

Travail de Bachelor en Soins Infirmiers

Sous la direction de Madame Myriam Graber

**Chez les femmes de plus de cinquante ans atteintes de cancer du
sein, quel est l'impact de la méditation pleine conscience sur la
gestion du stress et le bien-être ?**

Réalisé par :
Biedert Stéphanie - 16857955
Candolfi Alison - 16857914
Eusebe Kübler Pamela - 16857385

Juillet 2019

Table des matières	
Chapitre 1. Introduction.....	9
Chapitre 2. Problématique.....	12
2.1 Présentation de la thématique	13
2.1.1 Pertinence de la question pour la pratique infirmière.....	15
2.1.2 Les concepts du métaparadigme selon Fawcett (1984).....	15
2.2 Lien avec les 4 modes de savoir infirmiers.....	17
2.3 Revue exploratoire.....	20
2.3.1 Le cancer	21
2.4 Les concepts retenus et explicités brièvement	37
2.4.1 Stress	38
2.4.2 Stratégies de coping	38
2.4.3 Spiritualité.....	39
2.4.4 Bien-être	40
2.4.5 Méditation	41
2.5 Perspectives pour la pratique professionnelle.....	44
Chapitre 3. Concepts retenus et champs disciplinaires infirmiers.....	46
3.1 Définition des concepts	47
3.1.1 Stress	47
3.1.2 Mécanismes de coping	51
3.1.3 Bien-être	53
3.1.4 La méditation	58
3.2 Cadre théorique infirmier.....	64
3.2.1 Les métaparadigmes tels décrits par Newman (1970)	66
3.2.2 Les concepts de Newman (1970)	68
Chapitre 4. Méthodologie	73
4.1 Méthode PICOT	74
4.1.1 Population (P).....	75
4.1.2 Intervention (I).....	75
4.1.3 Outcomes / Résultat (O)	75
4.2 Le type de question de la recherche.....	76

4.3 Recherche d'articles	76
4.4 Analyse des articles retenus	78
Chapitre 5. Synthèse des résultats / discussion.....	80
5.1 Développement des résultats en lien avec la question PICOT.....	100
5.2 Perspectives/propositions pour la pratique.....	107
Chapitre 6. Conclusion	110
6.1 Apport du travail de Bachelor	111
6.2 Limites	114
6.3 Perspectives pour la recherche	116
Chapitre 7. Bibliographie	118
7.1 Livres.....	119
7.2 Articles.....	120
7.3 Sites internet.....	124
7.4 Travaux de Bachelor	126
Chapitre 8. Annexes	127
8.1 Acronymes	128
8.2 Recherches des articles dans les bases de données	130
8.3 Grilles Fortin 1-12	133

Table des figures

Figure 1 - Anatomie du sein	22
Figure 2 - Ligue Suisse contre le cancer	23
Figure 3 - Ligue Suisse contre le cancer	24
Figure 4 - Etapes du Deuil d'Elisabeth Kübler Ross.....	37
Figure 5 - Syndrome général d'adaptation.....	50
Figure 6 - Pyramide de Maslow.....	55

Table des tableaux

Tableau 1 - Types de cancer du sein.....	24
Tableau 2 - Les stades de cancer	25
Tableau 3 - Données statistiques.....	26
Tableau 4 - Les traitements pour le cancer du sein.....	31
Tableau 5 - Les mécanismes de coping	52
Tableau 6 - Question de recherche avec la méthode PICOT	74
Tableau 7 - Descripteurs, articles trouvés et retenus.....	78
Tableau 8 - Présentation de l'article 1	82
Tableau 9 - Présentation de l'article 2	83
Tableau 10 - Présentation de l'article 3	85
Tableau 11 - Présentation de l'article 4	87
Tableau 12 - Présentation de l'article 5	88
Tableau 13 - Présentation de l'article 6	90
Tableau 14 - Présentation de l'article 7	91
Tableau 15 - Présentation de l'article 8	93
Tableau 16 - Présentation de l'article 9	94
Tableau 17 - Présentation de l'article 10	95
Tableau 18 - Présentation de l'article 11	97
Tableau 19 - Présentation de l'article 12	99

Résumé

Problématique : Ce travail de Bachelor va permettre d'identifier les effets de la méditation pleine conscience sur la gestion du stress et sur la capacité de cette intervention à agir sur la qualité de vie des femmes de cinquante ans et plus, atteintes de cancer du sein.

Concepts abordés : La question posée par l'école de la Haute Ecole de Santé Arc (He-Arc) est « Quels liens entre la spiritualité et les stratégies de coping chez les patients atteints de cancer ? ». Les étudiantes décrivent les concepts principaux de cancer, spiritualité, avant d'affiner leur questionnement et de développer d'autres concepts comme le stress, le bien-être et la méditation.

Les thérapies alternatives étant aujourd'hui de plus en plus populaires, elles trouvent intéressant de se pencher plus précisément sur la méditation pleine conscience pour en voir les effets au niveau du stress et du bien-être. Cela dans le but d'avoir des éléments pour pouvoir la défendre auprès des institutions et la proposer comme outil dans une prise en charge holistique.

Méthode : Dans le cadre du travail de Bachelor de la He-Arc, une revue de littérature scientifique est réalisée avec des articles datant de sept ans maximum. Plusieurs sources ont permis de récolter des données pour le développement de la problématique.

Douze articles ont été sélectionnés dans des bases de données de Cinhal, Cochrane, Medline, Psychinfo et Pubmed pour répondre à la question de

recherche finale, qui est la suivante : Chez les femmes de plus de cinquante ans atteintes de cancer du sein, quel est l'impact de la méditation pleine conscience sur la gestion du stress et le bien-être ?

Résultats : Les recherches scientifiques démontrent que la méditation pleine conscience notamment les programmes de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness Based Cancer Recovery (MBCR), Mindfulness Based Art Therapy (MBAT), et Mindfull Awareness Practices (MAP) ont des effets bénéfiques chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Ces interventions diminuent le stress et les symptômes liés au cancer du sein ou aux traitements et améliorent la qualité de vie des patientes.

Conclusion : Ce travail met en évidence les bénéfices des diverses interventions basées sur la méditation pleine conscience. Les étudiantes aimeraient que cet outil soit valorisé et présenté par les infirmières, les oncologues et les médecins traitants aux patientes comme un moyen de diminuer leur stress et de promouvoir leur bien-être après un cancer du sein ou à la suite d'un traitement oncologique.

Mots clés : Bien-être ; Cancer ; Coping ; Cortisol ; Femmes ; Méditation pleine conscience ; Sein ; Stress.

Remerciements

Pour écrire ce travail de Bachelor (TB), plusieurs sources ont été utilisées. Les étudiantes aimeraient remercier Madame Graber, Doctoresse en Science de l'éducation et professeure chargée de cours à la HE-Arc santé. Elle a été leur directrice de TB, et elles lui adressent leurs remerciements pour sa disponibilité durant la rédaction de ce travail. Ses nombreux conseils et corrections ont permis de réaliser ce travail avec rigueur et motivation.

Au terme de la rédaction du travail de Bachelor, elles éprouvent une grande satisfaction et aimeraient également remercier les professeurs (es) de la He-Arc santé de Neuchâtel pour leurs cours dispensés sur la recherche et les théories de soins infirmiers.

Elles expriment leurs remerciements aux bibliothécaires pour les avoir assistées dans la procuration des livres qui n'étaient pas disponibles sur le site de Neuchâtel.

Des remerciements chaleureux vont aux professionnels du domaine de la santé, Madame Jelena Stanic, assistante universitaire à UNIL / CHUV ; Madame Kaufmann, directrice de la ligue contre le cancer à Neuchâtel ; Madame Messerli, professeure chargée de cours à la He-Arc santé à Neuchâtel pour leurs précieux conseils, pistes et compétences partagés sur la problématique de recherche.

Elles remercient Angela Rubio et Raphaël Finazzi pour le temps consacré à la relecture et la correction minutieuse de ce travail. Les étudiantes leur sont

reconnaissantes pour leurs questionnements, remarques et conseils qui ont contribué à la clarification de leurs idées.

Elles aimeraient remercier très affectueusement leurs familles respectives pour tout le soutien et l'encouragement apportés durant ces années d'études et en particulier pendant la réalisation du travail de Bachelor.

Chapitre 1. Introduction

Dans le cadre de la formation de Bachelor en soins infirmiers, il est demandé de réaliser un travail de Bachelor qui consiste en une revue de littérature en lien avec une question de recherche précise élaborée à partir d'un thème proposé par l'école. L'objectif de ce travail est de rapporter des résultats scientifiquement probants sur une problématique actuelle afin de proposer des recommandations pour la pratique. Pour réaliser ce travail, les étudiantes ont effectué des recherches dans des bases de données et ont analysé les résultats afin de répondre à leur question.

Ce travail se penche sur les effets de la méditation pleine conscience chez les femmes de plus de cinquante ans atteintes de cancer du sein.

Afin de cibler une population et d'évaluer l'intérêt pour la pratique infirmière, des données épidémiologiques ont été prises en compte et des renseignements ont été récoltés sur l'état actuel de la prise en charge quant aux interventions psychosociales qui sont proposées chez les patientes oncologiques. Le cheminement pour arriver à cette thématique est développé dans les différents chapitres.

Le terme « infirmière » est utilisé tout au long du travail mais désigne également le masculin.

La question de départ attribuée par l'école est la suivante : « Quels liens entre la spiritualité et les stratégies de coping chez les patients atteints de cancer ? »

Dans le chapitre deux, les thématiques principales de cette question sont ressorties et développées à l'aide de revues exploratoires. Des concepts plus

ciblés sont ensuite délimités. Les savoirs infirmiers et les métaparadigmes sont décrits. Des perspectives et des propositions pour la pratique infirmière en lien avec ces concepts sont exposées.

Dans le chapitre trois, les concepts sont définis et précisés ce qui permet de faire émerger la question de recherche définitive. Dans ce même chapitre, une théorie infirmière est développée dans le but d'éclairer le sujet.

Le chapitre quatre expose la question de recherche finale avec la méthodologie PICOT et détaille comment les articles scientifiques ont été sélectionnés dans les bases de données.

Le chapitre cinq présente les résultats des articles et les met en lien avec la question de recherche. Des propositions et des recommandations sont exposées.

Le chapitre six reprend les apports et les limites de ce travail ainsi que les perspectives qu'ils offrent pour les recherches futures.

Chapitre 2. Problématique

Dans ce chapitre, le cheminement de la réflexion de la problématique est présenté ainsi que les motivations pour cette question. L'ancrage disciplinaire et les métaparadigmes infirmiers tels que décrits par Fawcett (1984, 2005) sont également développés. Les savoirs de la discipline infirmière définis par Carper (1978) sont mis en lien avec la question choisie.

À l'aide de la revue exploratoire, des concepts sont développés et mis en lien avec une théorie de soin, ce qui permet de formuler la question définitive.

2.1 Présentation de la thématique

La question de départ proposée par l'école dans le cadre du travail de Bachelor et choisie par les étudiantes est la suivante : " Quels liens entre la spiritualité et les stratégies de coping chez les patients atteints de cancer ?"

L'intérêt pour cette thématique est lié aux différentes expériences personnelles des étudiantes. Dans leur entourage, elles connaissent des personnes ayant développé un cancer. Lors de l'accompagnement d'un proche, elles ont observé une perte et une recherche de sens accompagnée d'un stress conséquent souvent difficile à gérer. Tout au long de l'évolution de la maladie, les étudiantes ont pu constater chez leurs proches des modifications au niveau du système de croyances et de l'appréhension des expériences de vie.

Durant leurs stages, elles ont rencontré des patients ou collègues qui sont atteints d'un cancer. En tant que stagiaires infirmières, elles ont été amenées à prodiguer des soins aux patientes en rémission qui avaient des cicatrices à la suite d'interventions chirurgicales. Durant ces périodes de formations

pratiques, elles ont pu discuter avec des patients qui parlaient librement de leurs sources de motivation dans la vie et qui, souvent avaient une forme de pratique spirituelle. Les étudiantes se questionnent si une meilleure connaissance de soi permet de mieux déterminer les besoins personnels. Elles se demandent si la spiritualité est une ressource lors des événements difficiles dans la vie.

Les étudiantes aimeraient se focaliser sur le cancer du sein. Le fait d'être une femme les sensibilise particulièrement à cette problématique, car c'est le cancer le plus répandu dans cette population. (Office Fédérale de la Santé Publique, 2016).

En tant qu'étudiantes infirmières, elles savent que cette maladie perturbe le fonctionnement non seulement physique, mais aussi psychologique et social de la personne atteinte. Elles sont convaincues qu'il serait nécessaire d'accompagner la personne malade dans sa quête de sens pour l'amener à tendre vers une harmonisation ou un équilibre.

Les étudiantes souhaitent comprendre comment améliorer le bien-être biopsychosocial et spirituel des patientes atteintes du cancer du sein.

Elles y voient également un intérêt académique dans l'objectif d'améliorer leurs connaissances, le rôle infirmier et les diverses compétences nécessaires à la prise en charge de ces patientes.

2.1.1 Pertinence de la question pour la pratique infirmière

Dans ce sous-chapitre, l'ancrage dans la discipline infirmière et l'intérêt de la question pour la pratique sera effectué à l'aide des quatre métaparadigmes décrits par Fawcett (1984, 2005) et des quatre modes de savoirs infirmiers définis par Carper (1978).

2.1.2 Les concepts du métaparadigme selon Fawcett (1984)

Les quatre concepts du métaparadigme infirmier décrits par Fawcett (1984, 2005) sont :

- La personne
- L'environnement
- La santé
- Le soin

Ils permettent d'inscrire la question des étudiantes dans la science infirmière. Ces concepts sont considérés comme étant centraux dans cette discipline (Flaskerud & Halloran, 1980 ; Jennings, 1987 ; Wagner, 1986) et permettent de faire la distinction avec les autres professions.

La personne. Comprend la personne qui reçoit le soin, les individus qui l'entourent, les familles et les communautés. "Les êtres humains sont des êtres avec des besoins biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels". (Fawcett, 2013). Les étudiantes comprennent par-là que la majorité des personnes ont besoin de soutien face à la maladie. Elles considèrent que ce besoin est valable pour la plupart des patientes atteintes d'un cancer du sein. Elles estiment que

l'infirmière pourra évaluer la personne dans toutes ses dimensions biopsychosociale et spirituelle et lui apporter un soutien et un accompagnement.

L'environnement. Fait référence à tout ce qui est important pour l'individu, que soit des personnes ou des lieux. Cela englobe également l'espace de soin qui peut être une clinique ou le domicile. (Fawcett, 2013).

L'environnement englobe les conditions sociales, politiques et économiques sur les plans locaux, régionaux, nationaux et universels qui sont en lien avec la santé de l'être humain. (Fawcett, 2013).

Des femmes atteintes de cancer du sein ont besoin d'un réseau social pour leur renforcement personnel qui est l'un des facteurs protecteurs en période de crise. (Sousa de Carvalho, Miranda Amorim, & Soares de Silva, 2016). C'est important que le réseau primaire reste soudé et qu'il soit intégré dans les processus du traitement dans le but de donner à son proche malade, confiance et soutien. (Sousa de Carvalho et al., 2016).

En cherchant et en obtenant de l'aide auprès de leurs réseaux sociaux, elles agissent par le coping centré sur le soutien social. Cela permet d'être soutenu, valorisé, protégé et permet la libération des émotions négatives. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

La santé. Correspond à l'état de bien-être caractérisant tout aussi bien une personne en état optimal de santé, qu'un malade en phase terminale (Fawcett, 1984). En 1984, le modèle du bien-être a été mis au point dans le cadre de l'initiative de promotion de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS). « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité ». (Hood et Leddy, 2005).

Le Soin. Se réfère aux interventions réalisées par les infirmières envers la personne ou avec la personne. Les soins comprennent une évaluation, une planification, des interventions et une réévaluation. (Fawcett, 2005).

Les infirmières sont par leur proximité avec le patient, dans une position privilégiée pour aborder la spiritualité et/ou dispenser des soins spirituels. Pour pouvoir aborder ce sujet, la relation avec les patients doit être d'une bonne qualité basée sur la confiance réciproque. (Gaillard Desmedt & Shaha, 2013).

Lors de l'apparition du cancer du sein qui est une maladie potentiellement mortelle et qui impacte le quotidien des patientes, elles sont amenées à se poser différentes questions sur le sens de leur vie.

Dans le chapitre suivant sont présentés les différents savoirs de la discipline infirmière, qui permettent d'orienter et d'inscrire la pratique.

2.2 Lien avec les 4 modes de savoir infirmiers

Dans ce chapitre, les différents savoirs présentés selon Carper (1978) ; Chinn & Krammer (2008), font partis de la science infirmière. Ces derniers sont :

- Le savoir empirique
- Le savoir esthétique
- Le savoir personnel

- Le savoir éthique

Ils sont autant philosophiques, pratiques et théoriques et permettent à l'infirmière de guider sa pratique.

Le savoir empirique. Est dans la pratique, la compétence scientifique ou l'habileté de remettre en question ses interventions et y intégrer des savoirs issus de la recherche. (Chinn & Kramer, 2008).

Le développement de ce savoir découle de questions telles que : « Qu'est-ce que c'est ? », « Comment cela fonctionne-t-il ? » et donne lieu par un processus de conceptualisation et de structuration, à des descriptions formelles et à des théories explicatives, lesquelles doivent être confirmées et validées. (Chinn & Kramer, 2008).

La spiritualité, le coping et le cancer sont les thèmes principaux du questionnement, c'est à travers une littérature scientifique que les étudiantes vont les décrire. C'est également à travers cette dernière que l'infirmière peut mettre en lumière la pertinence d'un outil ou d'un protocole et définir lequel est le plus approprié dans le cas d'une personne atteinte de cancer du sein.

Le savoir esthétique. Il fait référence à :

L'appréciation de la signification d'une situation et nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre profondément et rendre possible ou transformer une expérience. Il est lié aux expressions de types artistiques qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière : « la beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction et l'adresse manifestée au moment de la coordination d'activités de soins qui font une différence pour l'autre. (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.18).

Le mode esthétique doit permettre à l'infirmière de faire en sorte d'arriver à percevoir le sens de la situation dans laquelle la patiente vit. Pour approfondir le mode esthétique, Chinn et Kramer (2008) suggèrent à l'infirmière de se demander : « Qu'est-ce que cela signifie ? » et « Comment est-ce significatif ? ».

À travers ce genre de questions, l'infirmière peut amener la patiente qui a un cancer du sein à explorer ses différentes croyances, représentations et ressentis face à la maladie et la signification qu'elle y donne.

Le savoir personnel.

Il prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Il englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre, ou ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui permet de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée (Pépin, Kérouac & Ducharme 2010, p.17).

Carper (1978) souligne que : « sans ce mode de développement de la connaissance, l'utilisation thérapeutique de soi ne serait pas possible. » Pour approfondir ce mode, Chinn et Kramer (2008) proposent à l'infirmière de se demander : « Est-ce que je sais ce que je fais ? » et « Est-ce que je fais ce que je sais ? ».

En conclusion, une bonne connaissance de soi rend possible le fait de s'occuper des autres. Ce sont les autres qui nous permettent d'apprendre à nous connaître. Mieux on se connaît et plus notre authenticité augmente. L'infirmière va non seulement utiliser ses connaissances, mais aussi bénéficier

de l'expérience et des compétences de la patiente atteinte d'un cancer du sein pour mieux l'accompagner et l'aider à prendre conscience de ses besoins.

Le savoir éthique. Pepin, Kérouac et Ducharme (2010), expliquent qu'il se réfère à la prise en compte des valeurs et de clarifications d'ordre moral que de nombreuses situations de soins exigent. « Cette dimension du savoir concerne ce qui est juste, bon, désirable, et s'appuie sur des principes et des codes ». « Les dilemmes éthiques amènent notamment à considérer quelles contraintes peuvent être éliminées, améliorées ou acceptées » (Durgahee, 1997).

Le développement du savoir éthique découle d'une compréhension morale de l'infirmière qui se questionne sur sa pratique « Est-ce juste ? Est-ce responsable ? » (Chinn & Kramer, 2008).

L'infirmière va accompagner la patiente atteinte d'un cancer du sein en respectant ses propres valeurs et principes ainsi que ceux de la patiente. De cette façon, les deux parties entrent dans une position relationnelle symétrique.

2.3 Revue exploratoire

Ce chapitre présente la thématique du cancer du sein. Les autres concepts en lien avec la question qui est « Quels liens entre la spiritualité et les stratégies de coping chez les patients atteints de cancer ? » sont développés dans le chapitre 2.5 car ils découlent des impacts du cancer sur le quotidien.

2.3.1 Le cancer

« Le cancer est un terme générique appliqué à un grand groupe de maladies pouvant toucher une partie quelconque de l'organisme. Les autres termes employés sont ceux de tumeurs malignes et de néoplasmes. » (OMS, 2016).

Ce travail développe la thématique du cancer du sein. Il peut toucher autant les hommes que les femmes, bien qu'il soit très rare que les hommes en soient affectés (moins de 1%). (CHUV centre du sein, 2018). Au vu de la moindre atteinte chez les hommes, il se concentre sur les femmes.

Ce cancer se développe majoritairement après la ménopause. Cependant, la ligue contre le cancer indique que 20% des patientes n'ont pas atteint cinquante ans lors du diagnostic. Le cancer du sein est, dans le monde, la deuxième cause de décès chez la femme après les maladies cardio-vasculaires. (Seigel, Miller & Jemmal, 2015).

Le cancer est une pathologie qui se développe à la suite d'une mutation génétique de l'acide désoxyribonucléique (ADN) cellulaire. Lorsque la mitose se produit, des répliques de cette cellule anormale prolifèrent de façon anarchique car elles sont insensibles aux signaux de régulation de la croissance.

Le processus de carcinogenèse comprend les trois phases suivantes :

- a) Phase d'initiation. Une modification génétique de l'ADN cellulaire se produit.
- b) Phase de promotion. Une cellule anormale se divise et prolifère.

c) Phase de progression. Les cellules commencent à envahir les tissus avoisinants et se disséminent dans l'organisme par les voies sanguines et lymphatiques, on parle alors de métastases.

Différents facteurs favorisent l'apparition de cancers. Ceux liés au cancer du sein sont les suivants : mutation génétique du gène « Breast Cancer » - BRCA-1 ou BRCA 2, le vieillissement, des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, l'apparition précoce des premières règles, la nulliparité et/ou la première grossesse tardive, la ménopause tardive, des antécédents d'affections prolifératives bénignes du sein, l'exposition à des rayons ionisants entre la puberté et l'âge de trente ans, l'obésité, l'hormonothérapie et la consommation d'alcool. (Smeltzer & Bare, 2011).

Le cancer du sein peut prendre plusieurs formes. Ainsi pour mieux les comprendre voici une image de l'anatomie du sein avec une courte explication des rôles des canaux et des lobules.

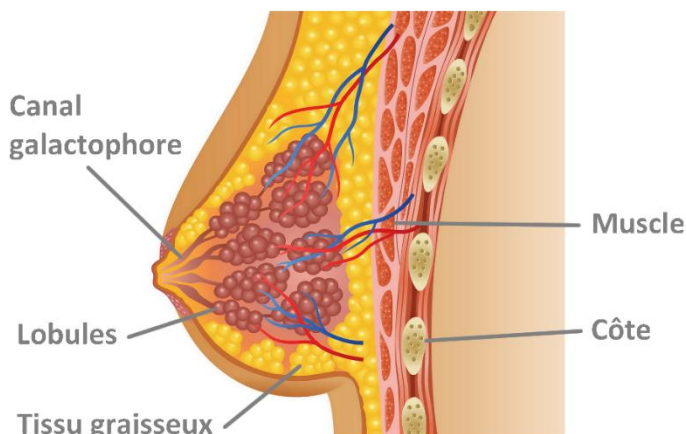
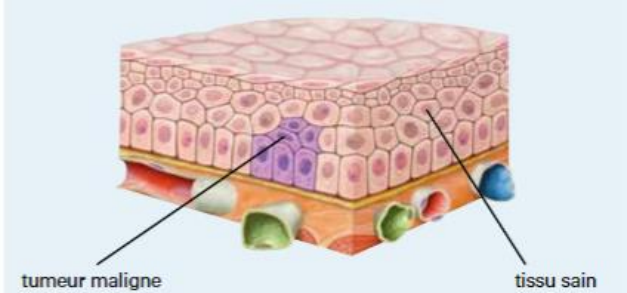


Figure 1 - Anatomie du sein, ONCO-learning.lu

Lobules : Leur fonction est de produire le lait maternel. (Ligue Suisse contre le cancer du sein, 2015).

Canaux galactophores : Conduits qui excrètent le lait maternel. (Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, 2018).

Afin d'avoir une vue d'ensemble, les différents types de cancers mammaires sont énoncés ci-dessous d'après Smeltzer et Bare (2011) et la ligue Suisse contre le cancer du sein, (2015).

Types de cancer	Physiopathologie	Nb. Cas en %
Affections bénignes du sein		
Carcinome lobulaire in situ (CLIS)	Est caractérisé par une prolifération de cellules à l'intérieur des lobules mammaires.	5-15%
Tumeurs malignes du sein in situ		
Carcinomes canaux in situ (CCIS)	<p>Prolifération de cellules malignes à l'intérieur des canaux galactophores. Le tissu adjacent n'est pas envahi, ou en d'autres termes non infiltrant ou invasif.</p>  <p><i>Figure 2 - Ligue Suisse contre le cancer (2015)</i></p>	20%
La maladie de Paget	Présence de rougeurs autour du mamelon avec desquamation et des lésions pouvant faire penser à de l'eczéma. Est en général relié à un carcinome canalaire in situ.	1%

Tumeurs malignes du sein invasives

Se caractérise par le franchissement de la membrane basale de l'organe. Cela a pour effet l'atteinte des vaisseaux capillaires et vaisseaux lymphatiques et ainsi la migration des cellules cancéreuses dans le corps.

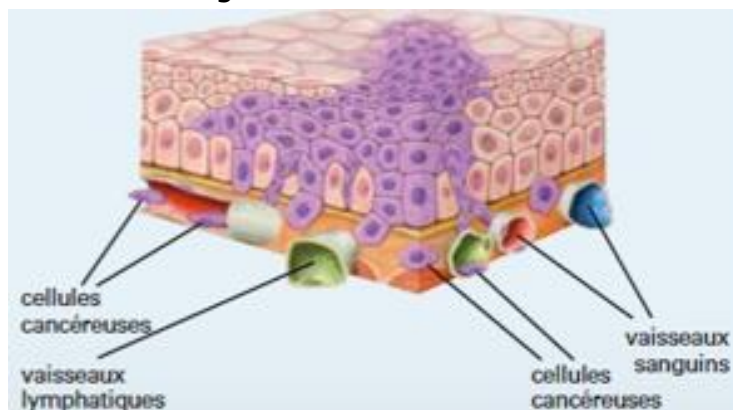


Figure 3 - Ligue Suisse contre le cancer (2015)

Ci-dessous une liste de cancers invasifs.

Types de cancer	Physiopathologie	Nb. Cas en %
Le carcinome canalaire infiltrant	La tumeur débute dans le système canalaire et s'étend ensuite dans les tissus voisins.	70%
Le cancer canalaire tubulaire	Nommé de cette manière parce que le tissu cancéreux rappelle la forme d'un tube.	2%
Le carcinome lobulaire infiltrant	Naissance des tumeurs dans l'épithélium lobulaire.	10-15%
Le carcinome médullaire	Infiltration des cellules cancéreuses par les lymphocytes.	5%
Le cancer mucipare	Cancer invasif, qui grandit à croissance lente en produisant du mucus.	3%
Carcinome inflammatoire du sein	Le sein présente des signes inflammatoires. Notamment rougeur chaleur pouvant montrer un aspect de peau d'orange.	1-2%

Tableau 1- Types de cancer du sein

Ce travail s'intéresse à l'impact du cancer du sein de manière générale, c'est-à-dire que lorsque que le terme « cancer du sein » est mentionné, il fait référence à tous les carcinomes présentés ci-dessus confondus.

2.3.1.1 Classification des stades du cancer du sein

La classification permet de définir le stade d'évolution du cancer selon son étendue. Pour déterminer le stade du cancer, la taille de la tumeur ainsi que l'atteinte des ganglions axillaires sont évaluées au cours de l'examen physique et des imageries. (Smeltzer & Bare, 2011).

Smeltzer et Bare (2011), décrivent les stades de la manière suivante :

Stade 0	Décrit un cancer canalaire in situ ou maladie de Paget sans propagation.
Stade I	Tumeur de deux centimètres ou moins sans propagation aux ganglions axillaires.
Stades II et III	Sont définis par les différentes caractéristiques suivantes : le nombre et les caractéristiques des ganglions axillaires, l'état d'autres ganglions régionaux comme les ganglions mammaires internes et sus-claviculaires, ainsi qu'une éventuelle propagation aux tissus voisins du muscle ou de la peau.
Stade IV	Extension de la tumeur et présence de métastases à distance.

Tableau 2 - Les stades de cancer

Le tableau suivant illustre le nombre de nouveaux cas recensés ces dernières années ainsi que le taux de mortalité en Suisse.

	Suisse		Neuchâtel	
Année	Nouveau Cas	Nombre de décès	Nouveau cas	Nombre de décès
1991-1995	20313	8201	551	209
1996-2000	23386	6782	649	175
2001-2005	25663	6738	659	158
2006-2010	27579	6833	653	161
2011-2015	29972	6831	692	164

Tableau 3 - Données statistiques des nouveaux cas et des décès. Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (2018)

D'après les statistiques ci-dessus, le nombre de nouveaux cas continue d'augmenter mais le nombre de décès diminue. Cela est lié aux diagnostics plus précoces et aux nouveaux traitements plus performants.

2.3.1.2 Les traitements

De nos jours, il existe multiples sortes de thérapies pour traiter le cancer du sein, elles sont expliquées ci-dessous. Les divers traitements permettent de lutter contre le cancer mais ne sont pas sans impacts au niveau de la qualité de vie. Ils sont choisis en fonction du profil (nombre de tumeur (T) ; nodules (N) et métastases (M) ; (TNM)). (Smeltzer & Bare, 2011). Les explications des traitements ont été tirées du site du CHUV (2019), de la ligue Suisse contre le cancer du sein (2016), ainsi que du livre de Smeltzer & Bare, (2011).

La durée des traitements n'est pas mentionnée car elle dépend de chaque patiente et de chaque cancer, aucune information précise n'a été trouvée à ce sujet. Ci-dessous, un tableau présente les différents traitements en format paysage pour optimiser l'espace.

Immunothérapie	Définition	Effets secondaires
	<p>Injection de protéines de cellules cancéreuses dans l'organisme. Permet une meilleure reconnaissance par le système immunitaire et améliore leur élimination.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Frissons • Douleurs de la tête et des membres <p>Sur le long terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Dépression • Troubles de la concentration • Perte de poids
Thérapies moléculaires ciblées	Définition	Effets secondaires
	<p>Traitements pharmacologiques qui freinent la progression de la maladie en agissant directement sur les mécanismes de développement des cellules cancéreuses. Selon les caractéristiques de la maladie, elles ont différents modes d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloque la croissance de la tumeur ou la prolifération des cellules cancéreuses par interférence des signaux qui stimulent leur multiplication. • S'oppose à la formation des vaisseaux sanguins qui irriguent la tumeur ce qui l'empêche de grandir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Fatigue • Nausées • Vomissements • Diarrhées • Céphalées

Hormonothérapie	Définition	Effets secondaires
	<p>Traitement chirurgical ou médicamenteux qui vise à empêcher l'action de ces hormones, ou à en diminuer la fabrication, afin d'éliminer les cellules cancéreuses qui y sont sensibles.</p> <p>Une hormonothérapie n'est prescrite que si le cancer est hormonosensible, c'est-à-dire que ses cellules tumorales possèdent des récepteurs sensibles aux hormones (appelés récepteurs hormonaux).</p> <p>L'hormonothérapie est généralement associée à un ou plusieurs autres traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, thérapie moléculaire ciblée).</p>	<p>Les effets secondaires sont pour le tamoxifène :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bouffées de chaleurs • Sécheresse, écoulement ou saignement vaginal • Menstruations irrégulières • Troubles de l'humeur • Risque accru de cancer de l'endomètre • Risque accru d'évènement thromboembolique <p>Anastrozole ou exémestane :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes musculosquelettiques • Risque accru d'ostéoporose et de fracture • Nausées, vomissements • Bouffées de chaleur • Fatigue • Troubles de l'humeur
Chimiothérapie	Définition	Effets secondaires
	<p>Bloquent la production des érythrocytes et des lymphocytes dans la moelle osseuse et fait baisser provisoirement le nombre de globules blancs et des plaquettes.</p> <p>Les thérapies à base de cytostatiques ne font pas la différence entre les cellules malades et les cellules saines. Cela empêche également la multiplication des cellules saines à croissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées • Vomissements • Aplasie médullaire • Modification du goût • Alopécie

	<p>rapide, telles que : les cellules de la moelle osseuse qui donnent naissance aux cellules sanguines (globules blancs, globules rouges et plaquettes ou thrombocytes). Les cellules des muqueuses (bouche, estomac, organes génitaux), les cellules du système pileux à l'origine des cheveux, sourcils et autres poils, les cellules sexuelles (ovules, spermatozoïdes) sont aussi affectées.</p> <p>L'effet des cytostatiques sur les cellules explique les effets secondaires indésirables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammation des muqueuses • Dermatitis • Fatigue • Gain pondéral • Aménorrhée temporaire ou permanente entraînant une stérilité
Chirurgie	<p>Définition</p> <p>Il s'agit d'enlever la tumeur ainsi qu'une large marge de tissu autour d'elle par la chirurgie. Parfois les ganglions lymphatiques sont également enlevés en fonction de l'étendue du cancer. On parle alors de « chirurgie du ganglion sentinelle ou de curage axillaire. »</p> <p>Deux différents types de chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conservatrice ou tumorectomie a pour but d'enlever l'ensemble de la tumeur ainsi qu'une large marge de sécurité des tissus sains pour prévenir la récurrence. Le sein est cependant conservé, parfois le mamelon et l'aréole sont retirés si la tumeur se situe juste au-dessous. 	<p>Effets secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensations neuropathiques postopératoires • Altération de la mobilité du bras • Sérome possible

	<ul style="list-style-type: none"> • L'ablation du sein ou mastectomie totale consiste à enlever le sein dans son intégralité avec mamelon et l'aréole. 	
Radiothérapie	Définition	Effets secondaires
	Se réalise par l'utilisation thérapeutique des radiations ionisantes. (DMAM). Elle a pour but de réduire le risque de récurrence locale du sein en éliminant les cellules cancéreuses microscopiques résiduelles. Elle est un adjuvant à un traitement chirurgical.	<ul style="list-style-type: none"> • Erythème léger ou modéré • Œdème mammaire • Fatigue, déprime • Rupture de la peau au pli sous-mammaire ou près du creux axillaire Long terme : <ul style="list-style-type: none"> • Pneumopathie inflammatoire • Fractures des côtes • Fibrose du tissu mammaire

Tableau 4 - Les traitements pour le cancer du sein

2.1.1.3 Impact du cancer au niveau psychologique et physiologique

Grâce à l'avancée de la science, les traitements présentés ci-dessus ont permis de diminuer le taux de décès et laissent des bonnes perspectives pour une rémission. En revanche, la maladie laisse des séquelles à vie qui demandent de s'adapter et de réapprendre à vivre avec. (Smeltzer & Bare, 2011).

Les infirmières jouent un rôle primordial dans l'enseignement thérapeutique et dans les soins qu'elles prodiguent. Elles sont également un soutien émotionnel et peuvent aider à mettre en place des techniques d'adaptation et à établir des priorités afin d'optimiser la qualité de vie. (Smeltzer & Bare, 2011).

Les symptômes pouvant affecter la qualité de vie sont les suivants : modification structurale du sein, hyperplasie au niveau axillaire, écoulement mammaire, douleur osseuse, perte de poids, nausées, perte d'appétit, ictère, essoufflement, toux, maux de tête, vision double, fatigue, faiblesse musculaire. « Les séquelles psychosociales possibles à long terme sont l'anxiété, la dépression, l'incertitude face à l'avenir et la crainte d'une récurrence. » (Smeltzer & Bare, 2011).

2.1.1.4 Signification de l'impact du cancer sur la vie d'une femme

C'est lors du diagnostic que la réalité de la maladie débute, c'est ce jour-là où la vie bascule, lorsqu'elles réalisent qu'elles sont atteintes d'une maladie potentiellement mortelle. Crise, larmes, tristesse, déception, culpabilité sont

différentes réactions et sentiments qui envahissent la patiente et parfois son entourage. La dépression est une réaction normale face à cette situation. (Ghavami-Dicker,2012).

D'après Drageset, Lindstrom, Giske, & Underlid, (2011 ;2012) au début de la maladie, de l'incertitude est présente. Durant cette période, différentes réactions émotionnelles sont possibles comme la colère, la trahison de leurs corps, les pertes, le deuil et la culpabilité d'amener le diagnostic dans la famille.

Drageset et al. (2011), expliquent que des crises d'anxiété et le sentiment de perte de contrôle peuvent aussi être ressentis. Le diagnostic de cancer du sein est perçu comme un événement stressant qui provoque un chaos et une crise dans la vie des femmes.

A la suite du diagnostic, les différentes options sont évaluées et des traitements de plus ou moins long terme commencent. Diverses études démontrent que 80 à 100% des femmes souffrent de plaintes au niveau sexuel dans la phase aigüe des traitements et 50% développent une dysfonction sexuelle chronique liée à l'impact des traitements aux niveaux psychologique et corporel. Que la lésion corporelle soit radicale ou minime, la souffrance psychologique individuelle n'est pas forcément en relation avec la gravité ou l'étendue des lésions. (Ghavami-Dicker, 2012).

Comme développé précédemment, les différents traitements utilisés impactent de différentes manières la vie des femmes atteintes de cancer. Que cela soit les multiples consultations à l'hôpital ou les effets secondaires. Certains de ces derniers peuvent être objectivables physiquement mais ont

également des impacts sur le fonctionnement hormonal en entraînant une potentielle stérilité et des modifications au niveau de la libido et de l'image corporelle. (Ghavami-Dicker, 2012).

Selon Ghavami-Dicker (2012, p.51) :

L'image corporelle représente le fondement de l'identité individuelle, reflétant l'estime de soi, c'est-à-dire la valeur que l'on donne à sa personne. C'est ainsi que le corps avec l'image que l'on en a, l'estime par rapport à ce dernier et la sexualité sont intimement liés et inséparables.

Certaines de ces composantes font partie du concept de soi qui est développé plus précisément ci-dessous :

Le concept de soi possède 4 composantes qui se retrouvent perturbées lors du processus néoplasique malin mammaire. Il comprend :

L'identité. Fait intervenir dans diverses circonstances, l'individualité, le sens de la cohérence¹ et de l'intégrité de la personne. (Suart & Laraia, 1998)

Selon Potter et Perry (2010), elle s'exprime dans la relation avec autrui et est un point primordial pour entretenir des interactions sociales. L'identité fait référence à divers aspects comme ce qui touche au domaine social, culturel, familial ou individuel. Elle fait également référence au sexe de la personne qui est identifiée comme femme ou homme.

L'identité peut être perturbée durant les différentes phases de la vie comme par exemple lors de l'adolescence avec les premières menstruations et

¹ Correspond à la disposition de percevoir les événements extérieurs et ses propres événements de vie comme « compréhensible » (structurés, prévisibles, explicables, claires), « maitrisables » (conviction d'avoir les ressources nécessaires pour faire face) et significatifs (ont un sens et s'intègrent dans son système de valeurs). (Antonovsky, 1974).

à contrario, lors de la ménopause (Potter & Perry, 2010). C'est généralement dans cette phase-là que le cancer du sein fait son apparition. La femme atteinte de cancer devra faire face aux modifications hormonales physiologiques mais devra en plus gérer le stress de la maladie.

Image corporelle. Selon Potter et Perry (2010), c'est la perception que la personne a de son corps au niveau interne (tout ce qui touche aux changements physiologiques et hormonaux) et externe, l'apparence physique. Elle englobe les sentiments, les comportements et les perceptions en lien avec les opinions d'autrui envers son propre corps.

Les changements physiques, dans la structure ou la fonction d'une partie du corps engendrent une modification de l'image corporelle. Une altération de l'aspect physique relative à un problème de santé, par exemple une amputation, est un agent stressant qui impacte sur l'image corporelle. (Potter & Perry, 2010).

L'étude de Beatty, Oxlad, Koczwara et Wade (2008), recense que chez les femmes récemment diagnostiquées d'un cancer du sein, la perturbation de l'image de soi est la plus rapportée parmi les changements au concept de soi.

Estime de soi. Décrite un peu plus haut, peut également être :

Considérer la relation entre le concept de soi d'une personne et son moi idéal. Le Moi idéal est composé des aspirations, objectifs, valeurs et normes du comportement qui composent l'idéal que cette personne s'efforce d'atteindre. En général, la personne dont le concept de soi correspond presque exactement au Moi idéal a une bonne estime de soi, alors que celui dont le concept de soi est très différent du Moi idéal a une estime de soi plutôt médiocre. (Potter & Perry, 2010, p. 366).

Pour ce travail, les étudiantes partent du principe que l'idéal de toute femme n'est pas d'être malade mais à l'inverse, être en bonne santé. Dans le cas où le cancer se développe, ceci peut amener une disparité entre le corps souhaité et le corps obtenu ce qui peut impacter l'estime de soi.

Exercice du rôle. Est la façon dont la personne perçoit sa capacité d'exercer des rôles importants. « Les rôles qu'elle exerce dans des situations données font intervenir des attentes de comportements issues de la société ou de la culture à laquelle elle appartient ». (Potter & Perry, 2010).

Le concept de soi peut être perturbé par différentes atteintes dont certaines sont en lien avec les répercussions du cancer du sein comme :

- La mastectomie et les cicatrices qui peuvent perturber l'image corporelle.
- Déficits physiques et émotionnels empêchant ou perturbant l'exercice du rôle.
- L'incapacité de procréer qui peut être une des conséquences liées au traitement.
- Problèmes sexuels, perte d'emploi, divorce et négligence peuvent diminuer l'estime de soi ainsi que l'identité.

(Potter & Perry, 2010).

S'engage alors un travail d'acceptation personnelle qui fait référence à un travail de deuil. « Le deuil du corps d'avant, pour la personne concernée, ainsi que pour son partenaire ». (Ghavami-Dicker, 2012). Toute perturbation de l'homéostasie engendrée par le cancer du sein, va impacter le système nerveux

sympathique ce qui va déclencher une série de réactions physiologiques et psychologiques. (Smeltzer & Bare, 2011).

D'après Elisabeth Kübler Ross (1975), les réactions émotionnelles possibles face au deuil et comptent les stades présentés ci-dessous. La négation qui englobe la surprise, le déni et la fuite, la colère, le marchandage, la dépression qui se caractérise par une forte tristesse et l'acceptation.

