

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

DUMONT Elise et VEDEILHIE Anaïs

Le vendredi 16 décembre 2022

**FEMMES TRAITÉES POUR UN CANCER DU SEIN : EXPLORATION
DU VÉCU D'UN PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE
INDIVIDUALISÉ ET PROTOCOLISÉ.**

**ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS A
L'HÔPITAL DE CAHORS.**

Directeur de thèse : Pr Yves ABITTEBOUL

Co-Directeur : Pr Anne FREYENS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL

Assesseur

Madame le Professeur Anne FREYENS

Assesseur

Monsieur le Docteur Stéphane RUDZINSKI

Assesseur

Monsieur le Docteur Jeremy BRUNELLO

Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme CHABAUD Mathilde	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DELMAS Etienne	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	M. CONTÉ Jean
		Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	M. DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
		Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
		Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À notre président de jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Vos qualités humaines et professionnelles sont reconnues de tous. Merci de l'énergie que vous avez pu dépenser dans la formation des internes de médecine générale. Vous avez su nous transmettre le savoir et la passion pour exercer ce métier.

Que cette thèse soit l'expression de notre gratitude et de notre respect le plus profond.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL,

Merci d'avoir accepté de nous suivre dans cette aventure. Merci de ton soutien et de ton aide précieuse. Merci de nous avoir transmis ton savoir et ton expérience. Tu nous as accompagné durant tout notre internat, tes enseignements nous suivrons encore bien après.

Que cette thèse soit l'expression de notre profonde gratitude et de nos remerciements.

A notre co-directeur de thèse,

Madame le docteur Anne FREYENS

Nous vous remercions pour votre participation à notre travail et vos précieux conseils.

Que cette thèse soit l'expression de notre respect et de nos remerciements.

À notre maître et juge,

Monsieur le docteur Stéphane RUDZINSKI

Nous te remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Merci pour tes enseignements en stage, ta bienveillance. Nous avons beaucoup appris à tes côtés.

Que cette thèse soit l'expression de nos remerciements.

À notre maître et juge,

Monsieur le docteur Jeremy BRUNELLO

Nous te remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse et de l'intérêt que tu as porté à notre travail. Merci pour tes enseignements, ton humanité, tes réflexions sur les techniques de communication, nous avons beaucoup aimé apprendre la gynécologie avec toi.

Que cette thèse soit l'expression de nos remerciements.

Et à toute l'équipe de l'Unité de Médecine de l'Exercice et du Sport du Centre Hospitalier de Cahors,

La réalisation de ce projet n'aurait pas été possible sans vos efforts. Merci à toute l'équipe pour votre travail acharné.

Remerciements Elise

Merci à toutes les femmes qui ont bien voulu nous livrer, avec beaucoup de sincérité, une partie de leur histoire. Vous êtes un exemple de force et de courage.

Merci à mes parents pour leur amour inconditionnel, merci de m'avoir donné autant de chance dans la vie. Je ne serais jamais arrivée jusque-là sans votre soutien.

A ma maman adorée, merci pour tout l'amour que tu nous à donner, pour ton soutien indéfectible, ta tendresse et ta bienveillance. Tu as toujours été pour moi un modèle de courage et de générosité.

A mon papa adoré pour m'avoir poussée toutes ces années, pour m'avoir tant soutenue pendant la première année de médecine, tu m'as donné beaucoup de courage et de ténacité. Merci d'avoir fait le maximum que tu pouvais pour nous. A toi de profiter de la vie maintenant...

Vic, mon grand frère, bien que nos démonstrations d'affection soient rares, j'espère que tu sais à quel point tu comptes pour moi. Tu es un modèle d'intelligence, je suis si admirative et fière de toi.

Mad tu es le plus beau cadeau que papa et maman aient pu me faire. Tu es une jeune femme intelligente et inspirante, j'ai hâte d'installer mon cabinet à côté de ta pharmacie.

Merci mon Flo pour ta joie de vivre et l'amour que tu nous apportes

A la famille Guillaneuf pour leur amour et leur soutien.

Ma titia adorée, tu es la meilleure cousine que l'on peut espérer, j'ai eu la chance d'avoir été élevée avec toi. Merci pour notre complicité si précieuse depuis toujours et pour toujours.

Françon, merci d'être le meilleur des tontons.

A mes grands-parents, qui m'ont offert une enfance très heureuse, pleine de découverte de joie et de tendresse, merci.

A mon papi Michel, dont j'aurai tellement aimé qu'il soit à mes côtés aujourd'hui, et qui me manque énormément...

A mon fanfan, je sais que ces derniers mois ont été difficiles, merci de m'avoir soutenue malgré tout. Merci pour ton amour, merci pour tes petits plats réconfortants, merci d'apaiser mes angoisses, de me rendre la vie un peu plus facile chaque jour. C'est parti pour de nouvelles aventures ! blablabla I love uuu ..

A la famille Ledamoisel, merci de m'avoir accueillie avec tant de gentillesse.

Aux cirrhotiques, vous êtes ma deuxième famille, merci pour tous ces moments passés ensemble, merci d'être vous. La distance qui nous sépare depuis maintenant 4 ans m'aura au moins appris à quel point je vous aime.

Mon Naïs, merci d'avoir été le moteur de cette thèse, je n'aurai pas pu réussir ce travail sans toi. Merci pour toutes ces années à tes côtés, merci d'être toujours là pour moi, cette thèse est l'aboutissement de nos si belles années d'amitiés.

Mon Alex merci pour ton humour, parfois bancal, tes petites danses si jolies.. mais surtout merci pour ton soutien permanent, pour toutes tes petites attentions si précieuses pour moi.

Beau Adorable Brillant Original Unique (ou Usant, ça marche aussi). Merci mon Babou de m'embarquer dans tes péripéties, je passe toujours de bons moments à tes côtés.

Mon Cakou, merci d'être un rayon de soleil partout où tu passes, merci d'avoir toujours été là pour moi. Comme tu me l'as dit un jour, on s'est parfois perdues mais on s'est toujours retrouvées. J'espère que nous continuerons ce chemin ensemble encore pour de longues années.

Mon Chouchou adoré, merci pour tous ces souvenirs, merci d'être si rigolo, merci d'être un pilier pour nous, merci d'être un ami si précieux...

Mon Djadja merci pour ton écoute toujours bienveillante, ta sensibilité si précieuse, ton enthousiasme communicatif et tout ton amour, merci d'être toi ..

Etiennus, merci d'être si gentil et inspirant, merci pour ton déhanché magique, merci d'avoir essayé de me motiver pour la course à pied et d'avoir été si patient.

Mon Isaurus merci pour ton courage, ta grande gentillesse, ta douceur, et ton humour.

Mamélie, merci d'être toi déjà. Une soirée avec toi a toujours une petite saveur en plus. Merci d'être aussi drôle et généreuse.

Mikus et Andrea, merci les ptits chats, de venir nous régaler avec vos mets délicieux et votre joie de vivre communicative.

JB merci pour ta bonne humeur permanente, pour ton rire communicatif et ta grande gentillesse.

Ma katoche merci pour ta gentillesse, merci pour ta douceur, merci pour tous ces moments de qualités, passés à tes côtés.

Ma belle Nono, merci pour notre complicité si précieuse, merci de me faire toujours rire, merci pour ta bienveillance envers moi. J'espère vivre encore de nombreuses aventures à tes côtés.

A mon Paulo, une page ne suffirait pas.. merci pour tous ces moments passés ensemble, pour ton soutien inconditionnel quand ça n'allait pas, pour nos discussions si enrichissantes, et pour tout ton amour.

Mon Samou, merci de me faire toujours rire, merci d'être si géniale et inspirante. On devrait tous avoir une Samou dans sa vie.

Ma Sidodo, mon petit bellou, merci d'être un soutien indéfectible, d'être si courageuse, si forte. Je n'ai pas toujours assuré mais j'espère que tu sais à quel point tu comptes pour moi.

Mon thib thib merci pour ta joie de vivre, et tes explications si intéressantes. Je t'ai souvent attendu mais ça en valait toujours la peine.

Manounouche merci pour ta douceur et ta gentillesse.

Mon Pete on en a fait du chemin. Je suis très fière de l'avoir fait à tes côtés.

Aux meilleurs tontons, Hugo et Stef. Merci pour votre joie de vivre, merci de m'avoir acceptée auprès de vous, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

Ma chère Coco, petit rayon de soleil, rencontrée au détour d'une allée du service d'endocrino. Merci d'être une femme si formidable, j'ai beaucoup de chance de t'avoir dans ma vie.

Announette, merci pour toutes ces années d'études à tes côtés, même si la vie a fait que nous nous voyons moins, tu comptes beaucoup pour moi.

Lorraine, mon amie, merci pour ta bienveillance permanente à mon égard, pour ta générosité. Merci d'avoir toujours été là quand j'en avais besoin. J'espère que tu ne partiras pas trop loin de moi.

Milla et Mathou, merci pour votre amitié depuis si longtemps et pour toujours je l'espère.

François Philippe, merci d'avoir été si bienveillant, merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ton soutien. Tu m'as permis de débiter les remplacements de manière beaucoup plus sereine.

Jimmy Floquet, merci pour tous tes enseignements, pour ta gentillesse et ton soutien.

Claude Gendre et Damien Omez merci pour votre gentillesse, vous m'avez beaucoup aidé professionnellement mais aussi personnellement.

Aux cabinets médicaux de Rabastens et Albi, merci pour votre patience, votre soutien et votre bienveillance, qui m'ont beaucoup aidé dans mes débuts de remplaçante.

Remerciements Anaïs

« Un héros s'aventure hors du monde de la vie habituelle ; il y affronte des forces fabuleuses et remporte une victoire décisive ; le héros revient de cette aventure mystérieuse doté du pouvoir de dispenser des bienfaits à l'homme ». Joseph Campbell

Aux participantes

Merci à toutes les superhéroïnes qui ont accepté de me témoigner leur histoire.

Merci pour votre confiance, rien n'aurait été possible sans vous.

Elise

Sans toi ce projet n'aurait pu aboutir. Nos parcours se suivent depuis bientôt une décennie. Merci d'être une zouze en or. J'ai beaucoup de chance de t'avoir dans ma vie. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans cette nouvelle page à écrire, j'espère que nos chemins se suivront encore longtemps.

A mes parents

Vous m'avez donné confiance en moi et la possibilité d'être une femme indépendante. Merci pour votre soutien, vos encouragements au quotidien, ces heures au téléphone et merci maman pour la relecture de ce travail. Merci pour votre amour inconditionnel, j'espère vous rendre fiers.

A mon frère, ma belle-sœur, mes nièces et mon neveu

Germain, merci pour toutes ces années de jeux, de chamailleries et de lutte pour la télécommande (pas merci pour mon majeur). Je suis contente de refaire partie de ta vie. Merci Léopoldine, d'avoir intégré notre famille et d'avoir contribué à ce rapprochement. Victoire, Albane, Lucien, être votre tatie me comble de joie, vous me poussez à me dépasser, je vous aime plus que tout.

A mes mamies et papis

Carolina, ton parcours de vie est un exemple d'indépendance, de courage et de force, merci de m'avoir inspiré. Odile, merci pour les repas du dimanche, les patates sautées et la semoule, merci de t'être toujours si bien occupée de moi. Robert, Marie-Paule, Marie-Rose, merci d'avoir soudé les liens de notre famille. Et à mes chers disparus, Jeannot, merci de m'avoir aimé, merci de m'avoir accueilli chez toi comme ta propre petite fille, je n'oublierais jamais ces moments partagés.

Pierrot, tu as laissé un grand vide, j'espère te rendre fier.

A mes oncles et tantes

Tatie Françoise et tonton Armand, merci pour vos bons soins du quotidien, nos repas du dimanche, nos discussions animées, merci pour votre soutien durant toutes ces dures années.

Manu, Brigitte, Régine, Max, Rolande, Alain, j'ai tellement de chance d'avoir autant de taties et de tontons, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mes cousins

Cédric, Céline, Carl et Louis, merci pour les moments partagés.

Annabelle, Etienne, Alexandre, je suis vraiment heureuse que la vie nous ait rapproché, merci de votre soutien et de votre bonne humeur communicative et merci Etienne pour les portées (mais pas merci pour les Jäger et les maux de têtes). Camille, Théo, Lucas, Carla, Gracjan, Thyfaine, Marion, merci mes cousins pour tous ces moments de vie qui ont su me porter dans les moments difficiles.

A ma belle-famille

Dominique, Chantal, Gaël, Amélie, Yann, merci de m'avoir réservé un accueil aussi chaleureux, merci pour le soutien et les moments partagés.

Romane, merci Toupinou, pour notre correspondance épistolaire et tes messages quotidiens qui m'ont permis de passer l'épreuve de la première année, merci pour nos soirées, nos fous rires, nos débats animés. Tu me connais mieux que personne, merci de m'aimer, merci de m'accepter « Je t'aime de tout mon cœur » « Je vous aime plus encore » « Je t'aime bien plus que cela ».

Julie, merci pour nos barathons de Noël, nos soirées parisiennes, nos excursions italiennes, les shoots gratuits et les rencontres improbables. Merci pour ton soutien, ton humour, ta beaufitude et ton audace. J'admire la femme que tu es devenue et je mesure la chance que j'ai de t'avoir dans ma vie.

Amandine, sans toi, je n'imagine pas comment j'aurais passé la première année. Merci pour tes encouragements, ton soutien, ta bienveillance. Merci pour toutes les années qui ont suivi, pour ton débit de paroles inégalé, tes potins, ton inadaptation.

Et merci pour **Ambre**, je suis tellement fière d'être sa tatie.

A la Team Montalbanaise,

Lola, à notre amitié de longue date qui a su traverser les épreuves de la vie, merci de ta bienveillance, de ta joie de vivre, tu as toujours su souder les liens du groupe et je t'en suis infiniment reconnaissante. Laurie, tu as toujours su porter un regard différent sur le monde, et malgré tous les tumultes de nos vies, tu as toujours joué un rôle important dans la mienne. Virgil, l'internat n'aurait pas été pareil sans toi, merci pour tout. Tom, Mathieu, Guillaume, Arink, Nico, Audrey, Geoffrey, Jérôme, Léa, merci les amis, malgré mon départ « dans le nord », depuis la première année et jusqu'à maintenant, vous avez toujours été là pour moi.

A la Team Cépet

Vincent, Yannick, John, des cœurs en or, de la beaufitude et un humour politiquement incorrect je n'aurais pas pu rêver mieux merci, Claire, John, Mathilde merci pour votre accueil dans le groupe.

Coralia, merci pour ton énergie solaire, ton rire, ta façon inimitable de raconter des histoires et tes goûts musicaux douteux.

Guillem, Oh caraï, merci pour ton amour du Portugal, des karaokés et de la rando. Je n'oublierais jamais cette année de corpo avec toi et toutes celles qui ont suivi, merci pour tout.

Coretha et Pierre, merci doudou et dulciné pour votre joie de vivre, votre soutien, pour le rhum et les langoustes. Les moments passés avec vous sont toujours inoubliables.

A mes co-internes et à toute l'équipe de soins palliatifs

Lisa, Briec, Jade, Mélanie merci pour cette année de rires, de pleurs, de fatigue intense et de pause-café, ce fut un réel plaisir de partager ces moments avec vous.

A la team café Valérie, Magali, Coretha, Christine, et à toute l'équipe aide-soignant.e.s, infirmier.ères, psychologues, secrétaire, kiné, médecins. Merci à tous, je garde un souvenir ému de nos échanges.

