Année universitaire 2023-2024

Master 2ème année

Master STAPS mention : Activité Physique Adaptée et Santé

Parcours : Activité physique adaptée et santé

MÉMOIRE

TITRE : Effets de la relaxation et de la méditation sur le rétablissement psychologique et social des femmes en rémission du cancer du sein

Par : Danaé BONNET

Sous la direction de : Madame Brigitte MAINGUET

Soutenu à la Faculté des Sciences du Sport et

de l'Éducation Physique le : 21 Mai 2024

« La Faculté des Sciences du Sport et de l'Education Physique n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires ; celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Sommaire

Remerciements

Glossaire

A. ***Partie 1 : Positionnement du sujet du mémoire :*** *6*

A. Introduction 6

B. Revue de littérature 7

1. Présentation de la pathologie 7
2. Les conséquences psychologiques 12
3. Prise en charge, recommandations et bénéfices de l'APA 13
4. Les limites 15
5. Problématique du mémoire 15

Partie 2 : Evaluations, résultats et interprétations : 16

A. Protocole 16

1. Présentation du protocole de l'étude 16
2. Présentation de la population 17
3. Présentation des outils validés 17
4. Présentation des outils pédagogiques 19
5. Programmation 19

B. Statistiques 23

C. Discussion 32

Bibliographie

Partie 3 : Projet professionnel : 42

Remerciements

A l'issue de ce travail, je souhaite exprimer ma gratitude et mes remerciements à l'ensemble des personnes qui ont contribuées à la réussite de mon stage :

Madame Mainguet, directrice de mémoire de l'Université de Lille, pour son suivi et son écoute permanente.

Madame Fontaine et toute l'équipe du comité régional Handisport des Hauts de France pour le précieux encadrement, leur assistance dans l'élaboration du projet et leur soutien constant tout au long de la réalisation de mon mémoire.

Monsieur Bensalem, tuteur de stage, enseignant en APA au sein du LUC, pour son soutien, sa confiance et ses précieux conseils.

Monsieur Blondé, référent de la maison sport du LUC, de m'avoir soutenu et encadré dans la conduite de mon projet.

L'ensemble du corps éducatif pour la qualité des enseignements.

Glossaire

LUC : Lille Université Club

APA : Activités Physiques Adaptées

EAPA : Enseignant(e) en Activités Physiques Adaptées

EMMBEP : Echelle de mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique

Partie 1 : Positionnement du sujet du mémoire

A. Introduction

De manière générale, le cancer représente l'une des principales causes de décès à l'échelle mondiale (Bray et al., 2021). L'un des cancers le plus diagnostiqué est celui du sein, il est l'un des quatre types de maladie les plus courantes. Le cancer du sein est fréquemment observé chez les femmes, se classant comme la deuxième cause de décès parmi cette population (Wen et al., 2024).

Habituellement, nous avons tendance à penser que le cancer du sein se manifeste principalement à travers des impacts physiques visibles tels que les cicatrices, la perte de cheveux ou même l'ablation du sein. Cependant, les répercussions sur le plan mental sont tout aussi significatives, voire plus profondes.

En effet, le cancer du sein, en plus des conséquences physiques destructrices, a un impact significatif sur la santé mentale des femmes. Des troubles psychologiques naissent dès l'annonce du diagnostic. Une détresse psychologique apparaît, liée à diverses émotions telles que le doute, le désespoir, la colère ou encore la peur (Cameron et al., 2006). L'ensemble de ces émotions déclenchent de l'anxiété et de la dépression causant un mal-être mental (Kim et al., 2021). Ces troubles, pour la plupart des femmes, s'intensifient pendant les traitements.

En outre, en supplément des émotions négatives causées par l'annonce de la maladie, les traitements influencent également l'image corporelle des femmes en modifiant à la fois l'apparence et l'intégrité de leur corps (Annunziata et al., 2011). Cette image corporelle altérée entraîne une dégradation de leur qualité de vie globale et provoque des changements dans les fonctions interpersonnelles et sociales, conduisant à l'isolement social (Olasehinde et al., 2019).

Afin d'atténuer ces troubles liées au cancer, l'activité physique est une solution dans le parcours de soins des femmes en rémission du cancer du sein. Ce public a souvent besoin d'une réadaptation après le traitement. Bicego et al ont démontré en 2009 que l'activité physique permet aux patientes de se réhabiliter plus facilement et de voir leur qualité de vie s'améliorer. Leur recherche s'est penchée sur les effets de différentes formes d'exercices sur la qualité de vie de ces femmes. Ils ont proposé diverses activités, telles que l'aérobie, des exercices de renforcement musculaire, de la danse thérapeutique ou encore du tai-chi. Diverses méthodes d'évaluation ont été déployées pour mesurer ces effets, avec l'utilisation de l'échelle de satisfaction de vie, par exemple. Il en ressort comme résultat que l'exercice peut être une stratégie efficace pour améliorer la qualité de vie des femmes. Cependant, des recherches futures sont nécessaires pour déterminer les types et les paramètres d'exercices.

L'activité physique est positivement associée à la santé mentale et est fortement liée à des effets positifs sur les individus, notamment lorsqu'elle est pratiquée en groupe (Buecker et al., 2020). Ces effets contribuent au bien-être mental grâce aux interactions sociales. Le soutien mutuel qui se produit entre les personnes impliquées dans l'exercice, joue un rôle important sur la santé mentale et principalement sur l'humeur. Ce soutien motive et encourage les autres dans l'exercice même lorsqu'il devient difficile. Il permet également d'éloigner les pensées négatives en les remplaçant par des encouragements, favorisant ainsi la concentration. De plus, il renforce la confiance en soi et la conviction de réussir, ce qui favorise la création de liens sociaux et le sentiment d'appartenance à un groupe (Peluso et al., 2005).

Plus particulièrement, la pratique de la pleine conscience, améliore l'humeur, atténue le stress, l'anxiété et la dépression (Singh et al., 2023). Ces interventions favorisent une plus grande sensibilisation et une acceptation accrue de ses propres pensées, sentiments et expériences, favorisant ainsi un bien être mental positif. En effet, en se concentrant sur le moment présent avec une attitude ouverte et non critique, la pleine conscience permet à une personne de prendre conscience de ses pensées, sentiments et sensations corporelles sans les juger ni s'y attacher. En acceptant ses pensées et émotions sans chercher à les contrôler ou à les supprimer, le niveau de stress et d'anxiété est moindre. En adoptant une attitude de bienveillance envers soi-même, la pleine conscience amène donc à un sentiment de bien-être mental positif.

L'objet de ce mémoire consiste à étudier le rétablissement psychologique et social chez les femmes en rémission du cancer du sein, en évaluant deux approches : d'une part, le niveau d'anxiété sociale et d'autre part, le niveau de bien-être psychologique. Ces approches sont analysées par le biais de l'activité physique et principalement, par la pratique de la relaxation et de la méditation. Pour cela, j'aborderai les effets de la méditation et de la relaxation. Dans un premier temps, je présenterai le sujet ainsi que la prise en charge en termes d'activités physiques. Dans un second temps, j'analyserai les effets de la prise en charge en m'appuyant sur les statistiques pour ainsi réaliser une discussion.

B. Revue de littérature

1. Présentation de la pathologie :

a) Définition du cancer du sein :

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le cancer du sein comme : « une maladie caractérisée par la croissance incontrôlée de cellules mammaires anormales qui forment des tumeurs ». Si ces tumeurs ne sont pas traitées, celles-ci peuvent se propager dans l'organisme

et avoir une issue fatale. Il existe de nombreux symptômes. Sur le plan physique, le cancer du sein amène à : une fatigue extrême, un sommeil perturbé, des douleurs, une perte d'appétit, des nausées/vomissements, etc… Sur le plan psychologique et social, l'humeur, la capacité de travailler, les relations avec d'autres personnes, la jouissance de la vie, sont également perturbées (Whisenant et al., 2023).

Afin de diagnostiquer un cancer du sein, diverses approches sont possibles. L'utilisation de l'imagerie médicale constitue la principale approche pour dépister le cancer du sein à un stade précoce. Elle permet d'observer la tumeur et de détecter les différentes lésions. La thermographie, est une seconde approche pour le diagnostic. Cette méthode consiste à capturer la température de la surface du corps à l'aide d'images thermiques et de la convertir en signaux électriques. Si des changements irréguliers dans les images thermiques sont aperçus, alors un cancer du sein est diagnostiqué. Et pour finir, comme troisième approche, nous avons l'échographie. L'échographie est une aide au dépistage et permet de vérifier qu'aucune anomalie n'est présente au niveau du sein (Wen el al., 2024).

Au cours de la maladie, une femme passe par différentes phases. On distingue la phase de diagnostic, chronique et la phase terminale. Elles apportent d'extrêmes émotions et impactent divers domaines de la vie, tels que l'aspect physique, mental, social ou encore spirituel (Cieslak et al., 2017).

Lorsqu'une femme est informée de sa maladie, elle devient généralement très impuissante et désespérée de devoir adapter sa vie personnelle et familiale, ce qui provoque un stress mental extrême supplémentaire (Khoori et al., 2024). En effet, d'un point de vue personnel, le cancer du sein a un impact significatif sur la santé mentale des femmes, en particulier lorsqu'elles subissent une mastectomie. La crainte de perdre une partie de son identité physique peut engendrer des préoccupations profondes quant à l'apparence et à la féminité. Ces appréhensions se répercutent sur les interactions sociales, générant des inquiétudes sur la perception de la féminité par la société (Khoori et al., 2024).

b) Les déterminants du cancer du sein :

Les facteurs de risque du cancer du sein sont nombreux et complexes. Ils résultent de l'interaction entre les facteurs génétiques, environnementaux et hormonaux.

Les antécédents familiaux sont les principaux facteurs de risques pour développer un cancer du sein (French et al, 2020). En effet, il a été démontré par Lancet, à travers son étude épidémiologique, que le risque de cancer du sein est de 1,8 fois plus élevé dans les familles dont un parent est atteint et de 2,93 fois dans les familles avec deux parents atteints (Lancet et al., 2001). Il est important d'identifier d'autres facteurs, puisque la génétique du cancer du sein n'explique que la moitié des cas incidents.

En outre, les facteurs environnementaux jouent également un rôle dans le développement du cancer du sein (Caroll et al., 2023). Parmi ces facteurs, on y retrouve la

pollution de l'air extérieur ou encore la lumière de la nuit. En effet, une forte exposition à la lumière pendant la nuit est devenue un véritable problème de santé publique (Sweeney et al., 2022). Il a été démontré par Lunn et al en 2017, à travers un atelier public et une webdiffusion avec des experts, qu'une exposition à ces lumières développe des maladies cardiovasculaires, des troubles de l'humeur et des risques de cancer. La première partie de cet atelier regroupe les concepts de lumière électrique comme effecteur et catalyseur et fournit des informations sur les effets néfastes potentiels sur la santé. La deuxième partie traite des questions clés liées à l'avancement de la science.

Ces troubles sont dûs à une perturbation de la sécrétion de mélatonine et du schéma veille-sommeil, causés par ces lumières (Stevens et al., 2013). La mélatonine, en tant que signal nocturne, joue un rôle crucial dans la modulation des rythmes circadiens. Ce signal représente actuellement le seul mécanisme circadien ayant démontré des propriétés anticancéreuses. Une altération de la mélatonine et du signal associé, favorise la prolifération des cellules cancéreuses du sein et altère la transduction du signal, restreignant ainsi la croissance tumorale (Lunn et al., 2017).

c) Les traitements :

Il existe de nombreux traitements pour le cancer du sein et le choix du traitement dépend de plusieurs facteurs tels que le stade du cancer, le type de cancer, de la présence ou non de métastases. En effet, lorsque le cancer est à un stade précoce, quatre approches sont possibles : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie (Harbeck et al., 2017). Si le cancer est non métastatique, la chirurgie est priorisée. Cette chirurgie se nomme la mastectomie. La mastectomie se caractérise comme l'ablation complète du tissu mammaire (Deshpande et al., 2023). Elle est pratiquée en cas de grandes tumeurs, de contre-indication à la radiothérapie ou à la demande de la patiente.

La radiothérapie, quant à elle, est un traitement local qui permet de réduire de manière significative le risque de récidive locale par rapport à la mastectomie (Kouhen, 2023). Elle est un élément crucial dans le traitement du cancer du sein.

La chimiothérapie est le traitement qui procure le plus d'effets secondaires tels que la fatigue, la nausée, la douleur physique, les neuropathies, entraînant des réductions de la fonction physique (Murray et al., 2021 ; Mustian et al., 2017).

Les traitements du cancer du sein provoquent divers effets secondaires et répercussions sur le bien-être des patients. Ils représentent des menaces importantes pour la santé et peuvent être extrêmement stressantes pour les femmes (Borgi et al., 2020). Ils influencent le confort de la vie et affectent l'activité quotidienne (Kamińska et al., 2015).

Sur le plan physique, cela se manifeste par une fatigue persistante, une augmentation du poids, une chute de cheveux, des troubles gastro-intestinaux et la présence de cicatrice sur le corps. Conjointement, sur le plan émotionnel, une certaine détresse psychologique se met en place

(Fradelos et al., 2017). Les traitements peuvent déclencher de l'anxiété et /ou du stress et/ou de la dépression.

Ces changements d'apparence impactent fortement les patientes et peuvent provoquer des changements brusques dans l'identité de soi, la confiance en soi, l'estime de soi et avoir des impacts négatifs sur les relations sociales. Leur comportement social est de ce fait gravement affecté, ce qui entraîne des restrictions sur leur vie sociale et des changements dans leurs activités de vie quotidienne.

De plus, au moment du diagnostic du cancer, les femmes ressentent de nombreuses émotions telles que l'anxiété, la peur, ou encore l'incertitude. Ces sentiments peuvent s'intensifier tout au long du traitement, ajoutant ainsi une charge émotionnelle supplémentaire (Ellis et al., 2019).

Type de traitement	Effets à long terme	Effets tardifs
Chirurgie	- Manque de sensibilité de la peau - Troubles de l'image corporelle - Douleur / Engourdissement - Faiblesse	- Lymphœdème - Neuropathie
Radiothérapie	- Fatigue - Sensibilité/ douleur de la peau - Atrophie mammaire / volume mammaire asymétrique - Lymphœdème - Dysfonctionnement sexuel	- Décoloration de la peau - Sensibilité / douleur de la peau - Modification de la taille du sein - Essoufflement - Maladie cardiovasculaire
Chimiothérapie	- Déficience cognitive - Fatigue - Infertilité - Augmentation du poids / Obésité - Neuropathie - Perte de cheveux - Problèmes de santé buccodentaire	- Ostéoporose - Risque accru de maladies cardiovasculaires et de leucémie
Hormonothérapie	- Bouffées de chaleur - Changements d'humeur - Symptômes/ douleurs musculo-squelettiques - Dépression - Détresse - Peur de la douleur	- Risque d'AVC - Risque de caillots sanguins - Risque d'ostéoporoses - Risque de fractures

Tableau n° 1 : Effets à long terme et tardifs des différents traitements du cancer du sein Runowicz et al., 2016).