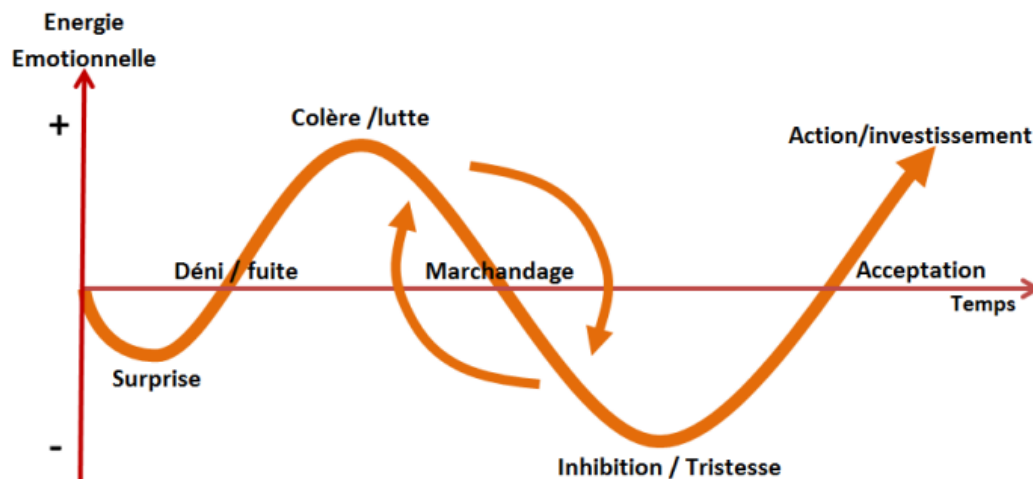


Figure 4 - Etapes du Deuil d'Elisabeth Kübler Ross, version adaptée par J. Frandin, médecin psychothérapeute en France

2.4 Les concepts retenus et explicités brièvement

Les concepts sont brièvement présentés ci-dessous afin d'aider à la compréhension de la problématique. Ces concepts sont le stress, les stratégies d'ajustement, la spiritualité, le bien-être, la méditation et le cycle de vie. Ils seront explicités plus en détail dans le chapitre trois.

2.4.1 Stress

Un agent stressant provoque une série d'évènements neuronaux et hormonaux qui ont pour but de rétablir l'homéostasie. Ils ne sont cependant pas toujours efficaces. (Smeltzer & Bare, 2011).

Grâce aux diverses recherches sur la pathologie du cancer du sein et à l'aide de l'échelle du stress perçu de Cohen, Kamark, Mermelstein, (1983), sur dix items, les étudiantes évaluent que les femmes vivent cet événement comme menaçant, lié à un sentiment d'impuissance. Il serait par conséquent important de travailler sur leur manière de penser et également les aider à changer leurs réactions face aux évènements. (Cohen, 1983). Pour y faire face, la personne met en place des stratégies d'ajustement, qui ont pour but l'atteinte du bien-être (Smeltzer & Bare, 2011).

2.4.2 Stratégies de coping

« Façon dont un sujet fait face à une situation donnée et s'en accommode. » (DMAM, 2019). Les stratégies de coping sont des processus conscients, volontaires et flexibles qui permettent de faire face à une situation stressante. Elles peuvent être internes ou externes et sont spécifiques. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Les nombreuses lectures rapportent des impacts sur les diverses sphères biopsychosociale et spirituelle ce qui correspond à leur vision de la prise en charge d'une patiente qui doit être holistique. Les étudiantes soutiennent que donner un sens à sa maladie dans la phase d'acceptation des étapes du deuil

d'Elisabeth Kübler Ross, permettrait à la patiente d'aborder sa vie ou sa mort sous un autre angle. Cela renforcerait son empowerment² et diminuerait son stress. Pour donner du sens à sa vie et à sa maladie, l'individu doit avoir des ressources pour surmonter les difficultés. Selon les étudiantes, la spiritualité peut être un moyen d'y parvenir. Elle sera explicitée ci-dessous.

2.4.3 Spiritualité

La spiritualité est liée au bien-être du patient et cela fait partie de la prise en charge du patient par l'infirmière. Une maladie, telle que le cancer amène à des questionnements existentiels et impacte la qualité de vie. Le bien-être spirituel est un bon indicateur de la qualité de vie des patientes oncologiques. (Gaillard Desmedt & Shaha, 2013).

Dans la société, les personnes s'identifient à diverses affiliations culturelles et religieuses en forme de spiritualité. La profession infirmière souligne l'importance d'inclure la dimension spirituelle pour donner des soins holistiques. Cependant, des écrits suggèrent que la majorité des infirmières n'incluent pas la spiritualité de façon régulière dans les soins. Selon Thierry Collaud³ (2011), trop souvent la médecine soigne le corps sans se soucier de la globalité de la personne humaine. (Arnal & Laganier, 2010).

² Processus par lequel un patient est amené à renforcer sa capacité de décision et d'action en vue d'acquiescer une meilleure autonomie dans la gestion de son état de santé. (DMAM, 2018).

³ Docteur en théologie et en médecine à l'université de Fribourg

La dimension spirituelle n'est pas aussi saisissable que les dimensions biologique, psychologique et sociale que l'on peut analyser pour les comprendre et faire des interventions. (Thierry Collaud, 2011).

Les définitions de la spiritualité proposées laissent apparaître une distinction claire entre le concept de spiritualité et celui de religion. « La spiritualité dépasse et englobe toute forme de religions » (Jobin, 2012).

Elle se manifeste par la quête de sens et d'authenticité, par l'harmonie, la relationnalité et l'universalité. (Gaillard Desmedt & Shaha, 2013). Ces termes signifient donner du sens aux événements, être en relation avec soi, l'univers et les autres. L'universalité signifie que tout être humain est spirituel et cette dimension est essentielle pour trouver un équilibre.

Selon Thierry Collaud (2011), « la spiritualité c'est la capacité et la manière qu'a la personne, à s'ouvrir au monde et elle renvoie sur des éléments dont l'individu n'a pas de prise ».

Le concept de la spiritualité étant très large, les étudiantes aimeraient se focaliser sur une thérapie alternative comme outil pour accroître le bien-être.

2.4.4 Bien-être

Le Larousse (2018) définit le bien-être comme un « état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit ». L'OMS (1946), définit bien-être et santé de façon similaire : « état de complet bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Les étudiantes étant intéressées par les thérapies alternatives et pratiquant la médiation qu'elles jugent bénéfique, souhaitent découvrir si cette dernière permettrait aux femmes atteintes de cancer du sein d'amoindrir leur stress, améliorer leur bien-être et donner du sens à leur maladie.

2.4.5 Méditation

La méditation est définie par le dictionnaire le Larousse (2018) comme : « une action de réfléchir, de penser profondément à un sujet, à la réalisation de quelque chose. » « Attitude qui consiste à s'absorber dans une réflexion profonde. » « Concentration du corps et de l'esprit sur un thème ou un symbole religieux. »

Les lectures ont permis de relever que le stress provoqué par la maladie engendre de nombreux déséquilibres physiologiques autant que psychologiques, ce qui impactent le bien-être. Cela amène au questionnement de l'utilisation de la médiation comme un outil de soin.

Après avoir développé tous les concepts, des thématiques plus précises permettent d'affiner le questionnement. Les connaissances acquises amènent à modifier la question de départ et à formuler la question intermédiaire qui permet d'orienter la suite de la réflexion et de la préciser :

« Comment la méditation impacte-t-elle le bien être des patientes de plus de cinquante ans atteintes d'un cancer du sein ? »

Pour comprendre les enjeux dans cette phase de vie de la femme, le concept de cycle de vie est développé.

Pour cibler la population de la question, les modifications physiologiques sont mises en lien avec l'âge et les cycles de vie.

Avec l'avancée de l'âge, la production d'œstrogène diminue et des modifications sur le cycle menstruel et l'ovulation se présentent ce qui signifie le déclin de la régulation hormonale. Le cycle menstruel devient irrégulier et dure de moins en moins longtemps jusqu'à ce que l'ovulation et les menstruations cessent. Après une année d'aménorrhée, on parle de ménopause (Marieb & Hoehn, 2015). En lien avec ces dérèglements et modifications hormonales, le cancer du sein se développe majoritairement autour de la cinquantaine (Smeltzer & Bare, 2011), c'est pour cela que notre choix s'est arrêté à cette tranche d'âge.

Selon la description des cycles de vie par Levinson (1996), il est décrit qu'à partir de la cinquantaine, l'individu devient plus "souple et chaleureux", son rôle de mentor prend plus de place. Il fait un bilan sur toutes les choses qu'il a accomplies dans sa vie et devient plus complice avec son partenaire. En somme, il est plus disponible pour lui et son entourage. (Philippe Dupuis, 1985).

Pour les étudiantes, cette étape de vie leur semble être un moment propice pour que la patiente diagnostiquée soit plus disposée à participer activement à sa prise en charge et à s'impliquer plus dans ses soins.

La transition entre cinquante et cinquante-cinq ans ressemble à la période de la trentaine où la personne évalue et apprécie les choses faites dans sa vie. A ce stade de la vie, il y a des remises en question sur les événements

significatifs au cours des dix à quinze années précédentes. La personne se projette dans la phase de vie suivante de cinquante-cinq à soixante ans, où elle pense à réaliser ses aspirations antérieures. (Levinson, 1996).

Levinson (1996), découpe le cycle de vie en quatre ères ou saisons. Il y a deux saisons principales qui correspondent au jeune adulte entre vingt-deux et quarante ans et mitan entre quarante et soixante ans. Chaque saison se divise en cinq temps. Du premier au quatrième temps sont des périodes où surviennent des changements fondamentaux dans plusieurs sphères de l'existence avec des ajustements. Le cinquième temps est la zone de transition qui permet d'aller vers l'autre saison. Cette transition est un tournant dans la vie, ce qui amène à des remises en question. La femme atteinte d'un cancer dans le mitan de la vie a dû passer par les temps où elle a fait des choix de vie pour faire sa place dans le monde. Elle a dû au cours de sa vie, répondre à ses aspirations, reconnaître ses compétences et ses limites, faire des bilans, réévaluer et adapter ses choix.

Houde (1999) a cité Levinson (1996) : le mot « crise » en grec, signifie « débat et choix » ce qui libère des nouvelles énergies et est une occasion de grandir. En somme, la patiente atteinte de cancer du sein peut utiliser cette crise dans sa phase de vie pour opérer un changement positif.

Le développement des cycles de vie confirme l'intérêt des étudiantes pour les femmes de plus de cinquante ans au vu de leur souplesse et de leur plus grande disponibilité personnelle.

Dans le chapitre suivant, sont mentionnées les perspectives pour la pratique professionnelle car il est important de comprendre où se situe les thérapies alternatives en Suisse.

2.5 Perspectives pour la pratique professionnelle

Une étude menée en 2017 en oncologie au CHUV a indiqué que les médecines complémentaires étaient utilisées par 46% des patientes en cours de traitement de chimiothérapie. Les médecines complémentaires qui comprennent une offre plus importante dans cette institution sont l'hypnose, le massage, la réflexologie, le reiki et l'art-thérapie. Une étude réalisée en médecine interne au CHUV a démontré que 32% des patientes auraient souhaité avoir des informations sur les thérapies alternatives durant leur séjour à l'hôpital et 75% les auraient expérimentés si elles leur avaient été suggérées. La majorité des professionnels dans cette institution pratiquant ces thérapies sont les infirmières. Les éléments ci-dessus viennent du rapport du Conseil d'Etat au grand conseil dans le canton de Vaud datant du mois d'avril 2017.

Un tiers des patientes atteintes de cancer du sein font usage des thérapies alternatives (Molassiotis et al., AnnOncol, 2005), dans Rapport du conseil d'état au grand conseil, (2017).

Les lectures permettent de comprendre que le cancer du sein est un agent stressant qui perturbe l'équilibre biopsychosocial et spirituel. Il y a un manque d'accompagnement au niveau spirituel lié à l'association erronée de la spiritualité et la religion.

Selon les étudiantes, la spiritualité est une ressource face à la maladie car elle donne des pistes de réflexion et permet de donner un sens aux événements difficiles et que si l'on ne donne pas de signification la personne est plus sujette à la dépression et la distanciation et sera donc moins ou pas impliquée dans sa prise en charge.

Agir sur le côté spirituel pour influencer les effets psychologiques et physiologiques permettrait d'améliorer le bien-être. En posant des questions sur la spiritualité, l'infirmière peut déterminer l'existence des ressources dont bénéficie la personne ainsi que les croyances et coutumes dont il faut tenir compte dans la prise en charge. (Smeltzer & Bare, 2011).

La réflexion amène à supposer que la médiation peut être une ressource pour la patiente en l'amenant à se centrer sur elle-même. Elle peut également être un potentiel outil infirmier pour entrer en relation et accompagner la patiente sur le plan spirituel. Le rôle de l'infirmière serait d'inviter la patiente à prendre du temps pour elle, à se centrer sur elle-même pour accueillir ses émotions et sensations. Cette pratique est accessible à toutes car elle ne nécessite aucun moyens auxiliaires et financiers. Le but est qu'elles puissent trouver un sens à leur vécu, améliorer leur empowerment et diminuer leur stress. Sur le plan individuel, Eisen (1994) définit l'empowerment comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle.

Ce chapitre permet d'identifier les concepts principaux qui sont développés par la suite.

Chapitre 3. Concepts retenus et champs disciplinaires infirmiers

3.1 Définition des concepts

Dans ce troisième chapitre, les concepts retenus dans la problématique sont décrits en détail. Ils sont les suivants :

- Stress
- Coping
- Bien-être
- Méditation

Le premier concept est celui du stress. Le travail s'intéressant aux femmes atteintes de cancer du sein, le stress engendré par la maladie perturbe le bien-être. Afin de comprendre quels mécanismes permettent à ces femmes de faire face aux multiples agents stressants, le coping est expliqué. Ces mécanismes lui permettent de revenir à une notion de bien-être qui est défini dans ce chapitre. La méditation étant un outil potentiel pour améliorer ce dernier est explicitée. La théorie de l'expansion de la conscience (Newman, 1970), permet d'inscrire le travail dans la discipline infirmière et est mise en lien avec les concepts.

3.1.1 Stress

Le stress surgit lorsque les ressources et les stratégies de gestion personnelles de l'individu sont dépassées face à une situation. (OMS, Arck & al., 2001), ce qui perturbe le maintien de l'homéostasie (Smeltzer & Bare, 2011).

L'agent stressant peut être défini comme une situation pouvant occasionner des changements au niveau physiologique, émotionnel, cognitif, comportemental. (Smeltzer & Bare, 2011).

Comme expliqué dans le chapitre précédent, le cancer est un agent stressant ayant un impact sur tous ces niveaux.

Pour maintenir l'homéostasie de l'organisme face au stress, différents mécanismes de coping se mettent en marche. Ils peuvent être d'ordre physique ou psychologique. Ils déclenchent des séries de mécanismes neuronaux et hormonaux pouvant agir à courte ou longue durée. Le but est de retrouver l'équilibre initial. (Dubos, 1965, dans Smeltzer & Bare, 2011).

Un événement stressant qui perturbe l'homéostasie peut conduire à la maladie ou participer à sa péjoration si le processus d'ajustement au stress n'a pas fonctionné. (McEwen & Mendelson, 1993, dans Smeltzer & Bare, 2011).

Le stress intervient d'après Smeltzer & Bare, (2011) sur les aspects :

- Physiologique qui sera expliqué par le syndrome général d'adaptation
- Psychologique qui sera éclairé par les stratégies de coping dans le prochain chapitre.

Le syndrome général d'adaptation est composé de trois phases selon Grabowski (1994) :

a) Phase d'alarme. L'hypothalamus active le système sympathique et celui-ci va alors stimuler la glande médullosurrénale. Cela donne lieu à des réactions instantanées qui permettent la lutte ou la fuite. Lors de l'apparition d'un agent stressant, le corps envoie des influx nerveux aux nerfs du système

sympathique. Celui-ci déclenche alors une série d'effets instantanés qui sont exposés dans le schéma ci-dessous dans la partie « stress de courte durée ».

Les effets du système sympathique vont aussi stimuler la glande médullosurrénale qui elle sécrète l'adrénaline et la noradrénaline. Ces neurotransmetteurs soutiennent la réaction immédiate et la prolongent.

b) Phase de résistance. Principalement, des réactions hormonales de l'hypothalamus appariassent et permettent une réaction à long terme. Les effets sont décrits dans l'illustration ci-dessous dans « le stress prolongé ».

Durant cette phase de résistance, qui dure bien plus longtemps que la précédente, l'organisme reçoit tout ce qui est nécessaire pour la lutte contre un agent stressant.

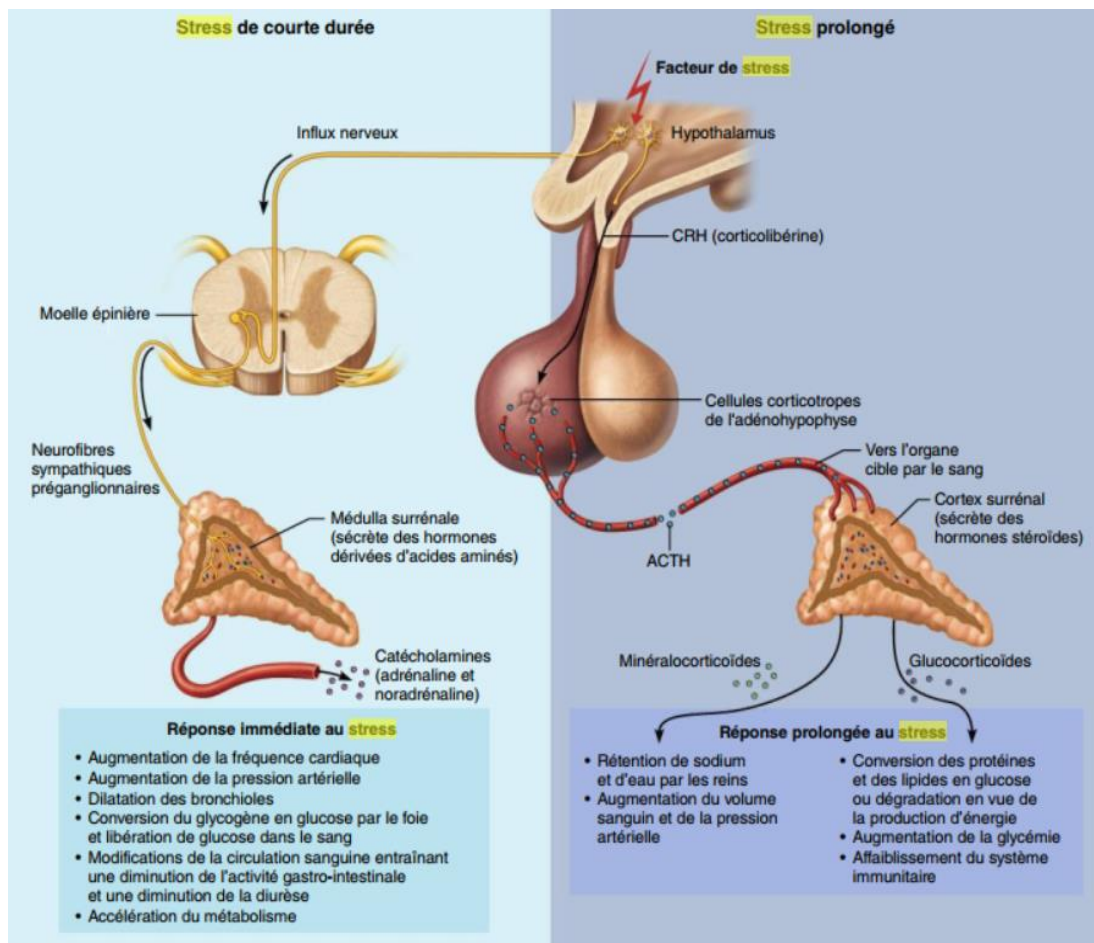


Figure 5 - Syndrome général d'adaptation, Anatomie et physiologie humaine, Marieb, E.N., Hoehn, K. (2015)

c) Phase d'épuisement. Lorsque l'organisme ne réussit pas à faire face au stress, cela engendre la mort cellulaire et les organes vitaux cessent de fonctionner.

Le stress physique engendre des événements physiologiques, mais également des événements psychologiques qui permettent de s'adapter à la situation.

3.1.2 Mécanismes de coping

L'intensité du stress ressenti dépend de trois évaluations qui sont le stress perçu, le contrôle perçu et le soutien social perçu d'après Bruchon-Schweitzer (2002). Le stress perçu est la phase primaire qui correspond à la gravité de la menace, à la contrôlabilité et à la durée. C'est une évaluation en termes de menaces, de pertes ou de défis. Le contrôle perçu est le moment où l'individu fait l'inventaire de ses ressources (personnelles ou sociales) dont il dispose pour la surmonter. Le sentiment de contrôle perçu est spécifique à chaque situation et est favorisé par un lieu de contrôle interne et un optimisme réaliste. Il correspond à l'évaluation par la personne de ses ressources personnelles et de sa capacité à contrôler la situation à laquelle elle est confrontée.

Le coping est décrit comme : « La façon dont un sujet fait face à une situation donnée et s'en accommode. » (DMAM, 2019).

D'après l'auteur Bruchon-Schweitzer (2002) trois principales stratégies de coping sont existantes.

Type de coping	Fonction	Exemples
a. Coping centré sur le problème	Permet de percevoir une situation moins exigeante qu'elle en a l'air.	Etablir un plan d'action et de le suivre, se battre pour sa volonté, décortiquer les différents éléments, etc.
b. Coping centré sur l'émotion	Moyens permettant de réguler les tensions émotionnelles provoqués par la situation.	L'espérance d'un miracle, essayer d'oublier une situation, se mettre en retrait, etc.

c. Coping centré sur le soutien social	Le soutien social permet une meilleure résolution de problème et un soutien émotionnel.	Parler à quelqu'un de ses problèmes, demander conseil à une personne, etc.
--	---	--

Tableau 5 - Les mécanismes de coping

Les différents exemples ci-dessus sont tirés de la version française du Ways of Coping Checklist (WCC) à 27 items. (Cousson-Gélie, 1996).

a) Coping centré sur le problème.

La personne agit en essayant de résoudre le problème ou en affrontant la situation. Le but est de réduire les exigences de la situation et d'augmenter les ressources personnelles pour y faire face de manière plus efficace. Ceci est favorisé par trois facteurs qui sont :

- Avoir un contrôle interne perçu signifie que c'est la personne même qui contrôle la situation et non un contrôle externe attribué à un personnage tout puissant réel ou lié à la chance en lien avec les croyances.
- Une bonne estime de soi
- Capacité à contrôler de manière objective la situation

b) Coping centré sur l'émotion.

Englobe les diverses tentatives qui permettent de réguler les tensions émotionnelles ressenties dans la situation. Est favorisé en cas d'impuissance face à une situation, un sentiment de stress élevé, une estime de soi négative, et une faible capacité à contrôler une situation.

c) Centré sur le soutien social.

Il correspond à l'aide affective apportée par le réseau et la manière dont l'individu estime que ses besoins et ses attentes ont été satisfaits. Est caractérisé par le sentiment que la personne a, sur la possibilité d'être aidée, protégée et valorisée par son entourage. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

L'adaptation contribue à l'amélioration du bien-être de l'individu en atténuant sa détresse. Elle vise la modification du milieu pour que la situation soit résolue de manière plus efficace. Elle a pour but de soulager ou de faire disparaître l'événement stressant ainsi que l'émotion qu'elle a provoquée (Lazarus, 1991, 1999 dans Smeltzer & Bare, 2011).

3.1.3 Bien-être

En 2008, l'OMS a reconnu le bien-être non seulement des aspects physiques mais aussi sur le plan psychologique et social. Seule la personne est capable de définir son état de bien-être. Selon Orem (2001) dans Smeltzer et Bare (2011), le bien-être fait référence à la perception individuelle des conditions de l'existence de la personne, elles se caractérisent comme un sentiment de complétude, de plaisir, de bonheur, d'accomplissement de son idéal personnel et par des expériences spirituelles. Il implique un effort conscient de la personne pour atteindre le meilleur état de santé possible.

Le bien-être a été défini comme un état équivalent à la santé. Cookfaire, (1996) dans Smeltzer et Bare (2011), indique que le bien-être correspond à une manière d'être « dynamique et en constante fluctuation ». En évaluant

ces définitions, il devient évident que l'objectif des professionnels de la santé est de favoriser les changements orientés vers la santé et le bien-être. Par ailleurs, l'aspect subjectif du concept de bien-être montre l'importance de reconnaître l'individualité de la personne et de répondre à ses besoins en lui offrant tout un éventail de soins et de services.

Selon Benner, (1985), le bien-être est contextualisé selon la culture, l'histoire et l'instant de l'être humain. Il dépend aussi de l'expérience de santé de l'individu, sa façon d'être et le sens qu'il donne aux événements.

La quête du bien-être et de la qualité de vie dans son corps et par son corps devient universelle car elle apparaît indispensable au soi. Être « bien dans son corps et dans sa tête » est synonyme d'harmonie, de joie de vivre, de bonne santé mentale, de tout ce qui fait que la vie mérite d'être vécue. Dès lors, les personnes ont des pratiques qui visent à s'embellir, se relaxer et se renforcer. (INSERM, 1995).

Tous les humains ont des besoins fondamentaux qui doivent être satisfaits. Ces différents besoins ont été proposés par Maslow (1958) sous forme d'une pyramide. Il indique que la personne doit passer des besoins fondamentaux aux besoins supérieurs en fixant comme objectif final la santé et la réalisation de soi, ce qui englobe un besoin d'épanouissement. (Smeltzer & Bare, 2011).

Certains besoins étant plus pressants que d'autres, il faut y répondre par ordre de priorités. Les besoins d'ordre essentiel sont ceux auxquels il faut répondre dans un premier temps. Bien souvent, une fois que ces besoins sont

satisfaits les besoins d'ordres supérieurs peuvent se manifester. (Smeltzer & Bare, 2011).



Figure 6 - Pyramide de Maslow

Les besoins en bas de la pyramide ne disparaissent jamais et sont les premiers à devoir être satisfaits. En cherchant à répondre aux besoins du haut de la pyramide cela tend vers l'évolution de la santé et du bien-être.

Une patiente atteinte d'un cancer du sein sera mise devant une situation qui va l'inciter à prendre des décisions. Le cancer ou l'évocation de la mort sera une occasion pour elle de garder un contrôle sur sa maladie et sa vie. Dans cette optique, la maladie devient un temps productif pour soi et pour les autres. La maladie provoque chez la personne atteinte dans sa santé, la recherche du bien-être, la réconciliation, la paix, ainsi qu'un temps pour soi et pour les autres. (Jobin, 2017).

La pratique infirmière vise à rendre la personne et son environnement, aptes à prendre sa santé en charge selon ses ressources, quelle que soit l'étape de vie ou la phase de la maladie. Le but étant de rendre la personne capable d'atteindre un sentiment de bien-être et une qualité de vie satisfaisante. (Smeltzer & Bare, 2011).

Le rôle infirmier dans la prise en soin de la patiente atteinte d'un cancer du sein est d'apporter des nouvelles perspectives en matière de la promotion de la santé, le bien-être et l'autosoin. (Smeltzer & Bare, 2011). C'est à travers l'initiation d'une pratique telle que la méditation que l'infirmière pourrait assister la patiente à atteindre ses objectifs.

La santé étant définie comme le résultat d'un mode de vie qui est axé sur le bien-être, il s'agirait dans ce cas, selon Renée Houde, (1999) de trouver son équilibre, ce qui est propre à chacun. Un évènement difficile provoque un déséquilibre et incite à un développement psychosocial de l'individu en mobilisant ses ressources. (Levinson, 1996).

Selon Leddy et Pepper (1998), les signes du bien-être sont la capacité à agir au mieux de ses possibilités, la faculté de s'adapter à diverses situations, une sensation de contentement et le sentiment que "tout se tient" et sont en harmonie.

En résumé, Ryff et Keyes (1995) dans INSERM (1995), le bien-être est constitué par divers facteurs ci-dessous, ce qui selon nous, pourrait résumer les caractéristiques d'une personne en état de bien-être.

- Une bonne estime de soi et une évaluation positive de sa vie

- De bonnes relations avec les autres
- Une sensation de maîtrise sur sa vie et son environnement
- La sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d'être autonome
- Donner un sens à sa vie
- Se sentir dans la continuité de son développement personnel.

Selon Netz et Coll. (2005), le bien-être serait le résultat de quatre dimensions :

- a) Le bien-être émotionnel qui englobe la gestion d'anxiété, stress, tension, état dépressif, angoisse, confusion, énergie, vigueur, fatigue, émotions, optimisme.
- b) Les perceptions de soi en lien avec les compétences, estime globale de soi, image du corps, perception de sa condition physique, perception de maîtrise de soi, attribution causale.
- c) Le bien-être physique (douleur, perception des troubles somatiques).
- d) Le bien-être perçu par la personne, selon la qualité de vie.

Le bien-être est parfois mesuré à partir d'une ou plusieurs échelles globales, telles que les échelles de satisfaction, de bonheur, de qualité de vie : exemple le General Well Being Schedule. Ces évaluations se centrent sur les aspects positifs, négatifs et tentent de corréliser entre les différents aspects du bien-être dans le but de cibler les dimensions physiques ou psychologiques des personnes. (Netz & Coll, 2005 dans INSERM, 1995).

Le besoin du bien-être est d'avoir une qualité de vie qui passe par la mise en place de ressources. L'utilisation du corps et de l'esprit est universelle chez

l'humain. (INSERM, 1995). La méditation est une pratique qui permet de relier le corps et l'esprit. (Midal, 2014).

3.1.4 La méditation

Selon Midal, (2014), la méditation est un exercice qui consiste à porter son attention d'instant en instant, dans le présent vivant, cela sans conceptualiser ou émettre d'attente. Il s'agit de s'ouvrir au présent et de l'accueillir tel qu'il est sans jugement.

Dans la tradition bouddhique, il s'agit de prendre soin des expériences ou des phénomènes par l'attention. Lorsque l'attention est portée sur le présent, les événements sont pris en compte et recueillis. Par exemple, si l'attention est portée sur un récit de quelqu'un, les paroles sont abritées dans l'écoute ; on prend soin de ce qui est dit. A l'inverse, l'inattention ne permet pas aux propos de se déposer dans l'écoute, ils sont donc vite oubliés. (Midal, 2014).

« Méditer, c'est se disposer de telle sorte que nous trouvons la juste manière d'être par le soin que porte l'attention juste. » (Midal, 2014).

« Être présent » se traduit par tourner son attention dans le présent actuel pour ne plus vivre dans sa tête. (Midal, 2014).

La méditation connue actuellement en occident vient d'orient et plus particulièrement du bouddhisme. Cela ne signifie pas que dans d'autres cultures, d'autres formes de méditation n'ont pas existé, mais c'est ainsi que l'occident découvre sa pratique. (Midal, 2014).

Les étudiantes ont décidé de mettre en lien le cancer avec quelques préceptes bouddhistes car c'est de là que la méditation connue en occident tire ses racines.

« Pratiquer le bouddhisme, c'est tourner son regard vers l'intérieur et chercher des solutions non pas en dehors de nous, comme on y est habitués depuis notre enfance, mais en nous, dans la « nature de l'esprit ». (Chassériau, 2005).

Les quatre vérités de Bouddha décrit par Chassériau (2005)

a) Le samsara ou la misère de la condition humaine.

« La souffrance invisible, c'est la souffrance latente, qui est omniprésente tant que nous sommes sous l'emprise de l'ignorance, de l'attachement au moi et d'une perception erronée de la réalité. » (Chassériau, 2005).

Dukkha est un terme sanscrit qui englobe la douleur ressentie de façon aiguë, les états de frustrations, d'insatisfactions ou d'ennui. Il comprend également ceux dont nous ne sommes pas conscients. Dans le bouddhisme, la souffrance peut être traduite au sens plus large du terme par le « non-bonheur ». (Chassériau, 2005).

Comme expliqué dans le chapitre précédent, le diagnostic de cancer va engendrer un état d'insatisfaction entre le moi voulu et le moi réel qui, si nous le mettons en lien avec cette philosophie engendre le non-bonheur et crée une souffrance.

b) Le diagnostic : les origines de la souffrance

Dans le bouddhisme, la souffrance humaine revient à vivre dans l'ignorance, l'illusion ou dans l'incapacité de voir les choses et les êtres tel qu'ils sont, à commencer par soi. (Chassériaux, 2005)

« Ce ne sont pas les choses ou les événements en eux-mêmes qui nous font souffrir mais la vue fautive que nous en avons. » (Chassériaux, 2005)

L'ignorance engendre l'avidité et donc l'insatisfaction. Nous pensons « Si j'avais ... je serai plus heureux ». Tant que le désir ne cesse pas, l'insatisfaction persiste, nous empêchant de jouir de ce que nous avons ici et maintenant. (Chassériaux, 2005)

Selon Chassériaux (2005), trois formes de désirs :

- i. Satisfaction des sens : sexe, nourriture, boissons et autres plaisirs lié au corps.
- ii. Désir d'existence : affirmation de notre identité illusoire, de l'ego.
- iii. Désir de non-existence : il revient à faire abstraction de tous les éléments qui déplaisent, dérangent ou obligent à la remise en question. Il apparaît dans les cas de dépression, les attitudes de renoncements ou le défaitisme.

Selon la vision des étudiantes, une femme malade pourra inconsciemment être esclave de sa souffrance tant qu'elle restera dans ce désir de non-existence. Ce qui selon elles reviendrait à ne pas accepter sa maladie et l'empêcherait donc de trouver un sens à son existence et pourrait l'amener à des états dépressifs.

c) La bonne nouvelle : nous pouvons guérir de la souffrance

Quatre attitudes sont possibles face à la douleur :

- i. L'ignorance ou la fuite : en essayant de rechercher le plaisir, en accumulant des biens matériels ou en ayant recours à la consommation de substances plus ou moins nocives (alcool, tabac, drogues, tranquillisants).
- ii. S'y résigner : être fataliste et se dire que de toute façon l'on n'y peut rien.
- iii. Essayer de la camoufler : en essayant de lui donner un sens rédempteur « si je souffre, c'est pour mon bien ».
- iv. La reconnaître et l'accepter : en chercher les origines et agir sur celles-ci pour s'en libérer. C'est l'attitude préconisée par Bouddha qui soutient que la maladie n'est pas incurable, la souffrance inhérente à la misère de la condition humaine n'est pas une malédiction inéluctable.

d) La thérapie : la voie de la délivrance

Selon Chassériaux (2005), si on veut guérir d'une maladie, il ne faut pas s'attaquer aux symptômes mais aux causes qui provoquent la souffrance. Le Bouddha a déterminé un programme d'action en huit points (qui ne seront pas développés dans ce travail) qui permettra aux pratiquants de transformer leur état d'esprit en balayant les causes de la souffrance dans le but de parvenir à l'éveil. Ces huit points : la vue juste, l'intention juste, la parole juste, l'action juste, les moyens d'existence justes, l'effort juste, l'attention juste et la

concertation juste ont tous en commun l'idée de conscientiser plus les actions et de les évaluer afin d'agir toujours de la meilleure de manière.

Cette vérité-là est plus difficile à mettre en lien dans le cas de maladie comme le cancer car si l'on part d'un monde idéal, la cause de la souffrance serait la maladie venant provoquer ce déséquilibre et créer des difficultés et du stress. Avec un autre point de vue, le cancer peut également être appréhendé comme un symptôme d'une problématique plus profonde qui s'exprime ainsi. Ce que les étudiantes soutiennent dans les deux cas, c'est qu'en étant plus conscient des événements internes et externes, il sera plus facile de leurs donner du sens et d'y faire face.

Notre époque connaît un déficit structurel d'attention ; toujours à se projeter et anticiper le futur ce qui entraîne stress, dépression, hyperactivité et angoisse chronique. Méditer exercerait l'esprit à se centrer plus sur le présent et à lâcher prise. (Midal, 2014).

La psychologie comme la méditation permet d'explorer l'esprit humain avec ses peurs, angoisses et émotions dans une attitude de non-jugement.

La thérapie cognitivo-comportementale cherche à explorer chez les patientes leurs émotions ou leurs sentiments refoulés (notamment la dépression), ainsi que ce qui se passe au niveau mental. La mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) est une thérapie qui définit l'état dépressif comme des ruminations incessantes qui sont dues au déni de divers états émotionnels douloureux et la mise en place de stratégies de coping d'évitement pour fuir la situation. Ces stratégies de coping d'évitement étant inefficaces mènent à

l'épuisement et renvoient un sentiment d'échec. L'intérêt manifesté pour la méditation par les psychologues résulte du fait que son exercice permet de mettre fin au processus de rumination. Leur avis est qu'au lieu de fuir ces émotions, il faut réussir à y faire face et à la dominer. La méditation et la psychologie s'accordent sur le fait de ne pas critiquer nos ressentis d'après les normes sociales ou morales en se basant sur notre système de croyance, mais de les analyser tel qu'ils sont en prenant soin de soi dans un but de soulagement. (Midal, 2014).

La méditation amène les pratiquants à confronter leurs zones d'ombres mais, leurs donne également l'opportunité de prendre conscience de divers éléments, comme par exemple leurs émotions, leurs sensations corporelles et les événements de la vie quotidienne. La méditation est un travail sur la réalité. « Elle n'est pas un médicament visant à fabriquer artificiellement des états de conscience déconnecté de toute vérité. Elle ne guérit pas du réel mais elle apprend à se lier plus sagement à lui ». (Midal, 2014).

C'est un judicieux examen de l'esprit humain. Lorsque que le pratiquant médite, se pose dans le moment présent, il se permet de clarifier son esprit et est plus disposé à discerner l'origine de ses pensées, sensations, émotions et de comprendre sa psyché. Cela lui apprend à se relier à son soi profond, à se connaître réellement. (Midal, 2014).

La méditation n'est pas un moyen de se déconnecter de la douleur ou du chaos mais permet de s'y relier avec courage, présence et non-jugement. Elle

permet d'entrer en relation avec sa propre vie en se mettant en contact avec ce que Bergson nomme « la vie intérieure ». (Midal, 2014).

Elle permet d'élargir la vision des choses, en ôtant divers filtres obtenus par l'expérience de vie qui peuvent nous empêcher d'être. Cette pratique spirituelle permet d'affronter la souffrance avec courage pour la reconnaître, la comprendre et trouver des moyens pour y faire face et l'accepter telle qu'elle est. Par cette pratique la personne se trouve dans le coping centré sur le problème. (Midal, 2014).

« Nous sommes nés avec un organe incroyable appelé esprit, qui peut être au diapason avec le paradis, l'enfer et tout ce qu'il y a entre deux, mais personne ne nous donne jamais le mode d'emploi en indiquant comment l'utiliser ou quoi faire avec. La méditation offre un moyen de regarder de façon active la nature de l'activité de cet esprit ». (Welwood, 2003, dans Midal 2014, p.17)

Pour faire le lien des concepts, avec la pratique infirmière, le cadre théorique infirmier va être expliqué ci-dessous à l'aide d'une théorie de soins. Ceci afin de comprendre que cette thématique peut s'inscrire dans la pratique infirmière.

3.2 Cadre théorique infirmier

Dans le développement de la problématique, les étudiantes ont observé que durant différentes étapes d'un cancer du sein, les patientes et leur entourage étaient atteints par un bouleversement sur le plan physique et psychique.

Ces changements sont dus non seulement à la maladie mais aussi aux symptômes, les effets secondaires des traitements et tout le questionnement que les patientes doivent affronter pour tenter de rétablir leur santé.

Dans ce travail, les étudiantes s'intéressent au bien-être de la patiente à travers la pratique de la méditation. Les étudiantes ont choisi de mettre en lien la théorie de l'expansion de la conscience de Newman (1970) car elles souhaitent découvrir les effets de la méditation chez les patientes oncologiques. Pour elles, la méditation pourrait être un outil pour les patientes afin de réduire leur stress en leur permettant de prendre pleinement conscience de ce qu'elles vivent et y donner du sens.

Biographie de Margaret A. Newman (1970)

Margaret A. Newman est née en 1933 aux Etats Unis. Elle est devenue infirmière et a développé sa théorie de « la santé comme une expansion de la conscience » (1986, 1997).

Elle s'est inspirée de divers courants, notamment les soins humains, la psychologie et la physique quantique, selon les personnalités citées ci-dessous :

- Itzhak Bentov (1978) - Le concept de l'évolution de la conscience
- Arthur Young (1976) - La théorie du processus
- David Bohm (1980) - La théorie de l'ordre implicite
- Ilya Prigogine (1976) - la théorie des structures dissipatives

Cependant, la base de sa théorie s'appuie sur celle de la théoricienne des soins infirmiers :

- Madame Martha Rogers (1970) - "l'être humain unitaire".

Dans la théorie de Newman, sont retrouvées les notions de l'ordre et de désordre, équilibre et non-équilibre, des particules qui retrouvent leur espace et leurs fonctions de base après être modifiés. Ces notions appliquées dans les soins infirmiers aident à comprendre qu'en cas de maladie ou de la survenue d'un élément stressant, l'humain est capable de retrouver un équilibre.

Selon Newman, (2010) sa théorie s'appliquerait à toutes les personnes indépendamment de la présence ou de l'absence de maladie. Car pour chaque personne, dans chaque situation, aussi désordonnée et désespérée qu'elle puisse être, elle fait partie du processus universel d'élargissement de la conscience. Un processus qui consiste à devenir plus soi-même, à trouver plus de sens à la vie et à atteindre de nouvelles dimensions. (Newman, 2010).

La théorie de Newman (1970) est dans le paradigme de la transformation et elle nous rappelle que « la personne » est un ensemble qui est lié. La théorie est conçue sur la base des métaparadigmes infirmiers, des concepts et des postulats qui seront explicités dans le point suivant.

3.2.1 Les métaparadigmes tels décrits par Newman (1970)

Les métaparadigme de la discipline infirmière sont : santé, soin, personne et environnement. Ces métaparadigmes s'inscrivent dans des écoles de pensées, qui en comptent 6 principales. Ce sont les écoles des besoins, des

interactions, des effets souhaités, des apprentissages de la santé, des patterns et du Caring. (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010)

Les métaparadigmes selon Newman (1970) sont inscrits dans l'école des *patterns*.

L'école des patterns a été créée dans le contexte de paradigme de la transformation. Elle a été présentée par la théoricienne Martha Rogers (1914-1994) dès 1970 avec le concept selon lequel « la santé et la maladie sont des expressions du processus de vie et ne sont ni opposées ni divisées ». (Pepin & al. 2010).

Les patterns donnent du sens aux soins holistiques en prenant en compte l'unicité de chacun. (Pepin & al. 2010).

L'école des patterns conçoit la personne, l'environnement, la santé et le soin comme étant des processus simultanés, imprévisibles et en évolution. (Pepin & al. 2010).

Pour Martha Rogers (1970,1972), le but de l'infirmière est de promouvoir la santé et le bien-être de toute personne, quel que soit le contexte dans lequel cette dernière vit. La personne et l'infirmière doivent agir ensemble. L'infirmière facilite l'optimisation du potentiel (Barrett, 1990) avec des modalités de soins non invasives.

Inspirée de Martha Rogers dès 1970, Newman, (1986,1997) propose une théorie de la santé qui serait l'expansion de la conscience et décrit les quatre métaparadigmes comme tels :

a) La santé : est « la réalisation continue de soi comme être humain unitaire, et intègre la maladie ; elle fait partie du processus d'expansion de la conscience, du changement. »

C'est un modèle unique à chacun, car chacun comprend sa propre diversité. Elle est influencée par le concept de conscience, peu importe la forme ou la direction.

b) Le soin : « Science qui reconnaît les patterns de l'expansion de la conscience en créant une relation entre l'infirmière et la personne. »

c) La personne : « être humain unitaire caractérisé par ses patterns spécifiques ; conscience ; intersection entre le mouvement, le temps et l'espace. »

d) L'environnement : « champs d'énergie qui a des limites spatiales ou temporelles communes avec l'univers et qui évolue vers une complexité et une diversité croissante se manifestant dans les patterns rythmiques. »

(Pepin & al. 2010).