Aux médecins croisés sur mon parcours :

Gaëlle, Bruno, Yvon, Philippe, François-Xavier, Isabelle, merci pour vos excellents conseils, merci d'avoir pris du temps et d'avoir fait de moi une meilleure personne et un meilleur médecin.

Fabien, merci pour ta gentillesse et ton accueil, apprendre la pédiatrie avec toi a été un réel plaisir.

Annabel, merci d'avoir cru en moi, merci de m'avoir présenté à l'équipe, j'ai hâte de commencer cette nouvelle page avec vous.

Sarah, merci de m'avoir montré une autre façon d'exercer la médecine et de m'avoir donné le gout pour les soins palliatifs, sans toi je ne me serais jamais lancé.

Anaïs, merci de m'avoir fait découvrir le monde merveilleux des sorcières, merci pour ta rigueur, ton intelligence et ta bienveillance, tes enseignements m'accompagnent encore tous les jours.

A mes cirrhotiques, à mes Zouzes, à ma deuxième famille,

Bientôt une décennie. Merci d'être toujours aussi surprenants et inadaptés, la vie serait tellement fade sans vous, je vous aime tellement. Des remerciements dans l'ordre alphabétique parce que vous êtes inclassables (merci pour l'idée chouchou) : **Alex**, merci pour ton grand-cœur, ta bienveillance et tes tee-shirts décalés, ton humour, ces premières soirées de P2 et toutes celles qui ont suivi, je me rends compte de la chance que j'ai de t'avoir. **Babou**, merci pour la cervoiserie, pour ta constance et ta joie de vivre (pas merci pour tes léchouilles). **Baby**, je ne comprendrais jamais ton goût pour les boutures mais merci de m'ouvrir à d'autres horizons, tu es un être exceptionnel, merci pour ton énergie solaire, merci pour tes danses endiablées sur string color, j'ai tellement de chance de t'avoir. **Cake**, merci pour ton écoute, ta connerie, nos soirées de la dark, merci pour tous les câlins de zouzes, merci d'avoir toujours été là. **Chouchou**, merci d'avoir été mon compagnon de soirées, corpo, faluche, rallye, d'avoir été mon confident et mon soutien pendant toutes ces années, merci pour ta passion débordante et tes convictions, ton grand cœur et ta connerie, j'espère que tu quitteras bientôt la Franche Comté pour nous rejoindre dans le sud-ouest. **Coco**, tu as su tout de suite nous comprendre et t'intégrer, cela relève de l'exploit, merci pour ta joie de vivre et ta passion du vélo. **Djadja**, merci d'être un des hommes de ma vie, pour tes conseils avisés qui me guident chaque jour, ton écoute, ton soutien, ton ouverture d'esprit, tes dramas, nos fous rires, merci de faire partie de ma vie et de m'apporter autant. **Guivid**, merci pour les gouters, la coupe mulot et l'accent catalou. **Isaure**, merci de m'avoir accordé ta confiance, merci pour ces soirées rocambolesques, merci pour la magie, pour ton audace, ton indépendance, ton humour, j'ai tellement de chance de t'avoir. **JB**, merci pour ton amour de la Corrèze, du rugby et de ta beaufitude, (merci pas merci pour tes copains), **Katia**, merci pour ce rapprochement qui promet de nouvelles aventures à venir. **Les petits chats**, merci pour vos talents culinaires, pour tous ces petits plats préparés et pour ces restos ruthénois. **Manounouch**, merci d'avoir intégré notre groupe, tu viens y ajouter une belle âme à l'humour et à la créativité débordante. **Nono**, merci pour ton écoute, ta clairvoyance, ton amour du pastis et tes reprises de Céline. Merci pour toutes ces années de rires, de larmes, de dramas et d'amour. **Paulo**, merci pour nos soirées toujours beaucoup trop arrosées, nos déclarations, ton humour, tes parties de twerk endiablées, ton champagne, tes monologues sur la néphrologie, merci d'être aussi passionné (passionnant ?), tu es le sang. **Thib**, merci pour ta vivacité d'esprit malgré ta lenteur physique, pour nos russes blancs, nos confidences, ta connerie et ton imagination débordante, c'est toujours un plaisir immense de te retrouver. **Tina**, merci pour le vélo, merci pour ce voyage en Thaïlande, ton côté aventurier qui nous pousse toujours plus loin, merci pour tes lectures passionnantes et ton optimisme à tout épreuve (mais pas merci pour tes monologues inintéressants sur le strudel/stolen). **Sidonie**, merci pour ces années de zouzage, je te souhaite d'être heureuse. **Samou**, merci pour les rires, le dancefloor et les soirées de zouzes en folie, merci pour la femme badass que tu es, pour tes élans passionnés et ton goût de l'aventure qui nous a conduit en Thaïlande, à Vienne Daaaaa wurst daaa et bientôt vers de nouvelles contrées !

Morgan,

Merci d'être mon pilier, de me supporter au quotidien et de me faire toujours autant rire. Merci de croire en moi et merci pour tes encouragements qui m'ont donné la force de rédiger ce travail. De cette première après-midi Gin To pong (tu m'avais déjà tellement bien cerné) à aujourd'hui, chaque jour avec toi est une merveilleuse aventure. Maintenant que cette page se tourne, il me tarde d'en écrire une nouvelle avec toi. Je t'aime.

*« Dans tous les grands malheurs se glisse un peu de bonheur
- Et d'autant plus intense ».*

Jean d'Ormesson.

*« Le présent n'est pas un passé en puissance,
Il est le moment du choix et de l'action. »*

Simone de Beauvoir.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	4
II. MATERIEL ET METHODE.....	7
<hr/>	
2.1. TYPE D'ÉTUDE.....	7
2.2. POPULATION ET RECRUTEMENT.....	7
2.3. LE PROTOCOLE PEP'C.....	8
2.4. RECUEIL DE DONNÉES	9
2.4.1. Guide d'entretien	9
2.4.2. Déroulement des entretiens.....	10
2.4.3. Retranscription.....	10
2.5. ANALYSE DES DONNÉES	10
2.6. CRITÈRES DE VALIDITÉ	11
2.7. CRITÈRES ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES	12
III. RÉSULTATS.....	13
<hr/>	
3.1. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES	13
3.2. RÉSULTATS.....	13
3.2.1. Reconstruction corporelle et identitaire	14
3.2.2. Réinsertion sociale	18
3.2.3. S'inscrire dans un avenir.....	21
3.2.4. Pistes d'amélioration.....	25
IV. DISCUSSION	26
<hr/>	
4.1. LA COMPRÉHENSION PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE L'EXPÉRIENCE	26
4.1.1. De la dépossession à la reconquête corporelle et identitaire.....	26
4.1.2. De l'isolement à la réinsertion sociale	28
4.1.3. Le programme comme fil conducteur de vie dans l'après-cancer	30
4.1.4. La proposition d'un modèle	32
4.2. LA CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE	33
4.3. LES LIMITES DE LA RECHERCHE.....	34
4.3.1. Faiblesses	34
4.3.2. Forces.....	34
4.4. LES PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	35
V. CONCLUSION	37

VI. BIBLIOGRAPHIE.....	39
-------------------------------	-----------

VII. ANNEXES.....	42
--------------------------	-----------

Annexe 1. Fiche d'information destinée aux participantes	42
Annexe 2. Guide d'entretien, première version	43
Annexe 3. Guide d'entretien, version finale.....	44
Annexe 4. Extrait verbatim d'Isabelle.....	45
Annexe 5. Déclaration à la CNIL	46
Annexe 6. Lettre de consentement	47

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Tableau 1. Extrait de l'entretien d'Isabelle	11
Tableau 2. Caractéristiques des participantes	13
Tableau 3. Thèmes émergents	14
Schéma 4. Modèle explicatif concernant le vécu d'un protocole d'activité physique adaptée chez des femmes traitées pour un cancer du sein.....	32

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AP : Activité Physique

APME : Activité Physique d'intensité Modérée à Elevée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignant

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies : grille permettant de juger de la qualité d'un travail de recherche qualitative.

FC : Fréquence Cardiaque

FeCO₂ : Fraction en dioxyde de carbone dans l'air expiré

FeO₂ : Fraction en Oxygène dans l'air expiré

FiCO₂ : Fraction en dioxyde de carbone dans l'air inspiré

FiO₂ : Fraction en Oxygène dans l'air Inspiré

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Analyse Phénoménologique et Interprétative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEP'C : Programme d'Entraînement Personnalisé par l'exercice en Créneaux

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SNSS : Stratégie Nationale Sport Santé

SV : Seuil d'adaptation Ventilatoire

Ve : Ventilation en minute

VO₂ max : Volume maximal d'Oxygène

I. INTRODUCTION

En 2018, 12146 décès par cancer du sein ont été recensés en France. C'est le premier cancer chez la femme aussi bien en termes de prévalence que de mortalité. Entre 1990 et 2018, l'incidence du cancer du sein a presque doublé, passant de 29970 à 58400 cas annuels (1).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'activité physique (AP) est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui demande une dépense d'énergie. Le manque de pratique d'activité physique (AP) est considéré comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde et la cause de 21 à 25 % des cancers du sein (2).

L'inactivité caractérise un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée (APME), ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine, ou de 20 minutes d'AP d'intensité élevée au moins 3 jours par semaine (3).

La dernière enquête Eurobaromètre 2014 a permis de montrer que la majorité des Français d'âge supérieur à 15 ans ne pratique pas de sport ou d'exercice physique (42%), ou très rarement (15%) ; ces valeurs sont en augmentation de 8% par rapport à l'enquête de 2009 (4).

Si les bienfaits de l'AP sur la santé globale, le maintien de l'autonomie des personnes âgées et la prévention primaire des maladies chroniques sont dorénavant reconnus, de plus en plus d'études montrent son intérêt en prévention secondaire et tertiaire.

En effet, la pratique de l'AP a de nombreux effets favorables sur les conséquences physiques et psychologiques des cancers et de leurs traitements, sur la correction du déconditionnement qui affecte l'autonomie des patients et leur qualité de vie mais aussi sur l'espérance de vie. Selon une méta-analyse récente, l'AP post-diagnostic de cancer du sein réduit le risque de décès par cancer du sein de 41%, le risque de mortalité toutes causes confondues de 48% et le risque de récurrence de la maladie de 21% (5).

Elle est reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2011. Suite aux travaux de recherche et aux nombreuses expérimentations menés notamment dans le cadre du Plan national Sport-Santé-Bien-être (2012-2018), la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a introduit la possibilité, pour le médecin traitant, de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) dans le cadre du parcours de soins (6).

Dans ce contexte global, la Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) 2019-2024 fait du développement et du recours à l'activité physique adaptée à visée thérapeutique un de ses axes prioritaires. A partir de 2019, dans le cadre des parcours « pertinence et qualité » mis en place dans la stratégie « Ma Santé 2022 », le ministère de la santé travaille à l'élaboration d'un parcours optimisé, global, pour les femmes opérées d'un cancer du sein incluant notamment de l'activité physique adaptée, comme traitement de leur maladie en prévention tertiaire (7).

L'OMS a donné une définition en 1993 de la qualité de vie : « La qualité de vie est définie 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 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 » (2).

Dès l'annonce de la pathologie, au cours des traitements et pendant la rémission, la santé globale et la qualité de vie des patientes sont considérablement altérées. Le cancer du sein et les effets secondaires de ses traitements viennent altérer la qualité de vie de ces femmes sur le plan physique, psychique et social notamment par l'atteinte du sein, organe symbolisant la sexualité, la féminité, la maternité dans ses dimensions affectives et nourricières (8). En effet, les femmes atteintes de cancer du sein font face à des problèmes qui vont au-delà des effets physiologiques de la maladie. Ces difficultés incluent une diminution des capacités fonctionnelles, une fatigue chronique et des changements sociaux. L'ensemble de ces facteurs peuvent inhiber l'adaptation psychosociale et entraîner une réduction de la qualité de vie, et ce, durant plusieurs années après la fin des traitements conventionnels (9).

La littérature des quinze dernières années est riche d'essais thérapeutiques randomisés évaluant l'intérêt d'une activité physique adaptée tout au long de la prise en charge d'un cancer du sein pour améliorer la qualité de vie et la sensation de fatigue (5,9,10).

Mais très peu d'études qualitatives ont été menées pour comprendre le point de vue des femmes qui ont suivi un protocole d'activité physique. Comprendre le sens qu'elles donnent à cette expérience après le profond bouleversement de leurs vies par la maladie pourrait nous permettre d'améliorer nos pratiques et d'améliorer leur prise en charge.

L'Unité de Médecine de l'Exercice et du Sport du Centre Hospitalier de Cahors est le deuxième en Midi-Pyrénées, après le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, à se développer et propose un protocole d'activité physique adaptée et individualisée basé sur la mesure directe du VO2 Max.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'impact du programme d'activité physique proposé à l'hôpital de Cahors sur la qualité de vie de femmes traitées pour un cancer du sein.

II. MATERIEL ET METHODES

2.1. TYPE D'ÉTUDE

Pour répondre à notre objectif, nous avons mené une étude qualitative s'inspirant de l'analyse phénoménologique interprétative (IPA). La recherche qualitative issue des sciences sociales, nous est apparue la plus appropriée à ce travail. Nous avons choisi de nous inspirer de l'analyse interprétative phénoménologique car elle permet d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue.

Ce type de recherche a trois grandes spécificités :

- L'échantillon homogène : les participantes ont vécu une expérience commune ;
- L'approche idiographique : l'attention et l'interprétation sont focalisées sur l'individu et non sur le groupe social ;
- La double herméneutique : le chercheur tente d'interpréter le sens que les participantes donnent à l'expérience qu'elles ont vécue.

2.2. POPULATION ET RECRUTEMENT

Nous avons choisi d'utiliser la technique d'échantillonnage raisonné homogène. C'est un échantillon non probabiliste sélectionné en fonction des caractéristiques d'une population et de l'objectif de l'étude. Dans notre étude ce sont des femmes traitées pour un cancer du sein ayant participé au protocole d'activité physique de l'hôpital de Cahors. Il s'agissait d'appréhender la diversité et la complexité des vécus dans un contexte bien circonscrit, ce contexte l'emportant sur d'autres considérations pour guider le recrutement des participantes (11).

Les critères d'éligibilité étaient : présence d'une pathologie tumorale du sein, participation à un programme d'activité physique adaptée et individualisée basé sur la mesure directe du VO2 Max à l'hôpital de Cahors.

Le critère de non-éligibilité était le refus des femmes de participer à l'étude.

Concernant le recrutement, les femmes étaient adressées par leur médecin traitant ou leur gynécologue au service de médecine du sport de Cahors. La demande d'entretien était d'abord formulée par le médecin du sport de l'hôpital de Cahors aux participantes, puis avec leurs accords, les coordonnées des femmes étaient transmises aux chercheuses. Les chercheuses ont ensuite contacté les femmes par téléphone avec une brève exposition du sujet de l'étude.

Il était convenu avec elles d'une plage horaire pour réaliser un entretien dans le lieu de leur choix. Une fiche d'information écrite leur a été remise. (*Annexe 1*)

2.3. LE PROTOCOLE PEP'C

Les participantes ont effectué un Programme d'Entraînement Personnalisé par l'exercice en Créneaux (PEP'C) à Cahors. Il s'agit d'un programme de réentraînement à l'effort individualisé et standardisé, basé sur la mesure directe des seuils ventilatoires lors d'une épreuve d'effort maximale. Nous avons réalisé cette partie en nous appuyant sur la thèse du Docteur Baptiste Devaux qui a étudié le protocole PEP'C chez des patients porteurs de rhumatismes inflammatoires chroniques (12).