Les traitements jouent un rôle important dans la dégradation psychologique et sociale des femmes. Cependant, d'autres facteurs en sont également responsables.

Parmi ceux-ci, le manque de soutien de la famille y tient une place importante. L'absence de l'entourage peut générer du stress ainsi que de l'anxiété. Ce stress est causé par le manque de communication avec la famille, de bienveillance et du fait de ne pas se sentir entourée (Spatuzzi et al., 2016).

Un autre facteur est la peur de la récidive, omniprésente chez une grande majorité des femmes. Ce facteur provoque de l'anxiété liée à la peur de mourir, aux futurs éventuels traitements et à la charge imposée à son entourage.

Cette peur amène à des comportements dysfonctionnels et principalement le comportement d'évitement (Sawma et al., 2022).

d) Complications du cancer du sein :

La maladie en elle-même n'entraîne pas de symptômes spécifiques, les symptômes et les complications sont les résultats des traitements (Chow et al., 2019).

Le traitement chirurgical, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie sont associés à l'apparition d'effets indésirables (Kamińska et al., 2015). Ces effets néfastes peuvent influencer le confort de la vie du patient et ainsi, diminuer la qualité de vie et affecter son mode de vie.

Les complications dépendent du type de traitement. En effet, Il a été démontré en 2015 par Kamińska et al, qu'une femme ayant eu recours à une mastectomie, présente un niveau d'anxiété et de dépression postopératoire plus élevée qu'une femme ayant subi un traitement avec conservation du sein. Les symptômes de l'anxiété et de la dépression sont plus dominants et plus intenses chez les femmes ayant subi une mastectomie. La mastectomie, caractérisée comme une amputation mammaire, amène à des conséquences psychologiques plus importantes que les autres traitements. Cela est dû à une diminution de l'estime de soi, au manque d'acceptation de son corps et à l'anxiété causée par la peur de perdre sa féminité (Lim et al, 2011). Ces émotions sont les plus courantes chez les patientes qui subissent des procédures radicales (Berthili et al., 2019). Une femme qui a recours à la mastectomie, est confrontée à des altérations physiques importantes qui peuvent être psychologiquement pénibles. Nous pouvons affirmer que les complications du cancer du sein sont propres à chacune.

Sur le plan physique, plus de la moitié des femmes atteintes d'un cancer du sein souffrent de comorbidités de bras, ce qui conduit à des limitations dans l'exercice des activités quotidiennes de la vie et du travail (Bijker et al., 2017).

Sur le plan psychologique, des perturbations au niveau social entrent en jeu (Choi et al., 2014). Ces perturbations sont liées à la maladie. Les femmes ont tendance à se désengager des activités sociales et à s'isoler. Ce comportement est dû au fait que les femmes se sentent incapables d'effectuer des activités et de participer à des rôles d'une manière satisfaisante (Keesing et al., 2018).

De plus, cet isolement est également causé par la fatigue et aux douleurs physiques. Il a été démontré par Calderón et al en 2019 que des niveaux élevés de fatigue et douleur sont associés à un fonctionnement social plus affaibli.

L'ensemble de ces complications ont un impact significatif sur la qualité de vie, à la fois sur le plan physique et psychologique. Cependant, les traitements restent indispensables pour vaincre la maladie, même si elles entraînent d'importants effets secondaires (Murray et al., 2023).

2. Les conséquences psychologiques :

e) L'après cancer :

La période de la rémission n'est pas à négliger. C'est une étape dans le processus de guérison qui reste complexe et qui nécessite un suivi important. Au-delà des conséquences des traitements sur le plan physique (cicatrices, fatigue, nausée, etc…), les conséquences sur le plan psychologique sont importantes durant cette phase. Au cours de cette période, les femmes éprouvent un mélange d'émotions, entre de la satisfaction relative à la fin du traitement et la peur de la récidive (De Masson, 2013).

De plus, la dépression et l'anxiété surviennent fréquemment. Afin d'atténuer ces sentiments et de discuter, le soutien familial est indispensable. En effet, il a été démontré par Karakoyun-Celik et al en 2009, que l'intensité de l'anxiété était plus élevée chez les femmes célibataires et sans enfant et que l'absence d'un conjoint lors des examens hospitaliers de suivi avait une influence négative sur l'état psychologique des patientes. Pour analyser cela, les auteurs ont utilisé le questionnaire de Beck afin d'évaluer les niveaux d'anxiété et de dépression. D'autre part, les relations familiales troublées et le manque de soutien de la famille sont liés aux états de dépression et d'anxiété vécus par les patientes (Lueboonthavatchai, 2007).

La rémission du cancer du sein touche différentes sphères. La vie professionnelle en est fortement impactée. En effet, au terme de leur cancer, les femmes doivent réorganiser leur quotidien du fait des modifications de leurs capacités physiques. Cette phase d'adaptation est source de stress. Par exemple, un poste de travail adapté entraîne une modification des conditions de travail, et peut également engendrer une baisse de la rémunération. Leurs capacités fonctionnelles sont réduites, ce qui nécessite parfois des aménagements. Ces modifications peuvent être perturbantes. Leur comportement social est gravement affecté, ce

qui entraîne des restrictions sur leur vie sociale. Tous ces facteurs peuvent contribuer au comportement dépressif et à l'isolement social (Sànchez et al., 2019).

3. Prise en charge, recommandations et bénéfices de l'APA :

f) Prise en charge :

Il est important de souligner que l'activité physique joue un rôle crucial dans la prise en charge des femmes en rémission du cancer du sein. Elle apporte à la fois des bénéfices sur la qualité de vie et sur la santé globale des femmes. Elle permet d'améliorer le sentiment de bien-être en passant par une prise de plaisir lors de ces activités et ainsi, de réduire les états de stress et de tension. L'amélioration du plaisir lors d'une activité, est une étape clé pour encourager les femmes qui ne respectent pas les lignes directrices recommandées à faire de l'exercice (Gho et al., 2014).

Avant de débuter la prise en charge, il est indispensable d'évaluer les besoins des patientes, de s'informer du traitement utilisé et des effets secondaires (Runowicz et al., 2016).

D'un point de vue physique, l'activité physique améliore les déficiences des membres supérieurs et la détresse psychologique (Wong et al., 2023).

Les interventions corps esprit sont utilisées pour réduire le stress associé à l'expérience du cancer. Elles comprennent des approches basées sur la méditation et la pleine conscience. Ces interventions permettent d'agir sur l'adversité psychosociale, la dépression ou encore l'anxiété (Borgi et al., 2020).

Les programmes basés sur la pleine conscience sont reconnus comme utiles pour gérer habilement la détresse émotionnelle qui accompagne les facteurs du stress de la vie. Il a été démontré par Gudenfauf et al en 2015, qu'un programme CBSM (thérapies cognitives et comportementales et relaxation) de dix semaines regroupant l'apprentissage de la respiration diaphragmatique, l'imagerie, la relaxation musculaire progressive et de la méditation de pleine conscience, amène à des perturbations sociales moindre par rapport à un groupe de femmes n'ayant pas suivi ce programme. La participation à ce programme permet d'améliorer la connexion sociale par le biais de la cohésion et de la collaboration de groupe (Schnur & Montgomery, 2010). Concernant les techniques de relaxation, Fredickson a mis en avant que la relaxation musculaire, l'imagerie et la méditation de pleine conscience peuvent procurer des émotions positives, telles que la joie, la confiance etc…Ces émotions positives permettent d'éviter les tensions et de réduire les effets négatifs du stress (Carver et al.,2003).

Les effets positifs, engendrés par des stratégies cognitivo-comportementales motivent l'engagement social (Gudenkauf et al., 2015).

Concernant le séjour féminin, il a été démontré par Thompson-Coon et al en 2011, que l'activité physique de plein air démontre davantage de résultats psychologiques positifs que l'activité physique en structure. L'exercice dans des environnements naturels est associé à un sentiment de revitalisation et d'engagement positif. Il génère également une diminution de la tension, une baisse de la confusion, une atténuation de la dépression et une augmentation de

l'énergie. Il apporte du plaisir et une grande satisfaction. De plus, une fois l'exercice terminé, le bien-être est immédiat, il favorise la connexion avec la nature, l'exposition à la lumière du soleil, la respiratoire d'air frais et l'exploration de nouveaux environnements, et donne envie aux participants de répéter l'activité (Thompson-Coon et al., 2011). L'environnement extérieur est apaisant et permet de se libérer, grâce aux énergies que la nature dégage.

Enfin, l'activité physique avec d'autres personnes amène à des émotions positives telles que le plaisir et le rire. Ce qui conduit à un bonheur et à une vitalité accrue. Ces instants sont des moments de partage et de fierté pour les individus et permettent de se sentir soutenus et encouragés. Être avec des personnes qui ont un objectif commun ou des objectifs à partager, favorise l'encouragement et le soutien au sein d'un groupe, améliorant ainsi le sentiment d'accomplissement et d'appartenance à un groupe (White et al., 2023).

g) Contre-indications :

L'activité physique est tolérée pendant et après le traitement du cancer, mais différents paramètres sont à prendre en compte.

Premièrement, il est important d'évaluer les effets secondaires liés aux traitements, tels que la fatigue, les nausées, les douleurs ou d'autres symptômes. L'activité physique doit être adaptée en fonction de ces éléments (Murray et al., 2023).

Deuxièmement, il faut également tenir compte des antécédents familiaux, cela peut influencer le type et l'intensité de l'activité recommandée (Murray et al., 2023).

Troisièmement, connaître l'historique d'activité physique est crucial. Cela permet de connaître le niveau d'activité physique avant le diagnostic et les préférences en termes d'exercices (Murray et al., 2023).

Quatrièmement, le stade du cancer du sein, le type de chirurgie (par exemple, mastectomie ou tumorectomie), ainsi que d'autres traitements tels que la chimiothérapie et la radiothérapie, ont des implications directes sur la capacité physique et les besoins spécifiques (Murray et al., 2023).

Enfin, il est nécessaire d'évaluer les capacités physiques des patients, y compris la force musculaire, l'équilibre, la flexibilité afin de pouvoir concevoir un programme adapté aux besoins spécifiques de chaque individu (Murray et al., 2023).

De manière globale, il n'existe aucune contre-indication générale. Cependant, la programmation doit être adaptée à chaque individu et être accessible. De plus, il est important qu'une femme écoute son corps, afin de déceler au plus vite des signes de fatigue, de douleur ou d'inconfort.

h) Recommandations en termes d'AP :

Les groupes de lignes directrices nationales, par exemple, l'American Cancer Society, recommandent que les personnes en rémission d'un cancer participent régulièrement à des

exercices d'aérobie et de résistance. D'un point de vue physique, ces types d'exercices montrent davantage d'effets positifs sur la condition pulmonaire, la force musculaire, la composition musculaire et l'équilibre. D'un point de vue psychologique, ces exercices permettent de soulager à la fois la détresse psychologique et aident à gérer les symptômes tels que la fatigue, l'anxiété ou encore la dépression (Rock et al 2012). Cependant, ces bénéfices s'étendent à tous les types d'activités physiques, y compris les activités d'intensité légère (Blair et al., 2014).

Il est primordial d'adapter l'exercice individuellement. La supervision lors des séances est recommandée. Bien qu'il n'y ait pas de fréquence spécifique définie, il est important de maintenir une régularité. Les activités à haute intensité sont acceptables, mais il est crucial de ne pas pousser jusqu'à l'épuisement pour garantir la sécurité et le bien-être (Murray et al., 2023).

4. Les limites :

Il existe plusieurs obstacles spécifiques à la pratique de l'activité physique chez les femmes en rémission du cancer du sein.

La peur de l'exercice est l'obstacle principal chez de nombreuses femmes. Cette peur est particulièrement prononcée chez celles qui présentent des troubles de l'équilibre découlant des traitements antérieurs, suscitant une appréhension liée à la possibilité de tomber lors de l'activité. De plus, la peur de la récidive et la peur de la douleur sont des éléments psychologiques cruciaux qui découragent les femmes en rémission de s'engager dans une activité physique. La peur de ressentir une douleur, liée aux traitements, peut constituer un obstacle (Murray et al., 2022).

De plus, la fatigue et la persistance des effets secondaires par le traitement représentent également des obstacles pour l'engagement dans une activité physique (Clifford et al., 201Z).

Par ailleurs, pour certaines patientes, l'exercice physique n'est pas une priorité. Les défis liés à la motivation personnelle, à la discipline et à l'absence de plaisir constituent également des obstacles à la pratique d'activité physique.

Enfin, certaines femmes ressentent une sensation de faiblesse et de fatigue, ce qui constituent également un obstacle à la participation à une activité physique (Gho et al., 2014).

5. Problématique du mémoire :

A travers ce mémoire, notre observation s'articule autour de la problématique suivante : comment la combinaison de la relaxation, de la méditation et d'un séjour en plein air spécifiquement conçu pour les femmes en rémission du cancer du sein peut-elle influencer de manière significative et positive leur rétablissement psychologique et social ?

Pour répondre à cela, nous analyserons principalement l'impact de ces activités sur la qualité de vie, le bien-être émotionnel et les relations sociales des femmes. Ces analyses sont possibles grâce aux différents questionnaires donnés en début et fin de prise en charge.

Dans le cas présent, nous devons mesurer des données avant et après la prise en charge. Ces données permettent de déterminer l'efficacité de la prise en charge et de constater ou non les améliorations.

Pour cela, nous pouvons émettre une hypothèse de prise en charge :

- Hypothèse H1 : nous pensons qu'un séjour sportif réservé aux femmes, combiné à un programme d'activité physique en structure, favorise une amélioration significative du rétablissement psychologique et social chez les femmes en rémission du cancer du sein.

Partie 2 : Évaluations, Résultats et Interprétations

A. Protocole :

1. Présentation du protocole de l'étude :

L'objectif de ce projet est d'évaluer les effets d'une programmation d'activités physiques adaptées sur le rétablissement social et psychologique des femmes en rémission du cancer du sein. Cette programmation est associée à de la relaxation/méditation et est appuyée par l'intervention du comité régional handisport des Hauts-de-France. En effet, la collaboration avec le comité handisport est un moyen essentiel pour faciliter cette transition. Il permet d'offrir un cadre adapté et inclusif aux besoins spécifiques de cette population.

Ce projet est réalisé avec six femmes pendant huit mois. Afin de leur proposer une prise en charge complète, vingt-deux séances d'activités physiques leurs sont proposées au LUC. Chaque séance dure une heure. Un séjour sportif de pleine nature leurs sont également proposées. Ce séjour est possible grâce au travail effectué avec le comité handisport. Lors de cet évènement, les femmes peuvent venir accompagnées d'une autre femme, ce qui apporte un premier soutien social. Le soutien social est indispensable chez les femmes en rémission du cancer du sein. Il a été démontré par Ulger en 2014 qu'un soutien social est un facteur de protection important qui permet aux femmes de faire face au stress et de réduire les risques de dépression.