3.2.2 Les concepts de Newman (1970)

- Pattern of a whole
- Conscience
- Mouvement espace-temps

Pattern of a Whole. Les patterns sont les manifestations de la santé de la personne. Pour comprendre les besoins de la personne et reconnaître ses

patterns il s'agit de s'intéresser à son expérience, sa famille, la population. (Pépin & al. 2010). Il s'agit aussi d'étudier le caractère de la personne et la signification qu'elle donne à ses expériences pour mieux comprendre la personne dans son ensemble. (Pépin et al. 2010).

« Pattern of a Whole » donne la notion de l'unicité de la personne. Chaque individu présente un modèle en évolution en fonction de l'interaction avec son environnement. C'est un modèle unique où chacun est construit avec sa propre diversité, sa singularité et sa manière d'agir. C'est ainsi que la patiente utilise ses stratégies de coping. Le Pattern de santé est construit via une énergie. Plus on arrive à donner du sens à cette énergie plus on est dans le bien-être de notre corps et esprit.

Dans un processus de recherche de pattern l'infirmière intervient pour :

- Identifier la problématique de santé : la maladie en général, ou un évènement négatif. Exemple, dans le cas d'un cancer du sein, le stress est présent.
- Se questionner « Où dois-je intervenir ? Quelles sont mes propositions ? » Par exemple faire des exercices de relaxation.
- Entrer en connexion avec la patiente.
- Faire que la personne entre en contact avec ses propres patterns d'expansion et de la conscience.
- Élever la personne à un niveau supérieur de conscience pour améliorer son état de santé et son bien-être. (Nursing Theory, 2018).

Dans la théorie de Newman, l'infirmière a pour rôle d'accompagner la patiente à réfléchir aux différents éléments qui pourraient l'amener à mieux se sentir. Lorsque l'infirmière et la patiente entrent en connexion, il y a des changements qui les amènent à expandre leur conscience et à l'élever à un niveau supérieur de conscience. (Nursing Theory, 2018).

Conscience. Ce concept cherche à montrer comment l'évolution au niveau cognitif est possible chez les personnes vivant une situation stressante.

La conscience est une capacité informative du système humain, englobant les connaissances cognitives (pensée) et l'affect (sentiments). L'équilibre physicochimique inclut le système nerveux et endocrinien, la croissance, le système immunitaire et le code génétique. (Newman, 1986, 1990, 1994).

C'est grâce à sa capacité cognitive que la patiente sera en mesure de donner du sens, de rationaliser et de mettre des mots sur ce qu'elle vit. Par le dialogue, il s'opère un changement inconscient chez la patiente. Ce dernier passera dans la cognition lorsqu'il aura atteint la maturation. La finalité c'est de donner du sens à la vie de la patiente, quand le moment sera venu.

Le non cognitif ou l'inconscient de la personne lui permettra d'atteindre une étape supérieure. L'inconscient joue un rôle chez la patiente aussi, lors des interactions avec l'infirmière qui aura « semé une graine ». Et c'est plus tard, quand le moment sera opportun pour la patiente, qu'elle agira. Ce moment propice sera l'espace-temps de la patiente. Ainsi, la personne s'adapte en changeant les règles conscientes ou inconscientes.

Newman, (1970) dit d'une manière philosophique que la vie est un processus d'expansion de conscience car la notion de l'évolution est continue et l'individu peut changer à tous moments. Sa théorie est aussi basée sur la physique et elle nous rappelle, qu'humainement parlant, la personne malade aura ses cellules en déséquilibre et qu'elle va se battre pour retrouver son équilibre et son bien-être.

Le niveau d'élévation supérieur touche autant à l'infirmière qu'à la patiente. C'est lors d'évènements de vie que l'individu va faire des changements conscients qui lui feront atteindre un niveau supérieur de conscience, ce processus atteindra l'inconscient.

Le mouvement espace-temps. Ce concept démontre l'importance de respecter la personne soignée, d'être à son écoute et de faire avec elle à son rythme. Le concept nous aide à comprendre combien accompagner la patiente avec bienveillance et empathie peut lui donner le pouvoir sur sa prise en charge. La relation des personnes entre elles et leur environnement est un processus qui est toujours en vibration, cette vibration permet à l'individu de trouver son rythme pour apporter des changements.

Le mouvement a une notion d'infini. Dans la vie, nous devons remplir des tâches, accomplir des challenges et pour certaines personnes cela prend plus de temps. Si l'infirmière respecte l'espace-temps de la patiente, elle ne pourra pas définir quel moment sera opportun pour la patiente. Le mouvement est la condition naturelle de la vie. L'infirmière est présente avec la patiente et respecte son mouvement espace-temps pour qu'elle prenne conscience elle-

même de sa situation. L'infirmière est là pour observer, analyser, identifier les ressources de la patiente et l'aider à déterminer ce qui est bon pour elle dans le but d'améliorer ses conditions de vie. Cela va lui permettre de retrouver un équilibre.

Par cette théorie infirmière, il est possible de se rendre compte que la méditation aurait sa place dans la pratique infirmière. Dans le chapitre suivant la question définitive qui reprend les femmes atteintes de cancer, la méditation, le stress, et le bien-être est déterminée. La méthode présente également la recherche des articles qui permettent de répondre au questionnement.

Chapitre 4. Méthodologie

Dans ce chapitre est expliqué le cheminement de recherche et la sélection des articles scientifiques permettant de répondre à la question de recherche.

4.1 Méthode PICOT

La question de recherche est construite selon le modèle PICOT. Ce modèle de formulation de question permet une orientation sur les informations concernant la population, l'intervention, la comparaison, le résultat et le temps.

La définition de l'acronyme **PICOT** représente **P** pour la population qui est visée ; **I** pour l'intervention à considérer ; **C** pour la comparaison avec d'autres types d'intervention ou études ; **O** pour outcomes qui sont les résultats bénéfiques pour la santé du patient et **T** pour un temps donné. En rapportant cette définition à la question de recherche, il en ressort les informations suivantes :

P	Les femmes de plus de cinquante ans atteintes de cancer du sein
I	La pratique de la méditation pleine conscience
O	Effets sur le stress et l'amélioration du bien-être

Tableau 6 - Question de recherche avec la méthode PICOT

La question de recherche ne comporte pas de comparaison, car les étudiantes ne souhaitent pas comparer avec d'autres types d'interventions ou études. La notion du temps est également absente, car elle est indéterminée dans l'intervention.

4.1.1 Population (P)

Les recherches portent sur les femmes atteintes de cancer du sein de plus de cinquante ans, au vu de l'importance de l'atteinte de cancer du sein à ce stade de vie, mais également parce que les femmes s'approchent à cet âge de la retraite, les enfants sont sûrement plus âgés et indépendants, ce qui laisse plus de temps aux femmes pour s'occuper d'elles.

4.1.2 Intervention (I)

Le terme « méditation » est choisi pour élargir au maximum les recherches et ne pas les limiter. Les résultats ont ressorti beaucoup d'études concernant la méditation pleine conscience. Cela a permis de cibler l'intervention et de devenir un critère de sélection lors de l'analyse des résumés.

4.1.3 Outcomes / Résultat (O)

Le but de cette recherche est d'observer les bénéfices de la méditation chez les femmes atteintes de cancer du sein. Notamment au niveau de la gestion du stress et de sa réduction, mais aussi de constater les effets au niveau du bien-être et de la qualité de vie.

4.2 Le type de question de la recherche

La question définitive est :

« Chez les femmes de plus de cinquante ans atteintes de cancer du sein, quel est l'impact de la méditation pleine conscience sur la gestion du stress et le bien-être ? »

Elle est de type « intervention ». Selon Melnyk & Williamson (2010) dans Fortin & Gagnon (2016), une question de ce type intervention permet d'avoir des meilleures preuves pour être intégrée dans la pratique.

4.3 Recherche d'articles

Les mots clés choisis sont : Cancer /sein/ femmes /méditation/ stress / bien-être. Après, avoir traduit chaque mot en anglais par le biais du traducteur « linguee » et « google traduction », les mots ont été introduits dans le thésaurus des diverses bases de données qui sont Cinhal, Pubmed, Psychinfo, Medline et les termes adaptés à chaque base de données en sont ressortis.

Des descripteurs ont été trouvés sauf pour la base de données Cochrane qui n'en a pas. Les mots clés en anglais ont été introduits pour la recherche d'articles. Pour élargir les recherches et cibler des articles correspondant à la thématique, le choix a été fait d'enlever ou de changer quelques mots clés. Par exemple, pour sur Cinhal le terme de « Women » a été enlevé et cela a tout de même permis de trouver un article concernant les femmes. Pour une autre recherche, au lieu de mettre « stress », il a été choisi d'utiliser le terme

de « cortisol » afin d'avoir des résultats en lien avec le syndrome général d'adaptation.

Pour cibler la population en lien avec la question de recherche, le filtre « femmes de plus de cinquante ans » a été sélectionné. Un second filtrage, pour respecter les critères d'ancienneté a été réalisé et a permis de trouver des articles datant de maximum dix ans. La sélection s'est effectuée à partir du nom de l'article, de son résumé et de l'impact factor du journal. Ce dernier a été recherché dans Journal Citation Report. Les douze articles retenus datent de maximum sept ans et ont un impact factor supérieur à 1,5 ce qui détermine une preuve scientifique fiable. Les articles choisis sont pour la majorité des études randomisées contrôlées, ce qui signifie des études expérimentales qui examinent les effets d'une intervention sur des sujets de façon aléatoire dans des groupes expérimentaux et témoins. (Fortin & Gagnon, 2016). Dans les articles retenus, cette intervention est celle de la méditation pleine conscience.

Pour une meilleure lisibilité des recherches d'articles dans les bases de données, un tableau récapitulatif ci-dessous, expose la base de données, les termes utilisés simultanément, le nombre d'articles trouvés, ainsi que le nombre d'articles retenus après lecture du résumé et l'analyse de l'impact factor.

Base de données	Termes utilisés	Nb. d'articles trouvés	Nb. d'articles retenus
Cinhal	Breast cancer Mindfulness Well-being stress	16	1
	Breast-neoplasm Women Mindfulness Stress	21	5
Cochrane	Cancer Breast Women Meditation Stress Well-being	12	2
Medline	Breast neoplasm Stress psychological Mindfulness	37	1
Pubmed	Women Breast cancer Mindfulness Cortisol	3	1
	Breast neoplasm Women Mind-body therapy Meditation Stress	10	2
Psychinfo	Neoplasm Stress management Mindfulness	39	0

Tableau 7 - Descripteurs, articles trouvés et retenus dans les bases de données

4.4 Analyse des articles retenus

Les articles retenus à la suite des recherches dans les bases de données ont été analysés avec la grille de Fortin. Elle est une des conditions données par le He-Arc santé pour la rédaction du travail de Bachelor. Elle permet

d'analyser un article en organisant les idées pour faire ressortir les éléments significatifs de l'étude. Les grilles de Fortin des douze articles retenus se trouvent au chapitre 8.3, ainsi que le tableau récapitulatif de la recherche des articles dans les bases de données.

Dans le prochain chapitre, un résumé des études est présenté.

Chapitre 5. Synthèse des résultats / discussion

Sous ce chapitre, les différents résultats des douze articles sont présentés de manière synthétique sous forme de tableau en orientation paysage afin d'optimiser la mise en page. Le choix a été fait de ressortir les points suivants : référence de l'article, base de données, journal et impact factor, but de l'étude, la population, les résultats et la conclusion.

Référence de l'article	Andersen, S. R., Würtzen, H., Steding-Jessen, M., Christensen, J., Andersen, K. K., Flyger, H., ... dalton, S. O. (2013). Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: Results of a randomized trial among Danish breast cancer patients. <i>Acta Oncologica</i> , 52(2), 336-344. https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745948 Cinhal/ Acta Oncologia / impact factor 3.7.
But	L'étude évalue la qualité du sommeil à différents temps de l'étude avec la « Medical Outcome Study sleep scale ».
Population	L'étude a recruté un total de 336 femmes opérées, entre 3 et 18 mois avant l'étude, d'un cancer du sein stade I-III. L'échantillon est randomisé en un groupe bénéficiant de l'intervention MBSR (n=168) et un groupe contrôle recevant uniquement les soins usuels.
Résultats	Ce qui ressort de cette étude est que les troubles du sommeil étaient significativement plus bas dans le groupe MBSR immédiatement après l'intervention que dans le groupe contrôle. Après 12 mois de suivi, il n'y avait plus de différence significative.
Conclusion des auteurs	En conclusion, le MBSR a des effets statistiquement significatifs sur la qualité du sommeil juste après l'intervention, mais pas sur le long terme chez les patientes atteintes de cancer du sein. Ils recommandent d'exclure les femmes avec des troubles du sommeil significatifs pour les prochains essais.

Tableau 8 - Présentation de l'article 1

Référence de l'article	Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Crespi, C. M., Winston, D., Arevalo, J., ... Ganz, P. A. (2015). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial. <i>Cancer</i> , 121(8), 1231-1240. doi :10.1002/cncr.29194 Pubmed et Psychinfo / Cancer / Impact factor 3.4.
------------------------	---

But	L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité d'une intervention de mindfulness pour des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein. Il s'agit de voir la diminution du stress, de la dépression ainsi que la baisse de l'activité inflammatoire causée par la maladie du cancer du sein chez les femmes en phase de périménopause.
Population	La sélection de 151 femmes a permis, après des critères d'exclusion, de former deux groupes de 39 femmes pour l'intervention et 32 femmes pour le groupe de contrôle. L'âge moyen est de 50 ans. La taille d'échantillon a été déterminée en fonction du stade de leur cancer, l'âge des participantes, celles ayant eu un traitement adjuvant, excepté hormonothérapie.
Résultats	L'étude démontre une meilleure qualité de vie et amélioration des symptômes qui sont liés au cancer du sein. Les auteurs montrent que les résultats de l'étude sont satisfaisants, toutefois, les effets de la méditation n'ont pas pu être contrôlés au-delà de trois mois. Probablement que ces femmes ont besoin de plus de soutien pour continuer la pratique du mindfulness. D'autant plus qu'elles avaient un niveau élevé de stress et symptômes dépressifs avant le début de l'intervention.
Conclusion des auteurs	Des études antérieures randomisées contrôlées montrent les mêmes résultats avec une diminution du stress, des symptômes dépressifs et physiques. Les femmes avec un cancer du sein en période de péri ménopause ont besoin de stratégies pour les aider dans la gestion du stress, de la dépression et leurs symptômes physiques et psychiques.

Tableau 9 - Présentation de l'article 2

Référence de l'article	Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., & & Specca, M. (2013). Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. <i>Journal of Clinical Oncology</i> , 25(7), 3119–3126. Cochrane/ Psycho-Oncology/ Impact factor 4.
But	La MBCR et la Supportive Expressive group Therapy (SET) sont deux interventions psychosociales validées. Il s'agit d'étudier les effets de la MBCR versus SET auprès de survivants de cancer du sein en détresse post traitement. Les objectifs de cette étude sont de comparer les effets de la MBCR et de la SET avant et après les interventions et 6 à 12 mois plus tard, auprès des survivants de cancer du sein en détresse. Diverses mesures évaluées : l'humeur, le stress, le soutien social, la qualité de vie, la spiritualité et la croissance post-traumatique.
Population	252 femmes diagnostiquées de cancer du sein stade I à III. Ayant achevé tous les traitements sauf les traitements hormonaux et la herceptinothérapie au moins 3 mois auparavant. Avec un âge supérieur à 18 ans et un score de minimum 4 ou plus sur l'échelle de la détresse pour s'assurer que l'expérience clinique était cliniquement significative.
Résultats	<p>Humeur : Il y avait une diminution statistiquement significative pour chaque sous-échelle de la pré intervention à la post intervention favorisant la MBCR, c'est-à-dire au niveau de la tension, l'anxiété, la dépression, la colère, la fatigue et la confusion.</p> <p>Stress : Réduction des symptômes stressants plus importants auprès des femmes pratiquant la MBCR. Ils incluent la tension, l'excitation sympathique (voies respiratoires supérieures, stimulation cardiopulmonaire), et les symptômes cognitifs (neurologique).</p> <p>Qualité de vie : Pas de différences significatives entre les deux groupes. La MBCR est plus efficace au niveau du bien-être émotionnel et fonctionnel.</p> <p>Soutien social : pas de différences significatives entre les groupes et leurs sous échelles. Les différences des taux de croissance entre les groupes a favorisé la MBCR sur le soutien positif, le soutien émotionnel</p>

	<p>et le soutien total pendant la période d'intervention. Cependant la période de soutien affectif a baissé dans les deux groupes.</p> <p>Spiritualité : La MBCR permet d'améliorer les scores globaux au niveau du sentiment de paix et du sens de la vie.</p> <p>Croissance post-traumatique : les sous-échelles des forces personnelles et de la reconnaissance de la vie étaient plus élevées dans la MBCR à la base. Ce score s'est amélioré pendant la période d'intervention dans les deux groupes. Notamment au niveau des sous-échelles sur les nouvelles possibilités, les forces personnelles, et sur le score total. Ils se sont cependant plus améliorés dans la MBCR notamment au niveau des nouvelles possibilités et sur le score total.</p>
Conclusion des auteurs	<p>L'étude est la première à démontrer un effet durable de l'intervention de la pleine conscience par rapport à une autre intervention, car les bénéfices sont maintenus même après 12 mois. La MBCR est significative sur l'ensemble des résultats liés au stress, la qualité de vie, le soutien social. Effets importants observés sur la fatigue, la tension musculaire, la confusion, l'anxiété, le système sympathique, les sentiments de paix et de nouvelles possibilités. En ce qui concerne la croissance post-traumatique, elle suggère que l'impact du programme MBCR sur l'habilité à apprécier la vie, trouver du sens et des objectifs et voir de nouvelles possibilités de l'expérience du cancer du sein n'a pas été ressenti immédiatement après le programme, mais s'est plutôt développé lentement dans le temps. Les femmes du groupe MBCR se sont senties plus détendues tout en se sentant plus énergisées et pouvaient se concentrer plus facilement, étaient plus en paix avec leur sort dans la vie et optimistes quant à l'avenir.</p>

Tableau 10 - Présentation de l'article 3

Référence de l'article	Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Doll, R., Faris, P., Dirkse, D., & Speca, M. (2014). Tailoring mind-body therapies to individual needs: Patients' program preference and psychological traits as moderators of the effects of mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy in distressed breast cancer survivors. <i>Journal of the National Cancer Institute - Monographs</i> , 2014(50), 308-314. doi :10.1093/jncimonographs/lgu034 Pubmed/ Journal of the National Cancer Institute / Impact factor 12,58.
But	La MBCR et la SET sont deux thérapies validées pour les interventions psycho-oncologiques. Cette étude explore les effets de la MBCR et de la SET sur le bien-être psychologique auprès des survivants de cancer du sein. Le but de cette étude est d'examiner la population et son caractère pour savoir si elle répond de manière différente aux trois approches (MBCR, SET, groupe contrôle). Ils espèrent explorer comment personnaliser les programmes de traitements psychosociaux en oncologie. Variables : la préférence du programme, les traits personnels, la suppression émotionnelle, le coping. Mesures : l'humeur, les symptômes stressants, la qualité de vie, le bien-être spirituel, la croissance post traumatique, le soutien social et le cortisol dans la salive ont été mesurés pré et post intervention.
Population	271 femmes, diagnostiquées de cancer du sein stade I à III, ayant achevé tous les traitements, à l'exception de l'hormonothérapie ou de l'Herceptinothérapie, au moins 3 mois auparavant, âgées de plus de 18 ans, avec un score de 4 ou plus sur l'échelle de la détresse pour s'assurer d'un échantillon de personnes qui avaient des problèmes cliniques de détresse significative.
Résultats	Le programme préféré était la MBCR (55%). Les femmes qui ont été randomisée selon leur préférence se sont mieux améliorées au niveau de la qualité de vie et du bien-être spirituel en post-intervention. Les femmes avec une morbidité psychologique de base ont montré une meilleure amélioration des symptômes de stress et de qualité de vie si elles recevaient leur programme préféré en comparaison avec ceux qui ne bénéficiaient pas de leur programme préféré. La MBCR démontre une certaine supériorité sur l'ensemble des résultats.

Conclusion des auteurs	Cette étude met en évidence l'importance de la préférence des patientes à une intervention, aux résultats des traitements, et sert aux chercheurs à se rappeler de prendre en compte les préférences des patientes pour ce genre d'études. Cela met en évidence la complexité des traitements de la vie clinique réelle.
------------------------	--

Tableau 11 - Présentation de l'article 4

Référence de l'article	Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorooglou, M., & Lewith, G. (2015). Mindfulness for the Self-Management of Fatigue, Anxiety, and Depression in Women With Metastatic Breast Cancer: A Mixed Methods Feasibility Study. <i>Integrative Cancer Therapies</i> , 14(1), 42-56. https://doi.org/10.1177/1534735414546567 Cinhal / Integrative Cancer Therapies/ Impact factor 2.36.
But	Cette étude investigate l'acceptabilité et la faisabilité de prodiguer le MBSR chez les femmes atteintes de cancer du sein métastatique et d'introduire le MBSR dans un service de santé national.
Population	Une méthode mixte convergente a été utilisée. Les femmes éligibles avec Metastatic Breast Cancer (MBC), « an Eastern Cooperative Oncology Group » (ECOG) de score de 0 à 2, avec une maladie stable et une espérance de vie de minimum 6 mois ont été invité à participer (par leur oncologue) à un programme de 8 semaines de cours de MBSR. Des interviews qualitatives avec les patientes, un focus group et des interviews avec le staff du NHS ont été menés pour explorer l'acceptabilité et la faisabilité du MBSR. Des questionnaires ont été donnés au niveau de référence, durant les semaines 4 et 8 et après le programme à la semaine 16 et 24, pour mesurer la fatigue, l'anxiété, la dépression la pleine conscience et la qualité de vie spécifique à la maladie et les préférences basées sur la qualité de vie. Sur 100 femmes, 20 ont joint l'étude.
Résultats	Les participantes ont trouvé le cours acceptable et ont rapporté des effets bénéfiques cumulatifs. Cela incluait de se sentir moins réactives à la détresse émotionnelle et plus tolérante avec les perturbations, que cela provoque sur la vie, de vivre avec un cancer du sein métastasé (MBC). Il y avait un haut niveau de présence d'achèvement de la session de cours, d'adhérence à la pratique à domicile, et un excellent taux de suivi ainsi qu'un haut taux de retour de questionnaire.
Conclusion des auteurs	Le MBSR était acceptable pour les patientes atteintes de MBC, qui ont perçu des bénéfices comme une amélioration de l'anxiété et de la qualité de vie ; mais le cours de MBSR requiert un engagement en temps considérable. Il est possible d'adapter l'intervention afin qu'elle soit moins intensive.

Tableau 12 – Présentation de l'article 5

Référence de l'article	Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hébert, J. R. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. <i>Breast Cancer Research and Treatment</i> , 131(1), 99-109. doi :10.1007/s10549-011-1738-1 Pubmed / Breast Cancer Research and Treatment / Impact factor 4.1.
But	Il s'agit d'étudier les effets de la mindfulness-based stress-reduction (MBSR) sur la qualité de vie et les stratégies de coping chez les femmes atteintes d'un cancer du sein au stade I et II. Pour les auteurs, le symptôme psychosocial signifie les symptômes liés au cancer qui engendre du stress, tels les symptômes de la dépression et de l'anxiété, de la gestion des émotions et de la résilience.
Population	Il s'agit de femmes diagnostiquées avec un cancer du sein venant de la région de Massachusetts. Trois groupes ont été constitués aléatoirement pour former un groupe d'intervention (MBSR) qui comprend 53 femmes, un groupe de contrôle d'un programme de nutrition qui comprend 52 femmes et un deuxième groupe contrôle de soins habituels de 58 femmes.
Résultats	Les bienfaits du MBSR et le suivi du programme d'alimentation sont présentés sous forme de tableau et un texte narratif. Les effets sur l'état émotionnel et le coping sont une nouvelle approche dans cette étude. Les études antérieures ont déjà étudié les effets de MBSR sur la dépression, l'anxiété et la douleur.

Conclusion des auteurs	<p>Les effets bénéfiques de MBSR n'ont pas duré longtemps et le MBSR a des effets à court terme.</p> <p>Les résultats indiquent que le groupe nutrition a progressé dans leur stratégie de coping autant que ceux du groupe MBSR. Et ces deux groupes étaient nettement supérieurs à ceux du groupe des soins habituels. Ceci s'explique par le fait que, dans un programme sur l'alimentation, l'enseignement reçu est un outil puissant qui agit sur les stratégies de coping des femmes. De plus, le soutien social, l'activité en groupe et le partage entre pairs ont un effet bénéfique. La perte de poids de 2kg en moyenne par personne a aussi eu un effet positif.</p> <p>Le groupe MBSR a vu son niveau de détresse diminuer rapidement, au bout de 4 mois au lieu de 1 à 2 ans après la maladie.</p> <p>Les effets bénéfiques qui ont duré le plus longtemps sont au niveau de leur spiritualité avec une meilleure acceptation de leurs émotions à long terme.</p>
------------------------	---

Tableau 13 - Présentation de l'article 6

Référence de l'article	<p>Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. <i>Journal of Clinical Oncology</i>, <i>30</i>(12), 1335-1342. doi :10.1200/JCO.2010.34.0331</p> <p>Cochrane/ Journal of Clinical Oncology/ Impact factor 18.</p>
But	<p>Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la MBSR sur l'humeur, la qualité de vie et le bien-être post traitements hospitaliers en comparaison aux soins habituels. Ceci en évaluant l'état des personnes aux temps 0, à la 8^{ème} semaine et aux 12^{èmes} semaines.</p>

Population	229 femmes diagnostiquées d'un cancer du sein stade 0 à III, âgée entre 18 et 80 ans, qui ont participé à l'étude dans une période allant de 2 mois jusqu'à 2 ans après l'achèvement de la chirurgie, la chimiothérapie, et la radiothérapie.
Résultats	<p>Au niveau de l'échelle de l'humeur, les scores de la MBSR sont plus significatifs que le groupe contrôle aux 8 semaines et aux 12 semaines. Notamment au niveau de l'anxiété, la colère, la vigueur, la fatigue, la confusion.</p> <p>Pour ce qui est des résultats sur la maladie en relation avec la qualité de vie et les symptômes endocriniens, les scores moyens du groupe expérimental sont meilleurs aux deux temps (8 semaines, et 12 semaines) pour les mesures : bien-être physique, bien-être émotionnel, et bien-être fonctionnel, en comparaison avec le groupe contrôle. Sauf pour ce qui est du bien-être social qui a été significatif uniquement au deuxième temps (après 8 semaines). Pour le bien-être émotionnel, il y a une certaine évidence que les effets après 12 semaines étaient meilleurs qu'après 8 semaines.</p> <p>Pour ce qui est des résultats de l'échelle du bien-être, ils sont meilleurs dans le groupe expérimental en comparaison avec le groupe contrôle.</p> <p>La moyenne des heures de pratiques à la maison est d'environ 20h sur 8 semaines, ce qui équivaut à une moyenne de 21 min/jours. En classe ils pratiquaient environ 12min/jours sur 8 semaines, ce qui donne un résultat de 33 min/jours réalisées.</p>
Conclusion des auteurs	Ces diverses améliorations montrent que la MBSR est plus efficace que les soins standards. Ces résultats ont persisté aux trois mois. A leur connaissance, cette étude démontre une nouvelle évidence que la MBSR peut aider à alléger les effets à long terme négatifs au niveau émotionnel et physique des traitements médicaux, en incluant les traitements endocriniens. La MBSR est recommandée pour soutenir les survivants de cancer du sein.

Tableau 14 - Présentation de l'article 7

Référence de l'article	Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., ... Ramesar, S. (2019). Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors : A Randomized Controlled Trial, 34(24), 10-13. doi :10.1200/JCO.2015.65.7874 Medline / Journal of Clinical Oncology / Impact factor 24.
But	L'étude met en évidence le nombre de patientes qui augmentent chaque année et qui survivent à un cancer du sein avec des symptômes qui impactent la qualité de vie. Les cas de cancer du sein sont en constante augmentation et les traitements d'aujourd'hui permettent une grande chance de survie des patientes. D'où l'importance d'avoir des méthodes de prise en charge pour améliorer leur qualité de vie. L'objectif principal de ce grand essai randomisé est d'évaluer l'efficacité du programme MBSR sur l'amélioration des symptômes physiques et la qualité de vie chez les patientes du cancer du sein qui ont récemment terminé leur traitement.
Population	Il s'agit de 322 femmes âgées de 21 ans et plus, diagnostiquées d'un cancer du sein de stades 0 à III et qui avaient terminées leur traitement entre deux semaines et deux ans avant d'être recrutées. Les participantes ont été aléatoirement attribuées aux deux groupes qui consistait à un groupe MBSR et un groupe de contrôle.
Résultats	L'étude démontre des preuves scientifiques supplémentaires de l'efficacité clinique étendue du MBSR pour atténuer les multiples symptômes psychologiques et physiques. De plus, le MBSR peut être pratiqué et appris facilement, il ne nécessite pas beaucoup de forces physiques et il pourrait devenir une pratique quotidienne.
Conclusion des auteurs	Cette étude a suffisamment de puissance pour détecter les effets du traitement. La majorité des améliorations des symptômes ont eu lieu au cours du début du programme MBSR et a été maintenue au cours de la période du suivi qui allait jusqu'au 6 à 12 semaines. C'est encourageant que les participants affectées au MBSR aient constaté une amélioration immédiate de la fatigue ainsi que des symptômes psychologiques au cours de la période d'entraînement du MBSR.

	<p>L'étude démontre une preuve de l'efficacité du MBSR comme une thérapie non pharmacologique visant le soulagement des symptômes psychologiques et physiques. L'avantage du MBSR c'est qu'il cible simultanément plusieurs symptômes et qu'il est plus bénéfique pour celles qui sont le plus en détresse ou qui ont des symptômes plus sévères.</p> <p>La peur de récurrence et la fatigue sont des problématiques majeures chez les patientes atteintes de cancer de sein. Ces deux symptômes qui sont associés au stress l'anxiété et la dépression, n'ont pas souvent été examinés après la MBSR.</p> <p>La peur de la récurrence est déclenchée par des antécédents tels que des symptômes physiques ou des risques perçus qui entraînent une détresse psychologique, ce qui contribue indirectement à la fatigue.</p>
--	--

Tableau 15 - Présentation de l'article 8

Référence de l'article	<p>Lengacher, C. A., Reich, R. R., Post-White, J., Moscoso, M., Shelton, M. M., Barta, M., ... Budhrani, P. (2012). Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: An examination of symptoms and symptom clusters. <i>Journal of Behavioral Medicine</i>, 35(1), 86-94. doi :10.1007/s10865-011-9346-4</p> <p>Cinahl/Journal of Behavioral Medicine / Impact factor 1.76.</p>
But	<p>Il s'agit d'étudier les nombreux symptômes physiques et psychologiques liés à la maladie ou à la suite d'un traitement anticancéreux. Des symptômes ont tendance à se regrouper et créer des effets secondaires. Le cumul de symptômes est défini par deux ou plus de symptômes concomitants liés à un autre symptôme. Il s'agit aussi de déterminer la prévalence et la gravité des symptômes post-traitement (individuels et regroupés) et déterminer l'efficacité du MBSR par rapport au traitement habituel d'un groupe de contrôle.</p>
Population	<p>84 femmes, dont l'âge moyen est de 58 ans, avec un cancer du sein de stades 0 à III. Ces femmes ont eu un traitement soit par radiothérapie seulement ou radiothérapie et chimiothérapie. Deux groupes ont été</p>

	<p>formé aléatoirement, l'un pour le MBSR et l'autre pour le groupe contrôle. Elles étaient recrutées d'un centre de recherche du cancer à Tampa, Floride.</p>
Résultats	<p>Il s'agit d'une étude qui n'a jamais été réalisée pour les symptômes associés. Cependant, les effets sur les symptômes individuels ont déjà été évalués dans des études antérieures.</p> <p>La MBSR a des effets favorables au niveau de la fatigue et la somnolence et l'humeur, les travaux ménagers et les relations à l'autre.</p> <p>Les effets du MBSR peuvent être sous-estimés dans cette étude car les symptômes rapportés dans les deux groupes au départ étaient généralement faibles, ce qui signifie qu'il y a eu peu de marge d'amélioration.</p> <p>La fatigue était le symptôme individuel le plus répandu chez les survivantes du cancer du sein après traitement.</p> <p>Ces tendances devraient éclairer les futures études.</p> <p>Bien que ces résultats soient préliminaires, une intervention post-traitement du MBSR peut effectivement réduire la fatigue et les interférences associées dans la qualité de vie des survivantes du cancer du sein.</p>
Conclusion des auteurs	<p>La MBSR est un résultat important et cliniquement pertinent rapporté par les patientes, de futures études pourraient vouloir utiliser un outil d'évaluation de la fatigue sur plusieurs items, telles que l'inventaire des symptômes de fatigue (FSI) (Hann et al., 2004, 2000), plutôt que le seul item utilisé dans cette étude. Un instrument à multiples items peut constituer une évaluation plus fiable.</p> <p>L'objectif d'étudier les groupes de symptômes (et les mécanismes sous-jacents) consiste à réduire la gravité des symptômes et la détresse de manière plus efficace et efficiente que le traitement de symptômes isolés. Dans cette étude, des réductions de groupes de symptômes ont été observées à la fois dans le groupe MBSR et dans le groupe de contrôle rendant difficile la détermination du bénéfice du MBSR avec ces combinaisons de symptômes. Cependant, les résultats suggèrent qu'une enquête plus poussée est justifiée.</p>

Tableau 16 - Présentation de l'article 9

Référence de l'article	Monti, D. A., Kash, K. M., Kunkel, E. J., Moss, A., Mathews, M., Brainard, G., ... Newberg, A. B. (2013). Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer: Mindfulness intervention in breast cancer. <i>Psycho-Oncology</i> , 22(11), 2565-2575. https://doi.org/10.1002/pon.3320 Cinhal/ Psycho-oncology / Impact factor 4.
But	L'objectif de l'étude est d'évaluer les effets d'une nouvelle intervention de pleine conscience basé sur l'art-thérapie versus des interventions de soutien éducationnel standard sur les indices de stress et de la qualité de vie chez les patientes atteintes de cancer du sein avec un niveau de stress élevé.
Population	191 femmes ont pris part à l'étude. L'échantillon a été stratifié par l'âge et le niveau de stress, et randomisé dans le temps et la durée. Le stress psychosocial a été mesuré avec l'échelle « Symptoms Checklist-90-Revised » et la qualité de vie a été mesurée avec l'échelle « Medical outcomes study short-form health Survey » au niveau de référence, immédiatement après l'intervention et à 6 mois.
Résultats	Les résultats montrent globalement une amélioration significative dans le stress psychosocial et la qualité de vie et dans le niveau de référence à stress élevé, une amélioration significative dans uniquement dans le groupe MBAT, cela immédiatement après l'intervention et à 6 mois. En outre, à 6 mois de suivi les participantes ayant assisté à minimum 5 leçons avaient tendance à mieux conserver l'effet du traitement dans le groupe MBAT que dans le groupe contrôle. Finalement, les femmes noires et blanches avaient des résultats similaires en termes de bénéfices de l'intervention du MBAT, même si les femmes blanches avaient tendance à avoir un niveau d'éducation haut ainsi qu'un statut matériel plus élevé.
Conclusion des auteurs	En conclusion, MBAT est associée avec des bénéfices significatifs soutenus à travers les divers rangs de patientes atteintes de cancer du sein, particulièrement celles avec un niveau de stress élevé.

Tableau 17- Présentation de l'article 10

Référence de l'article	Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S. Park, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 53(1), 85-95. doi :10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005 Cinhal/ Journal of Pain and Symptom Management/ Impact factor 3.2.
But	Il s'agit en premier lieu d'identifier les symptômes associés aux survivants de cancer du sein en post traitement et de déterminer les améliorations que peut apporter la MBSR auprès de cette population. L'évaluation se fait au niveau physique et psychique. Le but est de voir l'efficacité de la MBSR en comparaison avec les soins habituels auprès des survivants de cancer du sein post traitement allant jusqu'à 12 semaines.
Population	322 survivants de cancer du sein âgées de 21 ou plus diagnostiqué avec un cancer de stade 0 à III avec un arrêt de traitement depuis deux semaines à deux ans ont été recrutés.
Résultats	4 symptômes principaux sont ressortis : <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur 2. Symptôme psychologique avec de l'anxiété, la dépression, le bien-être émotionnel et le stress 3. Fatigue, sommeil, somnolence 4. Symptômes cognitifs avec la mémoire et la pleine conscience. <p>La MBSR a démontré une efficacité évidente aux 6 semaines, dans les deux types de symptômes, au niveau psychologique (anxiété, dépression, stress perçu, qualité de vie, bien-être émotionnel) et au niveau physique, la fatigue (fatigue, sommeil, somnolence), la douleur et la cognition qui englobe la mémoire et la pleine conscience. Les résultats entre 6 et 12 semaines ont montré des effets durables, mais plus d'améliorations n'ont été observé.</p>
Conclusion des auteurs	L'amélioration des symptômes des groupes s'améliore particulièrement durant les 6 premières semaines de pratique de la MBSR. Bien que les améliorations n'aient pas diminué de 6 à 12 semaines, elles ne différaient pas entre l'évaluation de suivi de 6 semaines et celle de 12 semaines, peut-être en raison de l'effet plafond.

	<p>La pratique de médecine alternative, telle que MBSR, s'avère prometteuse à une échelle potentiellement importante, pour l'autogestion des multiples symptômes indésirables concomitants souvent éprouvés auprès des survivants de cancer du sein. Cette étude identifie que la MBSR est une intervention efficace et non pharmacologique ayant un effet remarquable dans les groupes psychologiques et les groupes de fatigue. Cette thérapie devrait être utilisée pour améliorer la qualité de vie chez les survivants atteints de cancer.</p>
--	---

Tableau 18 - Présentation de l'article 11

Référence de l'article	Würtzen, H., Dalton, S. O., Christensen, J., Andersen, K. K., Elsass, P., Flyger, H. L., ... Johansen, C. (2015). Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. <i>Acta Oncologica</i> , 54(5), 712-719. https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.997371 Cinhal/ Acta Oncologia/ Impact factor 3.37
But	L'étude cherche à tester les effets du MBSR sur la charge des symptômes somatiques, la détresse, la pleine conscience et le bien-être spirituel chez les femmes atteintes de cancer du sein et évaluer des effets de modifications possibles par les traitements adjuvants au niveau de référence de la détresse, de la pleine conscience et du bien-être spirituel.
Population	Pour cette étude, 336 femmes danoises ayant été opérées d'un cancer du sein, stade I-III ont été randomisées au programme MBSR ou à des soins usuels et ont été suivies pour leurs symptômes somatiques, la détresse, les aptitudes de pleine conscience et le bien-être spirituel immédiatement après l'intervention et après 12 mois par un modèle à effet mixte pour les mesures répétées des résultats continus. La taille de l'effet a été calculée pour explorer les effets cliniques significatifs à travers les groupes d'interventions.
Résultats	Les modifications des effets du MBSR sur la charge des symptômes somatiques après 12 mois de suivi par des thérapies adjuvantes et le niveau de référence de détresse, pleine conscience et bien-être spirituel ont été estimés. La ligne de régression générale montre des effets significatifs du MBSR sur la charge des symptômes somatiques post-intervention et après 6 mois et à 12 mois de suivi, pas d'effets significatifs du MBSR ont été démontrés sur la charge des symptômes somatiques dans le modèle à effet mixte. Un effet statistiquement significatif du MBSR sur la détresse a été trouvé et pas d'effets significatifs ont été observés sur le bien-être spirituel. Pas de modification significative du MBSR sur les symptômes somatiques n'a été identifié.

Conclusion des auteurs	En conclusion, ce premier rapport d'un essai clinique randomisé sur les effets du MBSR sur le long terme ont trouvé un effet sur la charge des symptômes somatiques après 6 mois mais pas après 12 mois.
------------------------	--

Tableau 19 - Présentation de l'article 12

Cette synthèse des résultats permet d'avoir une vue globale sur l'ensemble des articles retenus. Dans le sous-chapitre suivant, la synthèse des résultats est présentée en lien avec la question de recherche.

5.1 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Pour faire le lien entre la question de recherche et les articles, les différentes thématiques associés avec le stress et le bien-être seront ressorties ci-dessous. La pertinence pour les soins infirmiers sera également mise en lien avec notre thématique à l'aide de la théorie de Newman expliqué précédemment.

Afin d'avoir une vision globale des interventions présentées dans les différentes études et permettre de comprendre en quoi elles consistent, voici leur définition :

La pleine conscience consiste à attirer l'attention sur les expériences du moment présent d'une personne, y compris ses pensées, ses sentiments et ses sensations physiques, avec ouverture, curiosité et acceptation. (Bower et al., 2015).

L'entraînement méditatif à la pleine conscience (attention à la respiration et aux sensations corporelles) facilite l'autorégulation des émotions par l'acceptation et la conscience non réactive des expériences internes et externes. (Lengacher et al., 2016).

MBSR. Mindfulness Based Stress Reduction. Selon Kabat-Zinn & al., (1985) dans Henderson & al., (2013), l'objectif du MBSR consiste à apprendre aux participantes à être plus conscientes de leurs pensées et de leurs sentiments par la pratique de la méditation pleine conscience, à prêter attention et à observer leurs réactions lors de situations stressantes. (Lengacher et al., 2012).

La pleine conscience peut être définie comme la pratique de prêter attention au moment présent de manière intentionnelle et sans porter de jugement. Le MBSR comprend des éléments compatibles avec la thérapie cognitivo-comportementale, le soutien de groupe, l'orientation expérientielle et une forte orientation éducative. (Henderson et al., 2012).

MAP. Mindfull Awarness Practices qui consiste à méditer, se relaxer et connecter son corps à son esprit. (Bower et al., 2015)

MBAT. Mindfulness Based Art Therapy, est décrit comme étant une intervention de pleine conscience conçue pour des patientes oncologiques, qui associe judicieusement des tâches d'art expressif avec des exercices de pleine conscience.

Le MBAT comprend des tâches pour exprimer les pensées et les sentiments qui peuvent survenir durant les exercices de pleine conscience. Comme dans tous les autres programmes basés sur la pleine conscience, les compétences et les techniques enseignées dans le MBAT sont destinées à être intégrées dans la vie de tous les jours en dehors du groupe. (Monti et al.2013)

MBCR. Mindfulness Based Cancer Recovery. La pleine conscience pour le rétablissement du cancer a ses racines dans les traditions spirituelles, dans lesquelles elle permet de prendre conscience du moment présent de manière ouverte et non jugeante. Elle est cultivée à travers l'exercice de la méditation pleine conscience et une pratique de yoga douce. L'intervention a été façonnée à partir du programme MBSR ayant été développé au Centre Médical

du Massachusetts et modifié par Carlson et Speca comme MBCR et validé dans des études antérieures.

Le programme comprenait huit séances de groupe hebdomadaires de nonante minutes chacune, plus un atelier de six heures entre les semaines six et sept, pour un total de dix-huit heures de contact. (Carlson et al., 2013)

Pour rappel, la question de recherche définitive est : « *chez les femmes de plus de cinquante ans atteintes de cancer du sein, quel est l'impact de la méditation pleine conscience sur la gestion du stress et le bien-être ?* »

Les études choisies et analysées n'ont pas été effectuées sur des échantillons qui comprenaient uniquement des femmes de cinquante ans et plus. Ces résultats sont globaux et ont un caractère transférable sur les différentes générations à partir de dix-huit ans.