Ce protocole nécessite la réalisation d'une épreuve d'effort initiale au cours de laquelle seront déterminées les fractions en oxygène et en dioxyde de carbone dans l'air inspiré (FiO_2 et $FiCO_2$) et dans l'air expiré (FeO_2 et $FeCO_2$) ainsi que la ventilation en minute (VE). Avec ces mesures, la consommation en oxygène (Vo_2) et la production en dioxyde de carbone (VCo_2) seront calculées selon les formules suivantes : $VO_2 = VE \times (FiO_2 - FeO_2)$ et $VCO_2 = VE \times (FeCO_2 - FiO_2)$. La VO_2 max correspond à la VO_2 obtenue lorsque la patiente atteint l'épuisement. Les seuils ventilatoires SV1 (seuil d'adaptation ventilatoire = seuil à partir duquel une augmentation de la production de CO_2 est constatée) et SV2 (seuil de désadaptation ventilatoire = seuil à partir duquel l'organisme commence à travailler en résistance et s'épuise rapidement) sont calculés selon la méthode de Beaver. La fréquence cardiaque (FC) et la puissance développée (W) étant enregistrées en continu au cours de l'épreuve d'effort, il est possible, une fois le seuil ventilatoire identifié, d'y associer une puissance en watts et une fréquence cardiaque cible. Équipée d'un cardiofréquencemètre ou d'une montre connectée, la patiente va alterner des phases de travail au seuil SV1 et au seuil SV2 grâce aux fréquences cardiaques cibles. Les protocoles à intervalles ou "en créneaux" sont ceux pour lesquels la plus grande progression des capacités aérobies a été constatée en comparaison aux exercices à intensité continue, pour un temps donné. Grâce à l'alternance de phase de résistance et de récupération active, ils permettent de fournir une quantité de travail deux fois et demie supérieure à celle produite par un exercice continu. Les exercices à intervalle permettent donc d'améliorer les capacités physiques de la patiente de manière plus efficace, sur un temps plus court tout en se fatiguant moins. Ce protocole présente l'avantage de son efficacité, de sa standardisation mais aussi de son individualisation en fonction des capacités de chaque sujet,

de sa sûreté grâce à la réalisation d'une épreuve d'effort préalable, de l'absence d'effet indésirable.

Les patientes sont adressées par leur médecin traitant, leur gynécologue ou leur oncologue. Le protocole se déroule en plusieurs étapes. Lors de la première consultation, la patiente rencontre le médecin du sport pour la validation de l'indication, la recherche d'une contre-indication et la réalisation d'un entretien motivationnel à l'issue duquel la patiente accepte ou non d'intégrer le protocole. Lors de sa deuxième venue dans le service de médecine du sport, une épreuve d'effort maximal est réalisée avec la mesure directe des échanges gazeux pour obtenir SV1, SV2 et la VO2 max. En fonction de ses capacités et de ses envies, le choix de l'outil de travail est défini : vélo, tapis de course, elliptique... La patiente sera amenée à revenir pour rencontrer l'éducateur médico-sportif qui lui expliquera le protocole, l'utilisation du cardiofréquencemètre et lui fera faire le test de marche des 6 minutes.

Puis, débiteront les 20 séances de réhabilitation à raison de 2 séances par semaine par groupe de 4 ou 5 sous le contrôle de l'éducateur sportif. Une épreuve d'effort finale permettra de comparer l'évolution des paramètres médico-sportifs. Enfin la patiente sera amenée à revenir voir l'éducateur sportif afin de discuter de la poursuite de l'activité physique dans son quotidien et l'orienter vers les réseaux locaux de sport santé selon ses souhaits. Le suivi médico-sportif de ces femmes durera un an après la fin du protocole hospitalier, pour s'assurer de la pérennité de cette prise en charge et de ses bénéfices.

2.4. RECUEIL DE DONNÉES

Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien construit afin de satisfaire aux critères de qualité de l'IPA et aux critères de qualité COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies (COREQ) (11) (13).

2.4.1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé par les chercheuses avec l'aide des directeurs de thèse afin d'évoquer les principaux axes à aborder lors des entretiens. Il a été élaboré dans le but d'explorer les expériences des participantes à travers leurs récits détaillés, en les encourageant à s'interroger sur le sens de leur vécu. Un premier guide d'entretien exploratoire a été réalisé (*Annexe 2*), ne contenant que deux questions ouvertes. Une question brise-glace était posée afin

de démarrer la discussion et mieux connaître la participante et son parcours oncologique, puis une seconde question axée sur le vécu des séances de réhabilitation. Afin de se familiariser avec le guide, deux entretiens tests ont été réalisés. Au fur et à mesure de la collecte et de l'analyse des données, le canevas d'entretien a été modifié. Le guide d'entretien final est disponible en *Annexe 3*.

2.4.2. Déroulement des entretiens

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels semi-dirigés, conduits par les chercheuses. L'enregistrement des entretiens a été réalisé par les chercheuses munies d'un dictaphone numérique. Les entretiens se sont déroulés dans un lieu choisi par les participantes, la plupart du temps à leurs domiciles. Le choix d'un environnement familier pour que les femmes se sentent à l'aise nous semblait le plus adapté. L'entretien débutait par une présentation orale de l'étude après que le consentement de chaque participante ait été obtenu.

2.4.3. Retranscription

La retranscription intégrale mot à mot de l'échange a été réalisée par les chercheuses à l'aide du logiciel Microsoft Office Word®. L'ensemble de la communication verbale a été retranscrite, il a été précisé entre parenthèses les silences, rires, soupirs, ou mimiques ainsi que les éléments de langage non verbal que nous avons noté lors des entretiens. L'ensemble des textes obtenus constituait notre verbatim. Afin de préserver l'anonymat des participantes interrogées, les éléments de discours permettant de les identifier ont été supprimés. Chaque femme se voyait attribuer un pseudonyme pour l'anonymisation des données. Chaque entretien audio et chaque verbatim ont été enregistrés sous ce pseudonyme. Ces enregistrements ont été stockés sur l'ordinateur des chercheuses et accessibles uniquement par elles. Ils seront supprimés à la fin de l'étude. La retranscription a été effectuée par la même chercheuse que celle ayant mené les entretiens. Un extrait de verbatim est disponible en *Annexe 4*.

2.5. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative a été choisie car elle consiste en une recherche de sens à partir de la description par la personne du phénomène vécu. L'analyse a été réalisée selon l'approche idiographique c'est-à-dire de manière indépendante pour chaque entretien. L'attention et l'interprétation ont été focalisées sur l'individu en tant que

tel et non sur le groupe social. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats des deux chercheuses. Le verbatim a été découpé en unités de sens que l'on nomme les étiquettes expérientielles. Elles font état de l'expérience du participant. Puis pour chaque étiquette nous avons identifié les propriétés qui en découlaient. C'est l'identification de ces propriétés qui nous a permis d'amorcer la conceptualisation en caractérisant le phénomène pour chaque étiquette. Enfin les propriétés ont été organisées en « thèmes superordonnés » en fonction des liens qui apparaissaient entre elles. Pour chaque entretien nous avons réalisé un schéma en liant les thèmes entre eux, puis nous nous sommes demandées quelles étaient les connexions entre les différents entretiens. Nous avons alors pu classer les thèmes superordonnés dans un schéma final que nous avons transformé ensuite en narration, que nous retrouverons dans nos résultats.

Retranscription	Étiquettes expérientielles	Sous-thèmes	Thèmes superordonnés
<i>Moi ça me faisait plaisir de me dépasser et de me dire à chaque séance, là tu as réussi. On voit la finalité, on le ressent.</i>	J'ai ressenti le changement. Je reprends confiance dans mes capacités physiques, dans mon corps. Je reprends de l'autonomie.	La réappropriation de soi par l'activité physique.	Reconstruction corporelle et identitaire.

Tableau 1. Extrait de l'entretien d'Isabelle

2.6. CRITÈRES DE VALIDITÉ

Conformément aux lignes directrices de l'IPA nous avons réalisé 14 entretiens selon un échantillonnage homogène. Les 2 entretiens tests n'ont pas été analysés. C'est la suffisance des données qui devait permettre de cesser le recueil des données. Celle-ci a été atteinte après 14 entretiens.

2.7. CRITÈRES ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été réalisée au préalable. Le consentement de la Commission d'Éthique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées a été obtenu (*Annexe 5*).

L'entretien débutait par une présentation de l'étude et chaque participante était informée de l'anonymisation des données, des modalités d'accès à la retranscription ainsi que de la possibilité de retirer son consentement à tout moment. Le recueil du consentement oral se faisait en début d'entretien puis un consentement écrit était signé par chaque participante (*Annexe 6*).

III. RÉSULTATS

3.1. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES

14 participantes traitées pour un cancer du sein ont accepté un entretien pour parler de leur vécu du protocole d'activité physique, 12 entretiens ont été analysés. Les entretiens ont été réalisés entre juin 2021 et juillet 2022. Les caractéristiques des participantes sont présentées dans le *tableau 2*. Elles sont mentionnées par des pseudonymes.

		Durée entretien	Âge	Situation familiale	Activité professionnelle au moment de la réhabilitation	Traitements reçus	Moment de la réhabilitation	Sport antérieur
P1	Béatrice	20 min 52sec	63 ans	Mariée	Retraitée	Tumorectomie et radiothérapie	10 ans après le cancer	Pas de sport
P2	Marie	35 min 44sec	49 ans	Mariée	Reprise activité temps plein	Mastectomie/ Radiothérapie/ Chimiothérapie	10 ans après le cancer	Pas de sport
P3	Annie	31 min 27sec	65 ans	En couple	En arrêt maladie	Mastectomie/ Radiothérapie/ Chimiothérapie Hormonothérapie	Après la radiothérapie	Yoga/golf
P4	Isabelle	50min 09sec	55 ans	Mariée	En arrêt maladie	Mastectomie/ Radiothérapie/ Chimiothérapie/ hormonothérapie	Après la radiothérapie	Pas de sport
P5	Virginie	21min 39sec	47 ans	En couple	Reprise activité à temps plein	Tumorectomie/ Radiothérapie/ Hormonothérapie	5 ans après le cancer	Marche/ Rando/ Sport en salle
P6	Caroline	48min 50sec	58 ans	Mariée	Temps partiel	Tumorectomie/ Radiothérapie	Après radiothérapie	Pas de sport
P7	Florence	32min 17sec	68 ans	Veuve	Retraitée	Mastectomie/ Radiothérapie/ Chimiothérapie /Herceptin/ Reconstruction	Après le second cancer	Gym
P8	Justine	55min 33sec	43 ans	Divorcée	Reprise à temps partiel	Mastectomie/ Radiothérapie/ Chimiothérapie/ Reconstruction	Après radiothérapie	Vélo, course, natation
P9	Mathilde	1h 50min	52 ans	En couple	Invalidité	Tumorectomie et mastectomie Radiothérapie Hormonothérapie	Après second cancer	Marche Yoga
P10	Margaux	31min 11sec	42 ans	Mariée	Temps partiel	Tumorectomie / radiothérapie	Après radiothérapie	Vélo / randonnée
P11	Brigitte	1h 32min	74 ans	Célibataire	Retraitée	Mastectomie / chimiothérapie / radiothérapie / hormonothérapie	Pendant chimiothérapie	Marche
P12	Pascale	1h 15min	71 ans	Mariée	En arrêt maladie	Mastectomie / Chimiothérapie/ Hormonothérapie	6 mois après chimiothérapie	Pas de sport

Tableau 2. Caractéristiques des participantes

3.2. RÉSULTATS

Notre analyse phénoménologique et interprétative a fait émerger trois thèmes centraux qui décrivent l'expérience des femmes traitées pour un cancer du sein ayant participé à un protocole d'activité physique adaptée. Ces thèmes s'articulent autour de la reconstruction corporelle et identitaire, de la réinsertion sociale et de l'ancrage dans un nouvel avenir. Les sous-thèmes qui ont permis l'émergence des thèmes superordonnés sont présentés dans le *Tableau 3* et seront illustrés par les propos des participantes. Nous avons choisi de vous présenter les résultats en mettant en perspective le vécu de la maladie et l'impact du protocole d'activité physique qui sera présenté dans des encadrés bleus pour plus de visibilité. Nous terminerons en vous présentant les pistes d'améliorations rapportées par les participantes.

Thèmes superordonnés	Sous-thèmes
Reconstruction corporelle et identitaire	<ul style="list-style-type: none">• La réappropriation de soi• La reconstruction de sa féminité
Réinsertion sociale	<ul style="list-style-type: none">• La réappropriation des rôles sociaux• La levée de l'isolement social
S'inscrire dans un avenir	<ul style="list-style-type: none">• Le programme comme fil conducteur de vie• Changer ses habitudes

Tableau 3. Thèmes émergents

3.2.1. Reconstruction corporelle et identitaire

LA RÉAPPROPRIATION DE SOI PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les femmes ont évoqué le cancer du sein et ses traitements comme un enchaînement successif d'étapes imposées. P3 : « Les chimio difficiles, ensuite on embraye sur les rayons et on n'a pas de temps de pause. Mais bon c'est normal c'est le protocole il est comme ça il n'y a pas de temps de pause et puis on attaque sur les rayons. Voilà ». Les protocoles de soins ont été subis, elles ont ressenti une perte de contrôle. P4 : « Parce que les traitements vous les subissez. Moi je les ai subis. Quand il fallait aller en chimio même si on sait dans sa tête que c'est pour guérir. Deux jours avant j'en étais malade. Je savais que j'allais être malade comme un chien donc pfff faut y retourner... Le corps... Vous vous remettez à peine de la précédente chimio qu'il faut y retourner. Ce n'est pas évident ». P7 : « J'ai fait ce qu'il fallait dans la

mesure où bon on me propose un traitement on me propose des choses, je suis docile, je fais, je ne me pose pas de question, je fais ce qu'il y a à faire et voilà ».

Ce sentiment de perte de contrôle a pu être exacerbé par le fait que certaines femmes aient jugé l'approche des médecins déshumanisante avec un sentiment de corps-objet. P9 : « Il faudrait leur dire à ces gens qu'ils sont parfois, ils ne sont pas assez humains, ils manquent d'humanité, il leur faudrait un peu de séances de psychologie qu'ils voient qu'ils ne parlent pas à des os, qu'ils ne parlent pas à un bras ». La maladie a pu être assimilée à une trahison du corps entraînant une déconnexion du corps et de l'esprit. P2 : « Physique oui physique, destruction totale de mon corps à l'intérieur ». Cette déconnexion a été renforcée par l'affaiblissement des corps. Les traitements du cancer ont été mal supportés. P8 : « Sur la fin je me souviens être partie nager, bon c'était le lendemain d'une des dernières chimio et en fait je pouvais plus, enfin mon corps me brûlait et même faire une longueur, enfin je n'ai pas pu la terminer quoi, ça a été dur j'avais l'impression d'avoir 85 ans ». La chirurgie a pu être vécue comme une mutilation du corps, ce corps qu'elles ne reconnaissaient plus. P9 : « Moi, le corps a tellement changé que je ne me reconnais pas ».

Grâce à la reprise de l'activité physique, seul traitement qu'elles ont choisi de faire, les femmes ont ressenti une reprise du contrôle de leur vie. P4 : « Donc voilà les traitements vous les subissez enfin moi je les ai subis et à partir du moment où il y a eu la réhabilitation j'ai plus subi du tout c'est moi qui contrôlais, je reprenais le contrôle. Et comme je n'aime pas perdre le contrôle ça m'allait très bien (rires) ça nous aide à repartir, ça nous rebooste. C'est vital quoi. C'est vraiment vital. Et après faut continuer, faut continuer faut bouger, faut continuer à... Faut prendre sa vie ». P8 : « ça permet de bien prendre conscience aussi que justement l'activité physique fait partie du traitement, ça fait partie des moyens de lutter, de retrouver une sorte de santé quoi ».