De plus, différentes études ont démontré que le lien psychologique avec la nature a un impact positif sur les comportements, avec une amélioration de la condition humaine, des compétences sociales et de la santé physique et mentale (Barragan- Jason et al., 2023).

Ces opportunités contribuent à leur bien-être psychologique et aident principalement à développer des liens sociaux significatifs. Ces liens sont créés par l'esprit d'équipe, la cohésion de groupe, les échanges et le partage d'intérêts communs.

2. Présentation de la population :

La participation à cette étude se fait sur la base du volontariat. Tous les sujets intégrés à l'étude, signent un formulaire de consentement libre et éclairé de participation avant de débuter le projet. Ce consentement explique la nature et l'objet de l'étude, les conditions générales et le respect de la confidentialité.

Pour recruter les participantes, une présentation du projet est réalisée auprès du groupe concerné. Par la suite, un document numérique leurs a été envoyé. Ce document comprend plusieurs questionnaires. L'un d'entre eux est d'ordre personnel, demandant des informations personnelles et leurs préférences en termes d'activité physique, ainsi que deux autres questionnaires validés.

2.a Caractéristiques des patientes

Le groupe étudié comprend six participantes, basé sur différents critères d'inclusion. Les participantes inclues doivent être exclusivement des femmes âgées d'au moins 18 ans. De plus, les participantes doivent être en rémission depuis au moins 1 an. L'année de rémission passée permet d'exclure les effets immédiats des traitements antérieurs sur les résultats (tableau n°2).

Effectif	6
Sexe (F:H)	(6 :0)
Age (années)	58 ± 15
Rémission (années)	4 ± 2

Tableau n° 2 : les caractéristiques des patientes
Légende *: F : Femme, H : Homme*

Les données quantitatives sont exprimées en moyenne ± écart type

3. Présentation des outils validés :

Tout d'abord, afin de proposer une programmation adaptée aux patients, nous avons dû effectuer des tests physiques en début de prise en charge. A la suite des résultats obtenus, nous avons pu établir une programmation complète et personnalisée. Pour cela, nous avons effectué trois tests physiques :

-L'évaluation de l'équilibre statique unipodal qui consiste à mesurer l'efficacité du contrôle de la posture. Cette évaluation est indispensable puisque des troubles de l'équilibre sont fréquents chez les femmes en rémission du cancer du sein, dû aux différents traitements.

	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60 ans et +	Indice
Hommes	≥ 31 sec.	≥ 28	≥ 24	≥ 18	≥ 14	5
Femmes	≥ 27	≥ 23	≥ 20	≥ 16	≥ 14	
Hommes	27-30 sec.	24-27	20-23	14-17	10-13	4
Femmes	24-26	19-22	16-19	12-15	10-13	
Hommes	21-26 sec.	18-23	12-19	10-13	6-9	3
Femmes	18-23	15-18	10-15	8-11	6-9	
Hommes	17-20 sec.	14-17	8-11	6-9	3-5	2
Femmes	15-17	12-14	7-9	5-7	3-5	
Hommes	≤ 16 sec.	≤ 13	≤ 7	≤ 5	≤ 2	1
Femmes	≤ 14	≤ 11	≤ 6	≤ 4	≤ 2	

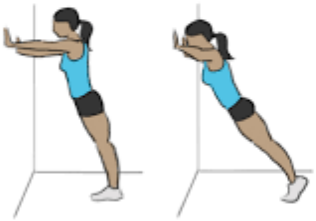
Tableau n°3 : Test d'équilibre unipodal statique

-L'évaluation de la condition physique par la mise en place du test-assis debout pour une durée de 30 secondes. Le test assis debout consiste à évaluer la force fonctionnelle des membres inférieurs, ainsi que l'équilibre.

	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60 ans et +	Indice
Hommes	32,8	34,2	24,9	21	19	5
Femmes	33,8	26,4	27,5	18	17	
Hommes	30	33	20,25	18	17	4
Femmes	32	21,75	22	16	15	
Hommes	24,5	31	19	15	15	3
Femmes	27	19,5	18,5	14	13	
Hommes	19	21	18,75	13	13	2
Femmes	21	17,5	16,5	12	11	
Hommes	17,1	20,4	17,4	11	9	1
Femmes	19,2	15,9	14,5	10	10	

Tableau n°4: Normes du test assis-debout

-L'évaluation de la condition physique par la mise en place du test des pompes murales.
Ce test consiste à mesurer la force musculaire et l'endurance du haut du tronc. La durée maximale du test est de 60 secondes.



Âge	15-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans
Femme						
Excellent	> ou = 33	> ou = 30	> ou = 27	> ou = 24	> ou = 21	> ou = 17
Très bien	25-32	21-29	20-26	15-23	11-20	12-16
Bien	18-24	15-20	13-19	11-14	7-10	5-11
Acceptable	12-17	10-14	8-12	5-10	2-6	2-4
À améliorer	< ou = 11	< ou = 9	< ou = 7	< ou = 4	< ou = 1	< ou = 1
Homme						
Excellent	> ou = 39	> ou = 36	> ou = 30	> ou = 25	> ou = 21	> ou = 18
Très bien	29-38	29-35	22-29	17-24	13-20	11-17
Bien	23-28	22-28	17-21	13-16	10-12	8-10
Acceptable	18-22	17-21	12-16	10-12	7-9	5-7
À améliorer	< ou = 17	< ou = 16	< ou = 11	< ou = 9	< ou = 6	< ou = 4

Tableau n°5 *: Normes du test pompes contre un mur*

Afin d'observer les effets de la programmation proposées sur la reconstruction sociale et psychologique des femmes en rémission du cancer du sein, nous avons proposé différents tests :

-**Évaluation du bien être psychologique** : l'ÉMMBEP (Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique). C'est un outil de mesure qui permet d'évaluer le bien-être psychologique des personnes dans la population en général. Cette échelle a été élaborée par le Doctor Philosophiæ Massé et al en 1998. Il repose sur vingt-cinq items mesurant les dimensions d'estime de soi, d'équilibre, d'engagement social, de sociabilité, de contrôle de soi et des événements et de bonheur. Une échelle de fréquence à cinq niveaux permet de côter chaque item.

Afin d'évaluer le niveau de bien-être pour chacun de ces items, il convient de compter 0 point pour « jamais », 1 point pour « rarement », 2 points pour « la moitié du temps », 3 points pour « fréquemment » et 4 points pour « presque toujours ». L'ÉMMBEP est noté sur 100 points.

-**Évaluation de l'anxiété sociale :** LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale). C'est une échelle qui permet de mesurer à la fois l'anxiété et l'évitement lors d'interactions sociales ou de situations de performance. Elle comprend vingt-quatre items.

Les cotations se font séparément. Pour l'intensité de l'anxiété, les points vont 0 à 3 = (0 : aucune anxiété, 1 : légère anxiété, 2: anxiété modérée et 3: anxiété sévère). Et concernant la fréquence de l'évitement, les points vont de 0 à 3 = (0 : jamais, 1 : à l'occasion, 2 : souvent, 3 : très souvent). Le score global varie de 0 à 144 points.

Par rapport aux normes, lorsque que le score se trouve entre 56 et 65 points, cela indique une phobie sociale légère chez la personne. Si le score se situe entre 65 et 80 points, la personne présente une phobie sociale marquée. Si le score se situe entre 80 et 95, cela signifie une phobie sociale sévère. Et enfin, lorsque le score est supérieur à 95 points cela indique une phobie sociale très sévère.

A la fin de l'étude de recherche, si les scores diminuent significativement, nous pouvons penser que l'intervention a eu des effets bénéfiques sur ces aspects, dont une amélioration de l'anxiété sociale et de l'isolement social. Ces résultats peuvent signifier un progrès vers le rétablissement social des participantes.

4. Présentation des outils pédagogiques :

Suite à la prise en charge, un livret est distribué aux femmes. Ce livret reprend les différents exercices et thématiques proposés lors des séances. Nous pouvons y retrouver les différentes techniques de respiration, de relaxation et de méditation. L'objectif principal de ce livret est d'encourager les femmes à pratiquer une activité physique régulière chez elles pour ainsi, continuer le travail sur leur anxiété et poursuivre ce rétablissement psychologique et social.

De plus, cela permet de maintenir l'apprentissage réalisé et surtout de reproduire les techniques au domicile.

5. Programmation :

Au sein du LUC, de nombreuses activités physiques adaptées sont proposées en fonction des aptitudes et des besoins de chacune. Elles garantissent le respect de la dignité de la santé des individus.

Pour le groupe des femmes en rémission du cancer du sein, un créneau d'une heure par semaine leurs est ouvert. C'est un créneau libre en termes de pratique d'activités physiques, rien n'est imposé pour l'enseignant.

Pour établir la programmation, nous sommes parties des envies et des capacités motrices des femmes. Pour cela, nous avons repris les réponses aux questionnaires envoyés aux femmes en début de prise en charge. Le choix des femmes s'est principalement porté sur deux activités physiques, le badminton et la méditation/ relaxation. Pour répondre au mieux à leurs attentes, nous avons décidé de découper les séances comme suit :

- Dix minutes d'échauffement articulaire et dynamique
- Vingt minutes de pratique de badminton
- Vingt minutes de relaxation ou méditation
- Dix minutes d'étirements

En début et fin de séance, cinq minutes sont réservées à des temps d'échanges. En début de séance, ces temps sont importants. D'une part, ils permettent d'évaluer brièvement l'état émotionnel et physique des femmes. Cette évaluation a pour but de comprendre leurs besoins spécifiques, que ce soit au niveau des douleurs physiques, de la fatigue ou des préoccupations émotionnelles. D'autre part, ils peuvent servir à fournir des encouragements et à renforcer la motivation tout en renforçant les liens sociaux.

En fin de séance, ces cinq minutes offrent un moment pour discuter des sensations après la séance et de décompresser.

La programmation est planifiée de façon à ce qu'elle soit accessible, adaptée et encourageante.

Au travers de ce mémoire, nous nous concentrons sur la méditation/relaxation en tant qu'activité bénéfique pour la santé mentale, délaissant le badminton, bien que les deux activités physiques aient des effets notables sur le bien-être psychologique. Ce choix découle de la constatation que la méditation/relaxation offre une approche plus efficace et d'importantes preuves scientifiques pour explorer en profondeur les aspects liés à la santé mentale. Il n'existe que très peu d'articles scientifiques alliant le badminton et la santé mentale. En effet, il est prouvé par Lengacher et al en 2017 qu'une pratique de la méditation est efficace pour réduire l'anxiété, la dépression ou encore la peur de la récidive. Cette étude a été menée sur six semaines avec treize patientes. Elle combine de la méditation assise, de la marche et du yoga. Il en ressort de cette étude qu'au bout de ces six semaines de pratique, on peut observer une amélioration significative sur les symptômes psychologiques tels que la dépression, l'anxiété d'état ou encore la fatigue. De plus, Kubo et al en 2019, ont évalué l'efficacité d'une intervention de pleine conscience pour des patients cancéreux afin de réduire leur détresse et d'améliorer leur qualité de vie. Cette étude regroupe quatre-vingt-sept patients âgés de plus de dix-huit ans. On y retrouve deux groupes, un groupe d'intervention ayant reçu un programme de pleine conscience sur huit semaines et un groupe contrôle ayant uniquement les soins habituels.

Il en ressort comme résultat que le groupe d'intervention à une amélioration significative de leur qualité de vie par rapport aux témoins.

Nous pouvons affirmer que l'activité physique a une place dans chaque étape de la prise en charge des patientes et ce, même lors de la rémission.

Nous nous concentrons également sur la mise en place d'un projet dédié aux femmes en situation de Handicap ou touchées par la maladie, en collaboration avec l'handisport : Handi'rections des filles.

Le projet consiste en une découverte d'activités physiques terrestres et aquatiques.

Le badminton se caractérise comme une activité physique. L'activité physique améliore le fonctionnement physique, les symptômes liés au cancer et la qualité de vie chez les personnes en rémission du cancer du sein (Pennington et al., 2018). Elle joue un rôle crucial dans le bien-être, que ce soit physique ou mental, en renforçant le bien-être émotionnel, le fonctionnement social ou encore en diminuant la douleur, le stress et la fatigue (Mishra et al., 2012). Ce bien-être est ressenti grâce aux effets antidépresseurs de l'activité physique. En effet, lors d'une activité différents mécanismes s'activent, tels que les mécanismes biologiques et psychosociaux (Kandola et al., 2019). Sur le plan biologique, de nombreux changements fonctionnels et structurels sont à noter au niveau du cerveau. Par exemple, il a été démontré que l'exercice physique modifie le volume des parties droite et gauche de plusieurs régions corticales et de l'hippocampe. L'hippocampe est impliqué dans le processus de dépression et de la régulation du stress (Zheng et al., 2019). Une augmentation du volume de l'hippocampe permet d'atténuer les effets du stress et de dépression. Sur le plan psychologique, l'activité physique aide à améliorer l'estime de soi, l'image de soi et surtout les liens sociaux (Kandola et al., 2019). L'activité physique offre des interactions et de la socialisation aux participants. Ces interactions permettent d'échanger et d'établir un lien de confiance au sein du groupe. De manière générale, elle permet de libérer les tensions mentales. Ces bénéfices sont davantage mis en évidence lorsque l'activité est pratiquée en groupe, favorisant ainsi la cohésion du groupe.

Il existe une relation complexe entre la santé mentale et la santé physique (Bafageh et al., 2022).

Le cancer du sein est généralement associé à un stress psychologique important, dû aux traitements de celui-ci. Le stress est néfaste pour la santé. Il amène à des conséquences physiologiques, cognitives et comportementales. Pour combattre cela, différentes techniques existent, dont des thérapies émotionnelles basées sur les concepts d'acceptation et de pleine conscience (méditation) et la relaxation.

La pleine conscience se pratique pendant que l'on médite. Elle est définit pour la première fois par Kabat-Zinn en 2003. La pleine conscience est une capacité à élargir son champ attentionné et à vivre pleinement l'expérience de l'instant présent. C'est une technique qui permet de développer l'état de pleine conscience et d'offrir à notre esprit la possibilité de se libérer du flot des pensées (Shankland et al., 2022).

La relaxation, elle vise à induire une réponse de relaxation et à changer les pensées internes par la respiration ou l'imagerie guidée (Luberto et al., 2020). La relaxation et la méditation s'effectuent par une respiration ventrale. Cette respiration participe à la détente mentale, elle permet de se relaxer et de prendre conscience de ses sensations pour arriver à se délier de ses tensions.

Au-delà des séances proposées au LUC et en collaboration avec le comité régional handisport, un séjour sportif réservé exclusivement aux femmes est mis en place. Ce projet joue un rôle crucial dans la réhabilitation de l'aspect social et psychologique. Il favorise principalement la solidarité, l'intégration sociale, la confiance en soi et la réduction du stress et

de l'anxiété. D'autres journées sportives féminines sont également proposées. Ces différentes offres permettent de sortir du cadre des cours donnés au LUC et de découvrir une variété d'activités.