Des modifications sur le stress physiologique ont été démontrées au niveau du système nerveux sympathique, sur l'activité des voies respiratoires supérieures, sur la stimulation cardiopulmonaire ainsi que sur la tension musculaire. (Carlson et al., 2013).

L'étude de Bower et al., (2015), démontre des effets du MAP au niveau des activités inflammatoires. En cas de stress chronique, on observe une activité prononcée des gènes inflammatoires. Les marqueurs inflammatoires interleukines et la protéine C réactive ont été analysé par une prise de sang qui a démontré leur diminution.

Des améliorations sur la qualité du sommeil à six semaines, des effets positifs sur la somnolence ainsi qu'une diminution des risques de développer

des troubles du sommeil ont été reportés. (Eyles et al., 2015). Dans cette étude, les troubles du sommeil étaient mis en lien avec la détresse et les bouffées de chaleur qui impacteraient la qualité du sommeil. Aucun effet significatif n'a été ressorti pour ces deux paramètres. Les résultats pour la qualité de sommeil et la somnolence sont cohérents avec l'étude de Reich et al. (2017) ainsi que ceux présentés par Lengacher et al. (2016).

La douleur a été évaluée après le programme MBSR chez 332 femmes et a démontré une amélioration de cette dernière (Reich et al., 2017). Des résultats significatifs sur la charge des symptômes somatiques à la suite du MBSR ont également été reportés sur un échantillon de 229 femmes. (Würtzen et al. 2015)

Au niveau des symptômes psychologiques, des modifications au niveau de l'humeur ont été ressorties. La colère a été diminuée à l'aide du MBSR (Hoffman et al., 2012) et du MBSR (Carlson et al., 2013) ; (Bower et al. 2015).

L'anxiété étant un symptôme récurrent dans le cas de cancer du sein, il a été évalué dans plusieurs études qui ont démontré son amélioration en utilisant le programme MBSR (Eyles et al., 2015) ; (Hoffman et al., 2012) ; (Reich et al., 2017) ; (Würtzen et al., 2015) et le MBSR. (Carlson et al., 2013).

Les patientes oncologiques sont également à risque de développer des troubles de l'humeur notamment la dépression qui a été observée dans différentes études. Bower et al., (2015) ont démontré des améliorations en utilisant le MAP, Reich et al., (2017) en utilisant le MBSR. Également évalué par Eyles et al., (2015) le MBSR n'a pas démontré d'effets significatifs sur la

dépression dans leur étude. Tandis que Henderson et al., (2012) parlent de symptômes psychosociaux qui regroupent les éléments mentionnés ci-dessus et ont pu démontrer une amélioration de ces derniers avec le programme MBSR.

Le cancer représente une menace pour la survie. Les femmes diagnostiquées présentent régulièrement de la détresse en lien avec l'appréhension de la maladie, les symptômes et les modifications que la maladie engendre sur la vie actuelle. La pratique du programme MBSR démontre une diminution de la détresse émotionnelle et une meilleure acceptation de la maladie (Eyles et al., 2015). Lengacher et al., (2012) ressortent une diminution de la sévérité des symptômes et de la détresse. Les résultats d'Henderson et al., (2012) confirment cette diminution dans les quatre mois post-interventions. Ces effets sont également retrouvés dans l'étude de Würtzen et al., (2015) qui démontre une diminution de la détresse jusqu'à douze mois post-intervention et dans le programme MBAT (Monti et al., 2013).

Hoffman et al., (2012) ont pu observer une diminution de la confusion chez les femmes atteintes de cancer du sein à la suite du programme MBSR. Son amélioration a également été démontrée par la pratique du MBSR dans l'étude de Carlson et al., (2013).

Dans l'étude de Henderson et al., (2012), des résultats concernant une meilleure capacité à gérer ses émotions sont reportés. Eyles et al., (2015) présentent une diminution de la réactivité émotionnelle. Ces résultats peuvent

être mis en lien avec les études de Reich et al., (2017) qui démontrent une amélioration du stress perçu, grâce au programme MBSR. Lengacher et al., (2016), affirment que les patientes ayant eu des symptômes plus sévères au départ ont obtenu des plus grandes améliorations. Le stress perçu a été examiné avant la pratique du programme MBSR.

Carlson et al., (2013), ont ressorti le concept de la croissance post-traumatique qui se définit par une capacité à voir de nouvelles possibilités dans l'avenir et par de meilleures ressources personnelles.

Henderson et al., (2012), rapportent une amélioration des mécanismes de coping qui permettent une meilleure gestion du stress et améliorent la qualité de vie en rendant la personne plus disponible pour sa prise en charge. La résilience, qui se définit par la capacité à surmonter un choc traumatique (Henderson et al., 2012) est renforcée par le suivi du programme MBSR. L'intervention MBCR (Carlson et al., 2013), démontre des effets bénéfiques sur le soutien social qui comprend le soutien émotionnel. Le stress psychosocial évalué par Monti et al., (2013) obtient des améliorations significatives à la suite du programme MBAT.

Le bien-être émotionnel et son amélioration ont été observés dans les études de Carlson et al., (2013), Hoffman et al., (2012) et Reich et al., (2017).

La MBCR a démontré une amélioration du bien-être spirituel, un sentiment de paix et facilite la capacité à donner du sens à sa vie. (Carlson et al., 2013). Dans l'étude de Würtzen et al., (2015) le bien-être spirituel est également augmenté.

Le bien-être fonctionnel évalué par Hoffman et al., (2012) à la suite du MBSR démontre une amélioration qui est retrouvée dans le programme MBCR (Carlson et al., 2013). Monti et al., (2013) parlent eux du rôle physique et ont rapporté son amélioration grâce au programme MBAT.

Hoffman et al., (2012), Carlson et al., (2013) définissent que la qualité de vie comprend le bien-être physique, émotionnel et fonctionnel et elle est donc améliorée en vue des résultats liés au bien-être. Henderson et al., (2012) affirment qu'il y a une amélioration dans les phases de diagnostic et traitements à court terme grâce à la pratique du MBSR.

Dans l'ensemble, toutes les études mentionnées ci-dessus démontrent une amélioration du bien-être physique et psychique par la diminution du stress et une meilleure gestion des émotions. (Hoffman et al., 2012) ; (Würtzen et al., 2015).

Les différentes thématiques ressorties permettent de démontrer les effets de la pleine conscience et mettent en avant son efficacité. En démontrant une diminution du stress en lien avec les différents effets physiologiques, psychologiques et sociaux, elle permet en parallèle d'améliorer le bien-être et donc la qualité de vie.

Lien avec la question Picot et la théorie de Newman

Le lien peut être fait avec la théorie de Newman après l'analyse des articles. En effet, les résultats démontrent l'efficacité du MBSR dans plusieurs aspects chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

En se référant à la théorie de Newman (1970), le but est d'utiliser l'inconscient ou le non cognitif pour atteindre une étape supérieure. Dans sa théorie, la santé est définie comme l'expansion de la conscience. Elle nous dit que la notion de l'évolution en continu de la personne avec un cancer du sein peut changer à tout instant. Bien que le rôle infirmier n'ait pas été mis en avant dans les études, cela n'empêche pas dans la pratique des soins infirmiers, d'accompagner la patiente à identifier sa problématique de sorte qu'elle puisse pratiquer le MBSR ou une pratique méditative ; par exemple en proposant des ateliers de méditations guidées en groupe thérapeutique ce qui inviterait les femmes à expandre leur conscience et donc d'améliorer leur santé en général.

Dès lors, la question de recherche PICOT, qui a été présentée, devient tout à fait pertinente et d'actualité car les patientes peuvent améliorer leur bien-être en diminuant leur stress induit par un cancer du sein.

Dans le chapitre suivant, les perspectives sont détaillées avec les recommandations des auteurs et la vision des étudiantes.

5.2 Perspectives/propositions pour la pratique

Les thérapies alternatives sont une thématique actuelle. De plus en plus d'hôpitaux en proposent. La pleine conscience commence à se développer en Suisse, notamment dans les secteurs de la psychiatrie. Cette intervention permet une prise en charge biopsychosociale et pourrait être utilisée par les infirmières pour une approche globale. Elle permettrait un suivi post-intervention (chirurgie et traitements) pour les femmes atteintes de cancer du

sein. Cette thérapie pouvant être pratiquée par la patiente seule, elle pourrait lui être une ressource. Cela lui permettrait d'avoir de meilleures stratégies d'adaptation, une meilleure gestion du stress, d'appréhender la maladie différemment en ayant une meilleure acceptation des symptômes, en renforçant le lien corps et esprit et en lui permettant de donner un sens à sa vie afin d'atteindre un état bien-être supérieur.

D'après les études, cette intervention est adaptée aux femmes atteintes de cancer du sein de tout âge, allant de dix-huit ans à un âge avancé. Cette thérapie serait bénéfique pour la prise en charge des patientes et profitables dans différentes structures ; autant hospitalière qu'ambulatoire et même dans un contexte de soins à domicile.

Les femmes avec un cancer du sein ont besoin de stratégies pour les aider dans la gestion du stress, de la dépression et des symptômes physiques et psychiques.

La pratique des thérapies alternatives comme le programme MBSR, s'avèrent prometteurs à grande échelle, pour l'autogestion des multiples symptômes indésirables concomitants souvent éprouvés auprès des survivants de cancer du sein. Cette étude identifie que la MBSR est une intervention efficace et non pharmacologique ayant un effet remarquable dans les aspects psychologiques et la fatigue. Cette thérapie devrait être utilisée pour améliorer la qualité de vie chez les survivants atteints de cancer. (Reich et al., 2017).

Une étude de Hoffman et al., (2012) démontre une nouvelle évidence que la MBSR peut aider à alléger les effets négatifs à long terme au niveau

émotionnel et physique des traitements médicaux, en incluant les traitements endocriniens. La MBSR est recommandée pour soutenir les survivants de cancer du sein. (Hoffman et al., 2012).

Carlson et al. (2013), expliquent que leur étude est la première à démontrer un effet durable de l'intervention de la pleine conscience par rapport à une autre intervention, car les bénéfices sont maintenus même après douze mois. La MBSR est significative sur l'ensemble des résultats liés au stress, la qualité de vie, le soutien social. (Carlson et al. 2013).

Eyles et al., (2015) ont la perspective de faire entrer le programme MBSR dans un programme de santé national. Ce sera réévalué par une étude à plus large spectre mais les résultats leurs ont permis de démontrer les points à développer pour améliorer l'adhésion au programme et les effets démontrés permettent d'appuyer la pertinence de la MBSR.

Grâce au développement des étudiantes et des auteurs, on peut voir que cette thérapie a son avenir auprès de femmes atteintes de cancer du sein. Dans le chapitre suivant, les étudiantes expliquent les facilités, les difficultés et les limites à la suite de la réalisation de ce travail de Bachelor, ainsi que les perspectives pour la recherche.

Chapitre 6. Conclusion

Pour conclure ce travail de Bachelor, nous avons constaté au travers de notre recherche que le MBSR a des effets bénéfiques sur les symptômes liés au cancer en diminuant le stress et en améliorant la qualité de vie des patientes.

6.1 Apport du travail de Bachelor

Éléments facilitants

Les éléments facilitants du travail de Bachelor reposent sur la problématique de la question de recherche, qui est un sujet qui touche un grand nombre de femmes. Il touche toutes les classes d'âge et pourrait potentiellement affecter un proche ou soi-même. Le sujet du cancer du sein était connu par chacune des étudiantes.

L'utilisation des alternatives non médicamenteuses, comme le MBSR pour améliorer le bien-être et diminuer le stress lié au cancer du sein était une motivation dans la recherche pour les étudiantes. L'intérêt d'encourager et de promouvoir ces types d'interventions permettrait de limiter la polymédication en amenant un outil pour l'autogestion des symptômes et amélioreraient le sentiment d'efficacité personnelle⁴ de la patiente.

Limiter le choix des articles à une ancienneté de sept ans permet de démontrer l'intérêt actuel pour la thématique.

⁴ Désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activités et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles. (Bandura, 2007).

La dynamique de groupe a également été un élément facilitant. Chacune connaissant déjà la manière de travailler des autres, cela a permis la compréhension de l'autre et le respect du rythme de travail de chacune. Ce travail a renforcé les liens et amélioré la collaboration et la communication. En menant ce travail sur le long court, le rôle de manager a également pu être développé en définissant la répartition des tâches et le respect de délais. Travailler en groupe a amené les étudiantes à être patientes, tolérantes et à l'écoute. Cela leur a permis de se confronter, d'argumenter leurs points de vue, de se positionner, de négocier et de trouver des compromis. Toutes ces compétences leur serviront autant d'un point de vue personnel que professionnel.

La méthodologie utilisée, en allant sur les bases de données, a permis de mobiliser les connaissances apprises durant la formation. De plus, les lectures effectuées en anglais ont permis d'améliorer les connaissances linguistiques. L'exercice de recherche est bénéfique pour la pratique future car il a permis une compréhension de la démarche. Ceci facilitera et encouragera les étudiantes à faire des recherches dans l'avenir. Cela fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmière qui est d'argumenter, d'appuyer ses propos avec des preuves et de se renseigner sur les nouvelles recommandations pour faire évoluer les protocoles et les pratiques professionnelles.

Des personnes connaissant la problématique des femmes atteintes de cancer du sein ont été des ressources pour mieux aider à cibler la problématique du travail.

Éléments contraignants

La gestion de données relativement conséquentes sur le sujet du cancer a été une difficulté pour déterminer une question pertinente. Le choix de cibler une population ni trop large, ni trop restreinte était une préoccupation. Cibler l'âge de la population est une limite de l'étude, car les données recueillies concernent tous les âges. Rares étaient les études ciblant uniquement les femmes de plus de cinquante ans. Le choix de limiter le nombre d'articles à douze est à la fois un élément contraignant car il réduit l'argumentation mais peut également être un élément facilitant pour répondre précisément à la question. Le nombre d'auteurs peut également être un élément contraignant. Ce sont souvent les mêmes qui ont été retrouvés dans diverses études, ce qui peut limiter la manière de mener l'étude et de penser. Cet élément peut également être considéré comme facilitant car il fait référence à des personnes compétentes, connaissant bien le sujet.

La langue des articles a permis d'améliorer les connaissances linguistiques des étudiantes mais a également été un élément contraignant en apportant parfois des difficultés dans la compréhension de la pensée des auteurs.

Il a été difficile de faire ressortir clairement les éléments de la théorie de Newman (1970), car elle est très philosophique.

La charge de travail a été un élément contraignant et difficile pour les étudiantes. En effet, l'organisation des plages de travail en tenant compte des autres modules a été un stress ce qui a affecté leur bien-être. Elles ont dû

apprendre à mettre des priorités et s'adapter en essayant de créer un nouvel équilibre entre la vie sociale, familiale et académique.

6.2 Limites

La première limite concerne la langue. Il y avait certains articles écrits dans des langues étrangères autres que l'anglais qui n'ont pas pu être choisis par manque de connaissance de la langue. Par conséquent, les articles sélectionnés pour la recherche ont été uniquement des articles en anglais. Deux étudiantes n'étant pas de langue maternelle anglaise et au vu de la complexité des articles scientifiques, la précision des articles ne peut être garantie. En effet, malgré l'attention portée à la traduction de ceux-ci, il est possible que les traductions aient été incorrectes et que la compréhension ait été erronée.

Malgré les articles de recherches récents, datant de moins de sept ans, les mêmes auteurs ont souvent été retrouvés, utilisant les mêmes références. Pouvant donner des résultats similaires. Notamment Carlson (2013,2014) et Lengacher (2012, 2016) qui reviennent dans plusieurs études chacun. Mais cela pourrait s'expliquer par un intérêt des auteurs pour cette thématique. Le nombre limité de douze articles, n'a pas permis d'avoir des perspectives variées. De plus, tous les articles n'ont pas répondu à la question de recherche. La recherche d'un plus grand nombre d'articles aurait été pertinente.

La population de femmes de plus de cinquante ans n'a pas été identifiée dans les études et par conséquent les articles retenus manquent de précision

en relation à la question de recherche. Un autre point qui concernait la question de recherche est le temps d'étude qui aurait pu être ciblé d'avantage dans notre question de recherche.

Certaines études démontrent que des effets bénéfiques du MBSR n'ont pas duré à long terme, c'est-à-dire pas plus de trois mois post intervention. Henderson et al. (2012), Bower et al., (2015) ressortent les mêmes résultats avec l'intervention MAP. Les auteurs suggèrent que les femmes ont probablement besoin de plus de soutien pour continuer la pratique de ces programmes. D'autant plus si elles ont eu un niveau de stress et des symptômes dépressifs élevés avant le début de l'intervention. (Bower et al., 2015).

Une étude de 84 patientes pour constituer 2 groupes, était un échantillon de taille insuffisante et ne permettait pas la détection de différences significatives. (Lengacher et al., 2012). De plus, les effets du MBSR peuvent être sous-estimés dans cette étude car les symptômes rapportés dans les deux groupes au départ étaient généralement faibles, ce qui signifie qu'il y a eu peu de marge d'amélioration. (Lengacher et al., 2012).

L'étude de Eyles et al., (2015), comprenant dix-neuf participantes est également une limite pour l'argumentation des effets. Cette étude s'intéressant également à la faisabilité démontre que le MBSR est une intervention pouvant être contraignante quant à l'importance de la durée du programme. Un intérêt des participantes est souligné malgré que la durée du

programme ait été identifié comme une limite par les participantes trouvant que l'engagement sur huit semaines était contraignant.

Dans certains articles, les échelles utilisées, en particulier les sous-échelles manquaient de précision et ne permettaient pas de comprendre réellement le résultat.

Les études ont été menées pour la plupart aux Etats-Unis et en Europe. Il n'est pas mentionné la transférabilité des effets de la pleine conscience sur une population de cultures différentes. Quant au pays du continent africain aucune étude n'a été trouvée. Monti et al., (2013) ont rapporté qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les résultats des femmes noires et des femmes blanches d'un même pays.

Le rôle infirmier n'a pas été mentionné dans les études, et n'a pas donné d'indication pour une pratique du MBSR dans le cadre de la pratique infirmière.

6.3 Perspectives pour la recherche

Les patientes ont rapporté que le programme MBSR donne des résultats significatifs et est cliniquement pertinents. De futures études pourraient utiliser un outil d'évaluation plus adapté comme par exemple un instrument à multiples items pour la fatigue, qui pourrait constituer une évaluation plus fiable. La fatigue reste le symptôme le plus fréquent chez les patientes post traitement du cancer. (Lengacher et al., 2012).

L'objectif d'étudier les groupes de symptômes et les mécanismes sous-jacents, consiste à réduire la gravité des symptômes et la détresse de manière

plus efficace et efficiente que le traitement de symptômes isolés. Cependant, les auteurs suggèrent qu'une enquête plus poussée est justifiée, puisque la réduction des symptômes a été observée dans le groupe pratiquant le MBSR ainsi que le groupe de contrôle. (Lengacher et al., 2012).

Bien que ces résultats soient préliminaires, le programme de MBSR peut à la suite du traitement réduire la fatigue et les interférences associées dans la qualité de vie des survivantes du cancer du sein. (Lengacher et al., 2012).

L'intérêt pour le sujet étant prometteur, il serait intéressant de présenter nos résultats au centre du sein à La Chaux - de - Fonds et à la ligue contre le cancer à Neuchâtel afin d'augmenter l'offre auprès des patientes atteintes de cancer du sein. Il serait aussi intéressant de proposer la pratique du MBSR aux infirmières pour qu'elles puissent prendre soin d'elles. D'autre part, elles pourraient se former à la pleine conscience dans le but d'accompagner la patiente.

Chapitre 7. Bibliographie

7.1 Livres

- i. Allamand, C. (2012). *Le livre blanc : "cancer du sein, cancer de la prostate: vie intime et sexuelle"*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène.
- ii. Antonovsky, A. (1987), *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- iii. Arnal, B. & Laganier, M., (2010), *Cancer du sein prévention et accompagnement par les médecins complémentaires*, Paris: Eyrolles
- iv. Bruchon-Schweitzer, M., (2002), *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod
- v. Chassériau, N. (2005). *Le bouddhisme au quotidien*. Valladolid : hachette santé.
- vi. Cousson-Gélie, F., et al. (1996), *Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist)*. *Psychologie française*, 41(2), 155-164.
- vii. Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étape du processus de recherche Méthodes quantitatives et qualitatives*.
- viii. Grabowski, T. (1994), *Principes d'anatomie et physiologie*. Montréal : Boeck Université
- ix. Kübler-Ross, E. (1975), *Les derniers instants de la vie*. Genève : Labor et Fides
- x. Midal, F. (2014). *Que sais-je ? La méditation*. Paris : Puf.

- xi. Pepin, J, Kérouac, S. & Ducharme F. (2010), *La pensée infirmière*, 3 me  d, Montréal,Québec
- xii. Potter, P. & Perry, A. (2010). *Soins infirmiers, fondements généraux ;* tome 1. Montréal : Chenelière.
- xiii. Smeltzer, S., Bare, B. (2011). *Médecine et chirurgie volume 4 ; Fonctions rénales et reproductrices*. Bruxelles : groupe de Boeck.

7.2 Articles

- i. Andersen, S. R., Würtzen, H., Steding-Jessen, M., Christensen, J., Andersen, K. K., Flyger, H., ... dalton, S. O. (2013). Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: Results of a randomized trial among Danish breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 52(2), 336-344. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745948>
- ii. Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Crespi, C. M., Winston, D., Arevalo, J., Ganz, P. A. (2015). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer*, 121(8), 1231-1240. doi :10.1002/cncr.29194
- iii. Bize, R., Rodondi, P., Graz, B., & Sudre, P. (2016). M decines complémentaires dans le canton de Vaud: Recours et offre actuels, principaux enjeux sanitaires et possibilités de r glementation. doi :10.16908
- iv. Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., & & Speca, M. (2013). Randomized-controlled trial of mindfulness-

- based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Journal of Clinical Oncology*, 25(7), 3119–3126
- v. Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Doll, R., Faris, P., Dirkse, D., & Speca, M. (2014). Tailoring mind-body therapies to individual needs: Patients' program preference and psychological traits as moderators of the effects of mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy in distressed breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute - Monographs*, 2014(50), 308-314. doi :10.1093/jncimonographs/lgu034
- vi. Cohen, S., Kamark, T., Mermelstein, R., (1983), A global measure of perceived stress. *Journal of Health and social behavior*, 24, 385-396
- vii. Collaud, T. (2011). Forum Le rôle des témoins dans la dimension spirituelle du prendre soin, Vol.26. Doi : 10.3917/inka.114.0333
- viii. Drageset, S., Lindstrom, TC., Giske, T., & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*. 67, 1941-51.
- ix. Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorooglou, M., & Lewith, G. (2015). Mindfulness for the Self-Management of Fatigue, Anxiety, and Depression in Women With Metastatic Breast Cancer: A Mixed Methods Feasibility Study. *Integrative Cancer Therapies*, 14(1), 42-56.
<https://doi.org/10.1177/1534735414546567>

- x. Fawcett, J. (1985). Theory: basis for the study and practice of nursing education. *The Journal of nursing education*, 24(6), 226-9.
- xi. Gaillard Desmedt, S., & Shaha, M. (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 19. doi :10.3917/rsi.115.0019.
- xii. Hamilton, J. B., Worthy, V. C., Kurtz, M. J., Cudjoe, J., & Johnstone, P. A. (2016). Using religious songs as an integrative and complementary therapy for the management of psychological symptoms among African American cancer survivors. *Cancer Nursing*, 39(6), 488-494. doi :10.1097/NCC.0000000000000335
- xiii. Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hébert, J. R. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 131(1), 99-109. doi :10.1007/s10549-011-1738-1
- xiv. Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1335-1342. doi :10.1200/JCO.2010.34.0331
- xv. Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., Ramesar, S. (2019). Examination of Broad Symptom

- Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors. *A Randomized Controlled Trial*, 34(24), 10-13. doi :10.1200/JCO.2015.65.7874
- xvi. Lengacher, C. A., Reich, R. R., Post-White, J., Moscoso, M., Shelton, M. M., Barta, M., ... Budhrani, P. (2012). Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: An examination of symptoms and symptom clusters. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(1), 86-94. doi :10.1007/s10865-011-9346-
- xvii. Lephherd, L. (2015). Spirituality: Everyone has it, but what is it? *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 566-574. doi :10.1111/ijn.12285
- xviii. Maillard, P.-Y. & Grandjean, V. (2017). Rapport du grand conseil d'état sur le postulat Calpini et consorts pour un centre de médecines complémentaires en phase avec les besoins des patientes du CHUV.
- xix. Monti, D. A., Kash, K. M., Kunkel, E. J., Moss, A., Mathews, M., Brainard, G., ... Newberg, A. B. (2013). Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer: Mindfulness intervention in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2565-2575. <https://doi.org/10.1002/pon.3320>
- xx. Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., ... Park, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects

- Across Multiple Symptom Clusters. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(1), 85-95. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005
- xxi. Sousa de Carvalho, C. M., Miranda Amorim, F. C., & Soares da Silva, R. T. (2016). Feelings of women diagnosed with breast cancer. *Journal of Nursing UFPE*, 10(11), 3942-3950. doi :10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201616
- xxii. Würtzen, H., Dalton, S. O., Christensen, J., Andersen, K. K., Elsass, P., Flyger, H. L., ... Johansen, C. (2015). Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. *Acta Oncologica*, 54(5), 712-719. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.997371>

7.3 Sites internet

- i. Centre Hospitalié Universitaire Vaudois (2019). *Le cancer du sein*. Suisse. Accessible à: <https://www.chuv.ch/fr/centredusein/cse-home/patients-et-familles/le-cancer-du-sein/>
- ii. Chirurgie, gynécologie (2018). *Mastectomie totale dans le cancer du sein*. France: Dr. Fontaine, V. Accessible à: <http://www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chir-sein/mastectomie-totale.html>
- iii. Deepl (2018). Allemagne: Frahling, G. Accessible à: <https://www.deepl.com/translator>

- iv. Destination Santé (2019). *Zoom sur la pleine conscience*. Nantes : Picot, D. & Ducreuzet, E. Accessible à : <https://destinationsante.com/zoom-sur-la-meditation-pleine-conscience.html>
- v. Dictionnaire Académie de Médecine (2019). France: Giudicelli, C-P. & Hureau, J. Accessible à:
<http://dictionnaire.academimedecine.fr/index.php?q=conduit%20lactif%C3%A8re>
- vi. Flickr (2010). *Pyramide de Maslow*. Zimmermann, J-L. Accessible à:
https://www.flickr.com/photos/jeanlouis_zimmermann/4281523581
- vii. Google Traduction (2019). Suisse. Accessible à:
<https://www.google.ch/search?q=google+traduction&cad=h>
- viii. Larousse (2018). *Méditation*. France. Accessible à:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9ditation/50158>
- ix. Ligue Suisse contre le cancer (2015). *Le cancer du sein, carcinome mammaire*. Suisse: Jahn, R. & Schlumpf, E. Accessible à:
<https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-differents-types-de-cancer/le-cancer-du-sein/>
- x. Linguee (2019). France. Accessible à: <https://www.linguee.fr/anglais-francais/traduction/french+to+english.html>
- xi. Mindful Way (2017). *Oncologie*. Strasbourg: Coupas, C. Accessible à:
<https://www.mindfulway.fr/oncologie/>

- xii. National Institute For Cancer Epidemiologie And Registration (2018). *Statistics*. Zurich. Accessible à: <https://www.nicer.org>
- xiii. Nursing Theory (2016). *Margaret Newman*. Petiprin, A. Accessible à : <http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Margaret-A-Newman.php>
- xiv. Organisation Mondiale de la Santé (2019). *La santé*. France. Accessible à: <https://www.who.international>
- xv. Stress (2019). *Définition du stress selon l'OMS*. France: Carbonnel, X. Accessible à: <https://www.stress.eu.com/comprendre-le-stress/definition-du-stress/>
- xvi. Swiss Universities (2019). *Santé*. Suisse: Swiissuniversitises. Accessible à: <https://www.swissuniversities.ch/fr/services/ressources-electroniques-hes/ressources-par-domaine/sante/>

7.4 Travaux de Bachelor

- i. Geinoz, E., (2012). *L'expérience vécue et les stratégies d'adaptation mises en place par des patientes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein et dans l'attente de la chirurgie* : Une revue de littérature étoffée. Haute école de santé à Fribourg, Fribourg, Suisse.

Chapitre 8. Annexes

8.1 Acronymes

Acronymes	Définitions
ADN	Acide Désoxyribonucléique (Constitue la molécule support de l'information génétique héréditaire).
BC	Breast Cancer
BCSG	Breast Cancer Support Group
BRCA-1 ou 2	Breast Cancer 1 ou 2 (Sont des gènes supprimeurs de tumeurs humain)
CCIS	Carcinome Canalaire In situ
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CLIS	Carcinome Lobulaire In situ
DMAM	Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group performance status
He-ARC Santé	Haute Ecole-Arc Santé, Jura-Berne-Neuchâtel
HER-1 ou 2	Récepteur pour les facteurs de croissance épidermiques humains
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MAP	Mindfull Awareness Practices
MBAT	Mindfunless-Based Art-Therapy
MBC	Metastatic Breast Cancer
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
NANDA	L'Association Nord-Américaine des Diagnostiques Infirmiers

NEP	Nutrition Education Program
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PICOT	Population, Intervention, Comparaison, Outcomes/ Résultats, Temps
QoI	Quality of Life- qualité de vie
RCT	Randomized Controlled Trial
SET	Supportive Expressive group Therapy
SNS	Service National de Santé
TB	Travail de Bachelor
TNM	Tumeurs ; Nodules ; Métastases
WCC	Ways of Coping Checklist

8.2 Recherches des articles dans les bases de données

Base de Données	Mots clés Français	Mot clés Anglais	Descripteurs	Subheadings	Filtres	Nombre d'articles Retrouvés	Nbre article retenu par résumé et Impact factor
Cinahl Subheadings	Cancer Sein Femmes Méditation Stress Bien-être	Cancer Breast Women Meditation/ Mindfulness Stress Well-being	Neoplasm Breast- neoplasm Women Mindfulness Stress	Avec le mot well being que 3 articles	Dès 2010 Age de 45-64	21	5
			Breast cancer Mindfulness Wellbeing Stress			16	1

Pubmed advanced	Cancer Sein Femmes Méditation Stress Bien-être	Cancer Breast Women Meditation/ Mindfulness Stress Well-being	Women Breast cancer Mindfulness Cortisol		Moins de 10 ans L'être humain Agée de 45 et plus	3	1
			Breast neoplasm Women Mind-body therapy Meditation Stress			10	2
PsycInfo (Ovid)	Cancer Sein Femmes Méditation Stress Bien-être	Cancer Breast Women Meditation/ Mindfulness Stress Well-being	Neoplasm Breastneoplasm Human females Stress management		Moins de 10 ans	39	0

Cochrane Library	Cancer Sein Femmes Méditation Stress Bien-être	Cancer Breast Women Meditation Stress Wellbeing	-			12	2
Medline (Outil)	Cancer Sein Femmes Méditation Stress Bien-être	Cancer Breast Women Meditation/ Mindfulness Stress Well-being	Neoplasm Breast Women Relaxation therapy			1 Étude en Chine	0
			Breast neoplasm Stress psychological mindfulness			37	1

8.3 Grilles Fortin 1-12

Article 1

Andersen, S. R., Würtzen, H., Steding-Jessen, M., Christensen, J., Andersen, K. K., Flyger, H., ... dalton, S. O. (2013). Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: Results of a randomized trial among Danish breast cancer patients. <i>Acta Oncologica</i> , 52(2), 336-344. https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745948	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p>Le titre indique que l'étude s'intéresse à des femmes danoises atteintes d'un cancer du sein. Il n'y a pas d'indications concernant la tranche d'âge ou le stade du cancer.</p>
	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui. Les points cités ci-dessus apparaissent clairement. On comprend que l'étude s'intéresse aux effets du programme MBSR sur la qualité du sommeil chez les femmes atteintes de cancer du sein. L'étude à recruté un total de 336 femmes opérées d'un cancer du sein stade I-III entre 3 et 18mois avant l'étude. L'échantillon est randomisé d'un groupe bénéficiant de l'intervention MBSR (n=168) et un groupe contrôle recevant uniquement les soins usuels. L'étude évalue la qualité du sommeil à différents temps de l'étude avec la « Medical Outcome Study sleep scale ». Ce qui ressort de cette étude est que les troubles du sommeil étaient significativement plus bas dans le groupe MBSR immédiatement après l'intervention que dans le groupe contrôle. Après 12 mois de suivi, il n'y avait plus de différences significatives. En conclusion, le MBSR a des effets statistiquement significatifs sur la qualité du sommeil juste après l'intervention mais pas sur le long terme chez les patientes atteintes de cancer du sein.</p> <p>Ils recommandent d'exclure les femmes avec des troubles du sommeil significatifs pour les prochains essais.</p>

INTRODUCTION		
Problème de recherche	de la	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Dans cette étude il s'agit de déterminer les effets du programme MBSR sur la qualité du sommeil chez les patientes atteintes de cancer du sein.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui. Une méta-analyse d'études sur le MBSR chez les patientes atteintes de cancer montres des effets clairs sur la santé mentale comme une réduction de l'anxiété et la dépression. Seulement quelques études ont évalués les effets du MBSR sur la qualité du sommeil chez les patientes oncologiques et les résultats sont contradictoires. Les études précédentes ont démontré que le MBSR diminuait la détresse et les bouffées de chaleur et ces facteurs ont été rapporté chez les patientes atteintes de cancer du sein comme altérant la qualité de leur sommeil.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui. Le cancer du sein est le diagnostic le plus commun chez les femmes des pays nord-européens. Les traitements et donc les pronostics se sont améliorées durant ces dernières années. Il y a donc une augmentation des femmes survivantes au cancer du sein et suite à cette maladie peuvent éprouver des séquelles sur le long terme. Les troubles du sommeil ont une haute prévalence chez les patientes atteintes de cancer environ 30-50%. Le haut taux de prévalence entend les insomnies peut après le diagnostic, parfois pendant le traitement et des années après la fin de ce dernier. Les problèmes de sommeil ont été associé avec un mauvais bien-être physique et psychique. Les insomnies chroniques sont fréquentes et ne s'améliorent pas toujours spontanément lors de la rémission, elles restent souvent non-traitées. Les patientes</p>

	<p>oncologiques préfèrent généralement les traitements non-pharmaceutiques pour les troubles du sommeil. Ce qui soutient la demande d'essai évaluant des interventions non-pharmaceutiques pour les troubles du sommeil chez les patients atteints de cancer.</p> <p>Le MBSR – Mindfulness-based stress reduction (la pleine conscience basée sur la réduction du stress) est une intervention de plus en plus évalué chez les patientes oncologiques. Le programme MBSR a été développé par John Kabat-Zinn à l'université du Massachusetts, école médicale (USA) en s'inspirant de la philosophie bouddhiste. La pleine conscience se caractérise par une évaluation moment après moment. Le but de cette pratique est que les participantes deviennent plus résistantes aux événements stressants, et il propose une stratégie générique pour faire face avec une gamme de symptômes comme le stress et la peine. La pratique de la pleine conscience améliore l'aptitude à observer les pensées, sentiments et sensation corporelle sans jugement ou essayer de la changer. La personne apprend à laisser aller, au lieu de s'identifier à des émotions ou/et sensations négatives.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui. Une méta-analyse d'études sur le MBSR chez les patientes atteintes de cancer montres des effets clairs sur la santé mentale comme une réduction de l'anxiété et la dépression. Seulement quelques études ont évalué les effets du MBSR sur la qualité du sommeil chez les patientes oncologiques et les résultats sont contradictoires.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui. Seulement quelques études se sont intéressées aux effets du MBSR sur les troubles du</p>

	<p>sommeil chez les patientes oncologiques mais les résultats sont contradictoires. Les auteurs expliquent le contexte actuel en lien avec le haut taux de prévalence de cancer ainsi que certains symptômes liés restent non-traités. Ils expliquent également que le patient préfère utiliser des choses non-pharmacologique pour gérer les troubles du sommeil et comme le MBSR a déjà montré ses preuves sur la détresse et l'anxiété, il peut être une intervention intéressante pour améliorer la qualité de sommeil.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Non. Il n'y pas de source primaire évoquée.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Oui. Le MBSR est expliqué. Le MBSR – Mindfulness-based stress reduction (la pleine conscience basée sur la réduction du stress) est une intervention de plus en plus évaluée chez les patientes oncologiques. Le programme MBSR a été développé par John Kabat-Zinn à l'université du Massachusetts, école médicale (USA) en s'inspirant de la philosophie bouddhiste. La pleine conscience se caractérise par évaluer moment après moment. Le but de cette pratique est que les participants deviennent plus résistants aux évènements stressants, et il propose une stratégie générique pour faire face avec une gamme de symptômes comme le stress et la peine. La pratique de la pleine conscience améliore l'aptitude à observer les pensées, sentiments et sensation corporelle sans jugement ou essayer de la changer. La personne apprend à laisser aller, au lieu de s'identifier à des émotions ou/et sensations négatives.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Le programme MBSR est inspiré de la philosophie bouddhiste.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. Dans cette étude il s'agit de déterminer les effets du programme MBSR sur la qualité du sommeil chez les patientes atteintes de cancer du sein.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Une hypothèse est exposée. Les auteurs pensent que le MBSR va améliorer la qualité de sommeil en diminuant la détresse et les bouffées de chaleur.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui. Peu d'études se sont penchées sur les effets du MBSR sur les troubles du sommeil chez les femmes atteintes de cancer du sein. Et il est mentionné que des études précédentes ont démontrées que le MBSR diminuait la détresse et les bouffées de chaleur et ces facteurs ont été rapporté chez les patientes atteintes de cancer du sein comme altérant la qualité de leur sommeil. Si le MBSR peut réduire ses symptômes cela devrait améliorer leur qualité de sommeil.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Des modèles à effets mixtes ont été utilisés pour les mesures répétées pour évaluer la qualité du sommeil dans le temps durant la période de suivi. La variable dépendante était les sous-échelles de sommeil, et les variables indépendantes étaient le niveau de référence de la qualité du sommeil, le groupe étude, les temps de suivi et les interactions entre le groupe d'étude et le niveau de référence des scores du sommeil ainsi que dans le groupe d'étude et le temps du suivi. Les changements dans l'index II des problèmes du sommeil est la variable dépendante, et le niveau de référence du score de sommeil et le groupe</p>
--------------------------------------	---

	<p>étude ont été défini comme variables indépendantes. Le changement a été calculé avec l'analyse de régression quantile comme une mesure de référence de base minimale.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>La question de recherche s'appuie sur le contexte actuel de la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein en incluant les symptômes secondaires à la maladie. Le MBSR découle de la philosophie bouddhiste. La proposition de cette intervention prend en compte la volonté des patientes de s'orienter sur des traitements/interventions non-pharmaceutique pour gérer ses perturbations.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui. L'échantillon regroupe 336 femmes âgées de 18 à 75 ans atteintes de cancer du sein de stade I à III qui ont été diagnostiquées dans les 3 à 18 mois précédents et qui ont subi une chirurgie à l'hôpital « Herlv and Ringsted ».</p> <p>La méthode utilisée est un essai randomisé contrôlé (MICA, NCT00990977).</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Oui. Des critères d'exclusions ont été déterminé pour améliorer au mieux la représentativité de l'étude. Les femmes ayant eu un diagnostic de cancer dans les 10 ans précédents, ayant des traitements en cours pour des maladies</p>

	<p>psychiatriques, des conditions médicales sévères qui pourraient perturber le suivi du programme ainsi qu'un niveau insuffisant pour parler et écrire le Danois ont été les critères d'exclusions définis.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Cela n'est pas mentionné.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Les patientes ont été évaluées au début (baseline), mais aucun critère concernant les symptômes auto-reportés n'a été appliqué.</p> <p>Les patientes ont donné un consentement éclairé et rempli un questionnaire de base avant la procédure de randomisation 1 :1 effectué par un ordinateur, avec un nombre égal de participante dans le groupe intervention (n=168) et le groupe contrôle (n=168).</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui. Afin que les patientes bénéficiant de l'intervention aient une bonne qualité de cours, elles ont été placées dans 10 groupes comportant entre 10 et 30 femmes chacun. Elles ont reçu le manuel standard de MBSR.</p> <p>Les groupes se sont rencontrés 2 heures par semaines sur 8 semaines. Les sessions comprenaient une psychoéducation sur la réponse au stress, de la méditation pleine conscience (scan corporel, méditation assise et en marchant) et du yoga doux. Elles ont également participé à une retraite silencieuse de 5 h après la 7^{ème} semaine et ont été conseillées de pratiquer 45 min par jour à leur domicile. Pour cela elles ont reçu des Cd de méditation guidées.</p> <p>Les cours ont été donnés par 3 psychologues cliniques qui étaient entraînés comme instructeurs de pleine conscience. L'adhérence au MBSR original a été validée par un instructeur de MBSR senior.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche</p>

	<p>choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Oui. La méthode est à devis quantitatif et les auteurs ont choisis d'utiliser des questionnaires qui permettent de quantifier les effets du MBSR sur la qualité du sommeil et les bouffées de chaleur.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui. Les auteurs cherchent à déterminer si le MBSR a des effets sur la qualité du sommeil et les bouffées de chaleur, pour évaluer cela ils ont utilisé des questionnaires adaptés.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Les auteurs n'ont pas émis d'avis sur ce point.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui.</p> <p>La qualité du sommeil a été évalué avec l'échelle validée « Medical Outcome Study sleep scale » qui consiste en 12 questions. Les résultats peuvent être évalués à partir de 7 sous-échelles et 2 index globaux.</p> <p>La détresse psychologique a été évaluée à avec l'échelle validée « symptom checklist-90-revised » (SCL-90-R) pour évaluer la détresse psychologique. Elle consiste en 90 items reflétant les problèmes psychologiques et les symptômes psychopathologiques.</p> <p>Les bouffées de chaleur ont été évalués avec une échelle validée des bouffées de chaleur qui somme leur fréquence et leur sévérité. Ils à été demandé aux femmes de reporter combien elle en à eu dans les dernières 24h et la température</p>

	<p>(douce, modérée, sévère out très sévère) de celles-ci.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, la question est clairement énoncée et les questionnaires sont adaptés pour y répondre. Les résultats ont été évalués avec le Student t-Test.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les instruments n'ont pas été créés pour l'études. Ils ont utilisé des échelles déjà existantes et validées.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui. Il s'agissait de déterminer les effets du MBSR sur la qualité du sommeil en diminuant la détresse et les bouffées de chaleur. Des mesures ont été faites à différents points temporaux et permettent d'observer l'évolution des effets dans le groupe d'étude et l'évolution des mêmes aspects dans le groupe contrôle à travers le temps.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Les analyses ont été reportés à chaque temps : base/ le début, après l'intervention, les 6 et 12 mois suivants.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Cela n'est pas mentionné.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?)</p> <p>Oui. L'intervention de l'étude est le MBSR qui est appliqué sur un programme de 8 semaines conformément à la théorie de base de ce programme.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p>

	<p>Oui. Pour analyser les différences du sommeil moyen entre le groupe MBSR et le groupe contrôle, ils ont utilisé le « Student-t-test ». L'effet de taille de l'échantillon a été calculé dans les termes du « Cohen's d ».</p> <p>Pour déterminer si la détresse psychologique et les bouffées de chaleur modifient les effets du MBSR sur la qualité du sommeil, des modèles à effets mixtes ont été ajustés pour l'interaction entre le niveau de référence de la détresse psychologique et le groupe étude et l'interaction entre le score de référence des bouffées de chaleur et le groupe étude.</p> <p>Une régression quantile a été utilisée pour estimer les effets du MBSR sur les différents sous-groupes des participantes à l'étude. Ils ont utilisé le « Hubert sandwich estimator » pour calculer les intervalles de confiance.</p> <p>En conséquence, une valeur changeante élevée représente une meilleure amélioration du sommeil. Les coefficients de régression pour les effets du groupe étude représente une augmentation dans le changement du score dans le groupe MBSR en comparaison du groupe contrôle.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui. Des tableaux sont présentés ainsi que le déroulement de l'étude est schématisé.</p>

Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?