Au sentiment de reprise du contrôle s'est associé un sentiment de fierté. L'activité physique a permis de développer l'estime de soi. P4 : « J'ai toujours eu des battants en face de moi et dans les séances de sport c'est pareil c'étaient des personnes déjà elles avaient accepté de faire le sport donc elles n'étaient pas contraintes d'y venir. Elles avaient accepté donc à la base ce sont des personnes qui en veulent qui se disent bon je vais récupérer je vais y aller je vais me défoncer. On était tous dans cette optique là, de récupérer et de transpirer on en pouvait plus. Mais fier. Toutes et tous fiers ». En pratiquant l'activité physique, les femmes ont retrouvé confiance dans leur corps. P3 : « On voit tous les progrès qu'on fait, on voit ce que notre

corps est capable de faire, ça redynamise, ça redonne confiance ». P7 : « Parce qu'on se sent mieux dans son corps quoi quand on est moins fatigué, ce n'est pas moins fatigué mais euh, quand on est moins essouffée, quand on peut suivre le rythme ouai c'est valorisant quelque part ». Les femmes évoquaient être à nouveau capables de se déplacer, de conduire, de faire seules les actes de la vie courante. La présence d'un éducateur a permis le dépassement de soi. P3 : « Et au début je faisais 100m pour marcher et après j'ai réussi à faire 20min de marche et puis après je faisais 40min et ça c'était Amélie qui me disait vous allez voir vous allez arriver à 40min et tout et aujourd'hui bon voilà j'ai pu reprendre le golf j'ai pu reprendre le yoga ». Les progrès ont été mesurables et le corps médical les a validés. P4 : « Et alors après quand vous allez faire le test d'effort à la fin des séances à Cahors et qu'on vous dit c'est parfait, c'est génial. C'est super. Parce que je me souviens la première fois quand je suis allée passer le test d'effort j'ai pris l'ascenseur et voilà je n'aurais pas monté les escaliers. Et quand je suis venue passer le dernier test d'effort à la fin des séances ben je suis montée par les escaliers, je n'ai pas voulu prendre l'ascenseur. Donc là c'est un résumé. »

LA RECONSTRUCTION DE SA FÉMINITÉ

Les femmes évoquaient un parcours de soins commençant bien souvent par une chirurgie mutilante. P9 : « Du coup je suis sortie de la douche, j'étais nue, je commence à me sécher les cheveux, toute nue et mon regard s'est porté à un moment donné sans le faire exprès sur mes seins, ahhh j'ai eu un effroi j'ai dit ah ouai quand même, quand même c'est enlevé... Et bon et en fait non il a fallu la psy ». Les femmes ayant eu une tumorectomie ne parlaient pas ce changement physique comme négatif. P1 : « C'est vrai que bon non d'un point de vue physique bon je n'ai pas été... vu que j'ai gardé mes seins, [...] voilà c'est parce que je n'ai pas été mutilé, il y en a à qui on enlève un sein c'est vrai c'est vraiment vraiment différent ». Elles s'exprimaient peu sur ce sujet. Lorsqu'elles le faisaient, c'était plutôt pour décrire le soulagement de ne pas avoir eu de mastectomie complète.

Après la chirurgie, les protocoles de soins pouvaient allier chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie. La chimiothérapie a pu être vécue comme un traumatisme avec la perte des cheveux et des cils. P4 : « On s'était bien préparé à ça. Mais enfin voilà, faut l'accepter. Faut l'accepter. Mais c'est vrai que même si je savais que j'allais perdre mes cheveux quand l'oncologue me... Je lui ai quand même posé la question juste avant les chimio : « Est-ce que je vais vraiment perdre mes cheveux ? » elle m'a répondu ben oui et là ben vous vous

effondrez. Même si vous aviez prévu que votre mari allait vous raser la tête et que tout est calé dans votre tête, il y a ce deuil à faire ». Les femmes évoquaient les conséquences psychiques de ces nombreuses transformations physiques. P8 : « Je me déplaçais comme une petite vieille et puis voilà toutes les transformations, les bouffées de chaleur, le moral dans les chaussettes, c'était terrible cette période vraiment ». La radiothérapie a pu choquer par la brûlure qu'elle laissait sur les corps. P10 : « En fait, vraiment le plus dur pour moi ça a été quand j'ai été brûlé. L'image de mon corps brûlé, ça m'a fait... En plus j'avais des douleurs j'étais inconfortable et j'avais les pansements ça suintait et de devoir... Cette image... C'était horrible ». Certaines ont décrit l'hormonothérapie comme un bouleversement hormonal avec la ménopause chimio-induite, les problèmes de poids et de libido. P9 : « D'ailleurs l'oncologue dernièrement m'a comparée à un chat castré, donc nous sommes des chats castrés les cancéreuses du sein (rire) avec nos traitements, il me dit bon je vous explique, les chats quand ils sont castrés, et bien ils n'ont pas du tout envie d'aller chasser les souris, tout ça c'est pour parler de libido [...] Mais sinon on est mort quoi, ça renvoie à quelque chose de, jamais je n'aurai pu croire qu'on pouvait ressentir ça, quand on le dit des personnes âgées tout ça ».

Les traitements ont entraîné des modifications corporelles. Certaines femmes ont trouvé un bénéfice à la perte de poids engendrée par la maladie et ses traitements. P6 : « Le teint change, on maigrit, bon moi ça ne me dérangeait pas parce qu'avec les kilos en trop que j'ai, je me disais chouette je maigris, j'étais plutôt contente de maigrir ». Mais la perte de poids c'était aussi la perte de muscles et des formes qui constituaient le corps humain et celui de la femme. Les femmes ont pu éprouver la sensation de perdre leur féminité, de ne plus ressentir de désir. P9 : « Nos chairs sont mâchées comme les docteurs disent. Notre peau a du mal à respirer et nos traitements nous stérilisent ou nous castrant en nous faisant oublier peu à peu ce qu'est le désir, quel qu'il soit, le désir sexuel et la fameuse libido s'estompent jusqu'à devoir en rêver parfois la nuit afin de croire et d'espérer que l'on n'est pas morte. »

La reprise de l'activité physique a permis aux femmes de changer leur manière de voir leur corps. Certaines ont trouvé un bénéfice au programme de réhabilitation avec l'encadrement pluriprofessionnel et notamment les conseils nutritionnels qui ont permis des répercussions sur le poids. D'autres évoquaient une reconnexion avec le corps, en sculptant ce corps, elles retrouvaient des formes et une musculature. P1 : « Rafferme et plus tonique et après maigrir non mais plus tonique ». Le sentiment retrouvé d'être bien dans son corps et plus féminine a pu réveiller aussi le désir sexuel. P9 : « Je ferai tout mon possible pour réveiller ce chat castré, et je sais que le sport veille sur moi, sur nous toutes, et nous entraîne à

avoir espoir... Ainsi, tout doucement je peux retrouver un peu de saveur à ma vie, voir même la faire renaître... ».

3.2.2 Réinsertion sociale

LA RÉAPPROPRIATION DES RÔLES SOCIAUX

Les femmes pouvaient avoir l'impression que leur rôle dans la société était mis au second plan. La maladie et ses traitements ont freiné l'accès ou le maintien de l'emploi. Leur statut social changeait. P9 : « Le problème se sont les projets qui nous manquent, enfin nous enfin moi là en ne travaillant pas, en ayant des difficultés familiales, c'est comme si j'ai déjà un statut de retraité sans être retraitée ». Certaines ont intégré ce changement lors de l'annonce de la prise en charge en ALD qui signait la reconnaissance de la maladie par la société. P11 : « Ce qui m'a fait le plus drôle aussi c'est la prise en charge à 100% ça ça fait partie... Je suis à 100% je savais très bien ce que c'était mais quand je le voyais chez les autres patients c'était normal mais me retrouver moi à 100% y a un moment de recul... Puis bon après on l'accepte ».

Les femmes décrivaient aussi des changements atteignant leur sphère familiale. P7 : « Ce sont des contraintes en plus quoi, dans notre vie de couple et notre vie sentimentale et sexuelle a été modifiée à un moment donné ». La dynamique au sein de leur couple changeait. La perte d'autonomie faisait du conjoint l'aidant principal. Le conjoint pouvait être décrit comme anxieux quant au caractère imprévisible de la maladie, au risque de rechute, de décès, à la crainte des changements psychiques et physiques. P6 : « Je n'y pense pas trop, j'essaie de pas y penser. Je crois que mon mari en fait, il y pense plus que moi. Je crois que lui il est... Il me dit tu n'es pas sortie d'affaire quoi. Le plus dur pour lui c'était la chute des cheveux, il ne voulait pas me voir sans cheveux. Je mettais un bonnet pour la nuit, et puis au bout d'un moment je lui ai dit bon écoute un bonnet ça me gonfle c'est pénible je ne peux pas l'enlever ?! ». Les femmes ressentaient un changement dans le regard de leur entourage, elles pouvaient être considérées comme fragilisées par la maladie, leur entourage mettait en place des stratégies de protection. Ce statut de "malade" remettait en cause leur place dans le schéma familial en modifiant l'organisation du foyer et malgré la fin des traitements, elles évoquaient parfois qu'il fallait du temps pour qu'elles se réapproprient leur rôle. En réaction à cette surprotection, elles essayaient de rassurer leur entourage d'autant plus en présence d'enfants. P3 : « Je n'avais pas envie de me plaindre en permanence parce que je savais qu'on

s'inquiétait pour moi. » P2 : « L'objectif c'était tous les matins je me levais je me faisais belle je m'habillais je mettais mes bijoux. [...] parce que j'avais les enfants, je préparais les enfants, quitte à me recoucher après ». Certaines ont réussi à communiquer face à cette réassurance éprouvante. P4 : « Moi je leur ai toujours dit même à mes enfants je ne veux pas avoir à gérer votre inquiétude, votre peur. J'ai assez avec moi ce que j'ai à traverser c'était très égoïste de dire ça mais je ne voulais pas avoir à les rassurer sur mon sort ». Parfois ces changements ont été trop brutaux pour que la relation résiste. P2 : « Ben ça a été une déflagration ! ouai...(silence) ouai ça a été dur, non non j'ai, ça a été hyper dur et puis euh, donc mon compagnon m'a quitté quand je suis revenue de l'opération ».

L'activité physique a permis la réassurance de l'entourage. P2 : « Le fait que maman fasse du sport c'est pareil c'est que maman va bien ». Le statut de malade était remplacé par celui de femme active et sportive. Les femmes retrouvaient de l'autonomie, elles n'étaient plus dépendantes de leur entourage pour les actes de la vie quotidienne et pouvaient retrouver leur place au sein de leur foyer. P4 : « Je me consacrais aux séances de sport, ça me faisait du bien je revoyais du monde, je sortais un peu de la maison, j'étais plus autonome parce que je me déplaçais en voiture et j'allais à mes séances je ne me faisais pas transporter donc c'était bien et ça m'a fait énormément de bien, vraiment ». La reprise d'autonomie a pu permettre la reprise de l'emploi et le retour à un certain rythme. Elles pouvaient être réintégrées dans la société et sortir de cette étiquette de « malade ». P2 : « Re-rentre dans une normalité comparée à mon entourage et puis pas toujours, voilà le fait de retravailler d'avoir d'autres cercles ça permet aussi de pas toujours être la malade voilà ».

LA LEVÉE DE L'ISOLEMENT SOCIAL

Les femmes pouvaient vivre la période des traitements comme un isolement car le rythme était différent de celui de leurs proches. L'arrêt du travail entraînait une rupture des relations sociales, la peur et la souffrance, un repli sur soi. P3 : « Parce que je me rappelle à l'hôpital, j'étais suffoquée parce que quand vous arrivez dans la salle d'attente en fait, les gens, tous les gens sont dans leur bulle. Donc on y va tous les jours, donc y a des gens qu'on voit assez régulièrement et personne ne se dit bonjour ou très rarement. Les gens sont dans leur bulle, de peur, de souffrance, de maladie, y a pas d'ouverture. » Certaines femmes évoquaient cet isolement comme voulu et nécessaire pour survivre à cette épreuve. P3 : « Faut

reprendre confiance parce qu'on est dans une bulle, durant la maladie la vie est entre parenthèse et ce cocon est nécessaire pour arriver à vivre ». Les traitements et parfois leurs effets secondaires entraînaient une exclusion par peur d'être contaminée par l'autre, notamment pendant l'épidémie de Covid-19. P6 : « Avec la chimio déjà j'avais eu la chute des défenses immunitaires et que j'ai quand même été sevrée de voir mes petits-enfants tout ça je n'avais pas très envie de passer encore du temps à me dire je ne peux pas voir mes petits-enfants et il faut que je fasse attention avec le covid qui peut traîner autour ». Même si elles arrivaient à garder le lien social, elles ont pu se sentir en décalage. Parfois leur épreuve a pu être banalisée renforçant un sentiment d'incompréhension. P11 : « Tout le monde demande des nouvelles de ma sœur et moi on me dit et toi alors ? Oh mais c'est... on dira presque bénin le cancer du sein ! (rires). Je dis ouai oui si vous voulez. Si vous passez par-là vous verrez que ce n'est pas si bénin que ça. Même si c'est peut-être mieux soigné ou mieux... accepté. Je ne sais pas. Une fois qu'on est confronté à ce problème-là, ce n'est pas anodin, on ne peut pas le banaliser. »

Les femmes évoquaient la reprise d'activité physique comme une rupture de leur isolement par l'appartenance au groupe. P7 : « Le fait peut-être d'intégrer un groupe euh qui a connu des difficultés de santé ça a un côté un peu rassurant, on est un peu entre nous, voilà ouai ». Les femmes se sentaient comprises en participant à des activités avec d'autres personnes ayant vécu des épreuves similaires. P6 : « C'est important de ne pas être isolée. De pouvoir parler à d'autres gens surtout, qui ont vécu les mêmes choses, qui savent ce que c'est. Qui ont les mêmes parcours plus ou moins. Parce qu'on n'a pas toujours les mêmes protocoles. C'est important. C'est bien, c'est bien parce qu'on se dit je ne suis pas toute seule ». Après une longue période de repli sur soi, le groupe permettait de s'ouvrir sur le monde. P4 : « Cette réhabilitation on me l'a proposée j'ai sauté dessus et c'est moi qui ai décidé et voilà à partir de ce moment-là, paf ! les œillères (signe d'ouverture avec les mains) tout s'est ouvert. Je ne sais pas comment vous l'expliquer. L'image que j'en ai c'est ça. Ça m'a ouvert, ça m'a..., j'ai recommencé à rigoler. Enfin pas à rigoler mais à voir ces personnes avec qui on s'attache un petit peu on fait des rencontres on tisse des liens, 20 séances c'est quand même long. Et voilà ça a été, les œillères se sont écartées, se sont ouvertes et puis on recommence la vie normale en fait. » Certaines ont apprécié les échanges simples et le retour à une certaine normalité en sortant de cette étiquette de malade. P7 : « A ce moment-là il n'est jamais question de maladie, on ne parle pas de ça on est là pour se dynamiser, pour se faire du bien donc on rigole on s'applique on rit on essaye de faire des efforts ».