Pour la première séance, nous avons débuté par les tests physiques afin d'évaluer leur condition physique. Concernant la pratique du badminton, nous avons commencé par expliquer les bases du badminton. Ensuite, nous avons proposé différents exercices d'agilité et de coordination, tels que des déplacements dans la salle, combinés à des mouvements spécifiques du badminton. Et on finit par un/ deux jeux ludiques par équipe afin de favoriser les liens sociaux.

Concernant la deuxième partie de séance, nous avons proposé dix minutes relaxation. Nous avons débuté par des exercices de respiration et principalement par de la respiration ventrale. C'est une respiration qui permet de se calmer. Elle amène à un ralentissement des différents mécanismes de notre organisme (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire…). La respiration est l'élément clé, que ce soit pour la relaxation ou la méditation.

Une séance de relaxation se découpe en cinq étapes :

1. **Induction au calme** : Annonce aux participants qu'ils vivent une séance de relaxation, invitation à se mettre dans une position confortable et balayage corporel
2. **Phase de relaxation** : Pratique d'une technique de relaxation (Jacobson/ Schultz…
3. **Accent sur la détente mentale** : Détente de plus en plus importante
4. **Reprise tonique :** Augmentation du tonus musculaire pour revenir à l'état d'éveil
5. **Debriefing** : Retour sur le déroulé de la séance

<u>Présentation d'une séance type</u> :

Tout d'abord, la séance débute par un échauffement articulaire et dynamique. Les patientes sont invitées à marcher dans toute la salle afin d'activer progressivement le système cardio-vasculaire. Aucun rythme n'est imposé. Au fur et à mesure, des exercices pour échauffer les articulations, y sont ajoutés. Cet échauffement dure dix minutes.

Ensuite, on y combine des exercices de badminton :

- déplacements dans la salle avec une raquette en main.
- déplacements en effectuant des passes à soi-même.
- échanges par deux en effectuant des passes de différentes façon (en hauteur, en cloche…)

Les objectifs de ces situations sont de travailler la coordination et de maîtriser les mouvements spécifiques du badminton.

Au-delà des symptômes psychologiques, les femmes en rémission du cancer du sein, présentent d'importants troubles de l'équilibre. Ces troubles sont liés aux effets des traitements. Seulement deux femmes sur six ont atteint les normes lors des tests physiques

d'entrées. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé ce type d'exercice, afin de travailler parallèlement un autre trouble.

Ensuite, afin de favoriser les liens entre les participantes, nous avons proposé différents jeux visant à travailler la communication, l'entraide et le travail d'équipe.

Nous avons poursuivi la séance par des exercices de relaxation et de méditation. Ces exercices sont proposés dans le but de favoriser le bien-être mental et physique des participantes. En intégrant ces pratiques dans la séance, nous offrons différents outils pour gérer le stress au quotidien et améliorer leur santé mentale.

Pour finir cette séance, nous proposons dix minutes d'étirements afin de relâcher les muscles et favoriser une meilleure récupération de ces derniers.

B. Statistiques :

Lors de leur première et dernière séance, les patientes ont été soumises à différents tests afin de mesurer leurs aptitudes physiques. Des tests psychologiques, leurs sont également proposés et permettent quant à eux d'analyser leur niveau d'anxiété sociale ainsi que leur bien-être psychologique.

Dans le cas présent, nous avons mesuré des données avant et après la prise en charge sur une même population comptant six patientes. Ces données permettent de déterminer l'efficacité de la prise en charge et de constater ou non les améliorations.

Dans un premier temps, nous allons nous focaliser sur les effets de la prise en charge sur la condition physique, même si ce critère n'est pas directement mesuré dans cette étude Cependant, il demeure crucial de connaitre la condition physique initiale des participantes avant de débuter toute programmation. Connaitre la condition physique à la fin de prise en charge est également essentiel afin d'évaluer les progrès et de valider ou non l'efficacité de la prise en charge.

Pour cela, nous pouvons émettre l'hypothèse générale suivante :

- Hypothèse H1 : c'est l'hypothèse alternative, si celle-ci est acceptée alors la prise en charge de relaxation et de méditation a permis une augmentation significative de la condition physique.

Lors de cette étude, les participantes ont effectué différents tests physiques tels que le test du « assis-debout », des « pompes murales » et « l'équilibre unipodal ». Afin d'analyser les résultats nous avons réalisé des évaluations avant et après la prise en charge. Sur cette base, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

- <u>Hypothèse du test « assis-debout »</u> : Il y a une différence significative entre les résultats mesurant l'endurance des membres inférieurs avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.

- Hypothèse du test « pompes murales » : Il y a une différence significative entre les résultats mesurant la force des membres supérieurs avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.
- Hypothèse du test « équilibre unipodal » : Il y a une différence significative entre les résultats mesurant l'équilibre sur jambe droite et jambe gauche avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.

Dans un second temps, nous nous concentrerons sur les effets de la méditation et de la relaxation sur le bien-être psychologique ainsi que sur l'anxiété sociale.Pour cela, nous pouvons émettre une hypothèse de prise en charge :

- Hypothèse H1 : si celle-ci est acceptée alors la prise en charge de relaxation et de méditation a permis une augmentation significative du bien-être psychologique et social .

2. Résultats :

Les résultats sont présentés à partir de deux types d'analyse descriptive et comparative avec une approche exploratoire.

Analyse descriptive :

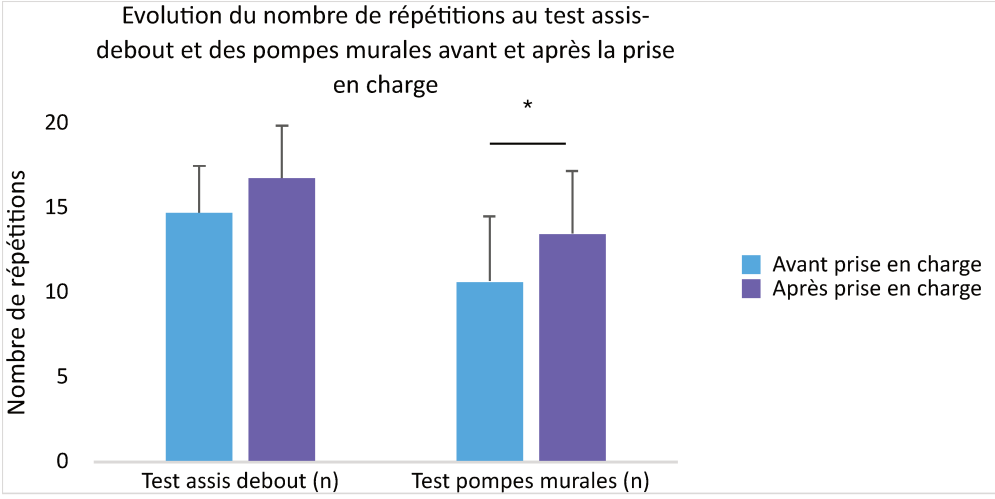
Dans cette partie, nous allons analyser les effets de la prise en charge (tableau 6).

Tests physiques	Avant	Après
Assis-debout (n)	Moyenne : 14,7 Ecart-type : 2,8 **= 14,7 ± 2,8**	Moyenne : 16,8 Ecart-type : 3,18 **= 16,8 ± 3,18**
Pompes murales (n)	Moyenne : 10,7 Ecart-type : 3,8 **= 10,7 ± 3,8**	Moyenne : 13,5 Ecart-type : 3,7 **= 13,5 ± 3,7**
Equilibre statique unipodal pied droit (t)	Moyenne : 35,7 Ecart-type : 20,6 **= 35,7 ± 20,6**	Moyenne : 43,7 Ecart-type : 20 **= 43,7 ± 20**
Equilibre statique unipodal pied gauche (t)	Moyenne : 29 Ecart-type : 17,4 **= 29 ± 17,4**	Moyenne : 37,2 Ecart-type : 18,4 **= 37,2 ± 18,4**

Tableau n° 6: les résultats des tests physiques

Légende : t = temps maintenu en secondes
n = nombre de répétitions

Les données sont exprimées à l'aide des moyennes ± écarts types



* = différence significative (p<0.05)

Figure n° 1 : résultats des tests mesurant l'endurance des membres inférieurs et la force des membres supérieurs

1. On peut constater qu'il y a une différence entre les résultats mesurant l'endurance des membres inférieurs et la force des membres supérieurs avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation. En effet, on passe d'une moyenne de 14,7 répétitions à 16,8 pour le test assis-debout. Et de 10,7 répétitions à 13,5 pour le test des pompes murales (Figure 1). Cette différence est significative pour les membres supérieurs.

Interprétation :

	Avant PEC	**Après PEC**
Test assis-debout	p = 0,65 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale	P = 0,65 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale
Test pompes murales	p = 0.36 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale	p = 0.66 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale

Tableau n° 7 : Résultats des statistiques des tests mesurant l'endurance des membres inférieurs et la force des membres supérieurs

Pour savoir si les données recueillies suivent une loi dite normale, nous nous sommes servis du test « Shapirowilk ». Si p > 0.05 alors l'échantillon suit une loi normale. Ici pour le test assis-debout et le test des pompes murales :

	Test t de student pour échantillons appariés
Test assis-debout	p à ce test = 0.156 et donc p > 0.001. Les variances ne sont pas significativement hétérogènes, les mesures ne sont pas significatives. *Conclusion* : Comme p > 0,05 alors on rejette H1, **il n'y a pas de différence significative entre les résultats mesurant l'endurance des membres inférieurs avant et après la prise en charge en méditation et en relaxation.**
Test pompes murales	p à ce test : 0.00341 et donc p < 0.01, le changement au cours des mesures est significatif à 1%. *Conclusion :* Comme p < 0.05 voir même p < 0,01 alors on rejette H0 et accepte H1, donc **Il y a une différence significative entre les résultats mesurant la force des membres supérieurs avant et après la prise en charge en méditation et relaxation**. On observe alors une augmentation du nombre de répétitions moyen puisque que le nombre moyen de répétions au test des pompes murales est passé de 10,7 répétitions à 13,5 répétitions en fin de prise en charge.

Tableau n°8 : Interprétation des résultats des tests mesurant la condition physique

Ensuite, pour vérifier l'homogénéité, nous avons utilisé le test de « Levene ». Si p > 0.05 l'homoscédasticité est acceptée, et p = 0.90 pour le test assis debout et p = 0.92 alors les données sont homogènes et la distribution est normale. Etant donné que les conditions d'homogénéité et de normalité sont remplies, pour la suite, nous avons choisi un test paramétrique. Comme nous avons deux listes d'échantillons appariés, nous avons pris le test t de student pour échantillons appariés afin de comparer les résultats de la semaine 1 avec celle de la semaine 22.

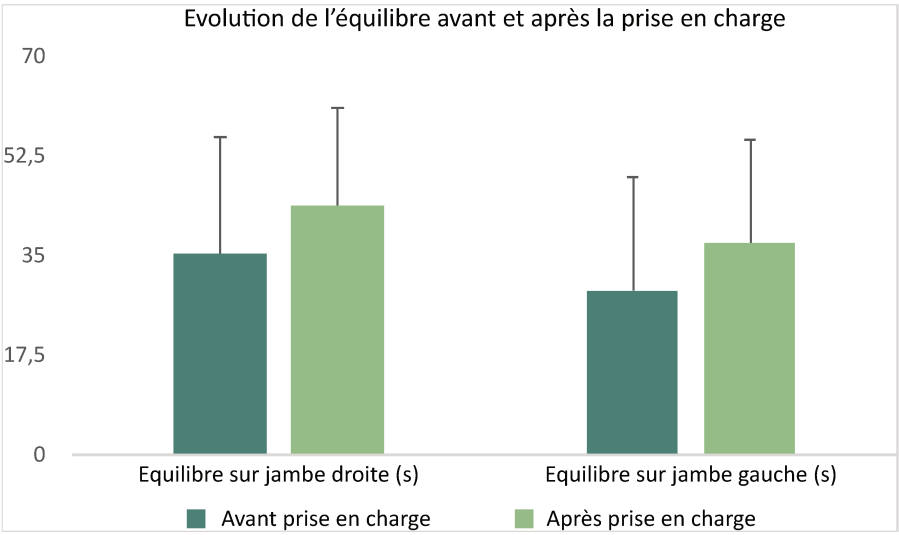


Figure n° 2: Résultats du test mesurant l'équilibre sur pied droit et pied gauche

2. On observe une différence entre les résultats mesurant l'équilibre sur jambe droit et jambe droite avant et après la prise en charge en relaxation en méditation, mais non significative. On passe d'une moyenne de 35,7 secondes à 43,7 pour la jambe droite, et de 29 secondes à 37,2 secondes pour la jambe gauche (Figure 2).

Interprétation :

	Avant PEC	**Après PEC**
Sur jambe droite	p = 0,33 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale	P = 0,08 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale
Homogénéité : p = 0,98		
Test t student pour échantillon apparié : p à ce test = **0,25** **Conclusion : On accepte H0**		
Sur jambe gauche	p = 0.32 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale Homogénéité :	p = 0.07 Comme p > à 0,05 alors les données suivent une loi normale Homogénéité :
Homogénéité : p = 0,68		
Test t student pour échantillon apparié : p à ce test = **0,076** **Conclusion : on accepte H0 pour la jambe gauche et droite, Il n'y a pas différence significative entre les résultats mesurant l'équilibre de la jambe gauche et droite avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.**		

Tableau n°9 : Interprétation des résultats des tests mesurant l'équilibre unipodal

Bien que ces figures démontrent les effets de l'activité physique sur la condition physique (figure 1 et 2), il est important de noter que ce n'est pas l'aspect le plus crucial de notre étude. En effet, à travers d'autres graphiques, nous démontrerons les effets de la méditation et de la relaxation sur le bien-être psychologique et social à l'aide des questionnaires (Figure 3 , 4, 5 et 6). Idéalement, nous aurions aimé effectuer ces tests lors du séjour féminin afin d'observer l'impact de ce programme sur le rétablissement psychologique et social des femmes. Malheureusement les tests sont réalisés ultérieurement car le séjour est prévu trop tard dans l'année. Nous abordons néanmoins dans la partie « discussion » les effets attendus et ainsi, démontrons le renforcement des bienfaits déjà procurés par la pratique de la méditation et de la relaxation.

Afin analyser les résultats de manière détaillée, nous avons utilisé deux tests, en nous appuyant sur deux sous-hypothèses spécifiques :

- Hypothèse du test « EMMBEP » : Il y a une différence significative entre les résultats mesurant le niveau de bien-être psychologique avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.
- Hypothèse du test sur l'anxiété sociale » : Il y a une différence significative entre les résultats mesurant le niveau d'anxiété social avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.