Oui. Le tableau 1 représente le processus d'enrôlement, les allocations d'intervention et le suivi dans l'essai MICA. Le tableau 2 démontre les différences dans les scores de l'échelle du sommeil entre le groupe MBSR et le groupe contrôle.

Le tableau III analyse les tailles des effets.

Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?

Oui. Après 12 mois de suivi, 121 femmes du groupe MBSR et 143 dans le groupe contrôle ont rempli l'échelle du sommeil et ont été inclus dans les analyses approfondies. Cas et contrôles n'ont pas différencié de manière statistiquement significative au niveau de base pour aucune des variables mesurées. Par conséquent, la procédure de randomisation a été considérablement équilibrée. Globalement, la qualité de sommeil a été augmentée entre le niveau de base et tous les points suivis dans le temps dans les deux groupes. Après l'intervention, la différence entre les deux groupes du score moyen pour les troubles du sommeil, l'index de problème de sommeil I et l'index de problème de sommeil II ont un résultat statistiquement significatif ($p=0.03$), indiquant une meilleure qualité de sommeil dans le groupe MBSR que dans le groupe contrôle. Au 6^{ème} et 12^{ème} mois suivants l'intervention, il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes ; à cause du faible taux de réponses aux ronflements, l'effet sur les ronflements a été considéré comme non-révélateur. En observant l'ensemble des résultats, ils démontrent que le MBSR n'a pas d'effets significatifs sur la qualité du sommeil à travers le temps (toutes les p values >0.05).

Les analyses sur les changements dans la qualité du sommeil montrent des différences statistiquement significatives entre les deux groupes dans l'index II des problèmes de sommeil entre le point de départ et après l'intervention ($p=0.05$) et dans la somnolence entre le point de

	<p>départ et au 6 mois consécutif à l'intervention ($p=0.02$), indiquant une meilleure amélioration dans la qualité du sommeil chez le groupe MBSR que dans le groupe contrôle.</p> <p>La taille des effets et toute fois petite (toutes <0.3).</p> <p>Globalement, le groupe MBSR présente des valeurs de changement plus grande que le groupe contrôle ce qui indique une meilleure amélioration dans l'index II des problèmes de sommeil.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Cela n'est pas indiqué.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Dans cette étude, il a été trouvé que le MBSR à un petit effet sur la qualité du sommeil et ce à court terme. Ces résultats sont similaires à ceux des études précédentes qui ont évalué les effets du MBSR sur la qualité du sommeil chez les patients atteints de cancer.</p> <p>Lengrachar & al. qui ont mené une étude randomisée contrôlée chez 84 femmes atteintes de cancer du sein et ont trouvé une différence pour la somnolence mais pas pour les troubles du sommeil après l'intervention. Dans l'essai MICA, un effet significatif a été trouvé sur les troubles du sommeil mais pas pour la somnolence. Ces deux études montrent un effet sur la qualité du sommeil mais pas sur les mêmes paramètres. Shapiro et al. (2003) n'ont pas trouvé de différence significative entre les deux groupes à 9 mois de suivi. Dans l'étude actuelle, ils n'ont également pas trouvé de différence entre les deux groupes à l'évaluation des 12 mois après l'intervention. Cela suggère que le MBSR n'a pas d'effets significatifs sur le long</p>

terme sur la qualité du sommeil chez les patientes atteintes de cancer du sein.

Les effets du MBSR sur la qualité du sommeil étaient petits, et ils n'ont pas trouvé de modification avec la détresse ou les bouffées de chaleur. D'autres évaluations sur la modification des effets du MBSR sont recommandés pour élucider le possible mécanisme par lesquelles Le MBSR pourrait affecter la qualité du sommeil.

L'analyse des régression quantile révèle des effets statistiquement significatifs chez les femmes dans le 25^{ème} percentile de l'index II des problèmes de sommeil (il combine la mesure des troubles du sommeil, le sommeil suffisant, l'éveil avec des essoufflements et des céphalées, et la somnolence journalière) après l'intervention. Le 25^{ème} percentile représente principalement les participantes ayant une pauvre qualité de sommeil après l'intervention. Ainsi, les trouvailles d'un effet statistiquement significatif chez les participantes avec des troubles du sommeil diminué pourrait indiquer que le MBSR réduit les risques de développer des problèmes de sommeil dans cette population. Les changements des effets grâce au MBSR dans le 25^{ème} percentile n'était pas plus statistiquement significants plus haut que dans le 50^{ème} et le 75^{ème} percentile. Ainsi, il ne peut pas être fermement conclu que les effet du MBSR sont meilleur dans les changements du 25^{ème} percentile dans cette étude ; le MBSR pourrait avoir une effet similaire dans tous les sous-groupes. Pas de changements significatifs dans les effets entre le niveau de base à 12 mois de suivi dans la régression quantile, supportant la conclusion que le MSR n'a pas d'effet sur le long terme sur la qualité du sommeil chez les patientes atteintes de cancer du sein de cette étude.

Pas de différence significative trouvée entre les participantes qui on compléter l'étude et celles qui ont abandonnées en ce qui concerne les troubles du sommeil de base, indiquant que ce biais d'attrition n'était pas une raison des effets non-significatifs du MBSR sur la qualité du sommeil dans le suivi. Peu de problème de sommeil au niveau de référence ont pu diluer les effets de

l'intervention. Le niveau de référence des problèmes de sommeil n'était pas différemment notable de la norme évaluée aux USA. Les études futures sur les effets du MBSR sur la qualité du sommeil dans une population sélectionnée sur la base du niveau de référence des problèmes de sommeil est recommandé, en permettant d'évaluer si le MBSR peut potentiellement être utilisé comme un traitement des problèmes de sommeil. La basse prévalence des problèmes dans cette étude peut refléter les faits que ces femmes incluses jusqu'à 18 mois après la chirurgie, comme des patientes atteintes de cancer du sein rapportent plus de problèmes de sommeil plus près du temps du diagnostic et de la chirurgie. Une autre raison potentielle du peu de problèmes de sommeil au niveau de référence peut être une auto-sélection dans les volontaires de participer à l'étude MICA. Une comparaison avec celles qui ont refusées et celles qui ont participées montre que ces dernières étaient plus jeunes, avaient un diagnostic moins récent et un meilleur niveau d'éducation que celles qui ont refusées de participer. Ainsi, celles qui ont refusé de participer avaient peut-être plus de problème de sommeil, notamment si elles avaient plus récemment reçu leur diagnostic. Toutefois, la motivation des participantes dans une intervention psychologique est cruciale pour la compliance et pour les effets. Leurs trouvailles initiales de certains effets du MBSR sur les problèmes de sommeil chez les patientes atteintes de cancer du sein pourrait augmenter la motivation des femmes avec une pauvre qualité de sommeil pour participer aux essais futurs.

Les traitements pour les problèmes de sommeil n'était pas spécifique de l'essai original MICA. Par conséquent, un manque de signification des effets sur le long terme de l'intervention MBSR sur la qualité du sommeil peut être due au fait que le but de l'intervention n'est pas de traiter les problèmes de sommeil. D'autres recherches ont modifié le programme MBSR en ajoutant de l'éducation dans l'hygiène du sommeil dans une petite étude de patients non-oncologiques avec

des insomnies. L'identification de leur étude sur un effet de la qualité du sommeil post-intervention pourrait plutôt suggérer que des sessions de rappels devrait être fournies pour maintenir les effets du MBSR et de promouvoir les effets sur le long terme de la pratique de la pleine conscience, qui pourraient assurer des effets sur le long terme sur la qualité du sommeil. L'adhésion à été évalué à partir des registres de formations dans l'essai MICA, mais le taux de réponse était bas, diminuant la validité de l'information. Les recherches sur la pratique continue de pleine conscience après le MBSR auront besoins d'être évalué l'adhérence de la pratique sur le long-terme.

Les deux groupes ont reportés une amélioration dans la qualité du sommeil à travers le temps ; donc le temps lui-même pourrait avoir un effet sur la qualité du sommeil. Cette conclusion est en lien avec les trouvailles ayant une meilleure prévalence sur les problèmes de sommeil chez les patients oncologiques évaluant plus rapprocher du temps de diagnostic et traitement, après quoi en déclin. En général, les patients avec de problèmes de sommeil sévère, ceux qui sont diagnostiqué atteints d'insomnie sont à haut risque d'insomnie chronique. Ces individus doivent être identifiées et cibler pour avoir un traitement.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Oui. En raison de la conception de l'étude, avec un group contrôle des interventions usuelles, les effets du MBSR sur la qualité du sommeil aurait pu être dû aux effets additionnels des professionnels ou aux effets des rencontres régulières avec les autres patients.

La qualité du sommeil a été mesurée en utilisant « the Medical Outcome Study sleep scale ». Cette échelle n'a pas été validée chez les patientes atteintes de cancer du sein et aucun seuil de valeur pour les problèmes de sommeil important n'a été établie. Tandis que cela est un avantage

	<p>que la qualité du sommeil soit évaluée sur une échelle de sommeil et pas seulement comme un item simple, comme souvent dans les études précédentes, les études futures devraient appliquer une mesure validée ou tenir des journaux de sommeil afin de permettre de tirer des conclusions sur la signification clinique des effets identifiés.</p> <p>Avec la méthode statistique avancée utilisée, l'essai MICA augmente les savoirs en regard sur les effets sur le long terme sur la qualité de sommeil chez les patientes atteintes de cancer du sein.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui. Dans la population de cette étude évaluant le MBSR sur les résultats des effets secondaires, des petites effets statistiquement significatifs ont été trouvés après l'intervention. Toutefois, le niveau des problèmes de sommeil à la base de référence était bas, laissant peu d'espace à l'amélioration ou à des effets significatifs, et au suivi de 12 mois il n'y avait plus de résultat statistiquement significatif entre les deux groupes. La durabilité des effets sur la qualité de sommeil chez les patientes atteintes de cancer du sein et donc questionnable.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Le tableau des critères d'inclusion et les critères minimaux d'exclusion en combinaison avec un invitation systématique à l'essai MICA augmente la généralisation du résultat. Inversement, l'auto-sélection des participantes a diminué la généralisation, la motivation. L'engagement des participantes sont cruciaux dans les interventions MBSR comme le reflète l'échantillon actuel du Breast Cancer Patients (BC) et les biais d'inclusion ont été réduits.</p>
Conséquences recommandations	<p>et Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>L'auteur n'a pas spécifié les conséquences des résultats pour la pratique.</p>

	<p>L’auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Plus d’étude sur le MBSR et ses effets sur le long terme sur la qualité du sommeil et la charges des symptômes lié aux problèmes de sommeil dans lesquelles une restriction pour les patientes atteintes de gros troubles de sommeil sont recommandées</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui. L’échantillon était conséquent. Les analyses statistiques sont cohérentes avec les études précédentes et les biais sont ressortis.</p>
--	---

Article 2

Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Crespi, C. M., Winston, D., Arevalo, J., ... Ganz, P. A. (2015). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial. <i>Cancer</i> , 121(8), 1231-1240. doi :10.1002/cncr.29194	
Eléments d’évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l’étude ? Oui, il évoque la pratique de la méditation chez des patientes jeunes qui ont survécus à un cancer du sein. Il ne spécifie pas si c’est des femmes ou femmes et hommes.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui le résumé indique une synthèse de la problématique qui est le cancer de sein chez les femmes pré-ménopausées, ainsi que la méthode utilisée, des résultats et une conclusion qui comprend la discussion.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l’étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s’agit-il d’étudier ?</p>

	<p>Oui, le problème à l'étude est la diminution du stress, dépression ainsi que la baisse de des activités inflammatoires causé par la maladie. L'étude montre aussi une meilleure qualité de vie et les symptômes qui sont liés au cancer du sein.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui il est pertinent, car le cancer est fréquent chez les femmes et c'est l'un des premières causes de décès chez les femmes âgé de < de 55 ans.</p> <p>Le diagnostic d'un tel cancer est dans une phase de vie où la femme pense être trop jeune pour être confrontée à une maladie telle le cancer qui est une menace à la survie.</p> <p>Des études empiriques rapportent chez cette population une augmentation des symptômes psychologiques et une plus grande crainte aux récurrences en comparaison aux femmes qui sont plus âgées.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, les auteurs démontrent les effets bénéfiques de la méditation sur la diminution du stress, dépression et les symptômes du cancer.</p> <p>Le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie de la patiente est aussi pris en compte. L'étude illustre l'importance d'avoir un suivi à plus long terme pour déterminer la persistance des effets psychologiques et biologiques du mindfulness sur les patientes. Toutefois, les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas précisés.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension (sur quoi la recherche est basée) a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, les auteurs font mention de deux études contrôlées randomisées qui traitaient des jeunes patientes qui ont pratiqué la méditation mais les effets n'ont pas été évalués.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p>

	<p>Le cancer provoque un processus inflammatoire ainsi que le stress qui sont régis par le système nerveux central, donc si le stress baisse, l'inflammation baissera aussi.</p> <p>Les auteurs évoquent des études non contrôlées randomisées qui démontrent les effets bénéfiques du mindfulness sur la production des cytokines - un agent inflammatoire.</p> <p>Il existe peu d'études sur les effets de la méditation en lien avec la spiritualité, bien que ces aspects soient reconnus pour être important dans la qualité de vie des patients atteints d'un cancer.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>L'étude ne donne pas de recension des écrits avec des références.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <p>Oui les sources sont identifiées dans l'article et peuvent être lues dans la bibliographie.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui. Les concepts clé sont définis comme celui de la méditation, la baisse de stress, dépression et signes inflammatoires.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui. Les concepts visent à améliorer la qualité de vie des patientes atteinte d'un cancer du sein. Ces concepts sont le Mindfulness, la diminution du stress, la dépression et les agents inflammatoires.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, le but de l'étude est précisé de manière claire et concise, il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une intervention de mindfulness pour des femmes</p>

	<p>diagnostiquées d'un cancer du sein à l'âge de ou avant l'âge de 50 ans.</p> <p>Les effets primaires évalués sont la diminution du stress et la dépression et les effets sur le sommeil, fatigue, douleur musculosquelettique et les effets de symptômes de la ménopause tels que bouffés de chaleurs et sudation nocturnes.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui les questions de recherches et hypothèses, ainsi que les variables clés et la population sont énoncées. Le variables clés tels l'âge, le niveau de dépression, les femmes ayant eu un traitement par radiation ou pas, les femmes mariées ou pas et les femmes qui fument ou pas sont recensées.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Oui, les auteurs parlent des contenus des recensions des écrits. Ils comparent des études précédentes avec la leur.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>La variable de l'âge est précisée dans le cadre de recherche, car il s'agit de femmes autour de la cinquantaine, donc en période de péri-ménopause.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>La question s'appuie sur le cadre conceptuel de la méditation en faisant référence à l'étude menée dans un cadre précis. L'étude ne semble pas s'appuyer sur une base philosophique.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode</p>

	<p>utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>La population choisie pour l'étude est expliquée clairement ainsi que les critères utilisés pour la sélection des personnes.</p> <p>La méthode utilisée pour la recherche a utilisé diverses sources pour constituer l'échantillonnage.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Les participantes ont été choisies par des sources telles que, internet, les médecins traitants et des invitations aux femmes inscrites préalablement pour des études de marché.</p> <p>Des renseignements significatifs ont été obtenu par le biais, d'un échantillon de femmes ayant eu un traitement jusqu'à 10 ans auparavant parce que la gestion du stress est importante à tout moment dans la vie d'une patiente.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille d'échantillon a été déterminer en fonction du stade de leur cancer, l'âge des participantes, ayant eu un traitement adjuvant, excepté hormonothérapie, entre trois mois et 10 ans post traitement.</p> <p>Oui, c'est justifié sur une base statistique, car la sélection de 151 femmes initialement a permis après des critères d'exclusion de former deux groupes de 39 femmes pour l'intervention et 32 femmes pour le groupe de contrôle.</p> <p>Les auteurs ont visé avec une telle une participation, ils pourraient obtenir des valeurs proches des autres études faites sur le mindfulness.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p>

	<p>Un consentement écrit a été signé par les participantes. Leurs données ont été conservées dans des enveloppes sellées dans le bureau de recherche selon des guidelines et normes de l'institution.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui, l'étude vise à améliorer et maintenir la qualité de vie des patientes et de prévenir une récurrence de la maladie.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>L'étude a atteint son objectif et a répondu à la question. La méthode de recherche qualitative est en adéquation avec les outils de collecte des données.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui, le devis fournit les outils adaptés pour la collecte des données et l'analyse des données pour répondre aux questions et hypothèses. Les outils sont présentés plus loin.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Vérité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Oui. Le devis utilisé est le questionnaire proposé par les auteurs à remplir, ce qui permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui, car l'étude étant qualitative, la méthode proposée est adaptée.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>L'article indique que l'étude a eu lieu entre mars 2011 et octobre 2012, soit durant une année et sept mois. D'après les diverses interventions auprès des participants, l'on peut conclure que le temps passé auprès des femmes est d'environ 8 semaines. Il s'agissait de faire la sélection des participantes, évaluations des femmes 1-2</p>

	<p>semaines avant le début du programme durant 6 semaines. Puis un contact a été fait par courrier avec les femmes 3 mois après la fin du programme.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, les outils pour mesurer les variables sont décrit ainsi que l'utilisation des bases de données tels Transcription Element Listening system (TELiS) et Transcript Origin Analysis pour mesurer les facteurs inflammatoires et des gènes des deux groupes, ce qui donnent les indications sur l'effet positif de la méditation.</p> <p>Des données ont aussi été récoltées avec une Echelle de dépression, (CES-D)</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, la question a été posée et les observations ont été rapportées par les auteurs de l'étude sous la rubrique résultats dans des paragraphes et dans des tableaux.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Oui, les instruments utilisés existaient déjà, comme mentionné ci-dessus.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, la procédure semble être cohérente et adéquate pour cette étude, car les auteurs ont obtenu des données à l'aide des outils fiable.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Les dirigeants de l'institutions ont d'abord donné leur accord pour que l'étude ait lieu. Un numéro d'identification pour l'étude a été attribué.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p>

	<p>Oui, les données ont été recueillies par des chercheurs d centre médical à l'université de Californie.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui, l'intervention est le Mindful Awareness Practices (MAP), qui consiste à méditer, se relaxer et se connecter le corps et l'esprit. L'intervention est explicitée et les participantes devaient l'appliquer en groupe hebdomadaire et aussi à leur domicile de manière constante et journalière.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui, les méthodes sont décrites, les instruments et échelles sont expliqués.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui, le facteur d'une pratique à domicile est pris en compte et expliqué, avec comme instruction/indication de pratiquer le mindfulness chaque jour et de commencer par des séances de 5 minutes et augmenter pour atteindre 20 minutes par jour.</p> <p>Les femmes avaient des consignes de pratiquer la méditation d'une manière formelle et informelle.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Le chapitre des résultats est présent et il met en évidence l'aboutissement de l'étude.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Les auteurs n'ont pas indiqué de chapitre introduction, méthode, résultats, et discussion, mais cela n'empêche pas de faire ressortir les informations significatives de l'étude.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p>

	<p>Oui. Quatre tableaux et deux schémas sont présentés avec des thèmes suivants qui comparent entre le groupe 1 et 2, soit méditation versus groupe de contrôle :</p> <p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Démographie et caractéristiques cliniques des participantes. ◦ Effets psychologiques et comportements de la pratique de la méditation en comparant avant, après la méditation et 3 mois post intervention. ◦ Schéma représentant le cheminement de l'étude. ◦ Schéma représentant les symptômes dépressifs et le stress perçu. <p><u>Discussion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Les variations des gènes ◦ Des marqueurs inflammatoires <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Les tableaux correspondent aux thèmes des résultats narratifs et par ce fait, ils représentent l'étude.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui, il y a un résumé narratif</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Non.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui. Les résultats sont interprétés en fonction de la thématique de la recherche et les variables.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui. Les résultats concordent avec des études antérieures qui sont citées dans les références. Ce sont des études randomisées contrôlées qui</p>

	<p>montrent les mêmes résultats sur une diminution de stress, symptômes dépressifs et physiques.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, elles font ressortir les principaux résultats qui sont comparables à d'autres études.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui, les limites sont définies. Les auteurs mettent en avant un échantillon trop petit.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui en effet, la conclusion est une suite logique des résultats, car elle montre les bienfaits du mindfulness chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Non les auteurs n'en parlent pas dans l'article.</p>
	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les auteurs montrent que les résultats de l'étude sont satisfaisants, toutefois, les effets de la méditation n'ont pas pu être contrôlé au-delà de trois mois.</p> <p>Probablement que ces femmes ont besoin de plus de soutien pour continuer la pratique du mindfulness. D'autant plus qu'elles avaient un niveau élevé de stress et symptômes dépressifs avant le début de l'intervention.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui, les auteurs suggèrent d'avoir un suivi des participantes à un plus long terme pour observer la durée des bénéfices.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, la concordance avec des études précédentes permet d'appuyer la conclusion.</p> <p>Une étude précédente avec 336 femmes qui ont pratiqué le mindfulness et qui ont été suivies au-delà de 12 mois avaient des effets bénéfiques sur la santé.</p>

	Les femmes avec un cancer du sein en période de péri ménopause ont besoin de stratégies pour les aider dans la gestion du stress, dépression et des symptômes physique et psychiques.
--	---

Article 3

Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., & & Speca, M. (2013). Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. <i>Journal of Clinical Oncology</i> , 25(7), 3119–3126.	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Oui. C'est une étude contrôlée randomisée de la pleine conscience basée sur le rétablissement du cancer versus les thérapies de groupes solidaires auprès des survivants de cancer du sein en détresse.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui. La pleine conscience basée sur le rétablissement du cancer (mindfulness-based cancer recovery : MBCR) et les thérapies de groupes solidaires (supportive expressive group therapy : SET) sont deux interventions psychosociales validées. Elles n'ont cependant jamais été comparé directement entre elles. Ces deux thérapies seront utilisées auprès des survivants de cancer du sein en détresse sur une année. 252 patients atteint de cancer du sein stade I à III en détresse ont été randomisé dans soit le groupe MBCR ou alors le SET. Les femmes ont rempli des questionnaires qui abordaient les thèmes de l'humeur, les symptômes stressants, la qualité de vie, le soutien social, soutien spirituel, et la croissance post traumatique avant et après l'intervention et 6 et 12 mois plus tard. Les résultats ont permis de démontrer qu'immédiatement après les interventions, les femmes dans le groupe MBCR ont ressenti une réduction de la perturbation de l'humeur (fatigue, anxiété, confusion) et des symptômes stressants

	<p>incluant la tension, excitation sympathique, et les symptômes cognitifs que celles de la SET. Elles ont également ressenti une augmentation des émotions, une meilleure qualité de vie, un meilleur soutien social, une spiritualité améliorée notamment au niveau du sentiment de paix et du sens de la vie, et d'une croissance liée au stress post-traumatique se manifestant par une appréciation de la vie et de la capacité à voir de nouvelles possibilités. Ce qui dans le groupe SET s'est moins développé. La plupart des bénéfiques ont été maintenus même après 12 mois. L'étude permet de démontrer les bénéfiques de la MBCR auprès des survivants de cancer du sein en détresse. Le MBCR a donné des résultats supérieurs au niveau de l'amélioration du bien-être psychologique avec des bénéfiques à long terme allant jusqu'à une année.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit (précis) ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui. Il s'agit d'étudier les effets du MBCR versus SET auprès de survivants de cancer du sein en détresse. Les objectifs de cette étude sont ceux de comparer les effets du MBSR et de la SET après 1 année post traitement chez les survivants de cancer du sein en détresse sur les mesures de l'humeur, le stress, le soutien social, la qualité de vie, la spiritualité et la croissance post traumatique.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème est parfaitement approprié dans le contexte des connaissances actuelles. Beaucoup d'études sont faites sur cette intervention de MBSR et MBCR mais l'efficacité dans le temps reste à évaluer. Par conséquent, cette étude permet d'identifier cet élément.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p>

	<p>Cela permet de voir sur un long terme l'efficacité du MBCR. Les objectifs étaient de déterminer si les avantages obtenus initialement après l'achèvement du programme seraient maintenus sur l'ensemble de l'année en MBCR par rapport à la SET, ou si les différences entre les groupes s'éroderaient avec le temps, ce qui pourrait se produire par des améliorations plus lentes du SET permettant à ce groupe (MBCR) de rattraper son retard ou de perdre des prestations par rapport à l'année précédente.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui. Il y a eu beaucoup de recherches traitant les effets de l'intervention en pleine conscience, comme la pleine conscience basée sur la réduction du stress (Kabat-Zinn J., 1990) et leur adaptation de base de pleine conscience pour le rétablissement du cancer au sein des soins de cancer. (Carlson LE, Speca, 2010) Beaucoup d'études montrent des bénéfices pour les survivants de cancer du sein. Quelques études ont investigué les effets à long termes de ce genre de programmes. Cette étude est la première à évaluer les effets sur 6 et 12 mois et a enregistré les données des participantes du MBCR, montrant sur un long terme la maintenance de la réduction du stress en améliorant l'humeur, mais sans comparaison à de conditions contrôles. (Carlson LE, Speca M, Patel KD, Faris P., 2012)</p> <p>Une large étude avec 336 femmes atteinte de cancer du sein randomisée au MBSR ou aux soins habituels a rapportée des améliorations sur l'anxiété et la dépression. (Wurtzen H, Dalton SO, Elsass, P et al., 2013) Dans le même échantillon il y a également eu des recherches au niveau de l'amélioration sur le sommeil sur une année, mais il n'y a pas eu de différences entre les deux groupes. (Témoin et MBSR). (Andersen SR, Wurtzen H, Steding-Jessen M, et al. 2013) Une étude de Henderson et al. a randomisée 172 patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce dans le cadre de la MBSR, d'un programme d'éducation nutritionnelle en fonction du temps de contact ou d'une condition habituelle de contrôle des soins, et comprenait des</p>

évaluations de suivi après le programme, 1 et 2 ans plus tard. Le groupe MBSR a démontré plus d'amélioration que le groupe ayant reçu des soins usuels. A 12 mois le MBSR était supérieur à la nutrition de seulement 1 mesure et des soins traditionnels de seulement 2. Aux 24 mois les participantes du MBSR n'étaient pas différentes de ceux de l'éducation nutritionnelle mais meilleures que les soins traditionnels sur 3 mesures. La question qui se pose est si les interventions de pleine conscience sont réellement meilleures sur le long terme que d'autres interventions psychosociales pour réduire les symptômes psychosociaux chez les survivantes de cancer.

Les auteurs de l'étude ont publié en 2013 des résultats principaux de l'étude MINDSET qui a montré des bénéfices majeurs pré et post intervention pour le MBSR plus que la SET quant au stress, le soutien social, la qualité de vie. Ils ont également surveillé les résultats sur une année dans les deux groupes d'intervention. Par conséquent dans ce rapport, ils ont examiné les effets sur un long terme (6 mois, 1 année) de MBSR comparé à la SET.

Dans certaines études, le développement de la croissance post traumatique et de la spiritualité ont été associés aux améliorations des ajustements psychologiques à long termes. (Carver CS, Antoni MH, 2004) Les auteurs ont trouvé dans leur étude précédente que la croissance post traumatique et la spiritualité s'étaient renforcés dans le groupe MBSR, (Garland SN, Carlson LE, Cook S, Lansdell L, Speca M., 2007) mais l'étendue de ce résultat n'a pas été investigué.

La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?

Oui, voir ci-dessus.

La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?

Oui, quelques articles datent cependant de plus de 10 ans et pourraient ne plus être très pertinents à l'heure actuelle. D'autres auteurs

	<p>sont cependant mentionnés et leurs études sont bien plus actuelles, ce sur quoi on peut se baser.</p> <p>L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui, ils les présentent dans la recension des écrits.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <p>Oui. Celle de leur étude qu'ils ont publiée en 2013. Des résultats principaux de l'étude MINDSET qui a montré des bénéfices majeurs pré et post intervention pour la MBCR plus que la SET quant au stress, le soutien social, la qualité de vie. Ils ont également surveillé les résultats sur une année dans les deux groupes d'intervention. Par conséquent dans ce rapport, ils ont examiné les effets sur un long terme (6 mois, 1 année) de MBCR comparée à la SET.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui. Les concepts clés sont mis en évidence, il s'agit d'évaluer le MBCR versus les thérapies de groupes expressives auprès de survivants de cancer du sein en détresse. Ils expliquent le MBCR comme une adaptation de la pleine conscience. Les objectifs de cette étude sont ceux de comparer les effets de la MBSR et de la SET après 1 année post traitement chez les survivants de cancer du sein en détresse sur les mesures de l'humeur, le stress, le soutien social, la qualité de vie, la spiritualité et la croissance post traumatique.</p> <p>Ils sont justifiés et écrits de manière adéquate.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ?</p> <p>Oui. Et les outils de mesures sont adéquats. Il s'agit de comparer les effets de la MBCR et de la SET sur une année post traitement chez les patientes en détresse, sur l'humeur, le stress, le soutien social, la qualité de vie, la spiritualité et la croissance post traumatique ainsi que l'évaluation de la sous échelle de chacune des mesures.</p> <p>Est-il lié au but de l'étude ?</p>

	<p>Oui. Cela permettra de ressortir les effets du MBCR en comparaison avec la SET.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui les bases théoriques sont explicitées et mentionnées dans la recension des écrits. Elles sont appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Les objectifs de cette étude sont ceux de comparer les effets de la MBSR et de la SET après 1 année post traitement chez les survivantes de cancer du sein en détresse sur les mesures de l'humeur, le stress, le soutien social, la qualité de vie, la spiritualité et la croissance post traumatique.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>C'est une étude contrôlée randomisée de la pleine conscience basée sur le rétablissement du cancer (MBCR) versus thérapies de groupes solidaires (SET) auprès des survivants de cancer du sein en détresse.</p> <p>Les objectifs de cette étude sont de comparer les effets de la MBSR et de la SET après 1 année post traitement chez les survivantes de cancer du sein en détresse sur les mesures de l'humeur, le stress, le soutien social, la qualité de vie, la spiritualité et la croissance post traumatique.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui. Dans la recension des écrits on voit qu'il y a plusieurs études mais que l'élément manquant est surtout la notion de l'efficacité sur le long terme.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Oui. Les questionnaires évaluent leurs perceptions.</p>

	<p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui. Les variables sont le MBCR, les survivantes de cancer du sein en détresse, la thérapie de groupe solidaires, la notion temporelle d'une année, l'humeur, le stress, la qualité de vie, le soutien social, la spiritualité la croissance post traumatique avant et après l'intervention.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui. Elles s'appuient sur le cadre théorique.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? Critères d'inclusion : Femmes diagnostiquées de cancer du sein stade I II ou III. Ayant achevé tous les traitements sauf les traitements hormonaux et la herceptinothérapie au moins 3 mois auparavant. Avec un âge supérieur à 18 ans. Un score de min 4 ou + sur l'échelle de la détresse pour s'assurer que l'expérience clinique était cliniquement significative. Critères d'exclusion : Diagnostique d'une psychose, d'un abus quelconque de substance, d'un désordre bipolaire, risque de suicide. Dépression, des troubles anxieux. Utilisation courante de médicaments psychotropes (antipsychotiques, anxiolytiques). L'utilisation d'antidépresseurs a été enregistrée mais n'a pas été un critère d'exclusion due à son utilisation fréquente. Un désordre auto-immun. Une participation antérieure au MBCR ou à un groupe SET.</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Les participants intéressés ont fait l'objet d'une présélection téléphonique pour déterminer leur admissibilité. Si elles étaient éligibles elles étaient invitées à un interview pour recevoir plus</p>

d'informations et pour fournir leur consentement éclairé. Cela était suivi d'une réalisation d'un questionnaire de base. Chaque intervention a débuté dans les 2 semaines suivant la randomisation. Les participantes ont rempli une autre série de questionnaires immédiatement après l'intervention (ou au 12 semaines pour les participants du groupe contrôle). Cette évaluation aux 12 semaines était considérée comme la base de référence dans l'a MBCR ou la SET et ensuite une réévaluation a été effectuée post programme aux 6 et 12 mois.

Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?

Non, l'échantillon est suffisant avec 252 femmes.

La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?

Oui. Le respect des critères d'inclusion, et nombre assez important pour réaliser cette étude.

Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

Cette large étude a utilisée une étude multicentrique longitudinale randomisée. Conception contrôlée avec trois groupes : MBCR, SET et une condition minimale de contrôle avec un séminaire sur une journée de gestion du stress. Les participantes ont d'abord été réparties au hasard dans l'un des trois groupes avec un ratio de 2:2:1, dans des cohortes allant jusqu'à 30 femmes dans deux villes de l'étude, Calgary et Vancouver. Après la période d'intervention initiale de 12 semaines, les femmes en conditions de contrôle ont ensuite été randomisées de nouveau dans soit la MBCR ou SET et s'est joint à la prochaine session de ces groupes. Toutes les participantes au MBCR et de la SET ont rempli une série de questionnaires avant et après l'intervention. Et 6 et 12 mois plus tard. Les détails des résultats primaires pré et post-intervention des 3 catégories de l'étude MINDSET ont été rapporté précédemment. Cette étude est une analyse qui suit la première pour examiner

	<p>l'efficacité à long termes de la MBCR et de la SET sur un échantillon et des résultats plus larges.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</p> <p>Une fois chaque cohorte rassemblée et les données de référence recueillies, les femmes ont été assignées au hasard à l'aide du site Web du Research Randomizer (http://www.randomizer.org/) 2:2:1 par le statisticien à MBCR, SET ou au contrôle. Les femmes qui étaient initialement dans le groupe contrôle ont été randomisées par la suite 1:1 dans MBCR ou SET en utilisant le même protocole. Au moment de l'évaluation initiale, les participants ne savaient pas dans quel groupe elles allaient être admises.</p> <p>Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Oui.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Oui, signature d'un consentement éclairé.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Ceci n'est pas indiqué.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Devis quantitatif. Les outils de mesure permettent de répondre à la question de recherche.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui. La question de recherche pourra être évaluée par tous les divers outils proposés dans le devis quantitatif.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue par les comités d'examen institutionnels respectifs de chaque site d'étude.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p>

	<p>Oui. A l'aide des outils nous en saurons plus sur la quantité des thématiques qui se seront améliorés.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>La durée de l'étude est d'une année. Avec un total de 18 heures de contact pour la MBCR et 18h pour le SET.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui, ils sont clairement décrits : Le POMS (profile of mood states), le stress inventory (SOIS), le Calgary C-SOSI qui a été utilisé pour mesurer les réponses physiques, psychologiques et comportementales face aux situations stressantes. Il y a 8 sous échelles intitulées dépression, colère, tension musculaire, stimulation sympathique, stimulation cardiopulmonaire, désorganisation cognitive, neurologique et voies respiratoires supérieures. La mesure de la qualité de vie par l'évaluation de cancer therapy breast (FACT-B). L'échelle consiste de la FACT General en mesurer la qualité de vie avec les thématiques des sous échelles suivantes : bien-être physique, bien-être social, bien-être émotionnel, bien être fonctionnel et une sous échelle des symptômes du cancer du sein, ainsi que le score Total QL. Le soutien social par le study social support survey (MOS-SSS) a été utilisé pour mesurer le soutien social. L'échelle se compose de 19 éléments et aborde quatre dimensions du soutien social perçu : Soutien tangible, soutien affectif, interaction sociale positive et soutien émotionnel ou informationnel. Le bien-être spirituel évalué par l'échelle Functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well being (FACIT-sp), il contient 12 thématiques. Les sous-échelles abordent le sens, la paix, la foi.</p> <p>La croissance post traumatique avec 21 items PTG inventory revised (PTGI-R) a été utilisé pour évaluer les changements de perception individuels et positifs suivant une expérience traumatique. Les sous échelles sont la relation aux autres, les nouvelles possibilités, la force</p>

	<p>personnelles, les changements spirituels, et la reconnaissance de la vie.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui. Cette large étude a utilisé une étude multicentrique longitudinale randomisée. Conception contrôlée avec trois groupes : MBCR, SET et une condition minimale de contrôle avec un séminaire sur une journée de gestion du stress. Les participantes ont d'abord été réparties au hasard dans l'un des trois groupes avec un ratio de 2:2:1, dans des cohortes allant jusqu'à 30 femmes dans deux villes de l'étude, Calgary et Vancouver. Après la période d'intervention initiale de 12 semaines, les femmes en condition de contrôle ont ensuite été randomisées de nouveau dans soit la MBCR ou SET et s'est joint à la prochaine session de ces groupes. Toutes les participantes de la MBCR et de la SET ont rempli une série de questionnaires avant et après l'intervention. Et 6 et 12 mois plus tard. Les détails des résultats primaires pré et post-intervention des 3 catégories de l'étude MINDSET ont été rapportées précédemment. Cette étude est une analyse qui suit la première pour examiner l'efficacité à long termes de la MBCR et de la SET sur un échantillon et des résultats plus larges.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Aucune indication n'est mentionnée là-dessus.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui il s'agit d'évaluer la quantité des symptômes ressortis dans les divers groupes. Donc les outils mesurés sont pertinents par rapport à la procédure expérimentale.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui. voir ci-dessus.</p>

	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Elles ont été recueillies par un statisticien.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? Oui.</p> <p>MBCR : La pleine conscience pour le rétablissement du cancer a ses racines dans les traditions spirituelles, dans laquelle la pleine conscience permet de prendre conscience du moment présent de manière ouverte et non jugeante. Elle est cultivée à travers l'exercice de la méditation pleine conscience et une pratique de yoga douce. L'intervention a été façonnée du programme MBSR ayant été développé au Centre Médical de Massachusetts et modifié par Carlson et Speca comme MBCR et validé dans des études antérieures.</p> <p>Le programme comprenait huit séances de groupe hebdomadaires de 90 minutes chacune, plus un atelier de 6 heures entre les semaines 6 et 7, pour un total de 18 heures de contact.</p> <p>SET : La thérapie expressive de soutien a été basée sur un traitement manuel mis au point par le laboratoire des traitements psychosociaux pour le cancer du sein qui est un programme d'intervention à l'université de Standford. Les buts de la thérapie incluent la facilitation du soutien mutuel et du soutien familial, améliorant l'ouverture et l'expression émotionnelle, améliorant les conditions de coping et les relations entre le docteur et le patient, et détoxifiant les sensations en ce qui concerne la mort et le mourant. Le programme comprenait 12 séances de groupe hebdomadaires de 90 minutes chacune et les mêmes heures de contact que celles de MBCR.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Des statistiques descriptives ont été utilisés pour examiner les informations démographiques et</p>

	<p>médicales comme base de référence entre les interventions des groupes.</p> <p>Une modélisation linéaire hiérarchique (HLM) avec des interceptions aléatoires a été réalisée pour analyser les différences dans les taux de variation des résultats primaires (POMS et C-SOSI) ainsi que des résultats secondaires les résultats (FACT-B, MOS-SSS, FACIT-Sp et PTGI-R) et leurs sous-échelles entre les deux groupes d'intervention pendant deux périodes (c.-à-d. avant l'intervention et après l'intervention et après l'intervention pour le suivi).</p> <p>En raison du taux d'attrition (usure) élevé, l'intention de traiter les principes ont été appliqués pour les analyses de la trajectoire. HLM est une approche souhaitable car toutes les données disponibles à chaque instant sont utilisées dans les analyses. Au niveau 1, pour modéliser la variation intra-individuelle, ils ont généré deux variables représentant deux segments de temps d'étude : le premier segment représentait la période pré-post intervention, le second segment représentait la période post-intervention à 12 mois. Au niveau 2, nous avons modélisé les paramètres de croissance en utilisant le groupe comme prédicteur. (0,5 pour MBCR, 0,5 pour SET). Toutes les valeurs manquantes ont été considérées comme manquantes de manière aléatoire. SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) a été utilisé à des fins d'analyse des statistiques. Les procédures PROC MIXED ont été utilisées pour l'adaptation de la HLM à deux niveaux, en utilisant le maximum de vraisemblance pour produire des estimations non biaisées.</p> <p>Des tests statistiques bilatéraux ont été utilisés avec $\alpha < 0,05$. Pour évaluer l'ampleur de l'effet d'intervention en utilisant l'interaction temps \times groupe, ils ont calculé l'ampleur de l'effet analogique.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Non.</p>
--	---

	<p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie méthodologie.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les résultats ne sont pas présentés par les moyens ci-dessus. Trois tableaux figurent néanmoins dans la rubrique discussion.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui. La figure une nous montre le flux des participantes tout au long de l'étude. Au début 252 femmes ont été randomisées dans soit la MBCR ou la SET. De celles-ci 165 ont complété l'évaluation pré-intervention et post-intervention ce qui veut dire 65% de l'échantillon. Aux 6 mois 130 femmes ont complété l'évaluation donc 51,5% et ensuite 128 femmes ont complété l'évaluation aux 12 mois 50,8%. La table 1 résume les caractéristiques démographiques et médicales. Ensuite ils parlent des résultats par sujet.</p> <p>Profil des états d'humeur : Les effets établis de la modélisation linéaire hiérarchique sont présentés au tableau 2. Au départ pas de modifications statistiquement significatives sur chacune des sous échelles ou du score total POMS entre les deux groupes n'a été trouvé. Il y avait une diminution statistiquement significative pour chaque sous échelle de la pré intervention à la post intervention favorisant la MBCR. ($p=0.001-0.03$), ainsi que des effets principaux sur le temps durant la période d'intervention à travers les deux groupes. ($p<0.0001$). Entre les groupes, l'ampleur de l'effet se situait dans une fourchette allant de petite à moyenne. ($d=0.3-0.4$).</p>

Calgary les symptômes de l'inventaire du stress : à la base les sous échelles de la dépression, la colère et les voies respiratoires supérieures et l'inventaire des symptômes de stress de Calgary étaient dans le groupe SET plus significatifs que dans le groupe MBCR. Il y avait statistiquement une diminution significative sur toutes les sous-échelles ($p= 0,0004-0,02$), à l'exception des symptômes de stimulation cardiopulmonaire, et des symptômes des respiratoires supérieurs, d'avant le programme à après le programme qui favorisaient la MBCR, avec des effets de taille moyenne. (Table 2) Les seuls autres changements par rapport au suivi après l'intervention ont été une légère augmentation des scores de dépression dans les deux groupes ($p = 0,04$) et une érosion des différences de pente des symptômes neurologiques dans les groupes ($p = 0,02$) favorisant le groupe de la SET.

Qualité de vie : En ce qui concerne le FACT-B, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes sur les sous-échelles et le total du FACT-B au moment de l'enquête de référence. Bien qu'il y ait eu des effets principaux significatifs du temps pendant la période d'intervention dans toutes les sous-échelles (tous $p < 0,0001$ sauf le bien-être social $p=0,003$) des différences de groupes de pentes favorisant la MBCR ont également été observées sur le bien-être émotionnel et fonctionnel ainsi que sur le score total, avec de petites tailles d'effet (tableau 3).