3.2.3 S'inscrire dans un avenir

LE PROGRAMME COMME FIL CONDUCTEUR DE VIE

L'annonce du cancer pouvait être vécue comme un bouleversement. Les femmes ont pris conscience de leur vulnérabilité et ont été confrontées à l'idée de leur propre mort. Elles décrivaient un arrêt du temps et des projets. P3 : « Je me suis dit ben il faut que je reparte dans mon élan de vie. Parce que l'élan de vie à ce moment-là j'ai eu l'impression qu'il avait été coupé ». Certaines ont pu développer une anxiété relative à la mort mais aussi aux effets indésirables des traitements et à la récurrence. P2 : « Ça a apporté beaucoup de peine, beaucoup de malheur et d'angoisses qui restent, parce que je veux dire j'ai fait mes contrôles il y a 15 jours, euh 15 jours avant je suis malade et je suis dans un état de stress, tout le monde sait qu'il ne faut pas trop m'agacer voilà ça ne partira jamais je crois ». **La maladie et le parcours de soins ont changé leurs perceptions du monde et leurs manières de voir la vie.** P3 : « La vie est là et elle est devant vous tout le temps. Il y a la vie, la mort, et tout ce qui se passe entre. Et dans ce microcosme qu'est votre service, tout est rassemblé. Et faut savoir que quand on a un cancer par exemple, j'ai dit un jour au docteur, vous vous voyez le ciel bleu mais nous on le voit encore plus bleu que vous. Et c'est ça en fait. On voit la vie avec d'autres formes. On voit la vie autrement colorée. C'est-à-dire que la vie, moi j'aime la vie, j'ai toujours aimé la vie, mais on la savoure encore plus ». **Leurs priorités changeaient.** P4 : « Et là c'est vrai que ce cancer m'a permis de me recentrer sur moi, de me poser et puis de me dire qu'il n'y a pas besoin de toujours aller bien loin. Je suis une terrienne, je suis plus dans la contemplation je me suis recentrée, je ne vais pas chercher midi à quatorze heures, y a pas besoin de partir à l'autre bout du monde il suffit de regarder autour de soi. Ça va être le résumé ». **Cette prise de conscience atteignait leur entourage.** P2 : « Sinon d'un point de vue moral la maladie nous, alors je dis nous parce que combattre l'adversaire c'est une affaire de on, on n'est pas tout seul, [...] et je pense que ce qui nous a fait nous, notre famille, relativiser pleins de choses. C'est se dire l'essentiel où il est ? profiter de tous les moments de partage [...] être beaucoup moins matérialiste que ce qu'on pourrait l'être prendre du temps que pour soi aussi, prendre du temps en couple, et en famille et voilà et on est énormément sur les valeurs de partage et voilà, ça fait prendre conscience de ça ».

Au-delà de cette prise de conscience, la rencontre avec d'autres personnes malades durant leurs parcours de soins a pu entraîner un changement de mentalité. Cela a pu permettre à certaines de relativiser leur propre situation. P4 : « Je me souviendrais toujours, j'étais en train

de faire une séance de chimio et puis arrive une jeune femme, elle était toute jeune elle avait deux enfants tout petits elle était magnifique, je la revois, avec des cheveux longs, blonds, quelqu'un de très sophistiqué, très féminine très... Et là dans ma tête je me dis mais que c'est injuste. La vie est injuste. Enfin je me mettais à sa place. Pas pour moi, pour elle. Et puis des jeunes femmes. De toutes jeunes femmes. Dans les salles d'attente, sans cheveux, sans rien. Elles avaient quoi... C'étaient des ados quoi. Donc là vous relativisez quand même ».

Malgré tout, la peur de la récurrence a pu les paralyser pendant longtemps. Elle a pu être vécue comme une véritable épée de Damoclès. P6 : « Après on a toujours l'appréhension. Je dois faire la mammographie fin juillet. Donc c'est tous les ans. C'est vrai qu'on a quand même une appréhension. Je dois reconnaître qu'on n'est pas serein parce que tant qu'on n'a rien eu, moi j'y allais en disant de toute façon y' aura rien. Voilà j'étais positive même si on se dit ça pourrait m'arriver. Ouai ça pourrait arriver, mais tant qu'il ne t'est rien arrivé non. Tu... Voilà... Mais après quand ça t'est arrivé... Là on a quand même une crainte que ça recommence ».

A la peur de la récurrence s'ajoutait souvent l'angoisse face à l'arrêt du suivi médical qu'elles ont pu vivre comme un abandon. P7 : « C'est vrai qu'il y a toujours ce sentiment un peu d'abandon après une fois qu'on

a tout fait bien euh bon ben on a plus de suivi donc euh là on se pose plus de questions ». Paradoxalement, l'après cancer pouvait créer un sentiment de vide passant d'un contexte de surmédicalisation à la reprise d'un rythme « normal » avec la solitude et la fatigue de l'après traitement. P6 : « Quand les traitements se terminent... On a l'impression qu'il n'y a plus rien qu'on est lâché quoi et ça fait bizarre ça fait un effet bizarre on se sent perdu après. Ça y est, tout est fini, tu vas reprendre le boulot mais ouai non je ne me sens pas guérie je ne me sens pas... Gardez-moi quoi !! Ça fait cet effet-là ».

Les femmes évoquaient le programme d'activité physique adaptée comme la poursuite de l'accompagnement. Grâce au programme qu'elles avaient choisi de mener, elles devenaient leur propre moteur de changement et avaient une action directe sur le risque de récurrence.

P10 : « J'ai bien compris que le fait d'augmenter les pulsations sur une certaine durée permettait de libérer les interleukines et du coup j'ai compris que c'était bénéfique par rapport aux risques de récurrences et dans la prévention du cancer du sein. Ça me motive parce que je n'ai pas envie de récidiver ! ». Le protocole leur permettait un suivi et la poursuite d'un

encadrement. P8 : « Ça ne m'a pas maintenu dans la maladie, je pense qu'au contraire ça permet de faire la transition quoi, enfin d'amener vers, de ne pas être complètement lâchée ». Les séances venaient rythmer leur quotidien. Il a permis à ces femmes de s'inscrire dans un avenir. P7 : « Ben psychologiquement c'est important parce que là aussi on intègre un groupe quand même et euh du coup ça fait du bien parce qu'au moins on a des rendez-vous deux fois par semaine où on rencontre d'autres personnes où on fait de la gym quelque chose pour se faire du bien ».

En plus de garder un rythme, le programme pouvait apporter un soutien moral important.

P4 : « Voilà et ce que j'ai rencontré là-bas c'est beaucoup beaucoup d'humanité. Et dans ce service moi ce que j'ai ressenti de l'extérieur, y avait cette gentillesse, et puis cette joie. C'était joyeux (rire). Vous ne rentrez pas comme dans la salle d'attente à l'hôpital où vous êtes enterrés quand vous entrez (rire) mais là y avait cette joie qui faisait du bien. Et ça c'est important ». Les femmes pouvaient être les témoins de la lutte d'autres patients, ce qui pouvait générer un sentiment de force et d'espoir. P4 : « A côté de moi sur le tapis de marche y avait une jeune femme d'une quarantaine d'année qui la pauvre était en train de se débattre pour sortir d'un covid long. Elle était courageuse, vraiment elle était courageuse. Et elle se tenait droite, elle y allait, elle voulait s'en sortir, et elle était quand même au courant de toutes les conséquences qu'avait cette maladie sur elle, alors qu'elle n'avait que quarante ans quoi. Une sacrée jeune femme ». Et la confrontation avec d'autres personnes malades durant les séances permettait aussi à certaines de poursuivre le changement de mentalité avec l'acquisition d'une certaine empathie. P8 : « Et après là-bas au début ce qui était un petit peu euh déstabilisant c'était d'être avec d'autres malades et ben l'image que ça renvoie en fait. [...] ouai et puis des personnes vraiment physiquement pas du tout en forme quoi, et c'est vrai que j'avais l'impression d'être un peu décalée quoi par rapport à, mais voilà bon après ça s'est tassé Mais ça renvoie quand même une image de la maladie ...mais ça ouvre aussi, ça ouvre voilà ça ouvre l'esprit aussi et l'empathie et tout ça quoi parce que Non je pense qu'il faut que ça continue ». Même si certaines ont pu regretter qu'une étiquette de « malade » ait pu persister. P3 : « ça entretient toujours dans la maladie, alors qu'on a fini l'opération, on a fini les traitements et en fait on est toujours encore dans une histoire de maladie, alors qu'on a fini en fait et moi j'avais vraiment envie de passer à autre chose de dire ouf c'est derrière moi, même si je sais qu'il y a des risques de récurrences etcetera j'avais envie de dire c'est derrière moi je passe à autre chose mais du coup ça entretient un peu là-dedans ».

CHANGER SES HABITUDES DE VIE

Que les participantes aient été sportives ou non avant l'annonce, la maladie leur faisait prendre conscience de la nécessité de maintenir une activité physique quotidienne. Les soignants leur ont expliqué les bénéfices prouvés sur le risque de récurrence et sur la fatigue. Mais certaines éprouvaient des difficultés dans la mise en place et ont eu besoin d'une aide extérieure. P4 : « Parce que sinon après les traitements et tout on a tendance à se laisser aller un peu dans le canapé ».

Les femmes évoquaient le programme comme un outil, une aide extérieure pour initier le changement. P7 : « C'est deux fois par semaine donc vous êtes obligés deux fois par semaine de le faire parce que ce n'est pas évident non plus derrière quand on est fatigué de se dire je vais marcher donc ça j'ai trouvé ça bien ». Le protocole pouvait permettre de surmonter les difficultés, la fatigue due aux traitements et de reprendre le mouvement. P4 : « Parce qu'il faut quand même se faire violence. Là on est entraîné parce que c'est un groupe parce qu'on est bien encadré. On ne peut pas faire de bêtise, on ne peut pas faire de connerie, on ne va pas aller au-delà de ce qu'on peut fournir. Ça arrive à un bon moment et ça nous aide à passer un cap. C'est-à-dire les traitements sont derrière, à part l'hormonothérapie mais ça s'est comme ça. Les traitements sont derrière et on nous redonne les clés pour redémarrer, pour recommencer à vivre, pour reprendre notre vie. Notre vie avant tout ça ». Elles décrivaient des changements durables. P3 : « Absolument c'est rentré dans une hygiène de vie. Il y a vraiment une nuance entre les jours où vous ne marchez pas du tout et les jours où vous marchez. C'est très net. C'est un équilibre de vie au même titre qu'aller vous doucher. Ça entraîne aussi une hygiène de vie parce que y a un équilibre alimentaire, y' a tout qui va avec. » P4 : « Le coach m'a appris à adapter mon activité. Si je force trop et que je ne peux plus faire de sport je suis démoralisée. J'ai appris à réguler mon activité pour ne pas me démoraliser ». Ces changements pouvaient passer par l'aménagement du domicile, l'achat d'équipements et la modification de leur emploi du temps pour consacrer du temps à l'activité physique. P12 : « Et suite à la réhabilitation je me suis acheté un vélo d'appartement. Du coup je marche et je fais du vélo. J'essaie de combiner ». P8 : « ça fait du bien par rapport aux traitements et peut être que j'en ferais, fin... j'ai envie de vraiment envie de l'intégrer à ma vie quotidienne ».

L'entourage pouvait également être touché par cette prise de conscience et ces changements d'habitudes, les enfants notamment, qui apprenaient en observant leurs parents. P2 : « Et je pense qu'eux indirectement l'ont également compris très tôt qu'il fallait faire du sport voilà [...] voilà bon leur père en fait également beaucoup et je pense ça a été truc de dire ça permet de s'aérer la tête ça permet d'aller bien ça permet de créer du lien social ça permet pleins de choses ». P8 : « il a saisi (parle de son fils) pendant cette période que c'était important ouai le sport ».

3.2.4 Pistes d'amélioration

Les participantes évoquaient plusieurs pistes d'amélioration. Elles ont apprécié que le programme soit personnalisé et que les plages horaires soient nombreuses, s'adaptant à leur emploi du temps. Certaines auraient aimé une meilleure communication autour du programme, regrettant de n'avoir eu l'information que tard dans leur parcours, ainsi qu'un accès simplifié au protocole de réhabilitation avec les coordonnées des personnes ressources. P6 : « C'est bien de le proposer assez vite, de garder le contact avec les patientes et de leur dire ben tiens on peut vous proposer ça, allez-y appelez, allez voir telle personne. Là il faut que nous on recherche, qu'on aille voir. Mais je vais où ? chez qui ? Je trouve que ça serait bien qu'on nous le propose vraiment directement. » P1 : « L'activité que j'ai fait euh voilà je l'aurai fait peut-être plus tôt peut être oui [...] tandis que la bon non ma vie a repris dans autre chose ». Certaines ont trouvé des contraintes de lieu, de temps, de transport. P1 : « Nous en Tarn et Garonne il faut qu'on aille à Cahors pour faire ça ». P6 : « J'ai trouvé ça contraignant de devoir aller faire l'activité loin de chez moi [...] de faire la route c'est ça qui me gênait le plus ». Ainsi qu'un programme un peu trop répétitif avec un travail basé essentiellement sur le bas du corps. P8 : « Faire que du vélo c'était répétitif. J'aurais préféré travailler tout le corps ». P6 : « Le vélo je pense que c'est très bien ça faisait travailler le cardio, et les jambes... Mais c'était que du vélo. Là ce qui est bien (en parlant d'une autre activité physique) c'est qu'on fait des mouvements. Donc y a tout le corps qui travaille. Y a les bras, y a les jambes, je trouve que c'est mieux entre guillemets parce qu'on fait tout travailler ». Les femmes ont apprécié les échanges avec le groupe mais certaines ont décrit que parfois le temps et les espaces de parole en dehors de l'activité physique manquaient. P12 : « si un peu (d'échanges). J'ai retrouvé des gens que je connaissais. Avec les enfants et le travail. Donc j'ai retrouvé des gens là-bas. Pas forcément en même temps que moi, soit du groupe d'avant, soit du groupe d'après. On discute un peu entre deux séances mais on doit faire vite.

IV. DISCUSSION

Ce chapitre constitue la synthèse réflexive des résultats d'analyse qui se dégagent de la présente recherche. La compréhension phénoménologique qui émerge des résultats sera examinée à la lumière de la littérature existante. Cette étude n'a pas de représentativité statistique. Elle vise à mieux comprendre la façon dont le protocole d'activité physique a pu influencer le vécu des femmes traitées pour un cancer du sein.

4.1. LA COMPRÉHENSION PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE L'EXPÉRIENCE

La compréhension phénoménologique proposée sera présentée en trois parties. Ces parties correspondent aux aspects fondamentaux qui caractérisent le profond bouleversement intérieur vécu par les femmes, suite au diagnostic de cancer du sein et à l'impact d'un protocole d'activité physique adaptée. Ces modifications s'articulent autour de la reconquête corporelle et identitaire, de la réinsertion sociale et du programme comme fil conducteur de leurs vies.

4.1.1. De la dépossession à la reconquête corporelle et identitaire

Pour comprendre le vécu de l'activité physique individualisé, il faut d'abord s'intéresser au vécu du cancer et comprendre plus particulièrement l'impact de cette maladie dans la vie des femmes. Après le diagnostic de cancer du sein, selon Schmitz et al.(14), 60% des femmes expérimentent un ou plusieurs effets secondaires à la suite des traitements : fatigue, complications post-chirurgie, réaction de la peau avec la radiothérapie, prise de poids. L'expérience est d'abord corporelle. Le cancer et ses traitements vont entraîner une métamorphose plus ou moins rapide du corps. Le corps, objet de trahison et de soins, est au centre de la maladie et de ses traitements. Il était auparavant bien portant, mais n'a pas su les protéger. Ce corps transformé en corps objet n'appartenant plus à son hôte mais au monde médical. Les traitements sont subis. Les femmes sont alors réduites à la défaillance d'un organe. Si cette prise en main par le corps médical peut être rassurante, il y a un risque de dépersonnalisation avec perte de contrôle, atteinte de l'estime de soi, perte de confiance et ce risque peut persister pendant et après les traitements selon Fitch et al. (15), Reese et al. (16) et Zimmerman et al (17).

