):433. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31307527/>
  
89. Daniel C. Hughes, Nydia Darby, Effect of a six month yoga exercise intervention on fitness outcomes for breast cancer survivors, Physiother Theory Pract. 2015 Oct; 31(7): 451–460.
  
90. Alejandro Chaoul, Kathrin Milbury, Amy Spelman, Randomized trial of Tibetan Yoga in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Cancer. 2018 January 01; 124(1): 36–45.
  
91. Xue Li, MSa , Xueqian Wang, Effects of Qigong, Tai Chi, acupuncture, and Tuina on cancer-related fatigue for breast cancer patients A protocol of systematic review and meta-analysis, Medicine, 2020, 99:45
  
92. Daniel C. Hughes, Effect of a six month yoga exercise intervention on fitness outcomes for breast cancer survivors 2015, Controlled Clinical Trial, Physiother Theory Pract, 2015;31(7):451-6. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26395825/>
  
93. M. Tish Knobf, A. Siobhan Thompson, The Effect of a Community-Based Exercise Intervention on Symptoms and Quality of Life, Cancer Nurs, Mar-Apr 2014;37(2):E43-50. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23519041/>
  
94. Kathleen Griffith, Impact of a walking intervention on cardiorespiratory fitness, self-reported physical function, and pain in patients undergoing treatment for solid tumors, Cancer. 2009 Oct 15; 115(20): 4874–4884.

95. Maria Browall, Sara Mijwel, Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Integrative Review of Women's Experiences, *Integr Cancer Ther.* 2018 Mar; 17(1): 16–30.
96. Xiaoli Chen, Wei Lu, Exercise after diagnosis of breast cancer in association with survival, *Cancer Prev Res (Phila)*, 2011 Sep;4(9):1409-18. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21795422/>
97. Eija Roine, Harri Sintone, Health-related Quality of Life of Breast Cancer Survivors Attending an Exercise Intervention Study: A Five-year Follow-up, *Clinical Trial In Vivo* Mar-Apr 2020;34(2):667-674. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32111767/>
98. Ingalill L. Larsson MSc, RPT, Carita Jonsson ,Women's experience of physical activity following breast cancer treatment, *Scand J Caring Sci*; 2008; 22; 422–429. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18466196/>
99. Antoinette P. Sander, Jessica Wilson, Nicole Izzo, Stephanie A. Mountford, Karen W. Hayes, Factors That Affect Decisions About Physical Activity and Exercise in Survivors of Breast Cancer: A Qualitative Study, *Physical Therapy* , Research Report, April 2012, Volume 92, Number 4
100. Jenna Smith-Turchyn, Julie Richardson, Physical Activity and Breast Cancer: A Qualitative Study on the Barriers to and Facilitators of Exercise Promotion from the Perspective of Health Care Professionals, *Physiotherapy Canada* 2016; 68(4);383–390. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27904238/>
101. Cynthia K. Perry, Wafaa Bin Ali, Emma Solanki, Kerri Winters-Stone, Attitudes and Beliefs of Older Female Breast Cancer Survivors and Providers About Exercise in Cancer Care, *ONF*, 2020-01-01. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31845920/>
102. J McKenna, P J Naylor, N McDowell, Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses, *Br J Sports Med*,1998 Sep;32(3):242-7. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9773175/>

Université

de Strasbourg



Faculté  
de médecine

### DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FEKA

Prénom : VALERIE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s) à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A STRASBOURG le 06/10/21

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.