Soutien social : pas de différences significatives entre les groupes et leurs sous échelles lors du score de référence. Les différences des taux de croissances entre les groupes a favorisé le MBCR sur le soutien positif ($p=0.04$) soutien émotionnel (0.02) et le soutien total ($p=0.04$) pendant la période d'intervention. Cependant la période de soutien affectif a baissé ($p=0.03$) dans les deux groupes (table 3).

Spiritualité : Au départ, le groupe MBCR avait des scores de signification et de spiritualité totale plus élevés que le groupe SET. Les scores FACIT-Sp sur la sous-échelle de la paix et les scores globaux

	<p>se sont améliorés davantage de la pré-intervention à la post-intervention.</p> <p>Dans le groupe MBCR que dans le groupe SET, avec des effets petits à moyens qui se sont maintenus dans le temps.</p> <p>Croissance post traumatique inventaire revisité : les sous échelles des forces personnelles et de la reconnaissance de la vie étaient plus élevées dans la MBCR à la base. Le score de PTGI-R s'est amélioré pendant la période d'intervention dans les deux groupes et de leurs sous échelles sur les nouvelles possibilités, les forces personnelles, et sur le score total. Mais plus dans la MBCR sur les nouvelles possibilités et sur le score total (Table 3).</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Non.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Ceci n'est pas d'indiqué.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>L'étude est la première à démontrer un effet durable de l'intervention de la pleine conscience par rapport à une autre intervention. Dans l'analyse primaire des résultats pré et post intervention, la MBCR s'est montrée supérieure à la SET et au groupe contrôle sur l'ensemble des symptômes stressants, la qualité de vie et le soutien social. Ici ils incluent un rang plus large de résultats incluant des mesures psychologiques positives de la prospérité et la croissance, et ont investigué toutes les sous échelles des nombreuses mesures utilisées. Généralement, pendant qu'il y avait des effets principaux sur le temps à travers les mesures de pré intervention et post intervention, qui indiquaient que les femmes dans les deux groupes MBCR et SET ont bénéficié des interventions, une magnitude d'améliorations étaient constamment plus large pour le groupe MBCR. Les améliorations acquises</p>

immédiatement après les deux programmes ont été maintenues sur une année. Par conséquent parce que ces bénéfices immédiats étaient plus larges en magnitude pour le MBCR, ces améliorations plus grandes ont été maintenues. L'ampleur de l'effet sur l'ensemble des résultats entre les groupes variait de petite à moyenne, les effets les plus importants ayant été observés sur la fatigue ($d=0,45$), la tension musculaire ($d=0,42$), la confusion, anxiété ($d=0.39$) système sympathique, sentiments de paix ($d=0.38$) et de nouvelles possibilités ($d=0.31$). Pendant que la majorité de ces bénéfices étaient maintenus durant toute l'année, une mesure a continué de s'améliorer dans le temps. Il s'agit de la croissance post traumatique. Elle suggère que l'impact du programme MBCR sur l'habileté à apprécier la vie, trouver du sens et des objectifs et voir de nouvelles possibilités de l'expérience du cancer du sein n'a pas été ressenti immédiatement après le programme, mais s'est plutôt développé lentement dans le temps. Dans l'ensemble, ces résultats peignent une photo de la liste des avantages accumulés par les femmes dans le groupe MBCR - elles se sont senties plus détendues tout en se sentant plus énergisées, pouvaient se concentrer plus facilement, étaient plus en paix avec leur sort dans la vie et optimistes quant à l'avenir. Cela contraste avec ce qui se passait avant le programme, alors que les troubles de l'humeur et l'anxiété étaient très élevés. Les femmes du groupe de SET ont également bénéficiées de nombreux bienfaits mais pas au même degré. Ils sont rassurés de constater que ces avantages ont persisté tout au long de l'année.

Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?

Oui. Ils concordent. Dans leur étude précédente ils avaient également trouvé que la MBCR était supérieure à une autre intervention active comme la SET qui a montré des bénéfices moins importants auprès des survivantes de cancer du

sein en détresse. Leur rapport précédent a également montré que le MBCR était supérieur à une condition minimale de contrôle d'intervention pré et post intervention. Les bénéfiques ont été recueilli à travers des résultats mesurant le stress, l'humeur, la qualité de vie et la croissance post traumatique, dessinant une image de la femme qui étaient plus apte à réagir avec la survie du cancer et embrasser pleinement et profiter de la vie.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Oui.

Le plus important est le taux élevé d'attrition au cours de l'année, au cours de laquelle ils ont perdu le contact avec la moitié des participantes. C'est troublant, car il est possible que ceux qui ont été perdus de vue pour le suivi étaient en quelque sorte différents de ceux qui ont terminé la collecte des données.

Il se peut que leur situation ait été pire et par conséquent les effets qu'ils signalent pourraient être exagéré. Cependant, la modélisation linéaire hiérarchique estime une courbe de croissance pour chaque participante ayant un ou plusieurs points de données, en tenant compte de leurs scores par rapport à ceux des autres participantes ayant un ou plusieurs points de données avec des profils similaires pour imputer les valeurs manquantes. Cela atténue quelque peu l'erreur associée aux autres approches, qui utilisent la dernière observation reportée ou éliminent complètement les personnes dont les données sont incomplètes. De plus, ils ont comparé les scores de référence de tous les participantes ayant obtenu des résultats complets à ceux qui n'en avait pas et ont découvert qu'il n'y avait pas de différence entre les décrocheuses et les finissantes en général et pas de différences entre les décrocheuses dans les deux groupes. D'où l'hypothèse selon laquelle les femmes ont quitté les groupes de manière égale et pour des raisons

	<p>similaires est le plus valable probablement. Tout comme l'hypothèse selon laquelle les décrocheuses n'étaient pas très différentes des finissantes, de quelque façon que ce soit. Cela confirme probablement les résultats comparatifs entre les deux groupes, mais l'ampleur du changement pourrait être moindre si tous les participantes étaient incluses.</p> <p>Une autre limite est le grand nombre de tests effectués, car ils voulaient étudier les effets sur toutes les sous-échelles des six principales mesures des résultats. Ces analyses de sous-échelles doivent être considérées comme étant de nature exploratoire, car ils ont choisi de ne pas corriger les comparaisons multiples. Il est toutefois intéressant de noter que bon nombre des comparaisons étaient très significatives ($p < 0,001$) et qu'elles l'auraient probablement été avec les corrections en place. Finalement une trouvaille inattendue était que les scores de base pour quelques sous échelles de stress, de spiritualité et le PTG étaient pires au départ dans le groupe SET, ce qui laisse supposer la possibilité que les différences de pentes entre les groupes pourraient être dues à ces différences de base.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>En résumé, ces résultats représentent la première démonstration d'une approche comparative de l'efficacité de la MBCR par rapport à une autre intervention active, la SET, qui s'est également révélée moins bénéfique pour les survivantes en détresse du cancer du sein.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Non.</p>
Conséquences recommandations	<p>et Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>En résumé, ces résultats représentent la première démonstration d'une approche comparative de l'efficacité du MBCR par rapport à une autre intervention active, la SET, qui s'est également</p>

	<p>révélée moins bénéfique pour les survivantes en détresse du cancer du sein.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Non.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui.</p>
--	---

Article 4

<p>Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Doll, R., Faris, P., Dirkse, D., & Speca, M. (2014). Tailoring mind-body therapies to individual needs: Patients' program preference and psychological traits as moderators of the effects of mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy in distressed breast cancer survivors. <i>Journal of the National Cancer Institute - Monographs</i>, 2014(50), 308-314. doi :10.1093/jncimonographs/lgu034</p>	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise - t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui. Adaptation des thérapies corps et esprit aux besoins individuels : les préférences des patientes pour les programmes et les traits psychosociaux comme modérateurs de l'effet de la MBCR (pleine conscience pour la guérison du cancer) et la thérapie expressive de soutien (SET) chez les survivants de cancer du sein en détresse.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui. Il contient le problème, la méthode, les résultats, et la conclusion.</p> <p>La MBCR et la SET sont deux thérapies validées pour les interventions psycho-oncologiques, ils ont également rapporté des bénéfices de santé des deux programmes. Cette étude explore les effets de la MBCR et de la SET sur le bien-être psychologique auprès des survivants de cancer du sein.</p> <p>Un total de 271 survivants de cancer du sein en détresse de stade I à III ils ont randomisés soit dans le groupe MBCR, SET ou ont participé à un séminaire d'une journée sur le thème de la</p>

	<p>gestion du stress (SMS). Les bases des références des variables étaient : la préférence du programme, les traits personnels, la suppression émotionnelle, coping. Diverses mesures ont été réalisés, l'humeur, les symptômes stressants, la qualité de vie, le bien-être spirituel, la croissance post traumatique, le soutien social et le cortisol dans la salive ont été mesurés pré et post intervention.</p> <p>Le programme préféré était la MBCR (55%). Ceux qui ont été randomisée selon leur préférence se sont mieux améliorés au niveau de la qualité de vie et du bien-être spirituel en post intervention. Les femmes avec une morbidité psychologique de base ont montré une meilleure amélioration des symptômes de stress et de qualité de vie si elles recevaient leur programme préféré en comparaison avec ceux qui ne bénéficiaient pas de leur programme préféré.</p> <p>Le programme de préférence et la base de référence des fonctions psychologiques, au lieu de la personnalité, ont été prédictives pour les bénéfiques du programme. Ces résultats suggèrent d'incorporer un programme de préférence qui peut maximiser l'efficacité des interventions intégratives en oncologie, et soulignent l'importance méthodologique d'évaluer les préférences et d'en tenir compte dans la conduite d'essais cliniques corps-esprit.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit (précis) ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui. Pour examiner les questions si la population avec un certain caractère répond de manière différente aux trois approches (MBCR, SET, groupe contrôle). Ils espèrent explorer comment personnaliser les programmes de traitements psychosociaux en oncologie et les recommandations. Les variables modératrices sont : la répression émotionnelle, la suppression des émotions, les caractéristiques personnelles, et le programme de référence.</p>

La répression des émotions correspond à un processus inconscient du déni de l'expérience des émotions négatives. A l'inverse la suppression des émotions est un effort délibéré pour faire sortir les émotions négatives en dehors de la conscience. La personnalité a plusieurs dimensions : extraverti, introverti, neuroticisme, conscience, amabilité et ouverture à l'expérience. Le choix du programme de préférence a été ajouté comme un modérateur important.

Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?

Oui. Deux thérapies approuvées dans le domaine de l'oncologie sont utilisées dans cet article. De plus une étude qu'ils ont réalisé précédemment figure dans l'introduction et elle explique que des résultats au niveau psychologique et au niveau physique ont été trouvés en comparant la MBSR et la SET. Par conséquent des recherches sur ces deux types d'interventions ont déjà été réalisés mais cette étude a été conçue pour avoir des résultats en ce qui concerne l'analyse des modérateurs de l'étude précédente, avec des variables comme : la répression émotionnelle, la suppression des émotions, les caractéristiques personnelles, et le programme de référence.

Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?

Une évidence préliminaire suggère que la participation à la SET permet une augmentation des expressions émotionnelles et que le MBSR est particulièrement bénéfique chez les individus qui ont des niveaux significatifs d'anxiété et de détresse. Leur hypothèses étaient que les femmes qui étaient plus répressives et/ou suppressives sur le plan émotionnel pourraient bénéficier davantage d'une formation à l'expression émotionnelle au sein du groupe SET que d'une formation à la pleine conscience, et que les femmes qui étaient plus introverties ou anxieuses/névrotiques pourraient mieux s'en sortir dans le groupe de la pleine conscience, car

	<p>il exigeait moins de partage interpersonnel et permettrait d'offrir un moyen pour entraîner la réduction de l'anxiété. Ils ont également senti que les femmes qui ont obtenu leurs traitements préférés pourraient en bénéficier davantage que ceux qui ont reçu les traitements suivants assignés à des groupes de traitement non préférés.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui. Un bon nombre d'une cohorte croissante de survivantes du cancer du sein à long terme signalent des niveaux de détresse élevés et continus, nécessitant souvent des soins psychosociaux (Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD, 2010). Deux interventions oncologiques communes sont la MBCR (Carlson LE, Speca M, 2010) et la SET Classen et al. 1993). Et pour finir leur étude précédente qui compare les effets du MBCR et de la SET, sur des plans physiologiques et psychologiques. (Carlson L., et al. 2013)</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension reprend quelques éléments importants notamment leur étude précédente.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui. Mais la recension est plus complète dans le premier article que les auteurs ont réalisé.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui. Carlson et al. Avaient déjà investigué sur le sujet de la MBCR en comparaison avec la SET en 2013. Par cette étude randomisée contrôlée, ils souhaitaient comparer ces deux interventions sur le plan physique et psychologique (stress, humeur, qualité de vie associée au cortisol diurne, croissance post traumatique et spiritualité). La MBCR a montré plus de bénéfices au niveau des résultats psychologiques. Ils ont également inclus</p>

	un groupe contrôle qui a participé à un séminaire d'une journée qui traitait la gestion du stress.
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les concepts clés sont la MBCR et la SET qui incluent les diverses variables mentionnées précédemment. Les variables sont bien définies sur le plan conceptuel avec un agencement logique.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ?</p> <p>Rien n'est mentionné par rapport aux mesures de l'article dans l'introduction.</p> <p>Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Ce sont des bases théoriques et elles sont effectivement appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. L'étude a été réalisée pour examiner les questions de la population avec un certain caractère répondant de manière différente aux trois approches (MBCR, SET, groupe contrôle). Ils espèrent explorer comment personnaliser les programmes de traitements psychosociaux et les recommandations en oncologie. Les variables modératrices sont : la répression émotionnelle, la suppression des émotions, les caractéristiques personnelles, et le programme de référence.</p> <p>La répression des émotions correspond à un processus inconscient du déni de l'expérience des émotions négatives. A l'inverse la suppression des émotions est un effort délibéré pour faire sortir les émotions négatives en dehors de la conscience.</p> <p>La personnalité a plusieurs dimensions : extraverti, introverti, neuroticisme, conscience, amabilité et ouverture à l'expérience. Le choix du programme de préférence a été ajouté comme un modérateur important.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la</p>

population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?

Oui. Leur hypothèses étaient que les femmes qui étaient plus répressives et/ou suppressives sur le plan émotionnel pourraient bénéficier davantage d'une formation à l'expression émotionnelle au sein du groupe SET que d'une formation à la pleine conscience, et que les femmes qui étaient plus introverties ou anxieuses/névrotiques pourraient mieux s'en sortir dans le groupe de la pleine conscience, car il exigeait moins de partage interpersonnel et permettrait d'offrir un moyen pour entraîner la réduction de l'anxiété. Ils ont également senti que les femmes qui ont obtenu leurs traitements préférés pourraient en bénéficier davantage que ceux qui ont reçu les traitements suivants assignés à des groupes de traitement non préférés.

Et les variables clés : la répression émotionnelle, la suppression des émotions, les caractéristiques personnelles, le programme de référence, la MBCR, la SET, le groupe contrôle.

Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?

Oui.

Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?

Oui. Des perceptions surtout.

Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?

Oui. Les variables qui sont la répression émotionnelle, la suppression des émotions, les caractéristiques personnelles, le programme de référence permettent d'affiner la question de recherche en faisant des liens avec la MBCR et la SET.

Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?

Oui. Les questions s'appuient sur le cadre théorique et la méthode de recherche.

METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Critères d'inclusion : femmes, diagnostiquées de cancer du sein stade I à III, achèvement de tous les traitements, à l'exception de l'hormonothérapie ou de l'Herceptinothérapie, au moins 3 mois auparavant, âgées de plus de 18 ans, un score de 4 ou plus sur l'échelle de la détresse pour s'assurer d'un échantillon de personnes qui avaient des problèmes cliniques de détresse significative.</p> <p>Critères d'exclusion : Diagnostic concomitant de psychose, de toxicomanie, de trouble bipolaire ou de risques de suicide selon l'axe I du DSM-IV. Dépression, troubles anxieux, troubles d'adaptation n'ont pas été exclus. Ainsi que l'utilisation courante de médicaments (antipsychotiques, anxiolytiques). L'utilisation d'antidépresseurs a été enregistrée mais n'a pas été un facteur d'exclusion (due à leur importante consommation). Trouble auto-immunitaire concomitant. Participation antérieure à un groupe de MBCR ou de SET.</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui. Les participants qui étaient intéressés ont été examinés par un assistant de recherche pour savoir si elles étaient admissibles. Sur confirmation de l'intérêt de la personne et l'admissibilité, les participantes ont fourni un consentement éclairé et ont complété un questionnaire de référence.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Oui. Par une base statistique</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</p> <p>Dans l'idéal l'objectif aurait été d'avoir 300 participants mais l'étude en compte 271.</p>

	<p>Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? L'estimation de la taille de l'échantillon était fondée sur le résultat principal (POMS TMD). Détecter une différence cliniquement significative de 20 points, en supposant un écart-type (écart-type) de changement de 30 (d'études antérieures), un alpha bilatéral de 0,05 et un pouvoir statistique de 80%, 64 patients par traitement ont été nécessaires. Multiplier d'un facteur d'inflation estimé à 1,55 (en raison d'un regroupement potentiel des activités des cohortes), a donné 100 par traitement. Avec un taux de 10 % le taux d'abandon, 111 patientes par traitement ont été nécessaires. Dans le cas d'un plan randomisé en grappes, la taille de l'échantillon obtenue était de 120 patientes par traitements. De plus, les auteurs ont affecté 60 patientes à la condition de contrôle. L'objectif d'accumulation était donc de 300 participantes.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Cela n'est pas mentionné.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Un consentement éclairé leur a été demandé de remplir et de leur remettre. Et ils ont également obtenu de la IRBs de chaque centre une approbation éthique.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? L'étude ne mentionne rien à ce sujet.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Devis quantitatif. Avec des outils de mesures qui sont correspondants avec le devis quantitatif et qui permettent l'atteinte du but.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p>

	<p>Oui. Il reprend les 3 interventions différentes, les mesures de la population, des variables, de l'humeur, de la concentration de cortisol dans la salive, des symptômes stressants, de la qualité de vie, du bien-être, la croissance post traumatique, le bien être spirituel.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui. Les questionnaires mesurent la quantité des résultats perçus auprès des 3 groupes différents. Ce qui fait effectivement que cette méthode est appropriée.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Pour la population faisant du MBCR, le programme consistait en 8 semaines de sessions en groupe de 90 min plus 6 heures d'atelier entre les semaines 6 et 7 pour un total de 18 heures.</p> <p>Pour ceux faisant partie du groupe SET, le programme consistait en 12 semaines de sessions en groupe de chacune 90 minutes.</p> <p>Pour la condition de contrôle, le séminaire d'une journée avait duré 6 heures.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui. Des éléments concernant les caractéristiques démographiques en incluant l'âge, le statut socioéconomique, l'histoire médicale, l'histoire psychiatrique, et les médicaments actuels, et des expériences précédentes avec le yoga ou la méditation ont été évalués. Les participantes étaient également questionnées sur leur comportements de santé actuels, comme la consommation d'alcool et de nicotine, la qualité de sommeil, et leur diététique. Le stade et la maladie et la date du diagnostic ont été collectés grâce à l'examen des dossiers.</p> <p>Mesure des variables : la répression émotionnelle a été mesurée par le Weinberger Adjustment</p>

	<p>Inventory (WAI) qui est une mesure psychométrique de la répression des émotions. La suppression émotionnelle a été évaluée par le Courtauld Emotional Control Scale (CECS), qui a étroitement été utilisé auprès de la population atteinte de cancer. 5 dimensions de la personnalité ont été évalué avec le NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), qui mesure le neuroticisme, l'extraversion, l'ouverture, l'amabilité et la conscience. Pour évaluer les préférences, ils demandaient aux patients auxquels des 3 programmes ils voulaient le plus participer.</p> <p>Pour évaluer l'humeur ils ont utilisé le profile of mood states (POMS). L'échelle investigue 6 dimensions : l'anxiété, la dépression, la colère, la vigueur, la fatigue, la confusion qui étaient additionné pour générer un score total de perturbation de l'humeur. La concentration de cortisol dans la salive a été mesurée en utilisant des échantillons de salive collecté au réveil, à midi, à 17h, et au couché pendant 3 jours. Les pentes diurnes du cortisol ont été calculées.</p> <p>Les symptômes de stress ont été évalués en utilisant la forme courte du Symptoms of Stress Inventory (SOSI) the C-SOSI, qui mesure les réponses physiques, psychiques, et comportementales aux situations stressantes.</p> <p>La qualité de vie a été mesurée par la Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B). L'échelle consiste en une échelle générale avec la sous échelle du cancer du sein spécifique au bien-être.</p> <p>Pour le soutien social il a été mesuré par le Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SS) qui contient 3 dimensions : support tangible, support affectueux, interactions sociales positives, et émotionnelles ou soutien informel.</p> <p>La croissance post traumatique mesurée par le Post-Traumatic Growth Inventory-Revised (PTGI-R).</p> <p>Le bien-être spirituel par la Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FACT-sp), désignée pour les individus atteints de cancer ou autre maladies chroniques.</p>
--	--

	<p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</p> <p>Oui. Les détails des résultats primaires de l'étude antérieure ont été reportés précédemment et cette étude est une analyse secondaire pour identifier les modérateurs des effets de ma MBCR et de la SET.</p> <p>Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Brièvement cette étude a utilisé un plan d'échantillonnage multicentrique longitudinal randomisé contrôlé avec trois groupes : MBCR, SET et une condition minimale de contrôle d'une journée. Les participants ont été répartis au hasard dans l'un des trois groupes avec un ratio de 2 :2 :1. Les participantes ont ensuite complété une série de questionnaires et ont collecté des échantillons de salive avant et après l'intervention. Le consentement éthique a été obtenu par l'IRBs sur chaque centre.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Ce sont des instruments importés.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui. Elle permet de récolter des données utilisables pour le devis définit.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui. Le stade de la maladie et la date du diagnostic ont été collectés dans les dossiers médicaux de chacun.</p> <p>Ils leur ont fait remplir différents questionnaires mentionnés dans le chapitre collecte des données, sur les modérateurs (répression émotionnelle, suppression émotionnelle, la personnalité). Leur humeur a aussi été mesurée, leur taux de cortisol dans la salive, les symptômes de stress, la qualité de vie ainsi que le bien-être, la croissance post traumatique, le bien-être spirituel.</p> <p>Et leur préférence à l'une ou l'autre intervention leur a également été demandée.</p>

	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Rien n'est mentionné à ce sujet.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>L'étude ne mentionne pas de variable indépendante. Cependant je peux dire que la SET, la MBCR, et le groupe contrôle sont des variables indépendantes. Et oui celles-ci sont clairement décrites.</p> <p>MBCR : conscience de l'instant présent dans une manière d'ouverture d'esprit et de non jugement, cultivé par la méditation pleine conscience et par des exercices de yoga doux. L'intervention de la MBSR a été modifiée par Carlson et Speca du centre médical au Massachusett et ont défini la MBCR. Le programme consiste en des groupes de session de 90 min sur 8 semaines, plus 6 heures d'atelier entre la semaine 6 et 7, pour un total de 18 heures.</p> <p>SET : Le groupe SET a été basé sur un traitement manuel développé par le Service de traitement psychosocial, Programme d'intervention pour le cancer du sein du laboratoire à Stanford.</p> <p>Groupe contrôle : la condition minimale de condition contrôle est de 1 journée (6 heures), basée sur le travail de l'université du centre de Miami pour les recherches sur la psycho-oncologie.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui.</p> <p>Pour l'échantillonnage : L'estimation de la taille de l'échantillon était fondée sur le résultat principal (POMS TMD). Détecter une différence cliniquement significative de 20 points, en supposant un écart-type (écart-type) de changement de 30 (d'études antérieures), un alpha bilatéral de 0,05 et un pouvoir statistique de 80%, 64 patients par traitement ont été nécessaires. Multiplier d'un facteur d'inflation estimé à 1,55 (en raison d'un regroupement</p>

potentiel des activités des cohortes), a donné 100 par traitement. Avec un taux de 10 % le taux d'abandon, 111 patients par traitement ont été nécessaires. Dans le cas d'un plan randomisé en grappes, la taille de l'échantillon obtenu était de 120 patients par traitements. De plus, nous avons affecté 60 patients à la condition de contrôle. L'objectif d'accumulation était donc de 300 participants.

Pour les mesures : Les concentrations de cortisol ont été exclues si elles étaient supérieures ou inférieures à 4 écart-type par rapport à la moyenne, ou si le temps d'échantillonnage réel s'écartait de plus de 4 écart-type par rapport au temps de collecte moyen. Les valeurs du cortisol étaient positivement biaisées ; elles ont donc été transformées en valeurs logarithmiques de base 10. Une régression linéaire standard a été utilisée pour calculer les pentes diurnes du cortisol en fonction des 12 valeurs de cortisol pour chaque personne. Une valeur de pente plus négative représente des profils en forte baisse, tandis qu'une valeur de pente plus proche de zéro ou positive suggère que les pics matinaux accompagnaient l'élévation du cortisol en fin d'après-midi. Les corrélations ont été examinées entre les mesures de cortisol et la variable qui pouvaient porter à confusion qui incluait l'âge, la sévérité du cancer, le temps depuis le diagnostic, la consommation d'alcool, de nicotine, la qualité du sommeil, et la diététique.

Les principes de l'intention de traiter (ITT) ont été utilisés pour toutes les analyses. Des données sur la préférence de programme ont été recueillies pour 161 des 271 participants (parce que nous avons ajouté cette mesure au cours de l'étude), et la distribution de la préférence de programme a été résumée au moyen de statistiques descriptives. Pour tester les effets modérateurs de toutes les variables psychologiques (ayant reçu le programme préféré ou pas, répression, suppression, neurotisme, extraversion, ouverture, amabilité, conscience) pour chacun des résultats, des analyses de régression hiérarchique ont été effectuées.

	<p>Chaque modèle comprenait la valeur de référence respective de la variable dépendante (étape 1), la valeur de base, une variable modératrice, les contrastes de condition (SET vs autres et MBCR vs autres) (étape 2), et la valeur de base, le modérateur, les contrastes de condition et l'interaction (modérateur × SET vs autres et modérateur × MBCR vs autres) (étape 3). Si l'interaction était significative, l'effet de modulation était établi. Afin d'examiner l'incidence de la préférence du programme sur les résultats, nous avons effectué des analyses de régression hiérarchique. Chaque modèle comprenait une valeur de référence (étape 1), une variable de préférences (étape 2) et l'interaction (valeur de référence × variable d'appariement des préférences) (étape 3). Un niveau de signification de $\alpha = 0,05$ a été utilisé pour toutes les analyses et toutes les analyses ont été effectuées avec SPSS version 20. Bien que cette étude ait été conçue pour permettre des analyses modératrices, nous avons ajouté des analyses supplémentaires des variables de préférence.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui. Ils parlent de variables pouvant être potentiellement confondues. Ce sont l'âge, la sévérité du cancer, le temps qui s'est écoulé depuis le diagnostic, consommation d'alcool de nicotine, la qualité du sommeil, et la diététique.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Le résumé des résultats ne figure pas dans le texte.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Pour l'instant aucune signification des données n'est mentionnée, uniquement la méthode de l'analyse des données est expliquée.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui. La figure 1 montre la quantité de participants. Le tableau 1 résume les caractéristiques démographiques et médicales.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui, ils parlent en premier de la population, pour ensuite parler de la préférence du programme, pour terminer avec l'analyse des modérateurs.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Non. Ils ne sont pas résumés par un texte narratif.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Rien n'est mentionné concernant cette question.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui. Les principales découvertes de cette analyse secondaire comparant les deux actives intervention psychosociales a un groupe contrôle auprès de survivants de cancer du sein en détresse ont démontré que les variables modératrices ne provoquent pas une grande différence sur les résultats. Ce qui a été observé est que ceux qui étaient plus ouvert à l'expérience s'épanouissaient davantage dans le groupe SET que dans le groupe MBCR ou le groupe contrôle. Les hauts niveaux d'ouverture d'esprit ne sont pas relevant pour le support social dans la MBCR. La préférence était un prédicteur important des résultats. Les femmes qui avaient été placés dans leur programme préféré ont rapporté une qualité de vie augmentée et une meilleure spiritualité en comparaisons aux valeurs de base. Cela est également important pour les femmes qui souffraient de hauts niveaux de symptômes stressants avec une mauvaise qualité de vie.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</p>

Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?

Etant donné que les modérateurs précis dans cette étude n'avaient pas été évalués dans des études précédentes, rien n'est mentionné à ce sujet.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Oui. Les femmes avec une détresse important voulaient une intervention mais ayant été assignés à une autre intervention ont pu se sentir déçue et n'étaient par la suite pas pleinement engagés à l'égard de l'intervention qui leur a été confiée. Elles ont peut-être été découragés, ce qui aurait pu accroître davantage les niveaux de détresse. Une telle participation pourrait se traduire par un engagement moindre envers les autres membres du groupe et un engagement moindre envers la pratique des compétences à domicile.

Il existe également des recherches qui montrent que le fait de se voir attribuer une intervention non préférée peut nuire à l'alliance thérapeutique, ce qui est un prédicteur important des résultats. Ce phénomène devrait être exploré dans un autre article, peut être à l'aide d'interview qualitatifs sur l'impact d'être assigné à une intervention préférée ou non préférée.

La MBCR démontre une certaine supériorité sur l'ensemble des résultats. L'intervention a elle été plus efficace à cause de l'intervention en elle-même, ou simplement parce qu'une plus grande partie des participants la préféreraient ?

Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

Oui. Cette étude met en évidence l'importance de la préférence du patient à une intervention, aux résultats des traitements, et sert aux chercheurs de se rappeler de prendre en compte les préférence du patient pour ce genre d'études.

	<p>Cela met en évidence la complexité des traitements de la vie clinique réelle.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Rien n'est mentionné en ce qui concerne le caractère transférable.</p>
Conséquences recommandations et	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui. Pour une prochaine étude, la comparaison de deux intervention devrait inclure 4 branches. Les participants avec une préférence pour une ou l'autre intervention recevrait se qu'ils préfèrent (branche 1, intervention A et branche 2, intervention B), pendant que d'autres patients sans préférence serait assigné aléatoirement dans l'une ou l'autre intervention (branche 3 intervention A et branche 4 interventions B). Cela permettrait d'isoler les effets de la préférence de chaque intervention.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>

Article 5

<p>Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorooglou, M., & Lewith, G. (2015). Mindfulness for the Self-Management of Fatigue, Anxiety, and Depression in Women With Metastatic Breast Cancer: A Mixed Methods Feasibility Study. <i>Integrative Cancer Therapies</i>, 14(1), 42-56. https://doi.org/10.1177/1534735414546567</p>	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?

	Le titre n'indique pas l'âge des participantes mais précise que l'étude porte sur les femmes atteintes de cancer du sein avec des métastases.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui. L'impact de vivre avec un cancer métastatique est considérable et le soutien psychosocial peut être bénéfique. Le programme Mindfulness-based stress réduction (MBSR) peut traiter l'auto-gestion de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie, et la fatigue. Cette étude investigate l'acceptabilité et la faisabilité de prodiguer le MBSR chez les femmes atteintes de cancer du sein métastatique et d'introduire le MBSR dans un service de santé national.</p> <p>Une méthode mixte convergente a été utilisée. Les femmes éligibles avec un MBC, « an Eastern Cooperative Oncology Group » (ECOG) de score de 0 à 2, avec une maladie stable et une espérance de vie de minimum 6 mois ont été invité à participer (par leur oncologue) à un programme de 8 semaines de cours de MBSR. Des interviews qualitatives avec les patientes, un focus groupe et des interviews avec le staff du NHS ont été menée pour explorer l'acceptabilité et la faisabilité du MBSR. Des questionnaires ont été données au niveau de référence, durant les semaines 4 et 8 et après le programme à la semaine 16 et 24, pour mesurer la fatigue, l'anxiété, la dépression la pleine conscience et la qualité de vie spécifique à la maladie et les préférences basée sur la qualité de vie. Sur 100 femmes, 20 ont joint l'étude. 1 femme a abandonnée dû à l'avancer de la maladie. 1 femmes ont pris part dans 3 cours de MBSR. Le recrutement de 2 des 3 cours était lent. L'engagement sur 8 semaines étaient une des raisons de non-participation, et a fourni un challenge au participantes durant les cours. Les participantes ont trouvé le cours acceptable et ont reportés des effets bénéfiques cumulatifs. Cela incluait de se sentir moins réactives à la détresse émotionnelle et plus tolérante avec les perturbations que cela provoque sur la vie de</p>

	<p>vivre avec un MBC. Il y avait un haut niveau de présence d'achèvement de la session de cours, d'adhérence à la pratique à domicile, et un excellent taux de suivi ainsi qu'au haut tout de retour de questionnaire. Le MBSR était acceptable pour les patientes atteintes de MBC, qui ont perçu des bénéfices comme une amélioration de l'anxiété et de la qualité de vie ; mais le cours de MBSR requiert un engagement en temps considérable. Il est possible d'adapter l'intervention afin qu'elle soit moins intensive.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Cette étude s'intéresse à la faisabilité du programme MBSR chez les femmes ayant un cancer du sein métastasé. Cette étude sert de base pour développer un essai plus large par la suite. Les objectifs de recherche déterminés sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer la pertinence des outils de mesure. 2. Evaluer la variance des principaux résultats quantitatifs par rapport à la taille de l'effet pilote et éclairer le calcul de la taille de l'échantillon de l'essai randomisé contrôlé de phase III. 3. Evaluer le recrutement, le taux d'adhésion et le taux de suivi. 4. Explorer la vision des participantes sur l'acceptabilité des cours de MBSR. 5. Explorer les points de vue du staff du NHS sur l'acceptabilité du MBSR comme une option d'auto-gestion. 6. Explorer les points de vue du staff NHS sur les barrières majeures et faciliter la mise en place définitive d'un groupe randomisé contrôlé pour le programme MBSR avec des patientes ayant un cancer du sein métastatique. <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p>

Oui. Le cancer du sein est le cancer le plus communément diagnostiqué chez les femmes au Royaume Unis (49546 nouveaux cas en 2010) et il est la seconde cause la plus commune de décès de cancer chez les femmes (11 633 décès en 2010). Il est estimé que 5% à 10% des patientes atteintes de cancer du sein ont des métastases lors de l'annonce de leur diagnostic initial, et que 20% en développeront par la suite.

Bien que les options des traitements aient augmentées et améliorer la survie, les patientes MBC restent incurables jusqu'à présent. Les femmes avec des métastases viscérales ont une espérance de vie diminuée. La médiane pour des femmes vivant avec des métastases squelettiques est de 24 à 36 mois, et les femmes avec une maladie plus indolente peuvent vivre plus longtemps (10-15 dans certains cas).

Le pronostic du MBC s'est largement amélioré grâce à l'avancée des traitements qui sont plus efficaces et mieux tolérés, mais cela donne lieu des prises en charge plus complexes avec un plus haut besoin de soutien psychologique pour les patientes. L'impact de vivre avec un MBC est considérable et beaucoup de patientes expérimentent de la fatigue en lien avec ce dernier (CFR) ainsi que des symptômes psychologiques comme l'anxiété et la dépression. Le CFR est également fortement associé avec l'anxiété et la dépression. La CFR est commune chez la plupart des patients atteints de cancer et se produit à la suite du diagnostic de cancer ainsi qu'aux traitements. Beaucoup de patientes MBC peuvent avoir des comorbidités physiques ou psychologiques qui peuvent amplifier la fatigue et compliquer la gestion de leur cancer.

Les interventions psychologiques comme une approche cognitivo-comportementale ou une psychothérapie peuvent améliorer les effets psychologiques comme l'humeur et la qualité de vie, bien qu'il y ait peu de preuves qu'ils soutiennent ou qu'ils traitent spécifiquement la cause fondamentale de la détresse. Les autres interventions psychologiques incluent la médiation pleine conscience, qui tire ses origines

	<p>de la philosophie bouddhiste, elle est de plus en plus adaptée (Mindfulness stress-based Reduction – MBSR) pour être utilisée de manière singulière afin de gérer les problèmes psychologiques et physiques.</p> <p>Il y a de plus en plus de preuves que le MBSR peut aider l'autogestion d'un panel de symptômes.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, le phénomène d'étude à l'objectif d'être reconnu pour la prise en charge des patients et par le service national de la santé. S'il est démontré qu'il est acceptable et faisable de délivrer le MBSR aux patientes MBC, et quelques essais futurs démontrent que le MBSR peut être efficace et rentable chez les patientes MBC, il sera alors défendable d'introduire cette approche dans le Service National de la Santé (SNS).</p> <p>Les postulats sont présentés. La pleine conscience implique de porter l'attention sur les expériences, sans jugement et sans chercher à les changer. La pratique régulière est pensée pour cultiver le niveau d'acceptation, améliorer les stratégies de régulation émotionnelle et améliorer la qualité de vie en réduisant l'anxiété et la dépression, ce qui la rend fortement pertinente pour les patientes atteintes de cancer du sein. Les interventions basées sur la pleine conscience ont été reprises dans des revues systématiques qui suggèrent que le MBSR améliore efficacement une variété de symptômes comme la dépression, l'anxiété, la qualité de vie, la fatigue, et les troubles du sommeil.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui. Deux méta-analyses sur le MBSR ont été effectuées et malgré le peu d'études éligibles, les auteurs ont identifié des effets du MBSR petits à modérés en comparaison avec des soins usuels sur la diminution de la dépression et de l'anxiété.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p>

	<p>Oui. Les études évaluant le MBSR dans le cas de cancers du sein se sont centrées sur des patientes ayant un stade précoce de cancer (0-III). Seulement 3 études ont inclus des femmes ayant un cancer du sein métastatiques dans un échantillons mixtes de types et des stades de cancer, et aucune n'a exactement évalué l'acceptabilité et la faisabilité de délivrer le MBSR dans le cas de MBC. Les études de faisabilité sont utilisées pour estimer d'importants paramètres qui sont nécessaire pour développer une étude plus large.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui, car les différentes études citées ont présenté des effets positifs du MBSR sur l'anxiété ou la dépression. Aucune étude n'ayant été effectuée chez les femmes ayant un cancer du sein métastatiques, c'est une piste d'exploration intéressante afin d'observer si cela peut les impacter de la même manière ainsi que savoir si elles sont disposées à suivre ce programme et si oui, dans quelle mesure.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <p>Non. Aucune étude citée n'a été effectuée par les auteurs de cet essai.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui, un rapport récent démontre que les femmes subissent une réduction de la qualité de vie et rapportent que leurs expériences de soins sont pauvres. Les services de soins palliatifs prodiguent un soutien intensif durant la fin de vie, dans le contexte d'une maladie chronique, cette phase est relativement courte. Les services de soins palliatifs ne répondent pas aux besoins de cette population.</p> <p>Ils considèrent qu'il serait pertinent de développer de nouveaux modèles de soins intégratifs avec de nouvelles méthode de travail qui comprendraient</p>

	<p>des soins primaires où les services oncologiques devraient adresser les patients avec des besoins non-satisfaits.</p> <p>Les preuves scientifiques suggèrent que le MBSR pourrait potentiellement répondre à certains de ces besoins en apportant un soutien psychologique chez les femmes atteintes de cancer du sein.</p> <p>Intégrer le MBSR dans les traitements du cancer du sein pourrait aider au-delà des symptômes physiques en réduisant l'anxiété et en permettant aux femmes malades à ajuster leur détresse existentielle provoquée par cette maladie dangereuse pour la vie.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Le contexte actuel concernant la prise en charge du cancer du sein est présenté. Le MBSR est également décrit en se référant au modèle originel.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Le but de l'étude est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité (des soignants et des patientes ayant un cancer du sein métastatiques) du programme MBSR en lien avec son efficacité et sa rentabilité afin d'avoir des preuves significatives pour pouvoir l'introduire avec des arguments fiables dans le service national de la santé.</p> <p>Dans le protocole originel, une hypothèse d'amélioration de l'anxiété et de la dépression par la pleine conscience a été posée, ces deux symptômes améliorés permettraient à leur tour une amélioration du CRF.</p> <p>Cette étude devrait démontrer une amélioration de la qualité de vie et de la gestion de la détresse et de la fatigue de la part des participantes ce qui améliorera leur survie à travers des mécanismes d'augmentation de la pleine conscience.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la</p>

population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?

Oui. Les questionnaires permettent de comprendre quelles variables sont évaluées. Dans celles-ci on retrouve l'impact du MBSR sur la fatigue, l'anxiété, la dépression, la santé globale, la santé mentale, le taux d'adhésion à l'étude et le vécu des participantes en lien avec le programme.

Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?

Cette première étude utilise une méthode mixte pour évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de délivrer le MBSR à un groupe de patientes ayant un diagnostic de cancer du sein métastatique en prenant en considération un paramètre du NHS. Ils ont l'intention d'utiliser ces données pilotes pour évaluer la faisabilité afin de développer un programme d'étude plus pragmatique et définitif pour évaluer les effets du MBSR sur la fatigue, l'anxiété et la dépression chez les patientes atteintes de MBC. Bien qu'il y ait une conceptualisation croissante du MBC comme maladie chronique, la disposition actuelle du soin psychosocial pour ces femmes manque.

Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?

Oui.

Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?

Les questions de recherche s'appuient sur a cadre actuel de la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein concernant le soutien psychologique. Elles permettent d'explorer le MBSR comme une thérapie potentiellement admissible dans le programme de santé national pour proposer une intervention non-pharmacologique pour les gestions des symptômes des femmes malades. L'étude est un

	<p>premier essai pour explorer les effets du MBSR. Les questions de recherches s'intéressent aux facteurs à évaluer pour effectuer un essai plus large ; comme par exemple, la taille de l'échantillon, les moyens pour augmenter le taux d'adhésion, les questionnaires etc. Le coût financier n'a pas pu être évalué en raison de la petite taille de l'échantillon.</p>
METHODE	
<p>Population échantillon</p>	<p>et La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui. Les patientes ont été recrutées dans une unité oncologique locale durant 10 mois (janvier à octobre 2010). Ils ont estimé que 80 femmes seraient conviées dans 3 cours de MBSR basé sur la prévalence du MBC et les recherches précédentes. Les groupes comprendraient chacun 7 à 10 participantes.</p> <p>Les oncologues ont identifié les femmes atteintes de MBC depuis minimum 2 mois ayant une maladie stable et une espérance de vie d'au moins 6 mois.</p> <p>Les infirmières de recherche ou les oncologues ont transmis les données concernant l'étude aux patientes. Les intéressées les ont retournées à l'équipe de recherche.</p> <p>Une fois approuvées par le consultant, les patientes ont été convié à en apprendre plus sur l'étude et à s'entretenir avec l'instructeur de MBSR qui les a informées sur les interventions qui seraient prodigués et à explorer leur perception concernant leurs compréhension et la pertinence qu'elles y ont trouvé. Cela pour s'assurer que le cours soit approprié à chacune.</p> <p>Les 3 classes de MBSR ont suivi les cours de manière simultanée et toutes les participantes ont reçu les mêmes interventions dans les 3 cours.</p> <p>Lors du recrutement, 100 femmes ont été invitées à participer à l'étude. 20 femmes ont accepté d'y prendre part, 19 d'entre-elles ont suivi le programme complet, 1 d'entre-elle à abandonner</p>

l'étude après les mesures de base à cause de l'avancée de la maladie.