La particularité du cancer du sein tient dans la symbolique de l'organe, représentation de maternité, de féminité, de sexualité. Les traitements commencent bien souvent par une chirurgie. Chaque année en France, pour 30% des femmes atteintes par un cancer du sein soit environ 20 000 femmes, le traitement nécessite une mastectomie (18). Si pour certaines la décision de l'ablation d'un organe malade peut apparaître comme un soulagement, d'autres perçoivent la mastectomie comme une amputation, une négation de leur identité. Le terme « mutilation » est souvent employé pour décrire la mastectomie. Cette mutilation corporelle renvoie à plusieurs problématiques : deuil, castration, blessure narcissique. Devant les conséquences de la mastectomie, le monde médical a développé des techniques de reconstruction mammaire. Pour certaines, la reconstruction mammaire paraissait importante pour retrouver l'entièreté de leur féminité, cependant cette chirurgie ne semblait pas suffisante pour aider ces femmes dans le processus d'acceptation et de reconstruction de soi. En effet, chez les 30% de femmes françaises ayant eu une mastectomie, seulement deux à trois femmes sur dix réalisent une reconstruction mammaire. Les principales raisons de non-reconstruction sont: le refus d'une nouvelle chirurgie, l'acceptation de l'asymétrie du corps, la peur de complications opératoires et le coût important qui reste à charge (19). Lorsqu'elle est pratiquée, la chirurgie ne suffit pas dans le processus de reconstruction globale avec des difficultés persistantes notamment quant à la santé sexuelle (20). Les femmes nécessitent donc une prise en charge globale allant au-delà de la seule reconstruction physique.

Autre traumatisme identitaire, dans notre étude, la chimiothérapie et l'alopécie qu'elle entraîne ont été vécues comme un véritable choc. L'image dans le miroir était celle d'une personne malade et révélait la maladie aux yeux du monde. L'alopécie remettait en cause la féminité et pouvait être difficile à assumer pour les femmes mais aussi parfois pour leur partenaire. Le cancer et les traitements obligeaient les femmes à penser différemment leurs corps, il y avait un changement dans le regard qu'elles portaient sur elles-mêmes, mais aussi celui que les autres portaient sur elles. L'esprit était en quête de sens face à une situation brutale et injuste, génératrice de grandes souffrances.

« Dans le même temps, nous voilà complètement démunies face à ces effets secondaires qui eux ne disparaissent pas comme par magie : ce sein à jamais disparu, cette cicatrice qui tire, ces cheveux, cils et sourcils qui ne repoussent pas, cette peau brûlée par les rayons qui met tant de temps à guérir, ces douleurs dans les muscles qui nous font toujours souffrir, cette fatigue qui ne nous lâche pas... On doit vivre avec ce corps que désormais l'on ne reconnaît plus, et plus personne n'est là pour nous entourer et nous rassurer » (21).

Après les traitements, il s'agissait donc de « tourner la page » de la maladie, de reprendre pied dans leur vie, de reprendre le contrôle et de se reconstruire. L'activité physique adaptée s'inscrivait dans une démarche active de réappropriation de soi. Les femmes choisissaient d'adhérer au protocole, seul traitement non imposé. Elles devenaient actrices dans la gestion de leur santé. L'activité physique permet aussi d'améliorer les séquelles de la maladie et des traitements. Elle est le meilleur et le seul remède à la fatigue, qui est un symptôme très fréquent chez les patientes atteintes du cancer du sein pendant et après leur traitement et qui est en lien direct avec l'augmentation du niveau de dépression, d'anxiété et de trouble de l'humeur (22). Les femmes qui ont subi une chimiothérapie pour un cancer du sein ont en moyenne une condition physique inférieure de 25 % à celle des femmes en bonne santé du même âge (3). La fatigue et le déconditionnement à l'effort entraînent une perte d'autonomie qui peut perdurer longtemps. Grâce au protocole d'activité physique individualisé basé sur la fréquence cardiaque, elles reprenaient de l'autonomie en diminuant la fatigue. En reprenant de l'autonomie, elles reprenaient confiance dans leurs capacités, améliorant leur estime d'elles même, permettant une réconciliation avec leur corps. En sculptant ce corps, elles retrouvaient des sensations, des formes, de la féminité. L'activité physique a permis une reconnexion avec ce corps meurtri depuis l'annonce de la maladie. Elle leur a permis de reprendre le contrôle de leur vie et de retrouver leur identité.

4.1.2. De l'isolement à la réinsertion sociale

L'annonce brutalise et sidère, c'est un choc émotionnel (23). L'enchaînement des protocoles de soins ne leur a pas laissé de temps de pause. L'attention était centrée sur la guérison. Prêtes à tout pour vivre, elles ont subi les traitements. Il n'y avait pas le temps de réfléchir, il fallait survivre, il fallait se battre, reléguant ainsi les autres aspects de leur vie au second plan, notamment leurs relations intimes et sociales.

Le cancer et les traitements ont conduit les femmes à changer de statut social. Il y a eu une rupture avec l'état antérieur. Leur emploi du temps a été rythmé par les traitements, le travail a été stoppé, les projets se sont arrêtés. Les femmes ont pu ressentir un décalage avec leurs proches, leur temporalité devenait différente face à ce monde qui continuait imperturbablement de tourner. L'isolement a pu être recherché. Une bulle se créait et était parfois nécessaire pour survivre. Elles ont pu craindre d'être contaminées après la chute des défenses immunitaires due aux traitements. Elles ont pu avoir peur du regard des autres, qui

les renvoyaient à leur vulnérabilité, à leur faiblesse. Dans les yeux inquiets de leurs proches, elles voyaient se refléter l'image d'une personne malade. Elles devaient sans cesse les rassurer, et cette réassurance a pu devenir éprouvante.

Leurs proches ont alterné entre des périodes d'espoir et de désespoir. La maladie a exigé d'eux une nouvelle attribution des rôles au sein du foyer. La perte d'autonomie a entraîné une dépendance. L'équilibre du couple s'est retrouvé transformé. Les femmes devenaient les conjointes « malades » et leur partenaire le conjoint « aidant ». Chacun a dû apprendre à assumer son nouveau statut. Pour le conjoint, concilier le fait d'être le soutien instrumental, affectif, moral, familial et financier, ainsi que le partenaire intime peut facilement être complexe et engendrer de l'ambivalence (24).

La maladie et les traitements ont entraîné un isolement et un changement de statut. Lors de la fin des traitements, il s'agissait donc de retrouver sa place au sein de la société et dans son foyer. La reprise du rythme quotidien s'est avérée très souvent complexe et déstabilisante. L'activité physique a permis aux femmes de reprendre de l'autonomie. Elles ont été à nouveau capables d'effectuer seules les actes de la vie quotidienne. Bien que nous ayons utilisé le terme « activité physique », les femmes nous ont rapidement parlé de sport. Le sport est une activité universelle, vecteur de valeurs fortes et positives comme le dépassement de soi, la performance, la confiance en soi. Le sport renvoie à une image positive de « bien portance ». Le cheminement de ces femmes comme celui d'un athlète relève d'un parcours du combattant. L'activité physique leur a permis de passer du statut de malade au statut de sportive. Forte de ces changements, elles ont repris leur place dans leur foyer.

Le retour au travail peut être un enjeu important puisqu'il est généralement perçu par les femmes comme une étape de leur rétablissement, il peut s'agir d'un cap dans le processus de guérison. Cependant nous pouvons constater dans la littérature que pour le cancer du sein, environ un quart des femmes n'ont pas repris le travail deux ans après le diagnostic. Le cancer du sein engendre ainsi une véritable rupture socioprofessionnelle (25). Selon Spelten et al (26), en raison d'une fatigue récurrente, d'une diminution de leur capacité physique et de préjugés provenant de l'employeur et des collègues, elles éprouvent parfois des difficultés à retourner au travail. L'activité physique peut permettre de changer les préjugés que la société a sur les femmes atteintes de cancer en véhiculant une image positive de femmes « sportives ». En reprenant leur autonomie, elles ont pu à nouveau être capable de reprendre

leur emploi et leurs activités sociales leur permettant de retrouver leur place au sein de la société.

L'activité physique adaptée est pratiquée en groupe. Le groupe a permis aux femmes de se sentir comprises et de partager leurs expériences avec des personnes ayant vécu des événements similaires. Les expériences varient en fonction des femmes (notamment avec le port du masque et les contraintes sanitaires liées à l'épidémie de covid 19 qui ont pu limiter les échanges). Souvent, elles ont pu créer de vraies relations d'amitié et de partage, parfois elles ont regretté de n'avoir pas pu plus échanger. Mais le groupe a été perçu comme un véritable moteur de changement. La maladie, comme de nombreuses autres expériences dans la vie sociale, incite à réfléchir sur soi, sur les autres, sur le rapport aux autres. Le groupe a permis le contact avec d'autres personnes malades, pas forcément atteintes des mêmes pathologies, de sexe et d'âge différents, parfois source d'espoir, parfois permettant de relativiser sa propre situation et de développer son empathie. L'activité physique a permis la levée de l'isolement social par l'appartenance à un groupe et l'ouverture sur le monde.

4.1.3. Le programme comme fil conducteur de vie dans l'après-cancer

Le médecin leur a annoncé « vous êtes en rémission », le sentiment de joie que leur a procuré cette annonce a vite laissé la place aux doutes et au sentiment d'abandon par le corps médical. Le temps de l'après cancer a donc été celui de l'incertitude. La peur de la rechute ou de la récurrence a pu être vécue comme une véritable « épée de Damoclès ». Les femmes ont pu rester bloquées dans un instant présent avec la difficulté de se projeter.

Avec les progrès réalisés dans le traitement du cancer, le nombre de survivants du cancer ne cesse d'augmenter. En 2018, le nombre de personnes de 15 ans et plus ayant eu un cancer au cours de leur vie est de l'ordre de 3,8 millions (1). La question de l'après cancer est donc centrale. Selon l'étude menée pour le compte de la Ligue contre le cancer, 63 % des patients qui ont souffert d'un cancer estime « l'après » -maladie comme « plus difficile à vivre que la période des traitements ». C'est une période à laquelle ces personnes se disent « mal préparées» (82%) et qui suscite de « profonds bouleversements » (84 %) et un « sentiment d'abandon » (66 %). 13 % des patients considèrent que « le cancer a détruit (leur) vie » et pour 26 %, « le cancer (les) a forcé à prendre un nouveau départ » (18). La revue Lancet Oncology a consacré un dossier, début 2017, au parcours des personnes après un cancer aux Etats-Unis, en illustrant les différents enjeux sanitaires posés par les besoins d'une population

en plein essor. Il en est ressorti que 63,5% des personnes souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements et que, parmi les personnes travaillant au moment de leur diagnostic, 20 % étaient inactives cinq ans après (27).

L'enjeu serait donc autant de soigner que de suivre les femmes traitées pour un cancer du sein en s'attachant à leur qualité de vie. Le protocole d'activité physique a permis de suivre les femmes dans le temps après l'arrêt des traitements. Les séances ont rythmé leur quotidien et le sevrage du contact avec le monde médical a pu être progressif. Les différentes consultations avec le médecin du sport ainsi que la présence de l'éducateur médico-sportif pendant les séances ont permis la réassurance et la poursuite d'un suivi. Ce protocole a pu symboliser un nouveau chemin à suivre, celui de la guérison tant physique que morale et a permis aux femmes de se projeter dans un avenir. La pratique de l'activité physique après un cancer du sein diminue de 21 % le risque de récurrence, de 41 % le risque de décès par cancer et de 48% le risque de mortalité toutes causes confondues (5). Traitement à part entière dans la lutte contre la maladie, il a permis aux femmes d'avoir une action directe et palpable sur le risque de récurrence. Il est venu apporter une aide extérieure pour initier un changement. L'éducateur médico-sportif a occupé cette fonction de « petite voix intérieure positive » rappelant que chaque participante avait des ressources pour rebondir. Et au-delà des 20 séances, le programme leur faisait prendre conscience du changement qu'elles devaient opérer dans leur vie. Intégrer l'activité physique au quotidien devenait une priorité et les emplois du temps s'organisaient autour de sa pratique. Ce changement, elles l'ont transmis à leur proche et notamment à leurs enfants, qui ont intégré l'importance de la pratique sportive. En participant au programme, elles devenaient vectrices d'un message fort de prévention tertiaire pour leur entourage.

4.1.4. La proposition d'un modèle

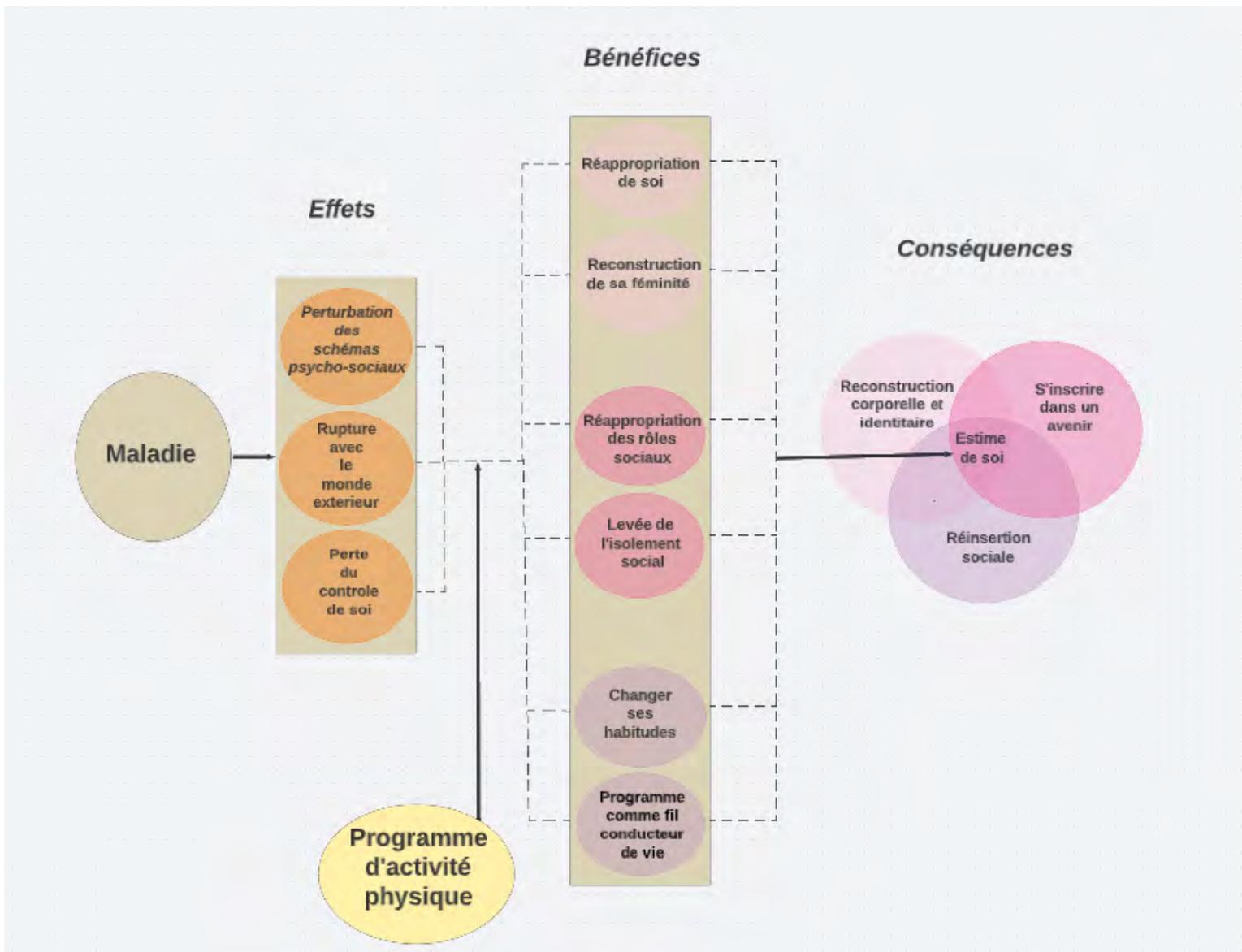


Schéma 4. Modèle explicatif concernant le vécu d'un protocole d'activité physique adaptée chez des femmes traitées pour un cancer du sein

4.2. LA CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE

Notre travail a tout d'abord été utile pour les chercheuses elles-mêmes. En tant que médecins généralistes, nous serons amenées à rencontrer des femmes atteintes par un cancer du sein. Ce travail a permis de nous sensibiliser au vécu de la maladie et à l'impact d'une activité physique adaptée ce qui influencera positivement notre pratique médicale.