	Avant PEC	**Après PEC**
Patiente 1	69 pts	71 pts
Patiente 2	73 pts	83 pts
Patiente 3	71 pts	80 pts
Patiente 4	64 pts	69 pts
Patiente 5	66 pts	77 pts
Patiente 6	74 pts	87 pts

Légende : les scores sont exprimés sur 100 pts

Tableau n°10 : Résultats du questionnaire du bien-être psychologique : EMMBEP avant la prise en charge et après la prise en charge

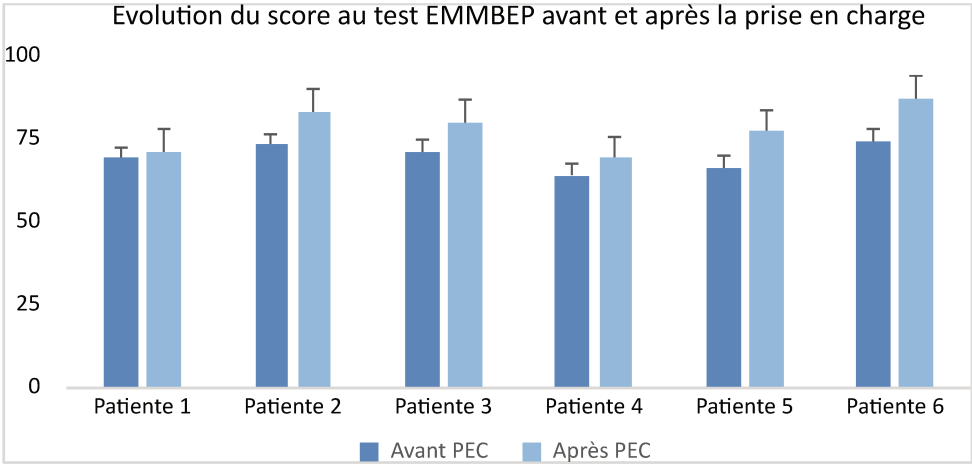
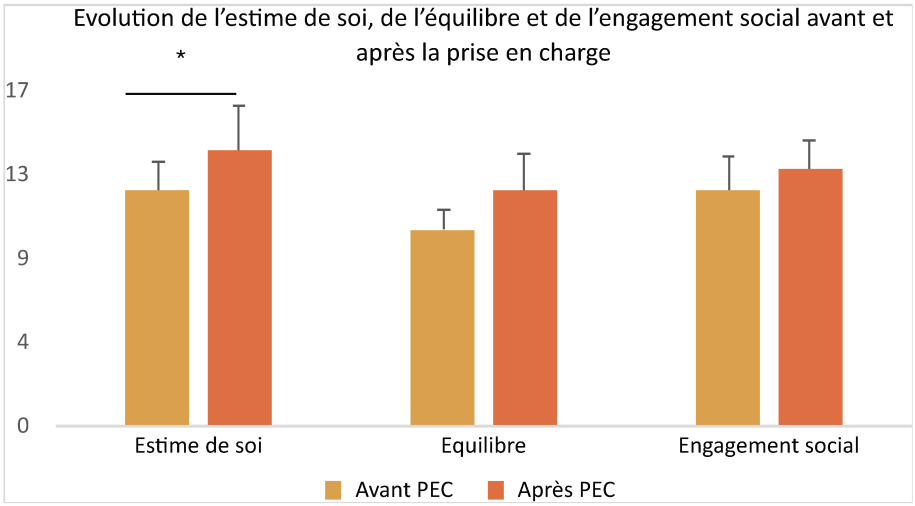


Figure n° 3: Résultats détaillés du questionnaire du bien-être psychologique : EMMBEP avant la prise en charge et après la prise en charge.

3. On observe une différence entre les résultats mesurant de manière globale le niveau de bien-être psychologique avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation (Figure 3). En effet, on passe de 69 points à 71 points pour la première patiente, de 73 points à 83 points pour la deuxième patiente, de 71 points à 8à point pour la quatrième patiente, de 64 à 69 points pour la cinquième patiente, de 66 à 77 points pour la sixième patiente et enfin de 74 points à 87 points pour la dernière (Tableau 10). Un score plus haut signifie un bien-être psychologique bon.

.**Interprétation** : L'ensemble des données suivent une loi normale car p > 0,05. Le test de Levene a ressorti p=0,1751, ce qui signifie que les variances ne sont pas significativement hétérogènes. De plus, le test de student pour échantillon appariés montre un changement significatif des mesures, p = **0,004**, nous pouvons donc affirmer qu'il y a une **différence significative entre les résultats mesurant le bien-être psychologique de manière générale avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.**



Légende : au plus le score est haut, au plus les résultats sont bons

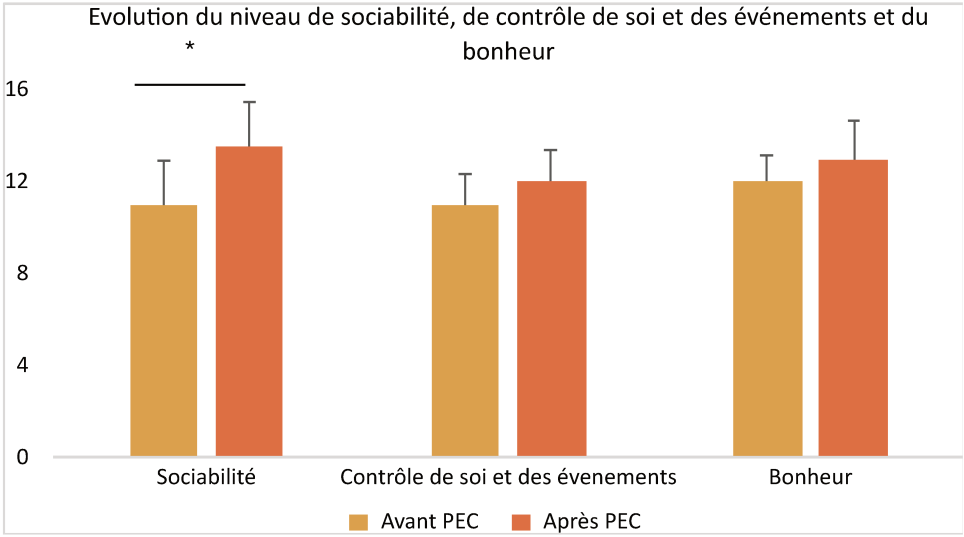
Figure n° 4: Résultats du test mesurant l'estime de soi, l'équilibre et l'engagement social d'après l'EMMBP

4. On observe une différence significative entre les résultats mesurant le niveau d'estime de soi avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation (Figure 4). En effet on passe d'une moyenne de 12 points à 14 points (Figure 4). Nous observons également des différences pour les niveaux de l'équilibre (de 10 à 12 points) et de l'engagement social (12 à 13 points), mais non significatifs.

Interprétation :

L'ensemble des données suivent une loi normale car p > 0,05.	
Estime de soi	Homogénéité : p = 0,312 Le test t de student à ressorti comme résultat p < à 0,05 (p = **0,027**)
p < à 0,05 alors on rejette H0 et on accepte H1, **il y a une différence significative entre les résultats de l'estime de soi avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.**	
Équlibre	Homogénéité : p = 0,108 Le test t de student à ressorti comme résultat p > à 0,05 (p = **0,078**)
comme p > à 0,05 alors on accepte HO, c'est à dire qu'**il n'y a pas de différence significative.**	
Engagement social	Homogénéité : p = 0,845 Le test t de student à ressorti comme résultat p > à 0,05 (p = **0,109**)
comme p > à 0,05 alors on accepte HO, c'est à dire qu'**il n'y a pas de différence significative.**	

Tableau n°11 : Interprétation des résultats des tests mesurant le bien-être psychologique



Légende : au plus le score est haut, au plus les résultats sont bons

Figure n° 5 : Résultats du test mesurant l'estime de soi, l'équilibre et l'engagement social d'après l'EMMBP

5. On observe une différence significative entre les résultats mesurant le niveau de sociabilité avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation (Figure 5). On passe d'un score de 11 à 13,5 points. Nous observons également des différences pour les niveaux du contrôle de soi et des événements et du bonheur, mais non significatifs. Passant ainsi de 11 à 12 points pour le contrôle de soi et des événements. Et de 12 à 13 points pour le bonheur.

Interprétation :

L'ensemble des données suivent une loi normale car p > 0,05.	
Sociabilité	Homogénéité : p = 1,00 Le test t de student à ressorti comme résultat p < à 0,05 (p = **0,042**)
p < à 0,05 alors on rejette H0 et on accepte H1, **il y a une différence significative entre les résultats de la sociabilité avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.**	
Contrôle de soi et des événements	Homogénéité : p = 0,731 Le test t de student à ressorti comme résultat p > à 0,05 (p = **0,058**)
comme p > à 0,05 alors on accepte HO, c'est à dire qu'il n'y a pas de différence significative.	
Bonheur	Homogénéité : p = 0,3712 Le test t de student à ressorti comme résultat p > à 0,05 (p = **0,401**)
comme p > à 0,05 alors on accepte HO, c'est à dire qu'il n'y a pas de différence significative.	

Tableau n°12 : Interprétation des résultats des tests mesurant le bien-être psychologique

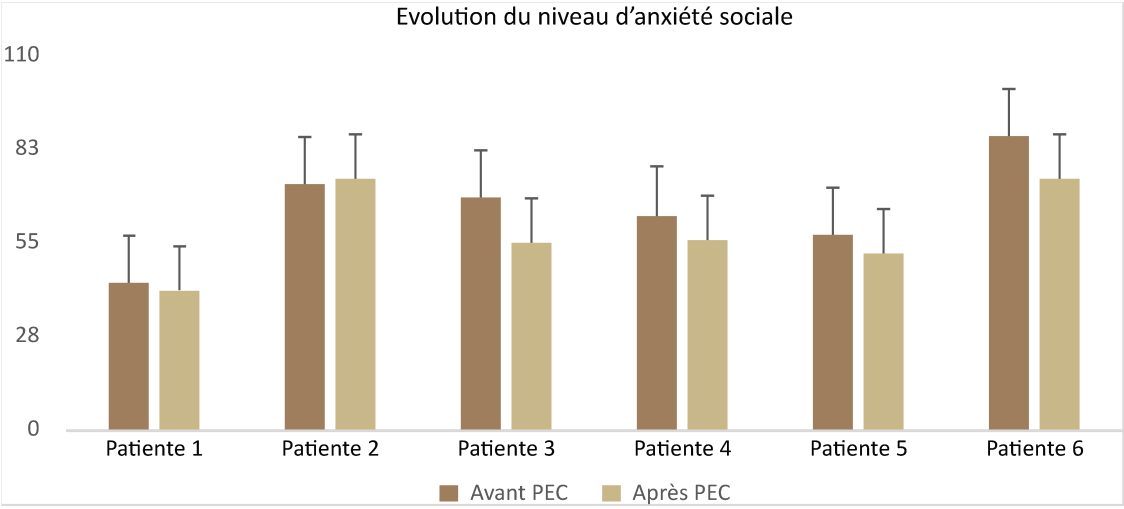


Figure n°6 : Résultats du test mesurant le niveau d'anxiété sociale pour chacune des patientes

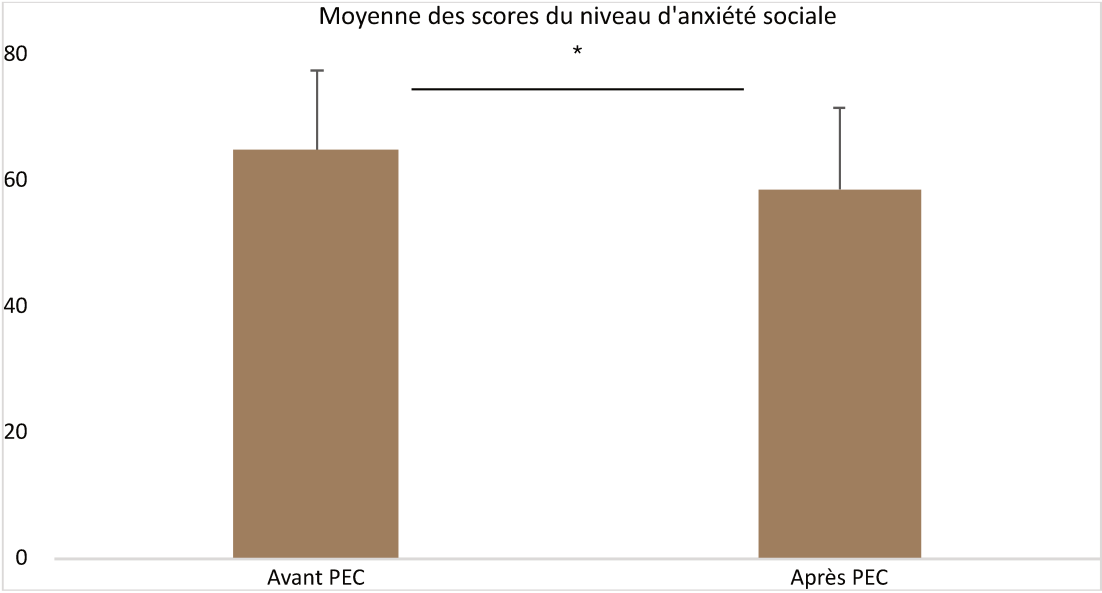


Figure n°7 : Résultats en moyenne du test mesurant le niveau d'anxiété sociale

6. On observe une différence significative entre les résultats mesurant le niveau d'anxiété sociale avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation (Figure 6). On passe d'un score moyen du groupe de 64,8 points à 58,6 points.

Interprétation : L'ensemble des données suivent une loi normale car $p > 0,05$. Le test de Levene a ressorti $p= 0,952$, ce qui signifie que les variances ne sont pas significativement hétérogènes. De plus, le test de student pour échantillon appariés montre un changement significatif des mesures, $p = 0,047$, nous pouvons donc affirmer qu'**il y a une différence significative entre les résultats mesurant le niveau d'anxiété sociale avant et après la prise en charge en relaxation et en méditation.**

C. Discussion

Tout d'abord, nous allons discuter des graphiques démontrant l'évolution de la condition physique. Il semble que la prise en charge n'ait montré que peu de changements significatifs dans les résultats, à l'exception du test des pompes murales. Ces résultats sont notables car de nombreuses femmes présentent une faiblesse ou une perte de force dans les membres supérieurs, comme évoqué par Bijker et al en 2017. Ainsi, nous pouvons conclure, en nous basant sur l'étude de Wong et al, en 2023, que l'activité physique peut aider à améliorer les déficiences des membres supérieurs. Bien que les autres tests n'aient pas montré de changements significatifs, nous pouvons néanmoins observer des améliorations. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la prise en charge, axée sur la relaxation et la méditation, n'était pas spécifiquement conçue pour améliorer la condition physique. Cependant, il est important de noter que toutes formes d'activités physiques semblent avoir des effets bénéfiques sur la santé physique des patientes.

A présent, nous allons nous pencher sur les graphiques illustrant l'évolution de l'anxiété sociale et du bien-être psychologique, à travers l'utilisation de la relaxation et de la méditation.