80% des femmes n'ont pas souhaité joindre l'étude. Sur ces 80% 27 ont refusé pour des raisons non-spécifiées, 19 ont été exclues car elles étaient trop malades pour participer, 13 ont trouvé que c'était un engagement trop important, 12 avaient des problèmes et pour 9 les sessions tombaient en même temps que les traitements ou lorsqu'elles avaient des effets secondaires consécutifs à ceux-ci.

Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

Un des buts de cet étude était de déterminer la taille de l'échantillon pour un essai plus large. Les auteurs s'attendaient à plus de participation. Afin que ce problème ne se répète pas par la suite, ils ont questionné les femmes n'ayant pas souhaité participer afin de connaître leur raison et ont également demandé aux participantes comment ils pouvaient améliorer le programme. Il en est globalement ressorti que l'engagement dans la durée des cours étaient trop conséquents et que le temps de pratique à domicile était parfois un problème. Pour pallier ce problème, les auteurs envisagent d'adapter le programme en proposant des cours moins longs et en réduisant le temps de pratique à domicile. L'échantillon n'est pas justifié sur des bases statistiques, les auteurs se sont contentés du nombre propice à mener l'étude avec le nombre de patientes consentantes mais cela leur permet de déterminer la taille pour la suite.

Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?

Les études de faisabilité ne requièrent pas souvent un calcul de puissance mais la taille de

	<p>l'échantillon doit être adéquate pour estimer les paramètres critiques comme le taux de recrutement. Pour cette étude de faisabilité, ils ont espéré recruter 30 sujets, ainsi cela leur permettrait d'estimer les effets et de calculer un échantillon pour une étude future plus large. Un échantillon de 30 aurait 80% de pouvoir de détecter les changements cliniques significatifs pour 4 ou 5 unités des sous-échelles du TMS et fournirait des évidences dans la relation entre le TMS et le BFI si les relations ont une corrélation de .35 à la fin.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les patientes ont signé un consentement avant de prendre part à l'étude.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui. Pour que les femmes ressentent et comprennent le but du MBSR il a été attendu que 8 des 9 cours soit suivis en suggérant que les participantes soient motivées. Les raisons d'une non-assiduité sont listées dans le tableau 1. La durée formelle de la pratique de la pleine conscience a été estimée à 27.40min/jours en incluant les cours et la pratiques à domicile et s'étendaient sur les 8 semaines du programme. Cela invitait à une meilleure assiduité de la pratique en comparaison d'autres études ou le temps de pratique était de 33min/j chez des femmes atteintes de cancer du sein stade 0-II et 32 min dans une population de cancer mixtes.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Pour cette étude une méthode mixte convergente a été utilisée, avec des données quantitatives et qualitatives en proportions égales avec des séquences de récolte et une analyse simultanée des données. Ces méthodes ont été utilisées car elles étaient nécessaires pour répondre aux questions posées et donné des résultats sur la faisabilité et l'acceptabilité du MBSR.</p>

Les deux types de données permettaient d'obtenir des données plus compréhensibles en permettant de compenser les faiblesses d'une méthode avec les forces de l'autre.

L'expérience et l'acceptabilité des interventions du MBSR chez les patientes atteintes du MBC ont été explorées par des interviews. La faisabilité de tenir un programme sur 8 semaines dans le NHS a été explorée dans l'interview d'un oncologue et un groupe focus sur la discussion avec des infirmières de recherche.

Les résultats de la faisabilité incluaient les problèmes de recrutement, comme la disponibilité des patientes éligibles, l'identification des patientes, le taux de recrutement et la volonté des patientes d'être recrutées.

La question de la randomisation dans un essai future a été explorée avec les participantes.

Le taux de rétention et d'adhérence, la relevance et la variation dans les résultats mesurent pour la suite le calcul de la taille de l'échantillonnage ont également été évalués.

Les rétentions et abandons ont été évalués avec le suivi de fréquentation et l'achèvement du programme (au moins 6 sessions sur 8).

Un aspect clé de la méthode mixée est l'intégration des approches quantitatives et qualitatives à certains stades de la conception. Dans cette étude, les données quantitatives et qualitatives ont été collectées et analysées indépendamment comme des brins distincts de l'étude. Les trouvailles ont été fusionnées dans le stade de l'interprétation et de la discussion.

Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?

Oui. Le devis étant mixte, les chercheurs ont autant pu comptabiliser l'impact sur les symptômes à l'aide de questionnaire que les impressions et ressentis des participantes en lien avec cette expérience durant des entretiens. Au travers de ces derniers, ils ont pu observer l'acceptation de l'étude et sa faisabilité dans cette population et en ressortir les points forts et les points faibles.

	<p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. Les outils utilisés sont cohérents avec devis de l'étude ainsi qu'avec les outils utilisés.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Cela n'est pas concrètement indiqué de la part des chercheurs. En revanche, les participantes expriment des difficultés quant au programme car les cours étaient selon elles trop longs.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui. Cette étude étant à la fois quantitative et qualitative, les chercheurs ont distribué des questionnaires et effectués des interviews.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui. La recherche s'intéressait à la faisabilité et à l'acceptation du programme MBSR chez les patientes atteintes de cancer du sein métastatique. Elle avait également pour but de noter les répercussions du programme sur les symptômes liés au cancer.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Pour les données quantitatives, aucun instrument n'a été créé. Ils ont utilisé des questionnaires déjà existants et validés.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui. Des questionnaires ont été envoyés à divers temps dans l'étude afin de pouvoir observer les impacts du MBSR sur les symptômes. Un entretien a été effectué au commencement de l'étude ainsi qu'à sa fin ce qui a permis de recueillir les avis et sentiments des femmes par rapport à ce programme.</p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Données quantitatives : il a été demandé à chaque participante de compléter un nombre de questionnaire. 4 des questionnaires ont dû être remplis à 5 points temporel (avant le commencement du programme, durant les cours de MBSR à la 4^{ème} et 8^{ème} semaine et dans le suivi, 16 et 24 semaines après la fin du programme) et un questionnaire à 2 reprises (avant le début du programme et à 24 semaines de suivi).</p> <p>Les questionnaires administrés à 5 reprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The brief fatigue inventory (BFI) - L'échelle de l'hôpital de l'anxiété et de la dépression (HADS) - The euroQol Quality of life-5 dimensions (EQ5D) - L'échelle de la pleine conscience de Toronto (TMS) <p>Ils ont été administrés pour les mesures de bases, durant le programme MBSR à la semaine 4 et 8 et à sa suite à la 16^{ème} et 24^{ème} semaines.</p> <p>Le questionnaire administré à 2 reprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - The european organisation rechaeserch and treatment of cancer quality of life questionnaire C-30 (EORTC QLQ C30) <p>Il a été administré au niveau de base de l'étude et à 24 semaines.</p> <p>Mesure des résultats :</p> <p><u>Fatigue liée au cancer</u> : CRF a été le premier résultat mesuré et a été évalué avec le BFI. Le BFI consiste en 9 items et largement utilisé, bien validé, fiable et efficace pour mesurer la CRF. Il y a 3 items de la sévérité de la fatigue, 6 concernant les interférences de la fatigue sur la qualité de vie sur la dernière semaine. Le score global du BFI est la moyenne des 9 items (range = 0-10). CRF a été défini comme score global du BFI >3.57,58.</p> <p><u>Anxiété et dépression</u> : les paramètres ont été mesurés en utilisant HADS. The HADS est une mesure standard et validée pour les troubles de l'humeur. Un score HADS entre 8 et 10 est borderline et un score > 11 définit l'anxiété et la dépression. Une baisse de 3 points représente</p>
---------------------------------	---

	<p>une amélioration significative dans le cas de dépression et d'anxiété.</p> <p><u>Qualité de vie spécifique à la maladie</u> : a été mesuré en utilisant le EORTC QLQ C30, qui est un standard international accepté comme instrument de mesure dans la qualité de vie des patients atteints de cancer. Il est composé de 5 échelles fonctionnelles (fatigue, douleur, rôle, cognition et émotions), un statut global de santé et 6 items singuliers (dyspnée, insomnie, perte d'appétit, constipation, diarrhée et difficultés financières). Toutes les échelles et les items singuliers se mesurent sur 0 et 100 points. Un score haut sur une échelle fonctionnelle et le niveau global de santé représente un haut niveau sain mais un haut score sur une échelle de symptôme représente une symptomatologie importante. Les différences cliniques médianes significatives ont été évaluées en se basant sur les guidelines pour les sous-échelles du EORTC QLQ C30. Les effets ont été considérés comme une taille moyenne de différence de 10 à 15 pour QoL et des différences de 13 à 24 pour les insomnies.</p> <p><u>Préférences génériques basées sur la qualité de vie</u> :</p> <p>Ce facteur a été mesuré en utilisant le EQ5Q validé, un instrument standardisé et non spécifique à la maladie pour décrire et valoriser les stades de santé qui consiste en 5 dimensions : mobilité, auto-soins, activités usuelles, douleur/inconfort et anxiété/dépression. Chaque dimension à 3 niveaux : pas de problèmes, quelques problèmes, problèmes extrêmes.</p> <p><u>La pleine conscience</u> : ce paramètre a été mesuré en utilisant le TMS. Le TMS inclut 2 facteurs ; la curiosité et le décentrement. Lau et Al. ont donné des valeurs typiques pour les deux facteurs dans les échelles du TMS, curiosité et décentrement. Les scores devraient augmenter avec l'expérience de la méditation pleine conscience, et le score de décentrement prédit une amélioration dans les résultats cliniques.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p>
--	---

	<p>Les données des questionnaires ont été entrées dans le SPSS software (version 19). Les items individuels manquants ont été imputés en utilisant la moyenne des données disponibles et en l'échelonnant dans chaque questionnaire. Lorsque la totalité du questionnaire manquait à la semaine 4 et 8, les données ont été remplies en utilisant les valeurs précédemment reportées.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui. Le programme MBSR est clairement décrit dans son but et sa planification.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui.</p> <p>Analyse des données quantitatives : toutes les analyses ont été reportées en utilisant le SPSS. Les données du BFI, HADS et TMS ont été prévues pour être analysées en utilisant un modèle d'analyse de la variance des mesures répétées ajusté sur l'âge en tenant compte des 5 observations aux 5 périodes pour chaque patiente. Toutefois, la petite taille de l'échantillon atteint ne justifie pas cela. Ces variables et les variables de l'EORTC QLQ-C30 ont été analysées en utilisant l'échantillon apparié t-tests en comparant les différences entre les données de base et à la semaine 24 des patientes.</p> <p>Une série d'analyse de corrélation ont été effectuées sur les changements dans les résultats de références et à la semaine 24. La corrélation entre le TMS, le BFI et l'HADS ont été calculées pour évaluer sur les changements dans la pleine conscience étaient associés avec les changements dans la fatigue, l'anxiété ou la dépression. Les corrélations ont également été investiguées pour tester si les heures formelles de la pratique de la pleine conscience effectuées dans les cours et à la maison (30min/j comme défini dans le protocole) étaient associées avec l'amélioration des résultats, HADS, TMS et BFI.</p> <p>Une analyse économique n'était pas appropriée cette étude de faisabilité en lien avec la petite</p>

taille de l'échantillon. Les coûts moyens liés au MBSR ont été estimés, comme le coût du MBSR lui-même et le coût de prodiguer l'intervention à des patientes individuelles. La réactivité de l'EQ-5D et la convenance de l'approche QALY ont été explorées. Le potentiel de gain de QALY de l'intervention utilisant l'approche de l'air sous la courbe a également été estimé.

La taille de l'échantillon était plus petite qu'espérée, mais même avec cette taille, des améliorations cliniques quantitatives importantes ont été observées dans la mesure des résultats, lesquels étaient significatifs et incluaient l'anxiété mesurée avec l'HADS. Cela va leur permettre d'estimer la taille des échantillons pour les futures études plus définitives dépendantes de leur déroulement exact.

L'amélioration qu'ils ont été capable de mesurer avec EORTC QLQ C-30 englobent des améliorations cliniquement significatives pour les fonctions cognitives, une amélioration modérée de la qualité de vie et des insomnies, et une petite amélioration pour les fonctions physiques. Plusieurs des participantes reportent une amélioration dans l'anxiété, impactant positivement sur leur aptitude à dormir (l'anxiété était plus expérimentée la nuit), avec une amélioration de la qualité de vie. Par exemple, les participantes ont reporté qu'elles arrivaient mieux à accepter et étaient plus aptes à faire face et gérer leur vie et dans leurs relations. Tandis qu'une amélioration dans la fatigue et la dépression a été notée, il n'était statistiquement pas significatif dans ce petit échantillon.

TMS est apparu comme être une mesure pauvre de la pleine conscience pour l'étude ; plusieurs participantes ont reporté que c'était une mesure difficile à comprendre. TMS mesure la capacité de générer un état de pleine conscience dans une session de méditation unique, mais ne mesure pas la pleine conscience dans la vie de tous les jours. En dépit de cette contrainte et bien que qu'il y eût un manque de corrélation entre le TMS et les autres résultats, il y avait une légère amélioration dans l'échelle de curiosité et une

	<p>augmentation significative dans la sous-échelle décentrée du TMS, suggérant que ces individus ont essentiellement gagné en aptitude de pleine conscience décentrée.</p> <p>Cela devait corrélérer avec une amélioration de la pleine conscience chez les participantes, mais ne l'a pas fait, possiblement à cause de la petite taille de l'échantillon. En conséquence, ils n'ont pu corrélérer aucune amélioration dans l'anxiété, la fatigue ou la dépression avec une augmentation de la pleine conscience mais cela est possiblement dû à l'inadéquation de la mesure TMS pour la pleine conscience. L'HADS, BFI et EORCT QLQ C-30 tous semble appropriés et acceptables pour les mesures. L'EQ-5D n'était pas capable d'identifier l'amélioration détecté par la mesure du EORTC QLQ C30 spécifique à la maladie dans la qualité de vie. Leur petit échantillon et la présence d'une valeur aberrante rend l'EQ-5D difficile à interprétée dans cette population mais sera certainement un résultat valable dans une étude plus large.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui. Les auteurs ont pris en considération le type de traitement et toutes les modifications de ceux-ci. Ils ont été rapportés à l'équipe de recherche par les infirmières de recherches. Aucune des patientes n'a changé de traitements pendant l'étude. 5 infirmières ont pris part au groupe focus. Ils ont également pris en compte lors de l'analyse des résultats qu'il y avait une valeur aberrante ce qui a largement modifié les résultats, l'échantillon étant petit.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui. Se référer ci-dessous.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui. Les thèmes sont clairement exposés avec les résultats trouvés comme expliqué plus haut.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui. Des tableaux sont présentés.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui. L'analyse de résultat permet d'explorer les corrélations entre les diverses variables.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. Les trouvailles qualitatives présentées dans cette section relatent uniquement de la faisabilité et l'acceptabilité du MBSR, programme d'étude pour les patients et l'acceptabilité du service de santé national. Toutes les trouvailles qualitatives de l'impact du MBSR sur les MBC ont été reportés autre part et utilise un espace limité dans cet article. 3 thèmes ont émergé dans les deuxièmes interviews des patientes, les interviews des oncologues et le groupe focus. Toutes les citations sont anonymes et présenter pour soutenir et illustrés les thèmes. Les notes du cours de MBSR incluent en arrière-plan l'âge des participantes et le temps depuis que le MBC a été diagnostiqué.</p> <p>Les thèmes ressortis : La barrière pour la participation et le recrutement : ils n'ont pas interviewer les femmes qui ont décliné l'invitation néanmoins les raisons ont été rapportés par les infirmières. L'entretien avec l'oncologue et le groupe de discussion ont permis de cerner les difficultés rencontrées lors du recrutement, qui concordaient avec les raisons de la non-participation et pouvaient aider à expliquer le faible taux de recrutement pour le cours 2 (6 participantes) et particulièrement le cours 3 (4 participantes). Plusieurs patientes ont décliné la participation, car elles ne rapportaient pas de sentiment ou pas assez pour y prendre part ; les autres n'ont pas été approchées ou jugées éligibles car leur maladie était considérée comme trop instable. Pour les patientes qui étaient partantes pour joindre l'étude, les cours de MBSR ont été jugés</p>
----------------------------	---

trop structurés et une perspective rendant le recrutement difficile : les faits sont qu'il y avait un groupe, il y avait certaines dates prédéfinies, les patients devaient voyager, évidemment, la situation géographique était difficile pour certaines personnes et le jour de la semaine avait également un impact sur certaines patientes car il ne correspondait pas aux jours où elles recevaient un traitement ou une visite à l'hôpital.

Le groupe de discussion dirigé par l'infirmière a réagi à cette perception et décrit en quoi les 8 semaines suivies de cours étaient également vu comme un problème et une raison de non-participation et une barrière pour le recrutement. (Voir p.48)

La discussion avec les groupes focus a également permis de mieux comprendre les raisons possibles de non-participation des patientes qui ont déclinés sans raisons spécifiées. (Voir dans les résultats /session recrutement)

Acceptabilité/ bénéfices : 16 des 19 participantes ont trouvé les cours de MBSR acceptable, reportant avantages et inconvénients. Les bénéfices du cours ont été décrits comme utiles pour traiter avec les symptômes.

Beaucoup ont parlé en détails des techniques qu'elles ont adoptées et comment elles les ont appliquées ainsi que les bénéfices expérimentés. Les bénéfices incluent le fait d'être moins réactif à la détresse émotionnelle et mieux accepter la perturbation dans leur vie de vivre avec MBC.

Certaines discutaient des bénéfices jours après jours comme une amélioration du sommeil, une meilleure habileté à contrôler leur poids avec le manger en pleine conscience.

Les autres ont perçus des expériences plus profondes comme un changement de perspective qui a découlé sur une modification de leur relation à elle-même, avec les autres et la maladie.

Le retour des participantes aux infirmières de recherche a exprimé plusieurs de leurs expériences positives. La discussion s'est également centrée sur le manque de service de soutien disponible pour les patientes atteintes de MBC avec un consensus que le MBSR était une

	<p>intervention acceptable pour les patientes atteintes de MBC et qu'il serait acceptable et faisable d'introduire dans le NHS. Particulièrement si des préoccupations relatives au temps de déplacement (voyage, coût et clinique et traitements étaient résolus).</p> <p>L'oncologue et le groupe focus ont eu des suggestions pour la manière dont les interventions pourraient être incorporées et adaptées et elles étaient cohérentes avec les idées des participantes pour le cours.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceptabilité / challenge : « comme avoir un job à plein temps » : 3 des participantes n'ont pas trouvé le cours acceptable ou n'ont perçu aucune expérience bénéfique. Les raisons décrites incluent le fait de ne pas aimer le format du groupe, l'engagement sur 8 semaines et la pratique à domicile et les difficultés avec les techniques. - Toutes les participantes ont eu des difficultés avec une partie du programme et un de ces aspect était la pratique à domicile qu'elles étaient sensées effectuer. <p>Bien que le temps de pratique à domicile fût de 27.4min/jours, certaines femmes, notamment celles qui n'avaient pas de travail ou d'enfant ont été capable de passer plus de temps pour leur pratique à domicile. Le jour complet de retraite était un autre aspect de litige du cours. Certaines patientes ont trouvé ce jour puissant et extraordinaire. Les autres ont exprimées une ambivalence ou une perception négative de ce jour.</p> <p>La plupart des participantes ont commentées soit dans leur interview ou aux infirmières que le cours était trop long, rendant difficile de s'engager sur les 8 semaines, certaines travaillaient et/ou avaient des enfants, famille, vacances ou la session de cours ne correspondait pas avec leur jour de</p>
--	--

traitement en clinique. Lorsque les participantes ont été interrogées, elles ont répondu positivement sur la possibilité de créer un échantillon randomisé pour les futures études.

La charge des questionnaires a été jugée acceptable, cependant la plupart des participantes ont eu des difficultés pour comprendre l'échelle de pleine conscience de Toronto.

Résultats quantitatifs :

19 patientes ont participé à l'étude. Sur 423 questionnaires envoyés, 409 sont revenus et ont été analysés. Sur les 14 participantes non-inclues dans l'étude, 9 ne l'ont pas renvoyé. 5 ont été décomptés comme une participante ayant rempli 5 questionnaires de bases mais n'ayant pas rejoint le cours MBSR, elle s'est retiré de l'étude à cause de la progression de la maladie.

Le score moyen et les déviations standards pour la variable primaire, BFI et pour les autres variables principales, HADS, dépression ; HADS, anxiété, TMS Curiosity, and TMS decentering, au niveau de base semaines 4 et 8 durant le traitement et aux semaines 16 et 24, sont montrés dans le tableau 2. Les scores moyens après l'étude sont illustrés dans la figure 2.

Le tableau 3 montre les changements effectués entre la semaine 0 jusqu'à la semaine 24 (4 mois après la fin du traitement). La moyenne du BFI étaient de 0.91 unités ($P=.062$). Les réductions dans le BFI dans ce petit échantillon d'individus avec une maladie sévère terminale indique une petite mais notable tendance à la baisse (tableau 2 et figure 2). L'HADS dépression n'a pas démontré de réduction clinique significative du point de départ à la semaine 24 de 1.95 ($P=.44$). HADS anxiété montre une réduction significative du point de départ à la semaine 24 de 3.63 points ($P<.001$), représentant un changement statistiquement significatif et cliniquement significatif, avec une tendance à la baisse substantielle linéaire. TMS Curiosity scores montre une augmentation des scores moyens depuis le point de départ à la semaine 24 de 2.68

($P=.087$), TMS decentring scores montrent une augmentation significative du point de départ à la semaine 24 de 5.53 points ($P=.002$). Le tableau 3 montre également des changements du point de base à la semaine 24 pour les variables EORTC QLQ C30. Il y avait des changements bénéfiques significatifs entre la semaine 0 et 24 dans le EORTC QLQ C30 échelle de santé globale, fonction physique, fonction cognitive et insomnie. L'analyse des corrélations dans ce petit échantillon n'a pas montré de relation significative entre le TMS et le BFI et l'HADS (tableau 4) et n'indique donc pas que les changements de pleine conscience sont associés avec les changements dans la fatigue, anxiété et la dépression. Aucune corrélation n'a été trouvée entre la pratique de la pleine conscience formelle incluant la pratique à domicile dans les autres résultats.

L'EORTC QLQ C30 montre une meilleure variabilité avant et après l'intervention en comparaison du score du EQ-5D, dans les échelles de fonctions et le score de santé global. La moyenne de base de l'EQ-5D était de 0.74 et de 0.72 à la fin de période de suivi, indiquant une petite détérioration dans la qualité de vie. Cela en termes de score d'utilité se traduit par une différence par rapport à la ligne de base de -0.022. Toutefois, comme la taille de l'échantillon est petite, la présence d'un patient reportant un score vraiment bas (valeurs aberrantes) a largement contribué à ce résultat. La moyenne du score du reste des patients à la fin de la période de suivi est de 0.76 lorsque cette valeur aberrante n'est pas prise en compte, et le résultat montre une amélioration pour le reste du groupe de 0.04, indiquant que les interventions peuvent montrer des différences si on prend en compte la sévérité est prise en compte.

Pour l'individualité des patientes, QALYs a été calculé en utilisant une interpolation linéaire entre les valeurs utiles du point de départ et à 4 mois. Utilisé l'aire sous la courbe technique, le nombre moyen de QALY génère cette période du point de départ à 4 mois de suivi était 0.23 (déviations standard = 0.073). Traudire cela en 1

	<p>an équivalait la valeur de QALY à 0.7. Cependant, sans avoir un groupe contrôle, le gain supplémentaire de QALY depuis l'intervention ne peut être calculé.</p> <p>Le coût de prodiguer cette intervention est de 16109.76 euros pour tous les patients (table 6). Le plus grand coût était les coûts de l'instructeur et le coût de l'hébergement. Le coût fixé le plus haut indique que le nombre de participantes dans les cours est un important facteur à estimer, coût par patient. Dans ce cas, le coût total traduit une moyenne de coût par patient de 805.5^E pour prodiguer l'intervention. Finalement, donner le coût des interventions (16109.8^E) et le seuil NICE (20000^E), l'intervention devrait délivrer à la fin un gain QALY incrémentiel de 0.27 durant les 4 premiers mois pour être considéré comme rentable.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Les chercheurs ont comparé les résultats avec d'autres études. Aucune autre information n'est décrite à ce sujet.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui. En revanche, les résultats qualitatifs ne sont pas exposés dans cet article en raison de la place limitée. Néanmoins, les auteurs appuient certains points avec les avis des participantes comme par exemple les raisons de non-participations à l'étude ou les difficultés qu'elles ont rencontrées à remplir le questionnaire sur la pleine conscience.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui. Des hypothèses et comparaisons avec d'autres études sont exposées. Globalement une acceptabilité du MBSR programme. Ils ont aussi rapporté les difficultés des participantes avec le programme et en particuliers les techniques, avec une minorité de l'échantillon exprimant de petits</p>

ou aucun bénéfice attendu avec ce cours. Seulement une autre étude a qualitativement rapporté des effets négatifs ou un manque d'effet associé à la MBSR et leurs trouvailles concordent, suggérant que le MBSR n'est pas acceptable pour tous dans sa forme actuelle. Dans cet article, ils ont été limités à cause de l'espace pour reporter les données qualitatives qui sont révélatrices pour la faisabilité et l'acceptabilité.

Il y avait des challenges associés à délivrer le MBSR dans ce groupe de patientes. Recruter pour ce type d'intervention au clinique oncologique NHS était difficile. Certaines patientes ont refusé de participer pour des raisons non-spécifiées. La question de l'engagement au cours a été soulignée durant le recrutement lorsque beaucoup de femmes éligibles ont décliné la participation à cause du niveau d'engagement que cela demandais et spécialement lorsque les cours n'étaient pas compatibles avec leurs engagements familiaux, leurs traitements ou le temps passé à la clinique. Malgré tout, les femmes ayant participées ont terminé les cours et la fréquentation était excellente. Cela suggère que les participantes qui sont entrées dans l'étude étaient engagées et motivées, peut être que le haut niveau de fréquentation était en lien avec le fait d'être dans une étude. Effectivement, cela a été reflété dans les interviews qualitatives où les participantes ont reporté des difficultés liées aux attentes, particulièrement dans la retraite d'une journée, mais voulaient être présentes car elles étaient engagées. Elles ont également rapporté que la pratique à domicile était difficile à effectuer, particulièrement si elles ne se sentaient pas bien, avaient des enfants ou travaillaient. En dépit de cela le temps moyen passé à pratiquer à domicile était légèrement inférieur au temps défini par le protocole (27.4min/jour vs. 30min/j) et cela indique leur motivation profonde de compléter le programme et que les participantes y ont perçu des bénéfices.

Leurs trouvailles les amènent à se questionner si adapter le programme MBSR de 8 semaines pourrait être bénéfiques et améliorerai

l'acceptabilité du MBSR chez les patientes atteintes de MBC. Traditionnellement, le programme MBSR consiste en 8 sessions plus 1 jour de retraite dans la 6^{ème} semaine ; Toutefois, une revue sur le temps de contact en classe et la tailles des effets sur l'aspect de la détresse psychologique n'ont pas trouvé une association significative entre la taille des effets et le temps passé en classe. Cela suggère qu'adapter le programme traditionnel en incluant des temps de classe plus courts serait peut-être digne d'intérêt. Ils sont couramment en train d'investiguer les possibilités d'adapter ou d'abrèger le programme MBSR dans une étude qualitative centrée sur des patientes atteintes de cancer du sein. Ils ont également trouvé qu'il n'y avait pas d'association entre la pratique de la pleine conscience et l'amélioration dans le BFI et le HADS. Cela est peut-être dû à la petite taille de l'échantillon. Leur étude à trouver qu'une augmentation de la pratique de la pleine conscience, augmentait la pleine conscience des participants, qui à son tour mène à une réduction des symptômes et une augmentation du bien-être. Plusieurs études suggèrent des exigences spécifiques pour la pratique à domicile mais la relation entre la durée optimale de la pratique à domicile et les résultats sont incohérents, dans plusieurs études montrant des bénéfices cliniques en utilisant une pratique à domicile réduite entre 15 et 20min/j. La pleine conscience mène à la réduction de l'anxiété en améliorant les stratégies de régulations émotionnelles employées par les personnes atteintes de maladie physique en les aidant à moins ruminer sur le passé et le futur et à être moins susceptibles d'éviter les sentiments ou les situations difficiles. Les améliorations dans le score décentré du TMS ont été montré pour prédire l'amélioration clinique dans le stress, la détresse et la dépression. Bien que les trouvaillies aient montrées une amélioration dans le score décentré TMS, la dépression n'a pas été significativement améliorée dans cette étude contrairement aux autres études du MBSR et cancer du sein. C'est probablement à cause du

niveau de dépression des participantes dans cette étude qui n'était pas particulièrement élevé au niveau de base, peut-être car 47% des participantes prenaient des anti-dépresseurs. Leurs trouvailles que le MBSR améliore la qualité de vie et le sommeil sont cohérentes avec d'autres études qui se sont faites dans le cas de cancer du sein précoces. À cause du petit échantillon, les résultats quantitatifs concernant la faisabilité doivent être interprétés avec précaution. Ils envisagent d'utiliser la mesure EORTC-8D pour évaluer la réactivité des deux mesures chez les patients atteints de cancer, en utilisant les QALY comme mesure économique pour la santé et pour la mesure de la qualité de vie spécifique à la maladie

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui. Les conclusions correspondent aux résultats présentés et permettent aux auteurs de se questionner sur l'utilité des questionnaires utilisés, ainsi que sur le format du programme MBSR en lien avec le taux d'adhésion et diverses études démontrant qu'il serait possible d'adapter le programme afin de recruter plus de participantes.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Oui. Les limites de l'étude sont le petit échantillon et le manque de diversité ethnique et de l'éducation des participantes (la plupart était de classe moyenne anglaise avec un haut niveau d'éducation) ce qui ne permet pas de généraliser les résultats pour la population de patientes atteintes de MBC. L'absence du groupe contrôle soulève la question si les effets sont réellement attribuables à la pratique du MBSR plutôt qu'aux ingrédients non-spécifiques comme le recrutement à l'étude, le rôle de l'instructeur, la dynamique du groupe ; les études futures devraient s'intéresser à ces possibilités. Le troisième cours de MBSR n'avait que 4 participantes et cela aurait pu être un problème car la majorité des cours de MBSR sont conduits avec un groupe plus large. Cependant, aucune

	<p>des participantes ne s'est plainte de faire partie d'un petit groupe.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, voir ci-dessus.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Oui. L'ethnie et le niveau d'éducation étant globalement similaire, les résultats ne peuvent pas être généralisé à toute la population des femmes atteintes de cancer MBC.</p>
<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les résultats de cette étude sont encourageant pour développer une étude plus étendue. Les conséquences pour la discipline seraient de fournir une intervention non-pharmacologique aux femmes atteintes de cancer du sein avec des métastases afin de leur permettre de réduire l'anxiété, la dépression et d'améliorer la qualité de vie en n'ayant pas recours à des médicaments. L'objectif visé est d'intégrer l'intervention MBSR dans le programme de santé national. Compte tenu de la rareté des interventions non pharmacologiques disponibles pour ce groupe de femmes, cette étude constitue une étape importante pour répondre aux besoins non satisfaits et constitue un moyen important de favoriser l'empowerment. Cette étude pilote donne des évidences préliminaires pour le calcul des échantillons dans l'évaluation de l'anxiété, de la qualité de vie.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Les auteurs suggèrent que raccourcir les cours ce pourrait améliorer l'adhésion lors du recrutement. Les résultats de cette étude suggèrent que des travaux plus poussés sont nécessaires pour évaluer MBSR dans un format plus économique et plus accessible. Ce design de méthode mixte est une force de l'étude. Utiliser les méthodes quantitatives et</p>

	<p>qualitatives pour la récolte des données et l'analyse les à aider à répondre à différentes questions poser pour la faisabilité et l'acceptabilité de manière objectives, cela leur également permis de mieux comprendre les données recueillies.</p> <p>Une approche logique des résultats de mesure pour un futur RCT serait d'inclure les mesures de maladie spécifique et un générique de la qualité de vie.</p> <p>Le groupe focus à suggérer que le cours de MBSR soit présenté aux patientes comme une intervention avec des compétences enregistrées qui pourraient être utiles même si une personne n'expérimente pas de symptômes de détresse et cela pourrait être adapté à une période de travail.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Les données correspondent aux analyses des résultats, bien qu'un échantillon plus large aurait probablement donné des bases plus solides.</p> <p>Le recrutement de l'étude était challengé à cause de la nature de la maladie, mais globalement les résultats de l'étude suggèrent que le MBSR peut être efficacement délivré à des patientes atteintes de MBC relativement stable. Parmi celles qui étaient consentantes, il y avait une volonté de continuer avec une participation complète attestée par une forte participation aux cours, une adhésion remarquable à la pratique à domicile et un haut taux de suivi avec seulement un abandon. Cela suggère que les interventions étaient acceptables pour celles qui ont participés et cela était soutenu par les données qualitatives. Les mesures ont été acceptée par les participantes avec un haut taux de retour de questionnaire remplis et cela était similaire pour toutes les mesures.</p> <p>En conclusion, la faisabilité de l'étude donne des évidences encourageantes que le MBSR est acceptable pour les patientes disposées à s'engager dans le programme. Le MBSR peut être délivré à des patientes atteintes de MBC.</p>
--	---

Article 6

Référence de l'article : Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hébert, J. R. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. <i>Breast Cancer Research and Treatment</i> , 131(1), 99-109. doi :10.1007/s10549-011-1738-1	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Oui, le titre donne des indications sur la population sans préciser la genre féminine ou la classe d'âge de la population. Il s'agit de femmes atteintes de cancer du sein.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Le résumé ne comporte pas les sous-titres comme mentionné ci-dessus mais les divers points sont clairement identifiables.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, le phénomène à l'étude est formulé. Il s'agit d'étudier les effets de la mindfulness-based stress-reduction (MBSR) sur la qualité de vie et les stratégies de coping chez les femmes atteintes d'un cancer du sein au stade I et II. Pour les auteurs, les symptômes psychosociaux signifient les symptômes liés au cancer qui engendrent du stress, tels les symptômes de la dépression et de l'anxiété, la gestion des émotions et la résilience. Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui en effet. La qualité de vie d'une femme est affectée par un cancer du sein, quel que soit l'âge ou l'origine démographique. Ceci entraîne des troubles dans son entourage ainsi que dans sa prise en charge. Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline

	<p>concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, le problème a une signification pour la discipline infirmière, car une meilleure qualité de vie d'une patiente ainsi que la diminution de son stress, la rendraient plus disponible pour sa prise en charge.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, une recension a été réalisée.</p> <p>Ce sont 4 études randomisées qui ont traité le sujet de la gestion du stress par la MBSR.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui, la recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème à l'étude.</p> <p>Une meilleure qualité de vie, une capacité physique améliorée, la baisse de la dépression, l'anxiété et la peur d'une récurrence (Shapiro et al.) et une meilleure qualité de sommeil ont été observés chez des patientes qui ont suivi un programme de MBSR durant 6 semaines versus un groupe de contrôle qui n'a pas eu d'intervention. Les participantes ont su par inadvertance dans quel groupe elles allaient être avant la récolte de données. Elles étaient suivies jusqu'à 9 mois post intervention.</p> <p>Une autre étude a fait suivre aux patientes un programme MBSR durant 10 semaines avec un suivi plus d'un an après la fin du programme. Les effets rapportés sont une diminution des pensées récurrentes, anxiété et détresse émotionnelle. (Antoni et al.)</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui, la recension des écrits démontre des résultats probants et elle permet aux études futures de ne pas refaire les mêmes erreurs comme par exemple, la divulgation des groupes par inadvertance, ce qui peut biaiser l'étude.</p>

	<p>Les auteurs présentent dans l'introduction l'état actuel de la problématique selon les connaissances à ce jour.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <p>Oui, plusieurs sont cités par les auteurs, par exemple dans l'article de Lengacher et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress-reduction for survivors of breast cancer. Psychooncology. 2009; 18(12):1261–1272. [PubMed: 19235193]</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui. Les concepts clés sont mis en évidence, définis, justifiés et décrits de façon adéquate. Il s'agit des bienfaits de la méditation sur des patientes du cancer du sein. La méditation ou pleine conscience peut être définie comme la pratique de prêter une attention intentionnelle sans porter de jugement au moment présent.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui. Les concepts clés s'inscrivent dans le cadre de référence de l'oncologie chez les femmes. L'étude est a été menée par un centre d'étude du cancer du sein dans la recherche de stratégies de coping pour les patientes. La collaboration de plusieurs autres institutions a été sollicitées.</p> <p>Les bases théoriques et philosophiques ainsi que la méthode utilisée semblent appropriées puisque les auteurs ont eu la validation (par la direction des institutions) de l'utilisation des procédures pour l'étude.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. Les auteurs veulent améliorer la qualité des de vie des femmes atteintes de cancer du sein en pratiquant le MBSR.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables les clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui la question de recherche est clairement énoncée. Les auteurs veulent examiner si les bienfaits du MBSR peuvent perdurer et de voir les bénéfiques jusqu'à deux ans post-intervention. La population à l'étude est annoncée : il s'agit de patientes avec un cancer du sein dans le stade 1 - II, dont la moyenne d'âge est de 49 ans.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? La question de recherche reflète la recension des écrits (étude des effets de la méditation sur la qualité de vie et psychosocial chez les femmes atteintes d'un cancer du sein au stade I et II). Elle découle du but qui est d'améliorer la qualité de vie des femmes avec un cancer du sein. La question de recherche ne traite pas des expériences, des croyances, des valeurs ou des perceptions des participantes.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui, le concept est la méditation ou la pratique de la MBSR. Le cadre de recherche étudie les effets de la méditation dans la phase initiale de la maladie de cancer du sein et après un traitement. Les variables utilisées pour mieux cibler et comprendre la problématique sont la dépression, l'anxiété, la détresse, estime de soi,</p>
--------------------------------------	--

	<p>le soutien perçu, le coping émotionnel, la gestion des émotions et le sens de cohérence.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les questions s'appuient sur le cadre conceptuel et des bases théoriques et non pas sur des bases philosophiques. Les concepts sont explicités ci-dessus.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Oui. Il s'agit de femmes diagnostiquées avec un cancer du sein venant de 4 sites comprenant des hôpitaux et centre médicaux dans la région de Massachusetts.</p> <p>L'échantillon est détaillé de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes diagnostiquées durant les deux dernières années - Stade de cancer I et II - Âgées entre 20 et 65 ans - Être capable de comprendre le consentement oral en anglais - Être d'accord de vivre dans la région, durant au moins deux ans à partir du recrutement - Être en mesure de poursuivre une activité normale au moins à 50 % du temps, selon une échelle de Eastern Cooperative Oncology Group performance status (ECOG) - Accepter d'être placée dans un groupe au hasard - Avoir un téléphone fixe et être d'accord d'être contactée.

Ensuite les auteurs ont détaillé des critères d'exclusion qui pourraient nuire ou limiter la participation à l'étude :

- Diagnostique d'un cancer précédent, durant les 5 dernières années
- Abus de substance tel alcool ou drogues
- Problème psychiatrique dans le passé ou au présent
- Problème neurologique dans le passé ou au présent

La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?

Oui. La méthode utilisée pour recruter les participantes est appropriée, car elle a été approuvée par un comité de révision des institutions médicales. Puis les patientes ont donné leurs consentements tacitement.

Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

199 femmes remplissaient les critères de sélection, puis 180 se sont inscrites, puis 172 ont rempli les questionnaires, puis après des renoncements de certains participants le nombre final était de 163 femmes réparties en trois groupes. L'échantillon est représentatif et ne nécessitait pas une augmentation supplémentaire des participantes. L'objectif était atteint. Les auteurs ne mentionnent pas si l'échantillonnage est justifié sur une base statistique ou saturation des données.

Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?