Notre étude s'inscrit dans un contexte de promotion de l'activité physique adaptée avec la réalisation de nombreuses études ces dernières années sur le sujet. Dans l'étude VICAN 2 l'activité physique est définie comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a » (25). Cette définition inclut tout naturellement des types de soins ou des formes d'accompagnement qui jusqu'alors étaient délaissés ou exclus du programme thérapeutique proposé au patient qui restait uniquement organisé autour des soins curatifs et des traitements spécifiques. La plupart des personnes ayant participé à l'enquête pratiquent ou ont pratiqué une ou plusieurs activités physiques régulières, qu'elles soient domestiques ou professionnelles (92,6%). Parmi celles pratiquant au moins une activité physique régulière, les deux tiers l'ont modifiée depuis le diagnostic de cancer (66,1%). Parmi celles-ci, plus de la moitié a réduit cette activité, une sur dix l'a stoppée complètement, tandis qu'une sur dix l'a augmentée (25). Il semble donc nécessaire d'aider ces femmes à rester en mouvement. Notre étude est en accord avec la littérature sur l'intérêt de l'activité physique adaptée pour l'amélioration de la qualité de vie pendant et après un cancer du sein. Permettre aux femmes d'intégrer des protocoles d'activité physique adaptée semble donc un enjeu pour les professionnels de santé. Cette étude peut permettre aux différents intervenants au cours de la maladie de mieux comprendre l'expérience vécue de ces femmes et de proposer plus facilement l'activité physique protocolisée avec des arguments plus précis. Ce travail peut permettre de donner plus de poids à leur discours.

4.3. LES LIMITES DE LA RECHERCHE

4.3.1. Faiblesses

L'analyse interprétative phénoménologique (IPA) utilisée lors de cette thèse est une méthode subjective et relativement récente.

Même si les chercheuses ont tout fait pour mettre à l'aise les participantes, elles sont novices et l'enregistrement des entretiens a pu entraîner une retenue dans le discours. L'accessibilité à l'expérience vécue s'est avérée variable selon la capacité personnelle des participantes à évoquer et à mettre des mots sur des contenus douloureux.

Le fait que les chercheuses soient internes en médecine générale, affiliées au service de médecine du sport, et malgré leurs efforts pour s'en détacher et les explications données sur l'étude, a pu donner envie aux participantes de donner une bonne réponse et de montrer leur bonne adhésion au programme.

L'interprétation du discours lors de l'analyse est subjective même si les chercheuses ont voulu suivre une méthodologie précise à travers plusieurs documents d'information sur le sujet. Les chercheuses réalisaient leur premier travail avec cette méthode. Il est possible que les chercheuses n'aient pas pu interpréter correctement les entretiens réalisés du fait de leur manque d'expérience.

De plus, même si notre étude propose une compréhension unique de l'expérience de femmes ayant participé à une activité physique protocolisée dans le cadre d'un cancer du sein, elle ne peut prétendre avoir épuisé l'ensemble des significations rattachées à cette expérience.

4.3.2. Forces

Le sujet et le type d'analyse sont innovants en France. L'IPA s'attache à étudier le sens d'une expérience décrite par les participantes. C'est une étude de terrain donnant des résultats sur des expériences précises qui sont en théorie généralisables.

Les entretiens ont été conduits avec une information claire concernant leur confidentialité et l'anonymisation des données, permettant aux participantes de se sentir en confiance et ainsi de libérer la parole.

De plus, la durée relativement longue des entretiens, en moyenne de 50 minutes, témoigne de la richesse des entretiens. Le profil varié des femmes recrutées est une vraie force de l'étude.

La réalisation des entretiens tests a amélioré la qualité du guide et l'aisance des enquêtrices. Les chercheuses ont réalisé des entretiens semi-dirigés ce qui a favorisé la spontanéité des réponses. La retranscription a été fidèle, mot à mot, permettant l'exploitation des données et la triangulation, enrichissant la réflexion dans l'analyse. Une analyse idiographique a été favorisée par la taille restreinte de l'échantillon. En IPA, la richesse et l'approfondissement de l'expérience de chaque cas prévaut sur le nombre de participants, l'objectif étant de développer une compréhension en profondeur d'un phénomène. Durant l'analyse des données, la création des étiquettes expérientielles a permis d'éviter de tomber dans le piège de l'indexation.

L'utilisation de la grille COREQ d'auto-évaluation a permis de réaliser un déroulé de bonne qualité lors de la réalisation de ce travail.

4.4. LES PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Nous avons remarqué que plus les femmes subissaient des traitements lourds, plus elles tiraient bénéfice du protocole d'activité physique adaptée. Ces résultats concordent avec l'étude d'Irwin et al (28) qui a étudié la quantité d'activité physique avant le diagnostic d'un cancer du sein et à la suite de cette annonce. Les auteurs observaient une diminution de 50% en termes de quantité d'activité chez les patientes ayant eu une chimiothérapie plus une radiothérapie, de 24% chez les femmes n'ayant eu que de la chirurgie et de 23% chez celles n'ayant eu que de la radiothérapie. Plus les traitements sont lourds, plus la fatigue est importante et plus le risque de symptômes psychiques est grand. Il semble donc important que le programme d'activité intervienne tôt dans le parcours médical de toutes les femmes et d'autant plus si les protocoles de soins sont lourds.

L'activité physique adaptée est un traitement à part entière dont les bénéfices en termes de prévention du risque de récurrence ont très largement été prouvés. Notre étude est concordante avec la littérature sur les apports en termes de qualité de vie. Ne pas la proposer est maintenant, au vu de la littérature scientifique, une véritable perte de chance pour ces femmes. On pourrait envisager que l'activité physique adaptée soit désormais intégrée dans tous les protocoles de soins durant les Réunion Concertation Pluridisciplinaire (RCP), au même titre que les autres traitements de la maladie.

Même si la prise en charge psychologique est souvent proposée dans les prises en charge oncologiques, beaucoup de nos patientes n'ont pas pu y avoir accès et ont dû faire la démarche seule. La méta-analyse de Duitjs suggère que l'association des techniques cognitivo-comportementales avec un programme d'AP pratiqué en groupe dans les suites de traitements améliore la qualité de vie globale de manière plus importante que la pratique d'AP seule, ou le recours seul à une thérapie comportementale (3). La proposition d'une aide psychologique systématique, au début du protocole d'activité physique, pourrait donc être pertinente. Dans cette démarche de prise en charge psychologique, des femmes ont également soulevé l'envie de continuer à partager avec le groupe en dehors des séances. Des groupes de paroles et d'échanges pourraient être mis en place au sein du protocole pour permettre à ces femmes d'avoir plus de temps pour communiquer avec des personnes à même de les comprendre.

V. CONCLUSION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme aussi bien en termes de prévalence que de mortalité. Son diagnostic et ses traitements viennent altérer la qualité de vie des femmes, autant sur le plan physique, psychique que social. La littérature est riche d'essais thérapeutiques randomisés évaluant l'intérêt d'une activité physique adaptée tout au long de la prise en charge d'un cancer du sein. Elle a largement démontré son intérêt en réduisant le risque de récurrence et de mortalité par cancer du sein, mais peu d'études se concentrent sur l'expérience vécue par ces femmes.

L'objectif de cette étude était d'explorer l'impact d'un protocole de réhabilitation individualisé sur la qualité de vie de femmes traitées pour un cancer du sein. Une étude qualitative selon l'approche par analyse interprétative phénoménologique a été menée auprès de douze patientes traitées dans l'Unité de Médecine de l'Exercice et du Sport au Centre Hospitalier de Cahors.

Le programme semble avoir été une aide importante dans la reconstruction de soi, dans la reconstruction de leur féminité, dans la reprise du contrôle de leur vie et dans l'amélioration de la qualité de vie globale de ces femmes.

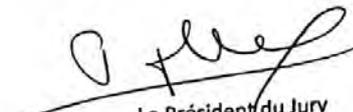
Nos différents résultats sont concordants avec les données de la littérature. L'intégration d'un protocole d'activité physique protocolisé et individualisé dans le traitement de ces femmes paraît être fondamental dans la prise en charge de l'après cancer, avec une diminution des effets indésirables à long terme et une amélioration de leur qualité de vie. Cela a permis à ces femmes, en plus des bénéfices sur la morbi-mortalité, de devenir actrices de leur santé et d'améliorer leur quotidien.

Ce travail retraçant l'expérience vécue par ces femmes peut également aider d'autres programmes du même type à se développer ou à s'améliorer. L'Agence du Développement Professionnel Continu prévoit dans ses orientations nationales prioritaires de 2023-2025 le déploiement de l'activité physique adaptée, avec notamment le renforcement des compétences des médecins à la prescription de l'activité physique adaptée. Inclure les médecins traitants en les encourageant à prescrire systématiquement une activité physique adaptée dans le parcours de ces patientes semble essentiel.

Une recherche future pourrait être d'évaluer les freins des médecins généralistes à la prescription et à l'adressage de leurs patientes dans un programme d'activité physique individualisé et protocolisé.

Vu

Toulouse le 15/11/2022


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 16/11/2022

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



VI. BIBLIOGRAPHIE

1. SPF. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-tumeurs-solides-etude-a-partir>
2. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349728>
3. Ancellin R, Gaillot-de Saintignon J. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer : des connaissances scientifiques aux repères pratiques. *Oncologie* [Internet]. avr 2017 [cité 6 sept 2022];19(3-4):95-107. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10269-017-2703-3>
4. Commission Européenne. Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique [Internet]. European Commission - European Commission. 2014 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/MEMO_14_207
5. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Acta Oncol* [Internet]. 28 mai 2015 [cité 6 sept 2022];54(5):635-54. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2014.998275>
6. Toussaint JF. RETROUVER SA LIBERTÉ DE MOUVEMENT. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008. 295.
7. Stratégie Nationale 2019-2024 [Internet]. Le site du ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. 2022 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/>
8. Francequin G. Cancer du sein : Une féminité à reconstruire [Internet]. Toulouse: Érès; 2012. 268 p. (Sociologie clinique). Disponible sur: <https://www.cairn.info/cancer-du-sein-une-feminite-a-reconstruire--9782749234229.htm>
9. Lantheaume S. Cancer du sein, activité physique adaptée et qualité de vie | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2017 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0003448716300816?token=6856A3C8BA276421344E748BB9AEF0FC8DE129233F9A463FACFC8F4E62167DF19B8B07FC2D816BA5E185356B128D969&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221106151412>
10. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 août 2012 [cité 6 sept 2022];2012(8):CD008465. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7389071/>
11. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr* [Internet]. déc 2017 [cité 9 août 2022];62(4):373-85. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033298416300012>

12. Baptiste Devaux. Etude évaluant le bénéfice d'une activité physique protocolisée (programme de ré entraînement à l'effort) chez les patients porteurs des deux principaux rhumatismes inflammatoires chroniques [Thèse d'exercice]. Toulouse, France: faculté de médecine de Purpan; 2022.
13. document_-_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2022]. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/document_-_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf
14. Schmitz KH, Speck RM, Rye SA, DiSipio T, Hayes SC. Prevalence of breast cancer treatment sequelae over 6 years of follow-up. *Cancer* [Internet]. 2012 [cité 6 nov 2022];118(S8):2217-25. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.27474>
15. Fitch MI, Gray RE, Godel R, Labrecque M. Young women's experiences with breast cancer: an imperative for tailored information and support. *Can Oncol Nurs J Rev Can Nurs Oncol*. 2008;18(2):74-86.
16. Reese JB, Sorice K, Lepore SJ, Daly MB, Tulsy JA, Beach MC. Patient-Clinician Communication about Sexual Health in Breast Cancer: A Mixed-Methods Analysis of Clinic Dialogue. *Patient Educ Couns* [Internet]. mars 2019 [cité 6 nov 2022];102(3):436-42. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6421101/>
17. Zimmermann T, Scott JL, Heinrichs N. Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psychooncology* [Internet]. 2010 [cité 6 nov 2022];19(10):1061-8. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.1660>
18. 4ème rapport de l'Observatoire sociétal des cancers [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/32486_4eme-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers
19. Jammes E, Le Cain A. CANCER DU SEIN, SE RECONSTRUIRE APRES UNE MASTECTOMIE [Internet]. 2014 [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02114297>
20. Panes-Ruedin B. Couples et cancer du sein : l'expérience de la sexualité. Genève, Suisse: Université de Genève; 2011
21. Catherine Cerisey: ses articles à lire [Internet]. Slate.fr. [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.slate.fr/source/124003/catherine-cerisey>
22. Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem | The Oncologist | Oxford Academic [Internet]. [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/oncolo/article/12/S1/4/6395717?login=false>
23. Negri A, Baas C. Les effets de l'annonce du cancer. *J Psychol* [Internet]. 2014 [cité 13 nov 2022];317(4):18-23. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-4-page-18.htm>
24. Les besoins psychosociaux des femmes atteintes d'un cancer du sein – Projet de fin d'études [Internet]. [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.rapport-gratuit.com/les-besoins-psychosociaux-des-femmes-atteintes-dun-cancer-du-sein/>
25. VICAN2 : La vie 2 ans après un diagnostic de cancer [Internet]. Ipsos. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/vican2-la-vie-2-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer>

26. Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology* [Internet]. 2002 [cité 6 nov 2022];11(2):124-31. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.585>
27. Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1470204516305733?token=72915CFA29F19365C49B94197AF1D66D2D638E273E663D8DE647A299ECACCB234ECE76BA25CE12F36E802BAFA817896&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221106145627>
28. Irwin ML, Duggan C, Wang CY, Smith AW, McTiernan A, Baumgartner RN, et al. Fasting C-Peptide Levels and Death Resulting From All Causes and Breast Cancer: The Health, Eating, Activity, and Lifestyle Study. *J Clin Oncol* [Internet]. 1 janv 2011 [cité 6 nov 2022];29(1):47-53. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055859/>

VII. ANNEXES

Annexe 1. Fiche d'information destinée aux participantes

FICHE D'INFORMATION

Cancer du sein et activité physique protocolisée



Qui sommes-nous ?