En premier lieu, les données des figures n° 3, 4 et 5 montrent que la prise en charge impliquant la relaxation et la méditation a eu un impact significatif sur le bien-être psychologique des participantes. Il est important de noter qu'aucune des participantes ne rapporte un niveau de bien-être psychologique faible. Cependant, les scores ont augmenté entre le début et la fin de la prise en charge, ce qui indique des bienfaits pour les participantes. Principalement pour l'estime de soi et la sociabilité. Cette observation peut être expliquée par le fait que la méditation et la relaxation, comme le souligne l'étude de Borgi et al en 2020, agissent sur des aspects tels que l'adversité psychosociale, la dépression et l'anxiété. Cette idée est renforcée par les conclusions de Gudenfauf et al en 2015. En effet, cette étude centrée sur la pleine conscience, met en évidence que le travail de la respiration diaphragmatique, l'imagerie, la relaxation musculaire et la méditation de pleine conscience, conduit à des niveaux de perturbations plus faibles.

En second lieu, a travers la figure n°6, nous pouvons observer l'évolution du niveau d'anxiété sociale avant et après la prise en charge de la relaxation et de la méditation. Globalement, nous pouvons remarquer qu'il y a une amélioration des scores dans l'ensemble, à l'exception d'une participante. Cette amélioration observée découle du fait que la programmation est collective. Comme le souligne White et al en 2023, l'exercice en groupe offre encouragements, soutiens et un sentiment d'accomplissement d'appartenance. Ces éléments sont particulièrement bénéfiques pour les femmes dans leur vie quotidienne.

Dans ce mémoire, la taille restreinte des échantillons, à savoir le nombre limité de participants, constitue une limitation majeure de cette étude. Ce faible échantillon peut compromettre la représentativité des résultats. De plus, certaines participantes présentent déjà des niveaux de bien-être élevés.. Cela peut altérer les conclusions de l'étude, la rendant moins pertinente par rapport à une étude impliquant des femmes en détresse totale sur le plan psychologique et social. C'est la raison pour laquelle, dans cette partie, nous allons mener des études de cas individuelles pour chaque participante. Cette méthode nous permettra d'examiner en profondeur des situations spécifiques, offrant ainsi une analyse détaillée malgré les limitations de l'échantillon.

Étude de cas n°1 : Pour cette patiente, le score au test du bien-être psychologique était de 69 points sur 100 au début de prise en charge, contre 71 en fin. Son score initial indique l'absence de troubles majeurs du bien-être psychologique. Concernant l'anxiété sociale, les résultats suggèrent également l'absence de troubles anxieux. Ces résultats peuvent s'expliquer par sa rémission depuis 6 ans, dûes aux stratégies d'adaptation déjà mises en place ce qui amène à une plus grande stabilité émotionnelle, et par son engagement dans deux autres activités régulière en dehors des séances proposées au LUC. Toutefois, des améliorations sont observées à la fois sur le plan social et psychologique, probablement dûes à son engagement et à sa participation à toutes les séances.

Étude de cas n°2 : Pour cette patiente, une amélioration de son niveau du bien-être psychologique est observée par rapport à son score initiale. Cependant, en ce qui concerne l'anxiété sociale, aucune amélioration n'est constatée, et son score final est même plus élevée que celui initial. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait qu'elle a connu une récidive de son cancer pendant la programmation, ce qui a rendu difficile sa participation en groupe et compliqué ses interactions avec les autres.

Étude de cas n°3 : Pour cette patiente, une amélioration est observée à la fois en terme de bien-être psychologique et d'anxiété sociale. Son score du bien-être mental est passé de 71 à 80 points, indiquant une amélioration de l'état de bien-être. Il convient de noter que son score initial était déjà élevé. Il est possible que ce score élevé soit influé par sa participation à d'autres activités physiques en groupe à raison de trois séances par semaine.

Étude de cas n°4 : Pour cette patiente, on constate également une amélioration, bien que légère, tant en ce qui concerne le bien-être psychologique que l'anxiété sociale. Cependant, il est important de noter qu'elle n'a pas assisté à tous les cours et a manqué des étapes importantes dans la prise en charge. Par conséquent, les bénéfices de la prise en charge peuvent être perçus de manière très limitée pour elle.

Étude de cas n°5 : Pour cette patiente, une amélioration est observée à la fois en terme de bien-être psychologique et d'anxiété sociale.

Étude de cas n°6 : Pour cette patiente, des améliorations continuelles sont observées, ce qui suggère que les effets bénéfiques sont principalement dûs à la prise en charge en relaxation et en méditation. Il est à noter qu'elle ne pratique pas d'autres activités physiques en dehors du LUC.

Concernant le séjour en pleine nature, nous anticipons positivement les résultats. En effet, en s'appuyant sur les démonstrations de Coon et al en 2011, l'activité physique dans des environnements naturels est associé à un sentiment de revitalisation et d'engagement sportif. En découle une amélioration des scores aux différents tests, notamment en termes de bien-être psychologique (contrôle de soi et des événements, bonheur, engagement social, estime de soi, équilibre et sociabilité). La santé mentale s'améliore également, tant au niveau du bien-être psychologique que de la réduction de la détresse psychologique. En d'autres termes, l'énergie mentale et physique sont positivement impactées, améliorant ainsi le bien-être général et une vie quotidienne meilleure.

Par ailleurs, l'anxiété sociale décroit. Cette tendance s'explique de deux manières. D'une part, le séjour se déroule en groupe. Cohésion et échangent sont présents. D'autre part, les participantes peuvent être accompagnées d'une connaissance, facilitant la confiance et l'intégration dans le groupe. L'objectif de ce séjour est d'approcher des résultats de l'étude de White et al en 2023, où l'accent était mis sur le partage, favorisant ainsi le sentiment de soutien et d'encouragement. Être entouré de personnes partageant un objectif commun ou des objectifs similaires offre des opportunités d'interactions sociales, permettant ainsi aux participantes de developper des liens et des relations sociales. De plus, les participantes se sentent intégrées et acceptées au sein d'un groupe.
Ce séjour sera d'autant plus bénéfique pour les participantes, car il viendra compléter et renforcer les bienfaits déjà établis par la prise en charge en relaxation et en méditation.

Pour en conclure, nous pouvons constater de l'efficacité de la prise en charge en relaxation et en méditation sur le rétablissement psychologique et social des femmes en rémission. Des améliorations significatives ont été observées. De plus, la participation à un séjour de pleine nature ne peut être que bénéfique pour les femmes.

Références bibliographiques

Annunziata M.A, Giovannini L, Muzzatti B. (2011b). Assessing the body image : relevance, application and instruments for oncological settings. *Supportive Care In Cancer,* 20(5), 901-907.

Bafageeh, F, & Loux, T. (2022). The relationship between types of physical activity and mental health among U.S. adults. *Mental Health & Prevention*, 28, 200244.

Barragan-Jason G, Loreau M, De Mazancourt C, Singer M. C, & Parmesan C. (2023). Psychological and physical connections with nature improve both human well-being and nature conservation : A systematic review of meta-analyses. *Biological Conservation*, 277, 109842.

Bicego D, Brown K, Ruddick M, Storey D, Wong C, & Harris S. (2009). Effects of Exercise on Quality of Life in Women Living with Breast Cancer : A Systematic Review. *The Breast Journal*, *15*(1), 45-51.

Bijker R, Duijts S, Smith S. N, De Wildt-Liesveld R, Anema J. R, & Regeer B. (2017b). Functional Impairments and Work-Related Outcomes in Breast Cancer Survivors : A Systematic Review. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, *28*(3), 429-451.

Blair C. K, Morey M. C, Desmond R. A, Cohen H. J, Sloane R, Snyder D. C, & Demark-Wahnefried W. (2014). Light-Intensity Activity Attenuates Functional Decline in Older Cancer Survivors. *Medicine And Science In Sports And Exercise*, *46*(7), 1375-1383.

Borgi M, Collacchi B, Ortona E, & Cirulli F. (2020). Stress and coping in women with breast cancer : unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 119, 406-421.

Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. (2021). The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*, 127(16), 3029-3030.

Buecker S, Simacek T, Ingwersen B, Terwiel S, Simonsmeier B. (2020). Physical activity and subjective well-being in healthy individuals : a meta-analytic review. *Health Psychology Review*, *15*(4), 574-592.

Calderón C, Carmona-Bayonas A, Hernández R, Ghanem I, Castelo B, De Castro E. M, Ferreira E, Ciria L, Muñiz M. C, & Jiménez-Fonseca P. (2019). Effects of pessimism, depression, fatigue, and

pain on functional health-related quality of life in patients with resected non-advanced breast cancer. *Breast*, *44*, 108-112.

Cameron L. D, Booth R. J, Schlatter M, Ziginskas D, Harman J. E. (2006). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(3), 171-180.

Carroll R, Ish J, Sandler D. P, White A. J, & Zhao,S. (2023). Understanding the role of environmental and socioeconomic factors in the geographic variation of breast cancer risk in the US-wide Sister Study. *Environmental Research*, 239, 117349.

Carver C. S. (2003). Pleasure as a sign you can attend to something else : Placing positive feelings within a general model of affect. *Cognition And Emotion*, 17(2), 241-261.

Choi E. K, Kim I, Chang O. H, Kang D, Nam S, Lee J. E, Lee S. K, Im Y, Park Y. H, Yang J, & Cho J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, *23*(10), 1103-1110.

Chow S, Wan B, Pidduck W, Zhang L, DeAngelis C, Chan S, Yee C, Drost L, Leung E, Sousa P, Lewis D, Lam H, Chow R, Lock M, & Chow E. (2019). Symptom clusters in patients with breast cancer receiving radiation therapy. *European Journal Of Oncology Nursing*, 42, 14-20.

Cieślak K, & Golusiński W. (2017). Coping with loss of ability vs. acceptance of disease in women after breast cancer treatment. *Reports Of Practical Oncology And Radiotherapy,* 22(3), 231-236.

Clifford B. K, Mizrahi D, Sandler C. X, Barry B. K, Simar D, Wakefield C. E, & Goldstein D. (2017). Barriers and facilitators of exercise experienced by cancer survivors : a mixed methods systematic review. *Supportive Care In Cancer*, *26*(3), 685-700.

Coon J. T, Boddy K, Stein K. V, Whear R, Barton J, & Depledge M. H. (2011). Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors ? A Systematic Review. *Environmental Science & Technology*, 45(5), 1761-1772.

De Masson A. (2013). Vivre après un cancer : un autre état de vulnérabilité ? *Psycho-oncologie*, 7(1), 23-29.

Deshpande A, Bhandarkar A. R, Bobo W. V, Bydon M, Niazi S. K, & McLaughlin S. A. (2023). Examining the relationship between severe persistent mental illness and surgical outcomes in women undergoing mastectomy for breast cancer. *The American Journal Of Surgery*, 226(1), 4-10.

Familial breast cancer : collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. (2001). *Lancet*, *358*(9291), 1389-1399.

Fradelos E. C, Papathanasiou I. V, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, & Kourakos M. (2017). Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. *PubMed,* 18(9), 2545-2550.

French J. D, & Edwards S. L. (2020). Genetic determinants of breast cancer risk. *Current Opinion In Endocrine And Metabolic Research*, 15, 1-7.

Gho S. A, Munro B. J, Jones S. C, & Steele J. R. (2014). Perceived Exercise Barriers Explain Exercise Participation in Australian Women Treated for Breast Cancer Better Than Perceived Exercise Benefits. *Physical Therapy*, 94(12), 1765-1774.

Gudenkauf L. M, Antoni M. H, Stagl J. M, Lechner S. C, Jutagir D. R, Bouchard L. C, Blomberg B. B, Glück S, Derhagopian R. P, Giron G, Avisar E, Torres-Salichs M. A, & Carver C. S. (2015). Brief cognitive–behavioral and relaxation training interventions for breast cancer : A randomized controlled trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology,* 83(4), 677-688.

Harbeck N, & Gnant M. (2017). Breast cancer. *Lancet*, 389(10074), 1134-1150.

Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston C. M, & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression : Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 107, 525-539.

Kamińska M, Kubiatowski T, Ciszewski T, Czarnocki K, Makara-Studzińska M, Bojar I, & Starosławska E. (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. AAEM. *Annals Of Agricultural And Environmental Medicine/Annals Of Agricultural And Environmental Medicine*, 22(1), 185-189.

Karakoyun-Çelik Ö, Görken İ. B, Sahin S, Orcin E, Alanyalı H, & Kınay M. (2009). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer : relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, *27*(1), 108-113.

Keesing S, Rosenwax L, & McNamara B. (2018). The implications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. *Women's Health*, *14*, 174550571875638.

Khorri É, Torklalebag F, Reyhani M, & Esfahani, N. T. (2024). Investigating the relationship between psychological adjustment and the quality of marital relationship dimensions of women with breast cancer in Golestan Province in 2022. *Clinical Epidemiology And Global Health,* 25, 101495.

Kouhen F. (2023). Omitting radiotherapy in elderly breast cancer patients : Valid strategy or illusory hope ? *Breast*, 72, 103598.

Kim K, Park H. (2021). Factors affecting anxiety and depression in young breast cancer survivors undergoing radiotherapy. *European Journal Of Oncology Nursing*, 50, 101898.

Lengacher C. A, Reich R. R, Ramesar S, Alinat C. B, Moscoso M. S, Cousin L, Marino V, Elías M. N, Paterson C. L, Pleasant M. L, RodríGuez C, Wang H, Kip K. E, Meng H., & Park J. Y. (2017). Feasibility of the mobile mindfulness-based stress reduction for breast cancer (mMBSR(BC)) program for symptom improvement among breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 27(2), 524-531.

Lim C. C, Devi M. K, & Ang E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment : a systematic review. *PubMed*, 9(3), 215-235.

Luberto C. M, Hall D. L, Park E. R, Haramati A, & Cotton S. (2020). A Perspective on the Similarities and Differences Between Mindfulness and Relaxation. *Global Advances In Health And Medicine*, 9, 216495612090559

Lueboonthavatchai P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *PubMed*, 90(10), 2164-2174.

Lunn R, Blask D. E, Coogan A. N, Figueiro M. G, Gorman M. R, Hall J. E, Hansen J, Nelson R. J, Panda S, Smolensky M. H, Stevens R. G, Turek F. W, Vermeulen R, Carreón T, Caruso C. C, Lawson C. C, Thayer K. A. Twery M. J, Ewens A,. . . Boyd W. A. (2017). Health consequences of

electric lighting practices in the modern world : A report on the National Toxicology Program's workshop on shift work at night, artificial light at night, and circadian disruption. *Science Of The Total Environment*, 607-608, 1073-1084.

Mishra S. I, Scherer R. W, Snyder C, Geigle P. M, Berlanstein D. R, & Topaloglu Ö. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Library.*

Murray J. L, Bennett H, Bezak E, & Perry R. (2021). The role of exercise in the prevention of cancer therapy-related cardiac dysfunction in breast cancer patients undergoing chemotherapy : systematic review. *European Journal Of Preventive Cardiology*, *29*(3), 463-472.

Murray J. L, Bennett H, Perry R, Bezak E, & Davison K. (2023). How do practitioners prescribe exercise to patients with breast cancer ? Professional perspectives on the key considerations for aerobic exercise in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. J*ournal Of Science And Medicine In Sport*, 26(12), 650-658.

Murray J. L, Perry R, Pontifex E, Selva-Nayagam S, Bezak E, & Bennett H. (2022b). The impact of breast cancer on fears of exercise and exercise identity. *Patient Education And Counseling*, 105(7), 2443-2449.

Mustian K. M, Alfano C. M, Heckler C. E, Kleckner A. S, Kleckner I. R, Leach C. R, Mohr D. C, Palesh O, Peppone L. J, Piper B. F, Scarpato J, Smith T, Sprod L. K, & Miller S. M. (2017). Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue. J*AMA Oncology*, 3(7), 961.

Olasehinde O, Arije O, Wuraola F, Samson M. L, Olajide O, Alabi T, Arowolo O, Boutin-Foster C, Alatise O. I, Kingham T. P. (2019). Life Without a Breast : Exploring the Experiences of Young Nigerian Women After Mastectomy for Breast Cancer. *Journal Of Global Oncology*, 5, 1-6.

Peluso M. A. M, Andrade L. H. (2005). Physical activity and mental health : the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1), 61-70.

Pennington K. P, & McTiernan A. (2018). The role of physical activity in breast and gynecologic cancer survivorship. *Gynecologic Oncology*, 149(1), 198-204.

Rock C. L, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J. A, Courneya K. S, Schwartz A. L, Bandera E. V, Hamilton K, Grant B. L, McCullough M, Byers T, & Gansler T. (2012). Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *Ca*, 62(4), 242-274.

Runowicz C. D, Leach C. R, Henry N. L, Henry K. S, Mackey H, Cowens-Alvarado R, Cannady R, Pratt-Chapman M, Edge S. B, Jacobs L. A, Hurria A, Marks L. B, LaMonte S. J, Warner E, Lyman G. H, & Ganz P. A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *Journal Of Clinical Oncology*, *34*(6), 611-635.

Sánchez-Valdeón L, Fernández N, Calle Á. P, Fernández V. L, Verdejo I. C, & Sahagún A. M. (2019). Long-term treatment for emotional distress in women with breast cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 42, 126-133.

Sawma T, & Choueiri P. (2022). The influence of family functioning on the severity of fear of cancer recurrence : A cross-sectional study in a sample of breast cancer survivors of Lebanese women. *European Journal Of Oncology Nursing*, *60*, 102169.

Schnur J. B, & Montgomery G. H. (2010). A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer : Uncommon factors ? *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 238-247.

Singh B, Olds T, Curtis R, Dumuid D, Virgara R, Watson A, Szeto K, O'Connor E. J, Ferguson T, Eglitis E, Miatke A, Simpson C. E, & Maher C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress : an overview of systematic reviews. *British Journal Of Sports Medicine*, *57*(18), 1203-1209.

Shankland R, Gayet C, & Richeux N. (2022). Les interventions fondées sur la pleine conscience. Dans Elsevier eBooks (p. 89-118).

Spatuzzi R, Vespa A, Lorenzi P, Miccinesi G, Ricciuti M, Cifarelli W, Susi M, Fabrizio T, Ferrari M. G, Ottaviani M, Giulietti M. V, Merico F, & Aieta M. (2016). Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. *Breast Care*, 11(1), 28-32.

Stevens R. G, Brainard G. C, Blask D. E, Lockley S. W, & Motta M. (2013). Breast cancer and circadian disruption from electric lighting in the modern world. *Ca*, *64*(3), 207-218.

Sweeney M. R, Nichols H. B, Jones R. R, Olshan A. F, Keil A. P, Engel L. S, James P, Jackson C. L, Sandler D. P, & White A. J. (2022). Light at night and the risk of breast cancer : Findings from the Sister study. *Environment International*, 169, 107495.

Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ. (2014). Psychosocial Problems In Cancer and the Importance of Psychosocial Oncology. *Deu Med, 2*8:85–92.

Wen X, Guo X, Wang S, Lu Z, Zhang Y. (2024). Breast cancer diagnosis : A systematic review. *Biocybernetics and Biomedical Engineering*, 44(1), 119–148.

Whisenant M, Jones J. T, Gonzalez A, Bevers T. B, Brassil K, Ponce D, Kamat S, Solis E, Maliackal A, Warlick H G, Walters A, Denham C, & Williams L. A. (2023). The symptom burden of women with a known risk of breast cancer receiving risk reducing medication. *Cancer Treatment And Research Communications,* 100784.

White R. L, Ryan D, Young C, Elston R, & Rossi T. (2023). How does the context of physical activity influence perceived mood and wellbeing after exercise ? *Mental Health And Physical Activity*, *24*, 100504.

Wong S, Liu T. W, & Ng S. M. S. (2023). Performance of physical, cardiovascular, and psychological functions in middle-aged women with and without breast cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 66, 102399.

Zheng J, Stevenson R, Mander B. A, Mnatsakanyan L, Hsu F, Vadera S, Knight R. T, Yassa M. A, & Lin J. J. (2019). Multiplexing of Theta and Alpha Rhythms in the Amygdala-Hippocampal Circuit Supports Pattern Separation of Emotional Information. *Neuron, 102*(4), 887-898.e5.

Partie 3 : Projet professionnel

Dans cette partie consacrée à mon projet professionnel, je vais dans un premier temps, présenter en détail mes expériences et compétences acquises au cours de mon cursus scolaire. Dans un second temps, j'aborderai mon projet professionnel à court, moyen et long terme.

Actuellement en deuxième année de master en activités physiques, j'ai effectué mon stage au sein de la maison sport santé : Lille Université Club (LUC).
Au cours de ce stage, j'ai eu l'opportunité d'accompagner des femmes en rémission du cancer du sein. J'ai choisi de travailler avec ce public car le cancer du sein me touche profondément. La lutte contre le cancer du sein est devenue une cause qui me tient particulièrement à coeur en raison de sa prévalence et de son impact sur la vie de nombreuses femmes. En m'engageant auprès de ce public, je voulais apporter mon soutien, être à l'écoute et accompagner ce public dans cette épreuve. A travers ma prise en charge en activités physiques adaptées, j'ai ressenti une profonde satisfaction à me sentir utile et à leur offrir un peu de réconfort.
En travaillant avec ces femmes, j'ai contribué à l'amélioration de leur qualité de vie en les aidant à retrouver leur force physique et mentale après le traitement du cancer.
A travers ce stage, j'ai développé diverses compétences. Tout d'abord, j'ai acquis la compétence à organiser et à structurer un programme d'APA de manière logique et efficace, en tenant compte des besoins spécifiques des participantes. L'ensemble des participantes présentaient des caractéristiques physiques différentes (douleurs à l'épaule, cicatrices, fatigue…). Ces différences m'ont demandée de l'adaptation et de l'individualisation de séance. Au regard de la fiche RNCP, je peux affirmer que j'ai acquis, tout d'abord, les compétences suivantes :

- Organisation d'une séance d'AP en fonction d'un public et d'un objectif.
- Mise en oeuvre de l'encadrement d'une séance collective d'activité physique et/ou sportive.
- Sécurisation des publics pratiquants
- Ajustement de la séance au regard de son déroulé effectif.

En effet, j'ai conçu ma prise en charge en fonction des capacités physiques de chacune en tenant compte de leur état de fatigue et émotionnel.
Ensuite, j'ai développé des compétences en gestion de projet, notamment en ce qui concerne la planification, l'organisation des ressources et le suivi des progrès dans le cadre d'un programme d'APA. J'ai établi une programmation précise étant donné que j'ai effectué des tests physiques et psychologiques à des moments spécifiques, tant au début qu'à la fin de la prise en charge des patientes. Cela était nécessaire pour évaluer de manière approfondie leur évolution. J'ai été en mesure d'organiser les ressources disponibles de manière efficace pour assurer une prise en charge complète dans le cadre d'un programme d'APA.

Simultanément avec ce stage, je travaille également en tant que service civique au sein du comité régional handisport des Hauts-de-France. Ma principale mission est de monter des projets destinés au public féminin. En accord avec le LUC et le comité, les femmes en rémission du cancer ont été incluses dans ce projet. Le projet s'intitule « Handi'rection des filles ». Il propose des journées d'activités physiques de découvertes adaptées, telles que l'escrime, le triathlon ou encore la mise en place d'un séjour sport féminin. Ce projet montre ma capacité à concevoir et à mettre en oeuvre de nouveaux projets innovants afin de répondre aux besoins spécifiques de la communauté. Je peux donc affirmer que j'ai développé la capacité à concevoir des projets novateurs dans le domaine de l'APA, en recherchant des moyens innovants d'adapter les activités physiques aux besoins individuels des participantes. Au regard de la fiche RNCP, j'ai acquis les compétences suivantes :

- Développement de la place de l'activité physique et/ou sportive dans le projet de vie des publics de l'APA.
- Conception et mise en oeuvre d'un projet dédié à l'éducation pour la santé et le bien être par les APSA en fonction des publics et des cadres d'exercice.
- Réalisation et mise en oeuvre des programmes personnalisés d'intervention pour des personnes à besoins spécifiques.

Enfin, d'un point de vue personnel, j'ai amélioré ma communication orale et écrite. La prise de parole en public est à présent bien plus facile. J'ai également positionné mon rôle et ma mission au sein d'une organisation pour m'adapter et prendre des initiatives. J'ai, par ailleurs, facilement travaillé en équipe et en réseau. Pour en finir, j'ai gagné en autonomie et en responsabilité.

Mes années universitaires précédentes m'ont mis le pied à l'étrier quant à l'acquisition de ces compétences.

En effet, dès ma licence j'ai eu l'opportunité de créer différents projets. En troisième année de licence, j'ai eu l'occasion de monter un projet d'activités physiques adaptées à Jeanne de Flandres avec des femmes enceintes. Ce projet était supervisé par trois étudiantes en master APA. Il consistait à proposer diverses activités (renforcement musculaire, pilâtes, yoga…) afin de préparer au mieux l'accouchement. Cette expérience a été enrichissante à la fois sur le plan personnel et professionnel. D'une part, elle a renforcé des compétences déjà acquises telles que la bienveillance. D'autre part, elle m'a incité à intégrer le master.

Ensuite, en première année de master, j'ai établi un projet d'activités physiques adaptées au sein de l'hôpital Claude Hurriez. Il s'articulait autour du pilâtes et de la sophrologie auprès de personnes en situation d'obésité, en post et pré-opération. Ces nouvelles pratiques ont été appréciées par l'ensemble des patients. Afin de proposer une programmation adéquate et professionnelle, je me suis formée au niveau 1 de pilâtes. Cette formation démontre et renforce ma volonté d'acquérir un maximum d'expériences, afin d'avoir un bagage de

connaissances le plus large possible. Cette soif d'apprentissage montre également mon ouverture d'esprit et ma curiosité, qui peuvent être des atouts précieux dans mon parcours professionnel.
Cette expérience montre mon envie à proposer des solutions créatives afin de répondre aux besoins spécifiques des populations concernées.
L'ensemble de ces projets témoigne de ma capacité à être force de proposition et de créer des initiatives nouvelles la où elles n'existent pas.

Grâce à cette année scolaire, j'ai pu solidifier et valider l'ensemble de ces compétences. Je compte acquérir d'autres compétences avec mes expériences professionnelles futures, en restant ouverte aux opportunités d'apprentissage, pour ainsi atteindre mes objectifs de carrière. Tout cela me permet d'entrer dans la vie active et professionnelle avec confiance et sérénité.

Comme évoqué précédemment, conjointement avec mon stage au LUC, j'occupe un poste de chargé de missions en tant que service civique au sein du comité régional Handisport des Hauts-de-France. Ce service civique découle de mon premier stage effectué au premier semestre du master 2. J'ai décidé de poursuivre mon engagement dans ce domaine pour plusieurs raisons. D'une part, j'ai été profondément touchée par l'impact positif du handisport sur la vie des personnes en situation de handicap. En effet, le handisport leur offre des opportunités d'inclusion sociale, de développement personnel, de dépassement de soi, mais surtout de moments de partages conviviaux. D'autre part, mon implication dans le handisport me permet de mettre en pratique mes compétences et mes valeurs, tout en contribuant à une cause qui me tient à coeur. Le monde du handisport est empreint de bienveillance et est animé par une profonde solidarité envers les autres. Cette atmosphère de respect m'a confortée dans le choix de poursuivre mon engagement dans le handisport.
Mes missions au sein du comité sont multiples. J'ai pour principale mission d'organiser et d'accompagner des femmes en situation de handicap sur différents événements sportifs. Premièrement, en lien avec la ligue de triathlon des Hauts-de-France, le comité accompagne cinq femmes découvrir et s'initier au triathlon. Cet événement est possible grâce au travail effectué en amont. J'étais en charge de créer un dossier de présentation afin de solliciter des entreprises ou d'autres partenaires afin d'obtenir des financements pour ce projet. Ces financements permettent d'accompagner les femmes, puisque toutes les dépenses sont prises en charge par le comité. J'ai également dû établir un budget prévisionnel et organiser les déplacements.
Deuxièmement, en lien avec l'Académie Escrime Vauban Lille et le LUC, nous mettons en place une séance d'initiation d'escrime. L'objectif de ce projet est de démontrer que la pratique de cette discipline est tout à fait envisageable.
Enfin, nous mettons également en place un week-end sportif féminin. Ce week-end aura lieu en Juillet dans l'un des départements des hauts-de-France. Ce week-end a pour but de permettre

aux femmes de se retrouver, de découvrir de nouvelles activités et de partager des moments ensemble. Mon rôle est de superviser l'ensemble de ce week-end.

Au delà du projet féminin nommé « Handi'rection des filles », j'ai également été chargée d'autres missions, telles que l'encadrement de jeunes lors des compétitions sportives (boccia, jeux nationaux de l'Avenir, stage jaunes à haut potentiel…). De plus, j'ai été impliquée dans l'organisation du championnat de France de sarbacane, de manifestations telles que handisport en fête, ainsi que dans la coordination des Jeux Régionaux de l'Avenir.
Pour finir, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans différentes structures, entreprises, écoles afin de sensibiliser le public au handicap. Les sensibilisations ont pour objectif de déclencher une réaction chez les collégiens et lycéens rencontrés suite à nos interventions. Nous leurs avons fait découvrir notamment le rugby fauteuil, des parcours pour déficients visuels, le volley assis, et bon nombre d'activités handisport. Dans un premier temps délicates, ces interventions m'ont fait prendre confiance en moi et me permettent à présent de m'exprimer publiquement facilement.
L'ensemble de ces diverses missions me permettent d'acquérir des compétences pour ma future vie professionnelle. En effet, celles-ci me permettront d'élaborer des projets en lien avec l'APA.
Par ailleurs, le service civique me permet d'élargir mon domaine de compétences :

- La coordination d'une petite équipe d'intervenants en APA-S dans le cadre d'une organisation.
- Résolution de problèmes et prise de décision rapide.
- Fédérer une équipe autour d'un projet commun.

Le service civique représente pour moi une première étape cruciale dans mon projet professionnel. Il me donne l'opportunité de m'intégrer pleinement dans le monde du travail tout en contribuant à des missions importantes. Cette expérience représente bien plus qu'une simple étape dans mon parcours professionnel. Elle constitue un tremplin vers la réalisation de mes aspirations et de mes objectifs de carrière.