Mme VEDELHIE Anaïs et Mme DUMONT
Elise, interne en médecine générale à
l'université de Toulouse.

Quelle est cette étude ?

Il s'agit d'un travail de recherche dans le
cadre d'une thèse de médecine générale,
sur le thème cancer du sein et activité
physique protocolisée. Sous la direction
du Professeur Yves Abitieboul.

Pourquoi vous ?

Notre étude porte sur les patientes ayant
participé à une activité physique
protocolisée à l'hôpital de Cahors. Nous
aimerions connaître votre expérience.
Votre histoire nous intéresse.

Dans quel but ?

Avec cette étude, nous souhaitons avoir une
meilleure connaissance de votre expérience
et ainsi pouvoir ajuster les séances et mieux
informer les futures participantes à ce
programme.

Mentions légales

Votre nom n'apparaîtra jamais dans l'étude
et votre confidentialité est garantie. Votre
consentement est nécessaire pour
participer à l'étude. Il n'y aura aucune
participation financière de votre part.

En quoi consiste votre participation ?

Il s'agit de participer à un entretien individuel,
enregistré par dictaphone, avec l'une d'entre nous.
Nous échangerons ensemble sur votre expérience.
L'entretien dure en moyenne une heure, mais nous
nous adapterons à vous.

Où et quand ?

Nous vous laissons libre de choisir la date, l'heure et
le lieu de l'entretien, de préférence dans un endroit
calme où vous vous sentez à l'aise.

Vous pouvez prendre le temps de lire et de
comprendre ces informations, de réfléchir à votre
participation et de demander au médecin
responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous
n'avez pas compris.

Vous êtes intéressée ?

Pour nous joindre :

VEDELHIE Anaïs : 06.67.45.36.13

DUMONT Elise : 06.84.86.02.47

Annexe 2. Guide d'entretien, première version

Bonjour. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien.

Je suis Elise DUMONT/ Anaïs VEDEILHIE, interne en médecine générale, et je réalise cette étude dans le cadre de mon travail de thèse.

Je vais, avec votre accord, enregistrer l'entretien pour permettre une retranscription fidèle de vos propos. Les données recueillies seront anonymisées et ne seront exploitées qu'à des fins de recherche.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous importe est votre propre expérience vécue.

Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien ?

Si vous êtes d'accord nous allons commencer. Vous pouvez à tout moment décider de ne pas continuer cet entretien.

- Pour commencer, vous pourriez peut-être me parler de votre parcours médical, de votre histoire ?
- Et dans ce contexte de cancer du sein et du parcours qui est le vôtre, pourriez-vous me dire qu'est-ce que cela a changé pour vous de participer à cette activité physique protocolisée ?

Annexe 3. Guide d'entretien, version finale

Bonjour. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien.

Je suis Elise DUMONT/ Anaïs VEDEILHIE, interne en médecine générale, et je réalise cette étude dans le cadre de mon travail de thèse.

Je vais, avec votre accord, enregistrer l'entretien pour permettre une retranscription fidèle de vos propos. Les données recueillies seront anonymisées et ne seront exploitées qu'à des fins de recherche.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous importe est votre propre expérience vécue.

Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien ?

Si vous êtes d'accord nous allons commencer. Vous pouvez à tout moment décider de ne pas continuer cet entretien.

Pour commencer, vous pourriez peut-être me parler de votre parcours médical, de votre histoire ?

- Comment vous sentiez vous, dans votre corps, dans votre esprit ?

Pourriez-vous me dire ce que le programme d'activité physique à l'hôpital de Cahors a changé pour vous, dans votre vie, quel vécu en avez-vous eu ?

- Qu'est-ce que ça a changé personnellement pour vous sur le vécu physique et le ressenti psychologique ?
- Quelle évolution percevez-vous depuis le début de la maladie ?
- Comment cela a-t-il impacté votre entourage ?

Annexe 4. Extrait verbatim d'Isabelle.

(p) Comment je l'ai. Je l'ai su, j'ai passé une mammographie, les mammographies qui sont obligatoires tous les deux ans donc là on m'a annoncé qu'il y avait peut-être une tumeur qu'il faudrait passer une IRM enfin ça a été bizarre j'ai passé un examen bizarre j'ai été voir mon médecin... Non, c'est mon mari qui s'est occupé de tout en fait parce qu'à partir de ce moment-là je crois que j'ai eu des antennes et je me doutais qu'il y avait quelque chose. Donc mon mari avec les résultats est allé voir mon médecin traitant qui de suite m'a orienté vers Oncopole donc heu j'ai été prise de suite en charge là-bas et j'ai été énormément rassurée. Donc j'ai passé un PET scan bon bref heu... d'abord y a eu la biopsie. Résultat mon médecin traitant m'a convoqué et il m'a dit que j'avais vraiment un cancer donc j'ai su que j'avais un cancer en février et je me suis faite opérée du sein. Et à partir de là c'est enchaîné tout ce qui est chimio à partir du mois d'août, fin août. Et ensuite rayons, 34 séances de rayons. Et ensuite est arrivé la réhabilitation par le sport alors j'en ai entendu parler par la kinésithérapeute qui me faisait le drainage lymphatique du bras et qui m'a parlé de cette réhabilitation puisque c'est elle qui s'en occupe et là j'ai sauté sur l'occasion j'ai dit banco parce que j'étais dans un tel état parce qu'il fallait que je récupère. J'y suis allée passer le test d'effort à Cahors et j'ai attaqué mes séances de réhabilitation de novembre à fin février. Voilà. Et pour moi ça a été formidable. Ça a été formidable parce que j'y suis arrivée je pouvais... L'escalier que vous voyez (me montre l'escalier une vingtaine de marches) j'avais trois paliers je n'arrivais pas à le monter sans être essouffée comme si j'avais fait un marathon c'était une horreur je pouvais plus je ne pouvais plus rien faire normalement et cette réhabilitation par le sport ben à la fin je montais l'escalier en galopant. Et ça s'est formidable ça m'a, on revit, c'est génial (sourire).

(i) Quand vous me dites que vous vous sentiez dans un tel état qu'est-ce que vous ressentiez à ce moment-là, après avoir eu la chirurgie, la radiothérapie...

(p) Je suis quelqu'un qui avance, je suis une combattante, mais ça faisait beaucoup, la mon corps, mon corps et puis le mental ça faisait beaucoup. Même si je me disais j'ai mal vécu les chimio ça a été très dur pour moi, j'étais malade j'étais... Même si je me disais c'est pour te faire du bien au final il faut en passer par là ça a été très difficile c'est à dire sur trois semaines j'en avais une toutes les quatre semaines y a trois semaines allez on va dire non trois semaines où j'en bavais et après quand je commençais à me sentir un peu mieux paf je repartais à l'Oncopole pour en prendre une autre secousse. Donc ça a été difficile. Et puis y eu la perte des cheveux. Ça c'est quelque chose. Je pense que toutes les femmes que vous allez écouter... C'est quand même quelque chose même si on si attends même si on nous l'a dit même si on s'y prépare qu'on prévoit tout un protocole moi je me revois avec mon mari je voulais surtout pas trouver des cheveux sur mon oreiller alors des que... On est prévenu qu'à la première chimio 21 jours à peu près après on commence à perdre ses cheveux, alors effectivement 21 jours après j'ai commencé en prenant ma douche j'ai vu juste un peu de cheveux mais pas beaucoup donc de suite je suis sortie de la salle de bain, il était prévu avec mon mari qu'il prenne une tondeuse et qu'il me rase la tête. Mais voilà c'était... on s'était bien préparé à ça. Donc il l'a fait et puis ça a été. Mais enfin voilà faut l'accepter. Faut l'accepter. J'avais les cheveux à peu près là (signe indiquant cheveux en dessous de l'épaule) toujours avec des couleurs toujours voilà peut-être que je voulais savoir comment j'étais sans les couleurs avec les cheveux blancs, avec les cheveux courts (rire). Maintenant ça ne me pose pas de problème. Et après faut vivre en étant chauve quoi. Mais ça, ça ne me posait pas de problème. Ça me posait juste un problème quand je sortais les rares fois où je suis allée faire mes courses où j'allais dans un magasin mais par rapport au... Par respect pour les autres personnes parce qu'on était en période de covid etcetera etcetera vous avez plus de cheveux vous avez plus de cil vous avez plus de sourcil vous n'avez plus rien du tout vous avez un masque c'est très dur. Donc là je me mettais quelque chose sur la tête. Mais autrement je l'ai vécu, j'ai assumé mes cheveux courts j'allais à Oncopole sans rien sur la tête je n'ai jamais acheté de perruque. J'avais juste un petit foulard d'été à me mettre dessus de temps en temps quand j'allais aux courses mais c'était tout. J'allais à Oncopole tête nue je repartais Oncopole tête nue. Après je l'acceptais. Je l'ai accepté très bien même. Je n'étais pas embêté pas besoin de me mouiller la tête pas besoin de (rire) c'était très très... Mais c'est vrai que même si je savais que j'allais perdre mes cheveux quand l'oncologue me... Je lui ai quand même posé la question juste avant les chimio : « Est-ce que je vais vraiment perdre mes cheveux ? » elle m'a répondu ben oui et là ben vous vous effondrez. Même si avant vous aviez prévu que votre mari allait vous raser la tête et tout et tout que c'était callé dans votre tête il y a quand même ce "deuil" à faire voilà. Donc y a eu ça, les chimio difficiles ensuite on embraille sur les rayons et on n'a pas de temps de on n'a pas de temps de pause. Mais bon c'est normal c'est le protocole il est comme ça n'y a pas de temps de pause et on attaque sur les rayons. Voilà. Là on enchaîne des rayons tous les jours. Et ça c'est très très fatigant. Ce n'était pas douloureux parce que j'étais très bien suivie par un coupeur de feu qui est dans le secteur qui m'a beaucoup beaucoup aidé. Mais c'était très fatigant. Là les dernières séances ce sont les plus... On en peut plus. Voilà. Et après j'ai embrayé sur le sport et la ça a été, ça a été là vous revivez en fait. Vous revivez. Parce que l'hormonothérapie, je suis hormonothérapie, j'ai attaqué l'hormonothérapie pour 10 ans. Donc je n'avais pas encore d'effet secondaire, c'était le tout début donc je me consacrais aux séances de sport, ça me faisait du bien je revoyais du monde, je sortais un peu de la maison, j'étais plus autonome parce que je me déplaçais en voiture et j'allais à mes séances je ne me faisais pas transporter donc c'était c'était bien et ça m'a fait énormément de bien, vraiment et heureusement que je suis tombée sur une kiné qui s'est occupée de ça.

Annexe 5. Déclaration à la CNIL



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cnge.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 19 janvier 2022,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Expérience vécue de femmes traitées pour un cancer du sein sur leur participation à des séances d'activité physique protocolisées et individualisées dans une unité de médecine du sport hospitalière »."

AVIS 060122330

-
Le comité d'éthique a rendu un avis favorable avec réserves au projet intitulé « Expérience vécue de femmes traitées pour un cancer du sein sur leur participation à des séances d'activité physique protocolisées et individualisées dans une unité de médecine du sport hospitalière ».

Les réserves ont porté sur les 2 points suivants :

. Le fait que les médecins donnent les coordonnées des femmes aux chercheurs n'est pas approprié. Il serait plus approprié que les médecins donnent les coordonnées des chercheurs aux femmes, dans le but de ne pas avoir de transmission de données directement identifiantes.

. La question figurant en page 5 interrogeant les participantes « Comment vous sentiez vous au début ... ? » n'est pas claire. A quelle période fait-on référence ? Il faudrait stipuler une notion de temporalité.

. Le comité demande aux auteurs de prévoir une procédure de remédiation, consistant à prévoir l'orientation vers un professionnel de santé au terme de l'entretien. Celui-ci pourrait en effet aborder des problématiques complexes et ceci pourrait déstabiliser la participante à l'occasion de la recherche.

Le comité confie aux chercheurs la responsabilité de tenir compte de ces réserves et ne prévoit de revoir le dossier en session.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 6. Lettre de consentement

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicitée pour participer au projet de recherche en santé : Le vécu des femmes atteintes de cancer du sein ayant participé à une activité physique protocolisée à l'hôpital de Cahors.

Pour mener à bien ce projet, je participerai à un entretien individuel qui sera enregistré puis retranscrit au mot près. L'anonymat sera respecté dès l'étape de retranscription.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenue que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informée que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informée de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci. Si je le désire, une fois la retranscription effectuée, je pourrais recevoir un exemplaire de mon entretien.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom-Prénom :

Lieu et date :

Signature :

Titre : Femmes traitées pour un cancer du sein : exploration du vécu d'un programme d'activité physique individualisé et protocolisé. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés à l'hôpital de Cahors.

Auteurs : Elise Dumont et Anaïs Vedeilhie.

Directeurs de thèse : Pr Yves Abitboul et Pr Anne Freyens.

Résumé

Introduction : En 2018, 12146 décès par cancer du sein ont été recensés en France. C'est le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Dès l'annonce de la pathologie, au cours des traitements et pendant la rémission, la santé globale et la qualité de vie des femmes sont considérablement altérées. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'impact du programme d'activité physique proposé à l'hôpital de Cahors sur la qualité de vie de femmes traitées pour un cancer du sein.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude qualitative s'inspirant de l'analyse phénoménologique interprétative en suivant les critères COREQ. Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : 12 entretiens réalisés entre juin 2021 et juillet 2022 ont été analysés. Notre analyse phénoménologique et interprétative a fait émerger trois thèmes centraux qui décrivent l'expérience des femmes traitées pour un cancer du sein ayant participé à une activité physique adaptée. Ces thèmes s'articulent autour de la reconquête corporelle et identitaire, de la réinsertion sociale et du programme comme fil conducteur de la vie.

Discussion : Le programme semble avoir été une aide importante dans la reconstruction de soi, dans la reconstruction de leur féminité et dans la reprise du contrôle de leur vie. Il a permis la réappropriation des rôles sociaux et la levée de l'isolement sociale. Il s'inscrit dans une volonté de prise en charge globale et d'amélioration de la qualité de vie.

Conclusion : L'intégration d'un protocole d'activité physique dans le parcours de soins des femmes atteintes de cancer du sein paraît être une option viable pour le suivi dans l'après cancer avec un encadrement rapproché, une diminution des effets indésirables à long terme et une amélioration de globale de la qualité de vie.

Women treated for breast cancer : exploration of the experience of an individualized and protocolized physical activity program. Qualitative study by semi-directed interviews at Cahors hospital.

Abstract

Introduction : In 2018, 12146 breast cancer deaths were recorded in France. It is the most common and deadliest cancer in women. From the pathology announcement, during treatment and during remission, the overall health and quality of life of women are considerably altered. The main objective of this work was to evaluate the impact of the physical activity program offered at Cahors' hospital on the quality of life of women treated for breast cancer.

Material and Method : We conducted a qualitative study inspired by interpretative phenomenological analysis following the COREQ criteria. Data collection was carried out through individual semi-structured interviews.

Discussion : The program seems to have been an important help in rebuilding themselves, in rebuilding their femininity and in regaining control of their lives. It also allows the reappropriation of social roles and the lifting of social isolation. It is part of a desire for comprehensive care and improvement of the life quality.

Conclusion : The integration of a physical activity protocol into the care pathway of women with breast cancer appears to be a viable option for post-cancer follow-up with close supervision, a reduction in long-term adverse effects and an overall improvement in quality of life.

Keywords: Breast cancer, physical activity, quality of life.