Au cours de cette année universitaire, j'ai également eu la chance de pouvoir me former à l'ETP (éducation thérapeutique du patient). C'est une formation qui permet à l'EAPA d'apprendre à accompagner au mieux les patients dans la gestion de leur maladie, en passant par l'apprentissage de la communication et de l'écoute. Cette formation est un véritable atouts pour l'EAPA.

Cette formation est également importante pour les patients. En effet, cette dernière va permettre une meilleure adhésion au traitement. Elle vise à comprendre les bénéfices des interventions médicales en les motivant à suivre les recommandations. De plus, l'objectif ciblé est de rendre les patients autonomes dans la gestion de leur santé et acteur de leur processus

de guérison. Notre objectif en tant qu'EAPA, est de fournir des informations, des compétences et un soutien adapté, afin de les aider à améliorer leur qualité de vie.

A présent, je vais vous détailler mon projet professionnel à court, moyen et long terme :

A court terme :

Après l'obtention de mon master, je vais poursuivre mon service civique au sein du comité régional handisport Hauts-de-France jusqu'à fin Août. Lors de ces derniers mois, je souhaite passer la formation de l'apprentissage de la langue des signes. En effet, cette formation me permettrai de communiquer efficacement avec les personnes en situation de surdités ou malentendantes, favorisant ainsi une communication inclusive. De plus, cette formation me permettrai d'élargir mes possibilités professionnelles dans le milieu du handisport et de me rendre plus compétitive sur le marché du travail. Une fois mon contrat terminé, je souhaite rester au comité Régional handisport des Hauts-de-France. Néanmoins, je suis consciente des réalités du marché du travail. Si une opportunité au sein du comité ne se présente pas, je suis ouverte à postuler dans d'autres régions et départements afin de continuer à contribuer au domaine du handisport. De plus, je suis prête à envisager des remplacements temporaires en tant qu'APA en attendant qu'un poste se libère, démontrant ainsi ma flexibilité et ma volonté d'apporter ma contribution où elle est nécessaire. Je compte rester active sur le marché de l'emploi. Ces remplacements me permettraient d'acquérir de l'expérience, d'élargir mon réseau professionnel et de découvrir des domaines dans lesquelles je n'aurai pas pensé travailler. En premier lieu, je souhaiterai intégrer une structure qui est affiliée au handisport, telle que l'ASAJHI (Association Sport Action pour Jeunes Handicapes et leur Intégration) qui est une association sportive pour les jeunes en situation de handicap moteur ou sensoriel. L'ASAJHI propose différentes activités, telles que l'athlétisme, la boccia, la sarbacane ou encore de la randonnée - Joëlette. En second lieu, mon choix de remplacement sera basé sur les opportunités d'emplois disponibles.

A moyen terme :

Dans quelques années, mon objectif est d'intégrer un CDI, peu importe le public que je pourrais rencontrer. Ma décision sera basée sur les opportunités et les postes disponibles sur le marché du travail. L'essentiel pour moi est d'assurer une stabilité professionnelle et d'acquérir le maximum d'expérience. Le CDI offre à la fois, sécurité, protection, opportunités d'évolution et reconnaissance professionnelle.

Je souhaite cependant intégrer une structure qui intervient auprès d'un public ayant des handicaps sensoriels ou moteurs, enfants ou adultes. Cela me permettrai de me perfectionner dans mes intentions futures et d'acquérir une expertise spécifique dans le domaine de

l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Tout au long de mon CDI, je souhaite passer un maximum de formation, telle que le niveau 2 d'ETP. Je saisirai l'ensemble des formations possibles.

A long terme :

A long terme, je vise à occuper un poste de responsable au sein d'une structure en lien avec le handicap et le sport. Cette fonction implique la coordination des initiatives handisport et la supervision des projets locaux, ainsi que la gestion d'une équipe d'employés. Ce poste exige des compétences considérables en terme d'organisation, de gestion et de management, compétences acquises au cours de mes premières années professionnelles. De plus, ayant déjà travaillé au sein d'un comité handisport, j'ai solidifié les bases nécessaires pour réussir dans ce domaine. Mon désir de rester dans le handisport est ancré dans mes valeurs fondamentales de sport, d'inclusion et d'accessibilité. J'ai pour projet de créer une association de course à pied pour déficients visuels et/ ou de créer une section handisport dans un club existent. La course à pied est pour moi bien plus qu'un simple sport, c'est une passion et ce projet me tient tout particulièrement à coeur. Pendant mon service civique, j'ai constaté un énorme manque des structures, d'associations et d'activités physiques adaptées aux déficients visuels, notamment dans le domaine de l'athlétisme et de la course à pied. Ce manque ne réside pas tant dans le manque de matériel mais dans celui des coureurs voyants accompagnateurs. J'ai observé dans de nombreux clubs de course à pied de la région que les coureurs ne sont pas conscients de l'existence de personnes malvoyantes ou aveugles qui souhaiteraient pratiquer ce sport. Ce projet représenterait un véritable progrès pour l'inclusion des personnes déficientes visuelles dans la pratique du handisport.

Annexes

Annexe n°1 : Tableau des caractéristiques des patientes

Patientes	Caractéristiques
Mme A.V	Âge : 79 ans Rémission : 6 ans Caractéristiques physiques : Cicatrice Condition physique : Faiblesses et douleurs musculaires + perte de l'équilibre Activité(s) physique(s) pratiquée(s) en dehors du LUC : Marche et vélo à raison de trois fois par semaine
Mme S.T	Âge : 43 ans Rémission : 2 ans, récidive du cancer au cours de la prise en charge Caractéristiques physiques : Cicatrise, prise de poids, rougeurs et démangeaisons Condition physique : essoufflement prononcé Activité(s) physique(s) pratiquée(s) en dehors du LUC : Aquagym à raison d'une fois par semaine.
Mme F.M	Âge : 61 ans Rémission : 2 ans Caractéristiques physiques : Cicatrise et prise de poids Condition physique : faiblesse au niveau des membre supérieurs Activité(s) physique(s) pratiquée(s) en dehors du LUC : marche nordique, renforcement musculaire et du dragon boat à raison de trois fois par semaine.
Mme T.T	Âge : 45 ans Rémission : 5 ans Caractéristiques physiques : Cicatrise Condition physique : perte de l'équilibre et fatigue importante Activité(s) physique(s) pratiquée(s) en dehors du LUC : aucune autre activité
Mme A-S.P	Âge : 47 ans Rémission : 8 ans Caractéristiques physiques : Cicatrise Condition physique : aucun changement Activité(s) physique(s) pratiquée(s) en dehors du LUC : marche et à raison de 2 fois par semaine
Mme P.B	Âge : 71 ans Rémission : 3 ans Caractéristiques physiques : Cicatrise et perte de poids Condition physique : perte d'équilibre Activité(s) physique(s) pratiquée(s) en dehors du LUC : aucune autre activité

Annexe n°2 : Tableau des résultats du questionnaire sur le bien-être psychologique

Patientes	Résultats obtenus avant la prise en charge
Mme A.V	Estime de soi : 2,3,3,3 = 11 pts Equilibre : 2,3,2,4 = 11 pts Engagement social : 3,2,4,4 = 13 pts Sociabilité : 2,3,4,3 = 12 pts Contrôle de soi et des événements : 3, 2,2,3 = 10 pts Bonheur : 2,4,3,3 = 12 pts Score total = 69 points
Mme S.T	Estime de soi : 3,3,3,4 = 13 pts Equilibre : 2,3,3,4 = 12 pts Engagement social : 3,3,4,4 = 14 pts Sociabilité : 3,3,3,1 = 10 pts Contrôle de soi et des événements : 3,3,2,3 = 11 pts Bonheur : 3,3,4,3 = 13 pts Score total = 73 pts
Mme F.M	Estime de soi : 3,3,3,3 = 12 pts Equilibre : 4,2,3,2 = 11 pts Engagement social : 3,2,2,2 = 9 pts Sociabilité :3,4,3,4 = 14 pts Contrôle de soi et des événements : 3,2,4,3 = 12 pts Bonheur : 3,3,3,4 = 13 pts Score total = 71 pts
Mme T.T	Estime de soi : 2,2,3,2 = 9 pts Equilibre : 2,3,3,2 = 10 pts Engagement social : 3, 2,3,3 = 11 pts Sociabilité : 3,3,3,3 = 12 pts Contrôle de soi et des événements : 2,3,2,3 = 11 pts Bonheur : 3,3,2,3 = 11 pts Score total = 64 pts
Mme A-S.P	Estime de soi : 3,3,3,3 = 12 pts Equilibre : 2,2,3,2 = 9 pts Engagement social : 3,2,3,4 = 12 pts Sociabilité : 3,2,3,4 = 12 pts Contrôle de soi et des événements : 1,3,2,3 = 9 pts Bonheur : 3,4,2,3 = 12 pts Score total = 66 pts
Mme P.B	Estime de soi : 3,3,3,4 = 13 pts Equilibre : 3,2,3,3 = 11 pts Engagement social : 3,3,3,4 = 13 pts Sociabilité : 4,3,3,4 = 14 pts Contrôle de soi et des événements : 3,4,3,3 = 13 pts Bonheur :2,3,2,3 = 10 pts Score total = 74 pts

Légende : 1 : Ja mais , 2 : Rarement, 3 : La moitié du temps ,4 : Fréquemment , 5 : Presque toujours Exprimé en moyenne

Annexe n°3: Tableaux des résultats du questionnaire sur l'anxiété sociale avant la prise en charge

Patientes	Résultats obtenus pour l'évitement
Mme A.V	Score : 25
Mme S.T	Score : 36
Mme F.M	Score : 37
Mme T.T	Score : 28
Mme A-S.P	Score : 27
Mme P.B	Score : 47

Patientes	Score total
Mme A.V	Score : 43
Mme S.T	Score : 72
Mme F.M	Score : 68
Mme T.T	Score : 63
Mme A-S.P	Score : 57
Mme P.B	Score : 86

Patientes	Résultats obtenus pour l'anxiété
Mme A.V	Score : 18
Mme S.T	Score : 36
Mme F.M	Score : 31
Mme T.T	Score : 35
Mme A-S.P	Score : 30
Mme P.B	Score : 39

Légende : Phobie sociale modérée : 56-65. Phobie sociale marquée : 65-80. Phobie sociale sévère : 80-95. Phobie sociale très sévère : plus de 95.

Annexe n°4 : Livret de stage

Les étudiants assument une participation active en assurant une mission en tant que **coordonnateur ou directeur d'un projet**. L'étudiant doit **assumer seul l'encadrement** de son groupe.

L'EVALUATION DE L'ETUDIANT STAGIAIRE est double :

- **par le responsable de stage de l'établissement d'accueil** en listant si possibles les compétences acquises au regard des objectifs de formation à atteindre (élaborer, développer, gérer et évaluer des projets en APA et contribuer à la réalisation de protocoles de recherche) en remplissant les quelques lignes ci-dessous ;
- **par le responsable de mémoire de la FSSEP** : à l'issue du stage, l'étudiant rédige un mémoire sur son travail au sein de l'entreprise, association. Le mémoire devra démontrer entre autre, en quoi l'étudiant a élaboré, développé, géré un programme en APA.

FICHE d'APPRECIATION DU STAGE DE MASTER STAPS
APA-S : 2ème ANNEE

Capacité à proposer un cycle d'APA cohérent							
Capacité à gérer un programme d'APA	0	1	2	3	4	5	*
Capacité à développer un programme cohérent en APA	0	1	2	3	4	5	*
Capacité à rechercher des informations complémentaires sur la pathologie par une initiative de protocole de recherche	0	1	2	3	4	5	*
Capacité d'innovation dans la pratique d'une APA	0	1	2	3	4	5	*
Capacité d'innovation dans l'évaluation du sujet	0	1	2	3	4	5	*
Capacité à évaluer les objectifs de santé à atteindre	0	1	2	3	4	5	*
Capacité à proposer un projet innovant en APA	0	1	2	3	4	5	*
Mise en sécurité du public	0	1	2	3	4	5	*

Compétences acquises et non acquises. Sur quels aspects l'étudiant devrait-il faire un effort particulier ?

Danaé a su construire des séances complètes et cohérentes en toute sécurité, dans un professionalisme parfait. Petite chose à travailler, le fait de "poser" sa voix lors de la relaxation de fin de séance.

Bilan et perspectives

Danaé est une excellente EAPA qui sait s'adapter et répondre aux besoins des patients. Les séances sont faites dans l'humour et la bonne humeur, ce qui permet à tous d'être le plus à l'aise possible

Appréciation globale

STAGE VALIDE	STAGE NON VALIDE

Signature du responsable du stage et cachet de l'établissement

Annexe n°5 : Affiche projet « Handi'rection des filles »

Résumé :

Le cancer du sein a un impact important et touche à la fois l'aspect physique, psychologique et social. La rémission ou la fin du traitement ne constitue pas forcément une guérison totale. La poursuite de la prise en charge et du soutien sont essentielles pour faire face aux épreuves à venir. Les séquelles des traitements et des changements physiques engendrent une anxiété sociale ainsi qu'un mal être psychologique. Ce dernier regroupe un stress élevé, un sentiment de différence, la perception de sa propre faiblesse par rapport aux autres, l'altération de l'image corporelle, la diminution de l'estime de soi et la crainte de la rechute. Tous ces facteurs modifient considérablement la qualité de vie.

Au travers de cette étude, je me suis concentrée sur deux domaines : l'évaluation de l'anxiété sociale d'une part, et le bien-être psychologique d'autre part. Cette étude, soutenue par des preuves scientifiques, a permis de mieux comprendre les besoins des femmes en rémission du cancer du sein.

Il en ressort le rôle important de l'activité physique dans le parcours de soins, notamment lorsqu'il est question d'activités de bien-être telles que la relaxation et la méditation. L'activité physique est un processus qui adoucit le rétablissement. L'intégration de celle-ci dans le parcours de soins améliore la qualité de vie et favorise le rétablissement.

Summary :

Breast cancer has a major impact, affecting physical, psychological and social aspects. Remission or the end of treatment is not necessarily a complete cure. Continued care and support are essential to cope with the challenges ahead. The after-effects of treatment and physical changes lead to social anxiety and psychological malaise. The latter includes high levels of stress, feelings of being different, the perception of one's own weakness in relation to others, altered body image, diminished self-esteem and the fear of relapse. All these factors have a considerable impact on quality of life.

In this study, I focused on two areas: the assessment of social anxiety on the one hand, and psychological well-being on the other. This study, supported by scientific evidence, provided a better understanding of the needs of women in remission from breast cancer.

It highlights the important role of physical activity in the care process, particularly when it comes to wellness activities such as relaxation and meditation. Physical activity is a process that smoothes recovery. Integrating it into the care pathway improves quality of life and promotes recovery.

Mots clés : Méditation, Relaxation, Cancer du sein, Activités Physiques Adaptées, Bien-être