La taille de l'échantillon a été déterminée sur la base d'inscription de femmes de quatre hôpitaux et centre médicaux ayant eu un cancer du sein et qui remplissait les critères de

	<p>sélection des auteurs. Des critères d'exclusion ont été appliqués pour arriver à un échantillon fiable.</p> <p>Trois groupes ont été constitués aléatoirement pour former un groupe d'intervention (MBSR) qui comprend 53 femmes, un groupe de contrôle Nutrition Education Program (NEP) qui comprend 52 femmes et un deuxième groupe contrôle des soins habituels de 58 femmes.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les participantes lors de leur inscription à l'étude étaient avisées et ont donné leur consentement. Les auteurs ne disent pas comment ils ont sauvegardé les droits des participantes.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Les patientes des deux groupes de contrôle et le groupe d'intervention ne péjorent pas leur état de santé car elles continuent de suivre leurs traitements habituels et continuent de vivre normalement. Elles se sont portées volontaires pour faire partie des groupes MBSR, le NEP et le UC. Cette participation, ne les a pas mis en danger.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Cette étude est qualitative et correspond à la question formulée. Le devis utilisé permet d'atteindre son but. La recherche est structurée et les thèmes sont explicités. L'utilisation des outils tel un questionnaire validé a été utilisé pour la récolte des données.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Le devis fournit des outils pour répondre aux hypothèses et les variables de la question de recherche. Par exemple, pour mesurer les stratégies de coping ils ont utilisé le Functional</p>

	<p>Assesment of Cancer Therapy (FACT-B). Pour mesurer les variables dépendantes telle la détresse émotionnelle, les symptômes dépressives, l'anxiété, l'estime de soi, les échelles comme, le Beck depression Inventory-I (BAI), Beck Anxiety Inventory (BAI) et le Rosenberg Self-Esteem Scale.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Oui, le choix du devis respecte les critères scientifiques dans la mesure où le questionnaire est un modèle courant et il a été validé. L'échelle utilisé pour les stratégies de coping est également non seulement pour des patients cancéreux mais aussi pour des patients sidéens. De plus ses outils et échelles mettent en évidence l'amélioration de symptômes chez les participantes de l'étude.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui la méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème posé. Les patientes ont été choisies aléatoirement pour permettre aux trois groupes d'être équitables. Les conditions de formation des trois groupes sont décrites exclusivement dans un chapitre.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>L'étude a duré environ deux ans, à compter dès le recrutement des participantes, l'intervention, le suivi à 4 mois, 12 mois et jusqu'au dernier suivi à 24 mois.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui. Les outils de mesure sont cités et décrites selon les symptômes qu'ils mesurent. Cette information se trouve dans un chapitre intitulé « mesures ».</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p>

	<p>Oui les questions de recherches ont été explicitées et formulées par des hypothèses et les observations ont été présentées dans le chapitre des résultats.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les instruments n'ont pas été créés spécifiquement pour cette étude, il existait déjà et ont été utilisé pour d'autres études.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>La procédure expérimentale semble être cohérente avec les outils mesurés, car elle permet de répondre aux questions de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui, le processus de collecte des données est décrit. Les données ont été obtenues à partir de questionnaires d'auto-évaluation, d'un examen des dossiers médicaux et de mesures anthropométriques.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les auteurs ne précisent pas qui sont les personnes qui ont recueilli les données.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>L'intervention est clairement décrite.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui les méthodes sont décrites avec les outils de mesure qui sont utilisés.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats, tels, les facteurs démographiques et médicaux ont été pris en compte.</p>

	<p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui le résumé est compréhensible.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui, les thèmes font ressortir la signification des données.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui les résultats sont présentés sous forme de graphiques, tableaux, figures et texte narratif. La partie narrative est séparée en plusieurs paragraphes comprenant une explication sur les participantes, les facteurs influençant les résultats, la comparaison entre l'intervention de MBSR et les deux groupes de contrôles. Les auteurs rapportent aussi des éléments sur le suivi post intervention entre les trois groupes.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les thèmes sont associés entre eux et le phénomène à l'étude est représenté. L'étude du MBSR et un programme alimentaire ont des effets bénéfiques sur les patientes mais l'association des deux groupes ne semble pas logique.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, un texte narratif est présenté.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Les données ont été évaluées par les chercheurs.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche ainsi que pour les</p>

	<p>hypothèses formulées au départ. Notamment les bienfaits de la méditation, et le suivi du programme d'alimentation.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui les études concordent avec les études antérieures et sont comparées. Les comparaisons résident dans la durée du suivi qui est plus long en comparaison aux autres études.</p> <p>Les effets sur l'état émotionnel et le coping sont une nouvelle approche dans cette étude. Les études antérieures ont déjà étudié les effets de MBSR sur la dépression, l'anxiété et la douleur.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats et analyses.</p> <p>Les auteurs concluent que :</p> <p>Les effets bénéfiques de MBSR n'ont pas duré longtemps et que le MBSR a des effets à court terme comme c'est mentionné dans une étude antérieure de type méta-analyse.</p> <p>Les résultats indiquent que le NEP a progressé dans les stratégies de coping autant que ceux du groupe MBSR. Et ces deux groupes étaient nettement supérieur à ceux du groupe UC (ceux qui n'ont pas pratiqué ni MBSR, ni NEP). Ceci s'explique par le fait que dans un programme sur l'alimentation l'enseignement reçu par ces femmes est un outil puissant qui agit sur les stratégies de coping des femmes. De plus, le soutien social, l'activité en groupe et le partage entre paires ont un effet bénéfique sur le sentiment de détresse. La perte de poids de 2kg en moyen par personne a aussi eu un effet bénéfique.</p> <p>Le groupe MBSR a vu leur niveau de détresse diminué rapidement, au bout de 4 mois au lieu de 1 à deux ans après la maladie.</p> <p>Les effets bénéfiques qui ont duré le plus longtemps est au niveau de leur spiritualité.</p>
--	--

	<p>Une meilleure acceptation de ses émotions à long terme a été observés.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui les limites de l'étude ont été identifiées. Ce sont les conditions démographiques des femmes, pas suffisamment de femmes de la classe moyenne et un niveau d'éducation pas assez large ainsi que pas assez de diversité ethnique. D'autres limites sont les données récoltées par des questionnaires auto-évaluation qui ne peuvent être reproduire cliniquement.</p> <p>Dans le MBSR l'utilisation de la méditation, le yoga et la psychoéducation et la discussion en groupe rend difficile l'identification de l'élément clé qui a produit les bénéfices du MBSR.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, tout à fait.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui, les conclusions pourraient être reproduit.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Oui, l'auteur a fait des recommandations pour la pratique clinique, vu les effets bénéfiques du MBSR, il est applicable à une large population.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui, les auteurs recommandent l'utilisation de la MBSR. Les recherches futures devaient s'intéresser à un plus grand échantillon.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui. Les données peuvent appuyer les conclusions comme quoi les bénéfices du MBSR peuvent améliorer la qualité de vie dans les phases de diagnostic et traitement, même si c'est à court terme. La MBSR est applicable même chez les patientes qui sont réticentes ou qui ont des appréhensions à l'égard de cette</p>

	<p>pratique et pour cette raison, il est applicable dans une population générale.</p> <p>Deuxièmement, d'être dans un groupe tel que l'éducation sur la nutrition améliore aussi la qualité de vie à moindre mesure que le groupe MBSR.</p>
--	---

Article 7

<p>Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. <i>Journal of Clinical Oncology</i>, <i>30</i>(12), 1335-1342. doi :10.1200/JCO.2010.34.0331</p>	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'- il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui. L'efficacité de la pleine conscience basée sur la réduction du stress au niveau de l'humeur, la qualité de vie au niveau du cancer du sein et du système endocrinien, et le bien-être au stade 0 à III de cancer du sein.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui il synthétise clairement. Il est séparé comme ceci : but de l'étude, population, méthode, résultats, conclusion.</p> <p>Pour évaluer l'efficacité de la MBSR sur l'humeur, qualité endocrinienne, qualité de vie, bien-être après le traitement hospitalier chez les femmes atteintes de cancer du sein stade 0 à III.</p> <p>Une liste d'attente randomisée contrôlée a permis de sélectionner 229 femmes après la chirurgie, chimiothérapie, et radiothérapie. Les patientes étaient assignées de manière randomisée au programme MBSR de 8 semaines ou celui des soins standards. Différents outils de mesure sont utilisés : le Profile of Mood states (POMS), le Fonctionnal Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B), Functional Assessment of Cancer Therapy Endocrine Symptoms (FACT-ES), et le questionnaire de l'OMS (WHO-5) pour le</p>

	<p>bien-être. Ces outils ont évalué l'humeur, la qualité de vie, le bien-être aux semaines 0, 8 et 12.</p> <p>Il y a des améliorations significatives au niveau des résultats du groupe expérimental en comparaison avec le groupe contrôle aux semaines 8 et 12. En ce qui concerne la perturbation de l'humeur, et les sous échelles de l'anxiété et de la dépression des résultats sont significatifs après 8 semaines seulement. Pour la colère, ils sont significatifs après 12 semaines, pour la vigueur, la fatigue, la confusion ils sont significatifs après 8 semaines seulement. Pour les outils du FACT-B et FACT-ES montrent que les résultats au niveau physique et social sont significatifs après 8 semaines seulement.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit (précis) ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité du MBSR (méditation pleine conscience basée sur la réduction du stress) sur l'humeur, la qualité de vie et le bien-être post traitements hospitaliers chez les femmes atteinte du cancer du sein stade 0 allant jusqu'au stade 3</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, car il y a déjà quelques études qui recherchent les effets de la MBSR sur les bénéfices qu'elle peut apporter au niveau des conditions de vies comme la douleur, l'anxiété, la fibromyalgie, les symptômes psychologies, le psoriasis, l'augmentation du stress, insomnie, mais les méthodes étaient limitées.</p> <p>Problèmes au niveau de l'échantillonnage trop petit, pas de randomisation, étude pauvre en informations. De plus une étude de 13 articles qui évalue l'intervention MBSR sur les patientes atteintes de cancer du sein depuis 2007 et il y a uniquement 1 étude randomisée.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline</p>

	<p>concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui. Le postulat sous-jacent serait d'avoir les effets de la MBSR sur l'humeur, la qualité de vie chez les patientes atteints de cancer du sein, au niveau du système endocrinien et également le bien-être.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Non. On sait uniquement qu'il y a quelques études qui recherchent les effets de la MBSR sur les bénéfices qu'elle peut apporter au niveau des conditions de vies comme la douleur, l'anxiété, la fibromyalgie, les symptômes psychologies, le psoriasis, l'augmentation du stress, insomnie. Mais pas d'auteurs ou d'études particulières ne sont mentionnées.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Ce qui a été trouvé jusqu'à aujourd'hui est que la MBSR a démontré des améliorations en ce qui concerne l'humeur notamment l'anxiété, le stress et la qualité de sommeil.</p> <p>L'étude randomisée démontre que la MBSR permet, chez les patientes atteintes de cancer du sein stade 0 à III, de réduire la peur de la récurrence, permet d'améliorer la dépression, l'anxiété, le fonctionnement physique, le fonctionnement des rôles physiques, mais également sur l'énergie et la douleur.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Une base solide peut être mais il aurait pu nommer les divers articles et auteurs ayant fait des recherches sur ces sujets. Ça aurait permis d'appuyer les connaissances qu'on connaît actuellement sur la thématique.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <p>Non.</p>

Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui. Ce sont l'efficacité de la MBSR, l'humeur, la qualité de vie au niveau endocrinien, le bien-être, les patients atteints de cancer du sein stade 0 à III. Mais la MBSR pourrait être mieux défini dans l'introduction.</p> <p>Oui. Il est justifié et décrit de façon adéquate. Parce qu'il y a déjà quelques recherches sur ce domaine mais très peu d'études randomisées.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ?</p> <p>Oui les concepts clés s'inscrivent dans le cadre de référence avec des outils de mesures adéquats.</p> <p>Est-il lié au but de l'étude ? Oui.</p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Les bases théoriques sont explicitées. Ce qui a été trouvé jusqu'à aujourd'hui est que la MBSR a démontré des améliorations en ce qui concerne l'humeur notamment l'anxiété, le stress et la qualité de sommeil.</p> <p>L'étude randomisée démontre que la MBSR permet, chez les patientes atteintes de cancer du sein stade 0 à III, de réduire la peur de la récurrence, permet d'améliorer la dépression, l'anxiété, le fonctionnement physique, le fonctionnement des rôles physiques, mais également sur l'énergie et la douleur. En revanche pour la méthode rien n'est dit dans l'introduction.</p>
--------------------	---

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. C'est celui de permettre de découvrir l'efficacité de la pleine conscience basée sur la réduction du stress au niveau de l'humeur, la qualité de vie au niveau du cancer du sein et du système endocrinien, et le bien-être au stade 0 à III de cancer du sein.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La question de recherche est clairement définie. Mais n'est pas mentionnée sous forme de question. Elle est définie comme une hypothèse. Dans l'introduction certaines variables sont clairement énoncées, comme la MBSR et les semaines auxquels ils allaient faire passer les questionnaires.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Oui, même s'il n'y a pas d'auteur particulier qui est mentionné. Cette étude randomisée permet de faire une étude plus précise.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui. Des perceptions surtout au niveau du stress, du bien-être et de la qualité de vie.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui. Ce sont la MBSR et les différents moments où les femmes atteintes de cancer du sein allaient devoir remplir les questionnaires.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Elle se base sur le cadre théorique.</p>
<p>METHODE</p>	

Population échantillon	et	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>Femmes diagnostiquées d'un cancer stade 0 à III, âgée entre 18 et 80 ans, qui était au courant de leur diagnostic de cancer et étant aptes à remplir des questionnaires, à l'intérieur d'une période allant de 2 mois jusqu'à 2 ans après l'achèvement de la chirurgie, la chimiothérapie, et la radiothérapie. Les patientes exclus étaient ceux en stade IV, les hommes, ceux ne parlant pas anglais, patientes ne pouvant pas donner un consentement éclairé lié à un handicap psychique ou un retard mental, ayant souffert d'abus, ayant des pensées suicidaires ou des psychoses actuelles.</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui. Ceux qui étaient éligibles étaient contactés par lettre et interview.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>A partir de données le calcul de la taille de l'échantillon était fondé sur une différence dans le résultat principal (POMS profile of mood) de 13 points avec un écart-type de 30. L'utilisation des résultats de nQuery Advisory version 5 (logiciel de solutions statistiques) a indiqué que le recrutement de 85 participants par branche a fourni 80% de l'énergie pour un test bilatéral en utilisant un niveau de signification de 5%. Pour tenir compte des abandons et des absences, ils ont prévu de recruter 120 patientes par branche pour un total de 240 patientes. L'ajustement pour les covariables T1 étaient susceptible d'accroître la puissance statistique.</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</p> <p>Le nombre de personnes pour cette étude est de 229 patients alors que le nombre idéal serait d'avoir 240.</p>
------------------------	----	--

	<p>Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Sur la base statistique.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Par un logiciel permettant de calculer le nombre de patientes pour chaque groupe. Mais aussi en influant les critères d'inclusion et d'exclusion et en ayant envoyé des lettres à l'hôpital the Heaven en fonction des critères pour le recrutement.</p> <p>Est-elle justifiée sur une base statistique ? Oui.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les renseignements ont été pris de manière anonyme.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui. Récoltes de données de manière anonyme.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui. un devis quantitatif a été utilisé.</p> <p>La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui. Comme outil nous avons le POMS (mesure humeur) avec 65 items. Il évalue la dépression, la rage, la vigueur, la fatigue et la confusion. Les scores bas indiquent une amélioration sur l'humeur.</p> <p>Le deuxième résultat inclus le fonctional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) avec 37 items (version 4), qui contient des sous échelles concernant le bien-être physiques, social, émotionnel et fonctionnel. De plus il y a également la sous échelle de la poitrine avec 10 items qui incluent les préoccupations de l'image du corps, l'essoufflement, et la douleur. The functional assessment of cancer therapy endocrine symptoms. (FACT-ES) échelle, qui contient la sous échelle mentionnée ci-dessus au niveau du bien-être physique, social, émotionnel, et fonctionnel. De plus 19 thématiques viennent</p>

	<p>pour mesurer les symptômes de la ménopause, en incluant les bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, perte de libido. Il y a également le questionnaire de WHO-5 avec 5 thématiques en ce qui concerne le bien-être. Les scores élevés de ce dernier indiquent une amélioration de la qualité de vie ou du bien-être. Tous les outils mentionnés ont été validés.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui. Par les divers questionnaires.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Oui. Les outils ont été validés (J. Soulsby, personal communication, May 2003)</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui. Les outils permettent de répondre à l'étude du problème.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Cela n'est pas mentionné.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les différents outils sont mentionnés, avec les principales thématiques mais leur interprétation n'est pas expliquée. Ils permettent de mesurer les variables. Qui sont le bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel, les préoccupations de l'image du corps, l'essoufflement, et la douleur, symptômes de la ménopause, en incluant les bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, perte de libido.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées (rapporté par écrit) par la suite ?</p> <p>Oui. Les données du POMS et d'autres ont été analysées au moyen d'une analyse des mesures répétées du modèle de variance en utilisant la version 18 du logiciel SPSS. Pour chaque résultat</p>

	<p>de mesure de variable, T2 et T3 constituaient le facteur des patients. Les mesures faites au T1 ont été utilisés comme une Co variable.</p> <p>Dans ce modèle le facteur du groupe traitement ont indiqués que les effets du traitement et les interactions entre les occasions de mesures et le groupe traité ont indiqués si l'effet du traitement différait entre les T2 et T3.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>On n'a pas d'information concernant cela. On sait uniquement que les outils ont été validés.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui. Les outils permettent clairement de mettre des éléments clé en évidence qui sont recherchés dans la procédure expérimentale. Comme outil nous avons le POMS (mesure humeur) avec 65 items. Il évalue la dépression, la rage, la vigueur, la fatigue et la confusion. Les scores bas indiquent une amélioration sur l'humeur.</p> <p>Le deuxième résultat inclus le fonctional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) avec 37 items (version 4), qui contient des sous échelles concernant le bien-être physiques, social, émotionnel et fonctionnel. De plus il y a également la sous échelle de la poitrine avec 10 items qui incluent les préoccupations de l'image du corps, l'essoufflement, et la douleur. The functional assessment of cancer therapy endocrine symptoms. (FACT-ES) échelle, qui contient la sous échelle mentionnée ci-dessus au niveau du bien-être physique, social, émotionnel, et fonctionnel. De plus 19 thématiques viennent pour mesurer les symptômes de la ménopause, en incluant les bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, perte de libido. Il y a également le questionnaire de WHO-5 avec 5 thématiques en ce qui concerne le bien-être</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui celui de la collecte des données mais pas celui de l'enregistrement.</p>

Le nombre de questionnaires à analyser par les groupes étaient de 103 pour le groupe en traitement et de 111 pour le groupe contrôle. Le nombres de questionnaires qui ont été rendus s'élevaient en T2 (semaine 8 à 12) à 97 et en T3 (semaine 12 à 14) à 91 dans le groupe en traitement. Et de 109 et 106 dans le groupe contrôle. La méthode du calcul au prorata a été utilisée pour corriger les données manquantes dans les questionnaires, comme le recommandaient les manuels du questionnaire. Lorsque des questionnaires entiers manquaient aux temps T2 ou T3, les données ont été attribués en utilisant les valeurs antérieures reportées. Il y a eu trois cas (deux patients dans le groupe d'intervention et un patient dans le groupe témoin), où plus de 20 % des données manquaient chez les participants au T1, et donc, selon les règles fixées par les manuels du questionnaire, leurs données ont été exclues. Une intention de traiter les analyses entre les groupes a été effectuée parce que les résultats des participants ont été analysés dans le groupe assigné dans lequel ils ont été randomisées. Les données du POMS et d'autres échelles ont été analysées au moyen d'une analyse des mesures répétées du modèle de variance en utilisant la version 18 du logiciel SPSS (SPSS, Chicago, IL). Pour chaque variable de résultat, T2 et T3 constituaient le facteur des patients. La mesure réalisée à T1 a été utilisée comme covariable.

Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?

Les données anonymes ont été collectées par un assistant en recherche qui a été aveuglé à l'attribution de groupe.

Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?

Oui. La variable indépendante est la MBSR et l'étude cherche à comprendre si cette variable permet d'influencer les variables dépendantes qui

	sont les symptômes associés aux divers questionnaires mentionnés plus haut.
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui. Les données du POMS et des autres échelles ont été analysées au moyen d'une analyse des mesures répétées du modèle de variance en utilisant la version 18 du logiciel SPSS.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui. Le nombre de questionnaires à analyser par les groupes étaient de 103 pour le groupe en traitement et de 111 pour le groupe contrôle. Le nombres de questionnaires qui ont été rendus s'élevaient en T2 (semaine 8 à 12) à 97 et en T3 (semaine 12 à 14) à 91 dans le groupe en traitement. Et de 109 et 106 dans le groupe contrôle. La méthode du calcul au prorata a été utilisée pour corriger les données manquantes dans les questionnaires, comme le recommandaient les manuels du questionnaire. Lorsque des questionnaires entiers manquaient aux temps T2 ou T3, les données ont été attribués en utilisant les valeurs antérieures reportées. Il y a eu trois cas (deux patients dans le groupe d'intervention et un patient dans le groupe témoin), où plus de 20 % des données manquaient chez les participants au T1, et donc, selon les règles fixées par les manuels du questionnaire, leurs données ont été exclues. Une intention de traiter les analyses entre les groupes a été effectuée parce que les résultats des participants ont été analysés dans le groupe assigné dans lequel ils ont été randomisées.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Un élément pour traiter le groupe traitement (MBSR) a été effectué parce que les résultats des participantes ont été analysés dans le cadre de leurs groupes respectifs randomisés. Les données du POMS et des autres échelles ont été analysées au moyen d'une analyse de mesures répétées du modèle de variance en utilisant la version 18 du</p>

	<p>logiciel SPSS (SPSS, Chicago, IL). Pour chaque variable obtenue, des mesures ont été faites aux T2 et T3 constituée du groupe traitement. La mesure effectuée au T1 a été considéré comme une covariante. Dans ce groupe, les divers effets des traitements ont été indiqués, et l'interaction entre les occasions de mesures et le groupe traitement ont indiqué si les effets différaient entre le T2 et le T3. Les effets des traitements au T2 et T3 sont présentés comme différences ajustées et 95% des significations cliniques des résultats du functional assessment of cancer therapy scales and the WHO-5 sont rapporté selon les critères spécifiques du questionnaires (B. Brown, personal communication, February 2008).37-39</p> <p>Pour vérifier si les heures de pratique formelle de la pleine conscience effectuée ont été réalisée dans la classe ou à la maison, elles ont été associées avec l'amélioration des résultats au T2 et T3. Une série de régressions linéaires a été réalisée séparément pour chaque résultat à chaque élément. Pour chaque analyse, la mesure réalisée au T1 a été incluse en tant que covariante.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Les thèmes ne sont pas particulièrement explicités dans cette partie-là.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui, mais dans la rubrique discussion.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Ils sont logiquement associés entre eux par les divers questionnaires qui les relient. Au niveau de l'échelle de l'humeur (POMS) les scores sont plus faibles dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle aux deux occasions de mesure, à l'exception de la dépression (T2), la colère (T3) et la confusion (T2). Pour ce qui est des résultats sur la maladie en relation avec la qualité de vie et les</p>

	<p>symptômes endocriniens, premièrement (FACT-B) les scores moyens du groupe expérimental sont meilleurs aux deux temps T2 et T3 pour les mesures : bien-être physique, bien-être émotionnel, et bien-être fonctionnel, en comparaison avec le groupe contrôle. Sauf pour ce qui est du bien-être social qui a été significatif uniquement au T2. Pour le bien-être émotionnel il y a une certaine évidence que les effets au T3 sont meilleurs qu'au T2. Pour ce qui est des résultats de l'échelle du bien-être, il y a une augmentation significative dans le groupe expérimental en comparaison avec le groupe contrôle qui a été évidente aux T2 et T3.</p> <p>La moyenne des heures de pratiques à la maison est de 19,58 heures sur 8 semaines, ce qui équivaut à une moyenne de 21 minutes/jour. En classe ils pratiquaient environ 12minutes/jour sur 8 semaines, ce qui donne un résultat de 33 minutes/jour réalisée. Ces heures ont été associés à une amélioration des scores au niveau POMS perturbation de l'humeur à T3 (P=.004), anxiété à T3 (P=.01), colère à T2 (P=.005), et à T3 (P=.02), vigueur à T3 (P=.02), fatigue à T3 (P=.03), confusion à T2 (P=.04) et T3 (P=.001). Mais également des améliorations au niveau des scores FACT-ES à T2 (P=.05) et T3 (P=.005), FACT-B à T3 (P=.001), FACT physique et bien-être à T3 (P=.04) et le WHO-5 à T2 (P=.01) et T3 (P=.001)</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Cela n'a pas été indiqué.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, tous les divers concepts sont interprétés avec des résultats associés. Des résultats significatifs auprès du groupe traitement sont ressortis après la pratique de MBSR en comparaison avec le</p>

groupe contrôle au niveau de l'humeur, la qualité de vie, le bien-être.

Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?

Oui. Les améliorations sur l'humeur renforcent et étendent les résultats trouvés dans les études antérieures qui évaluent également l'humeur chez les patients avec le cancer après la MBSR. De plus à leur connaissance, cette étude est la plus grande à ce jour qui a testé les effets du programme MBSR chez les femmes avec un cancer du sein de stade 0 à III.

Carlson et al. Ont mesuré l'humeur chez les patientes traitées en ambulatoires sur 6 mois mais les changements positifs n'ont pas été maintenus au bout de cette période.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui elles le sont. Des résultats significatifs auprès du groupe traitement sont ressortis après la pratique de MBSR en comparaison avec le groupe contrôle au niveau de l'humeur, la qualité de vie, le bien-être. Tout cela est indiqué sur des tableaux.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Oui. Les points suivants ont été relevés : La tension de l'auteur d'avoir ce rôle de chercheur clinicien, bien que pour réduire les biais c'est un assistant de recherche qui a traité les résultats. Après la MBSR, pendant 9 à 12 semaines de la période de suivi, il n'y avait pas de tenue des dossiers sur le temps passé sur la pratique du mindfulness. L'auto déclaration est une mesure potentiellement biaisée, la rentabilité n'a pas été évaluée. La généralisation était limitée aux femmes atteintes de cancer du sein de stade 0 à III qui cherchent à obtenir des services psychologiques. Des patientes les moins enclins à participer à cette étude comprenaient des personnes atteintes de la maladie stade III et les patients qui ont reçu plus de chimiothérapie et d'hormonothérapie.

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. Elles suivent l'ordre des questionnaires.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Peut être appliqués sur des personnes ayant des pensées anxieuses et dépressives. La MBSR peut également être utilisée auprès de patients dépressifs.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les améliorations significatives de l'anxiété ont renforcé et étendues les recherches des études sur l'anxiété et la MBSR, et l'anxiété dans le cancer du sein. Une des explications est que le processus pour devenir plus conscient des pensées et des sensations et en relation à cela peut être perçu comme un événement mental qui permet une perspective de décentrage pouvant ainsi être appliqué auprès de personnes ayant des pensées anxieuses et dépressives. Les constats que la MBSR améliore la dépression, l'anxiété, la colère, la confusion, la fatigue et la vigueur chez les patients atteints de cancer du sein ont étendu les résultats de l'étude MBSR à des patients ambulatoires atteints d'un cancer général.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Une prochaine étude devrait inclure la mesure d'un suivi plus long pour déterminer l'effets de la MBSR sur la durée. L'importance de cette étude réside dans le fait qu'elle a démontré, dans le cadre de l'étude les limites mentionnées, sur le plan statistique et clinique d'importantes améliorations de la qualité de vie liée au sein, notamment au niveau des symptômes propres au sein et au système endocrinien, et le bien-être général. Les résultats de cette étude appuient la recommandation pour le cancer du sein d'utiliser la MBSR pour améliorer l'humeur et la qualité de vie des survivants, en incluant les symptômes endocriniens.</p>

	<p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, tous les éléments sont mis en évidence dans les tableaux.</p>
--	--

Article 8

Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., ... Ramesar, S. (2016). Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial, <i>34</i> (24), 10-13. doi :10.1200/JCO.2015.65.7874	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Oui, la population étudiée est clairement spécifiée, il s'agit de personnes souffrant de cancer du sein. Mais il n'est pas indiqué si c'est la gent féminine ou mixte.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui, le résumé synthétise, la problématique, la méthode utilisée, des résultats obtenus ainsi que la discussion.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, le problème à l'étude est clairement formulé, il s'agit de d'évaluer les effets de Mindfulness-based stress-réduction (MBSR) sur les symptômes physiques et psychiques de patientes du cancer du sein post traitement.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, la problématique est pertinente, l'article met en évidence le nombre de patientes qui augmentent chaque année et qui survivent à un cancer du sein avec des symptômes qui impactent la qualité de vie. Les cas de cancer du sein sont en constantes augmentation et les traitements</p>

	<p>d'aujourd'hui permettent une grande chance de survie des patientes. D'où l'importance d'avoir des méthodes de prise en charge pour améliorer leur qualité de vie.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, en considérant les multiples symptômes que les patientes de cancers du sein doivent faire face, c'est un besoin d'avoir des études pour tester l'efficacité du MBSR.</p> <p>Les postulats sous-jacents sont précisés comme les bénéfices du MBSR sur la dépression, le stress, l'anxiété, et la peur d'une récurrence.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, les auteurs mentionnent plusieurs études qui ont testé le MBSR chez les patientes atteintes de cancer du sein avec des effets positifs des symptômes.</p> <p>L'un des articles cités est : Wurtzen H, Dalton SO, Elsass P, et al: Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer. Eur J Cancer 49 :1365-1373, 2013</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui, des preuves des études antérieures existent que le MBSR est efficace pour la diminution de stress, fatigue, douleur et trouble du sommeil. Le MBSR continue de démontrer des effets dans la phase de transition post traitement et au-delà.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui, malgré des résultats prometteurs, il existe peu d'essai clinique provenant d'un grand échantillon. Une étude récente de 229 participantes post traitement a démontré une amélioration plus importante de la qualité de vie au suivi de 8 et 12 semaines comparés au groupe</p>

	<p>contrôle. Un entraînement méditatif à la pleine conscience en faisant attention à la respiration et aux sensation corporelles facilite la régulation des émotions.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, les sources primaires sont indiquées et identifiées dans la liste de la bibliographie.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Oui, les concepts clés sont définis, justifié et décrits. Ces concepts permettent de répondre aux hypothèses de la recherche. Les concepts du MBSR, stress perçu, et amélioration des symptômes sont identifiés.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui. Les concepts sont liés au but de l'étude et permettent de comprendre le phénomène de recherche.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, l'objectif principal de ce grand essai randomisé est d'évaluer l'efficacité du programmes MBSR sur l'amélioration des symptômes physiques et la qualité de vie chez les patientes du cancer du sein qui ont récemment terminé leur traitement.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? L'hypothèse formulée est que, par rapport aux soins habituels, les participants du MBSR démontre une amélioration plus importante de symptômes psychologiques (dépression, anxiété, stress perçu et peur de récurrence), des symptômes physiques (douleur et fatigue) et de la qualité de vie, avec améliorations immédiatement après le programme MBSR et ceci</p>

	<p>jusqu'à 6 semaines plus tard. Il est attendu que les patientes ayant eu des symptômes plus sévères au départ obtiennent les plus grandes améliorations.</p> <p>Pour tester cette possibilité, le stress perçu a été examiné au départ pour déterminer s'il modifiait les effets du MBSR.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Oui. Les hypothèses reflètent le contenu de la recension. Elles soutiennent que les participantes qui pratique le MBSR en comparaison avec le groupe de contrôle qui ne fait pas le MBSR aurait des bénéfices et améliorations dans leur qualité de vie sur le plan physique et psychique jusqu'à 6 semaines après le programme. Autre hypothèse est que les patientes avec une détresse avant le MBSR allaient avoir plus de bénéfices.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui. Les variables du stress perçu ont été évalués avant le MBSR pour voir s'il modifie les effets du MBSR.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les questions s'appuient sur la méthode de recherche des concepts. Il s'agit des concepts du stress perçu, le MBSR et l'amélioration des symptômes.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Il s'agit de 322 femmes âgées de 21 ans et plus, diagnostiquées d'un cancer du sein de stades 0 à III et qui avaient terminées leurs traitements</p>

	<p>entre deux semaines et deux ans avant le recrutement pour l'étude.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Oui, car la taille d'échantillon a été calculé pour comparer les résultats après 6 et 12 semaines de suivi de MBSR entre les deux groupes. En tenant compte d'une perte de 10% d'un échantillon de 300 participantes ou plus.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Les participantes ont été aléatoirement attribué au groupe MBSR et un groupe de contrôle qui comprenait une liste d'attente pour le MBSR. C'est justifié sur une base scientifique en utilisant un logiciel à créer une liste de patients stratifiée par type de chirurgie, de traitement, stade de cancer. Ceci fait dans le but d'avoir un échantillonnage équilibré en termes de facteurs de base entre les deux groupes. Par exemple pour connaître le niveau de l'anxiété avant le début du MBSR.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Le protocole de l'étude a été approuvé par un comité de révision de l'Université de Floride du Sud et le Centre de Cancer de Moffitt. Les participantes ont donné leur consentement pour participer à l'étude.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>L'intervention de MBSR a été dirigé par un psychologue clinicien entraîné à pratiquer le MBSR. Les participantes ont reçu des CD pour guider leur pratique. Le programme a été donné sur 6 semaines au lieu de 8 pour répondre aux</p>

	<p>besoins des participantes en termes de besoins, préoccupations, et symptomatologies liées au cancer du sein.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui, c'est une étude randomisé contrôlée avec des questionnaires remplies par les participantes.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, la conformité a été évaluée en fonction du nombre de cours suivis, la mise à jour du journal de bord le temps de la pratique du MBSR. Avec un taux de 75 %de présence aux MBSR et 15 à 45 minutes de pratiques par jours. Le journal de bord a été évaluées chaque mois pour la fidélité de l'intervention</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Les participantes répondant aux critères d'inclusion ont été invités à une séance d'information au cours de laquelle un consentement éclairé a été obtenu, ainsi que des évaluations de base suivies d'une affectation aléatoire aux groupes MBSR ou groupe de contrôle.</p> <p>Une méthode d'observation structurée a été utilisée pour évaluer l'adhérence des instructeurs aux protocoles de l'étude. Les journaux des participants ont été évalués chaque mois pour la fidélité à l'intervention MBSR. Les participants assignés au groupe contrôle ont suivi leurs traitements habituels et ont reçu le programme MBSR à la fin de l'étude.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui la méthode de recherche semble être qualitative et c'est adapté pour l'étude.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui, le temps semble être suffisant, l'étude a durée entre avril 2009 et mars 2013 qui</p>

	comprends le temps du recrutement, du programme de MBSR et le suivi.
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui. Les outils de mesure sont décrits et ont permis de mesurer les variables.</p> <p>Il s'agit de mesurer des symptômes physiques comme la douleur et ses impacts sur la vie quotidien avec l'échelle de la douleur qui compte 15 questions. Une valeur haute indique une douleur sévère et impacts sur la vie quotidienne élevés.</p> <p>La sévérité de la fatigue est ses influences sur la qualité de vie est également mesuré avec une échelle.</p> <p>Les symptômes psychologiques ont été mesurés avec une échelle de la dépression, l'anxiété, la peur de récidence et le stress perçu avec 14 questions. La qualité de vie a été mesuré avec une échelle de format court.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui, les questions posées et observations rapportées sont décrites dans les chapitres de résultats et discussion.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les chercheurs de l'étude ne mentionnent pas si les échelles ont été pour l'étude ou pas. Ces échelles semblent être déjà être utilisé pour d'autres études. Echelle de la douleur, l'anxiété etc.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui, tout à fait. Les symptômes ont été mesurés avec des échelles adaptées.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Non.</p>

	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Les données démographiques et les antécédents médicaux ont été recueillies sur l'âge, le sexe, l'ethnie, l'éducation, l'état matrimonial, le revenu et la situation d'emploi, ainsi que des données sur les antécédents en matière de diagnostic et de traitement du cancer. Toutes les données démographiques et les antécédents cliniques ont été complétés au départ et mis à jour à 6 et 12 semaines.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui la variable indépendante est le MBSR qui est une pratique de méditation en pleine conscience et cette pratique a été appliqué durant le programme de 6 semaines.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui, les analyses répétées ont été fait à 6 et 12 semaines post intervention.</p> <p>Des modèles mixtes linéaires, un outil des statistiques a été utilisé pour évaluer les deux groupes et a pris en compte les différences de données des deux groupes avant le début du programme.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les participants avec des informations manquantes ont été inclus dans les analyses sous l'hypothèse de données manquantes. De plus les participantes qui étaient le plus en détresse au moment de l'inscription à l'étude semblaient tirer le meilleur parti de MBSR. Le stress des participants (échelle de stress perçu) a été choisi comme référence. Les caractéristiques initiales ont été testées en tant que référence de base sur deux symptômes qui sont la peur de la récurrence et la fatigue.</p>

		<p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui, les résultats sont compréhensibles.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui, les thèmes sont explicites et font ressortir les données.</p>
RESULTATS		
Présentation des résultats		<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont présentés sous forme de texte narratif et des tableaux.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui, les modèles sont associés entre eux et représente les symptômes psychologiques et physiques liés aux cancers du sein ou aux traitement anticancéreux.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, un texte narratif présente les résultats de l'étude.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Les données ont été évaluées par des chercheurs de l'étude.</p>
DISCUSSION		
Interprétations des résultats		<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui. Les résultats répondent aux hypothèses et postulats formulés au départ. C'est en lien avec l'améliorations des symptômes liés au cancer du sein après la pratique de MBSR.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, les résultats sont en accord avec des études antérieures sur le même sujet. Cette étude</p>

	<p>s'apparente à une étude antérieure du MBSR menée auprès de 229 patientes qui a mis en évidence des améliorations significatives de l'humeur à 8 et 12 semaines, l'anxiété et la dépression à 8 semaines et de la colère à 12 semaines seulement.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui. Les auteurs mettent en lumière les résultats qui sont comparables aux études précédentes et de plus c'est l'étude avec le plus grand nombre de participantes à avoir pratiqué le MBSR à ce jour.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui, les limites sont formulées. Il s'agit d'un échantillon en majorité de la classe moyenne avec une certaine diversité ; Cependant, des participantes non anglophones n'ont pas été incluses. Cette étude était composée des femmes motivées a participé à l'étude, ce qui a créé un biais dans le recrutement. Les personnes qui ont participé en comparaison au nombre inscrit initialement était bas. Toutefois cela n'indique pas que l'échantillonnage n'était pas assez varié. Celles qui se sont désinscrites c'était pour des raisons logistiques comme par exemple, la distance entre leur domicile et le centre de recherche sur le cancer.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui, les conclusions sont en lien avec les résultats. Des améliorations psychologiques du stress, l'anxiété et la dépression parmi les participantes ont été validés par des travaux antérieurs menés par ces mêmes chercheurs.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui, l'étude démontre des preuves scientifiques supplémentaires de l'efficacité clinique étendue du MBSR pour atténuer les multiples symptômes psychologiques et physiques. De plus, le MBSR peut être pratiqué et appris facilement, il ne nécessite pas beaucoup de forces physiques et il pourrait devenir une pratique quotidienne.</p>
--	--

<p>Conséquences recommandations</p> <p>et</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Oui. Cette étude a suffisamment de puissance pour détecter les effets du traitement. La majorité des améliorations des symptômes ont eu lieu au cours du début du programme MBSR et a été maintenue au cours de la période du suivi (jusqu'au 6 à 12 semaines).</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui, les recommandations sont faites pour les recherches futures. Les futures approches basées sur la technologie devraient être développées et testées afin de mener l'intervention de MBSR sur une plus grande échelle et de manière plus efficace.</p> <p>C'est encourageant que les participants affectés au MBSR aient constaté une amélioration immédiate de la fatigue ainsi que des symptômes psychologiques au cours de la période d'entraînement du MBSR.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui. L'étude démontre une preuve de l'efficacité du MBSR comme une thérapie non pharmacologique visant le soulagement des symptômes psychologiques et physiques. L'avantage du MBSR c'est qu'il cible simultanément plusieurs symptômes et qu'il est plus bénéfique pour celles qui sont le plus en détresse ou qui ont des symptômes plus sévères. La peur de récurrence et la fatigue sont des problématiques majeures chez les patientes atteintes de cancer de sein. Ces deux symptômes qui sont associés au stress, l'anxiété et la dépression, n'ont pas souvent été examinés après la MBSR.</p> <p>La peur de la récurrence est déclenchée par des antécédents tels que des symptômes physiques ou des risques perçus qui entraînent une détresse psychologique, ce qui contribue indirectement à la fatigue.</p>
---	---

	<p>C'est le seul essai clinique de grande envergure à avoir examiné et validé les effets du MBSR sur la peur de la récurrence parmi des patientes du cancer du sein.</p> <p>Le résultat de la peur de la récurrence correspond à celle d'une étude pilote faites par les mêmes auteurs portant sur la faisabilité de MBSR.</p>
--	--

Article 9

Lengacher, C. A., Reich, R. R., Post-White, J., Moscoso, M., Shelton, M. M., Barta, M., ... Budhrani, P. (2012). Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: An examination of symptoms and symptom clusters. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , 35(1), 86-94. doi :10.1007/s10865-011-9346-4	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui. Le titre indique l'utilisation du mindfulness based stress réduction (MBSR) chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, en phase post-traitement.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Oui. Le résumé donne une synthèse avec le sens des thèmes ci-dessus sans pour autant les mentionnés comme tel.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, le problème à l'étude est formulé. Il s'agit d'étudier les nombreux symptômes physiques et psychologiques liés à la maladie ou à la suite d'un traitement anticancéreux. Des symptômes ont tendance à se regrouper et créer des effets secondaires. Le cumul de symptômes est défini par deux ou plus de symptômes concomitants liés à un autre symptôme. Ce mécanisme de regroupement des symptômes est peu connu.</p> <p>Il s'agit aussi de déterminer la prévalence et la gravité des symptômes individuels et associés post-traitement. Et de déterminer l'efficacité du</p>

	<p>MBSR par rapport au traitement habituel d'un groupe de contrôle.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, car les femmes atteintes d'un cancer du sein signalent des symptômes d'ordre psychologique, tel le stress, l'anxiété, la dépression, la peur d'une récurrence, l'altération du fonctionnement cognitif et les symptômes physiques de douleur, de fatigue et de troubles du sommeil. Ces symptômes persistent après la fin du traitement (Dodd et al, 2001; Esper et Heidrich, 2005)</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Le problème des symptômes regroupés a une signification parce que ce phénomène n'a jamais été étudié pour voir les effets due MBSR sur tous les symptômes.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui, une recension a été réalisée. Les auteurs reconnaissent des études précédentes qui ont utilisées le MBSR pour réduire les symptômes liés à la maladie de cancer du sein.</p> <p>Cette étude fait partie d'une autre étude qui exploite les effets de MBSR sur le biologique et psychologique des patientes dans la phase de transition de l'arrêt de leur traitement. (Lengacher et al., 2009).</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui. Des études préliminaires menées par cette équipe ont démontrées que le MBSR pour les survivantes du cancer du sein est efficace pour réduire les symptômes individuels de dépression, d'anxiété, de craintes de récurrence et d'accroître certains aspects de la qualité de vie. (Lengacher et al., 2009, 2010).</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ?</p> <p>L'auteur présente-il l'état des</p>

	<p>connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui. La recension des écrits semble présenter des bases solides pour l'étude, dans la mesure où ils savent que les symptômes individuels sont améliorés par la pratique de la MBSR. Les auteurs ne présentent pas des connaissances actuelles sur le phénomène à l'étude, puisqu'il s'agit de la première étude de ce type, c'est à dire l'étude des symptômes associé ou regroupés chez les patients de cancer du sein.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <p>Oui, l'étude primaire des auteurs qui est Lengacher et al. 2009, 2010. D'autres auteurs sont également mentionné sur les effets de la MBSR qui sont (Cimprich et al., 2005 ; Mishel et al., 2005; Scheier et al., 2005; Stanton et al., 2005).</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui. Le concept clé est le Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) qui est un programme clinique de réduction du stress qui fournit une formation aux patients pour promouvoir la réduction du stress par 4 pratiques méditatives et l'utilisation des fondements comportementaux des pratiques de la pleine conscience qui comprends le non-jugement, la patience, l'esprit du débutant, confiance, absence d'effort, acceptation, abandon, compassion (Kabat-Zinn et al., 1985, 1992)</p> <p>Le but de la formation MBSR est d'enseigner aux participants à prendre conscience de leurs pensées et de leurs sentiments par la pratique de la méditation et à être attentifs et à observer leurs réponses lors de situations stressantes (Kabat-Zinn et al., 1985).</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p>

	<p>Oui. Les concepts clés s'inscrivent dans le cadre d'une amélioration de la qualité de vie, grâce aux symptômes qui sont diminués.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. Le but est clairement énoncé comme mentionné dessus.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? L'expérience des participantes, des croyances valeurs ou perceptions ne sont pas abordés.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Les mécanismes biologiques qui lient les groupes de symptômes ensemble sont inconnus ; cependant, certains modèles ont été proposés. Plusieurs facteurs suggèrent une base physiologique ou biologique pour certains groupes de symptômes. La douleur, la dépression et la fatigue sont les symptômes les plus courants et les plus stressants chez les patients cancéreux au stade avancé. Une étude a montré que les niveaux neuroendocriniens ou les hormones de stress prédisaient la variance partagée entre les groupes de symptômes de fatigue, douleur et dépression (Thornton et al., 2010). Une autre étude a révélée que l'âge et l'état de performance influaient sur l'intensité des groupes de symptômes chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Kim et al., 2009). Bien que le mécanisme biologique soit inconnu, Tsai et al. (2010) ont constaté que la survie, la performance</p>

	fonctionnelle, les métastases osseuses et l'accumulation de liquide étaient associées à une concentration des symptômes.
METHODE	
Population échantillon	<p>et La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui. La population est définie. Il s'agit de femmes, dont l'âge moyen est de 58 ans, avec un cancer du sein de stades 0, I, II, III. Ces femmes ont eu un traitement soit par radiothérapie seulement ou radiothérapie et chimiothérapie. Deux groupes ont été formés aléatoirement, l'un pour le MBSR et l'autre pour le groupe de contrôle. Le moyen de recrutement des participants est approprié. Elles étaient recrutées d'un centre de recherche du cancer à Tampa, Floride.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>L'échantillonnage est justifié sur une base scientifique, car les deux groupes étaient semblables en ce qui concerne les caractéristiques de base de la démographie, à l'exception d'une fréquence plus élevée de participantes noires assignées au groupe témoin par rapport au groupe MBSR (18,6 % contre 4,9 %, P = 0,05). Les participantes n'ont pas présenté de différences statistiques quant aux caractéristiques liées au cancer ou au traitement (tableau 1). De plus, elles n'ont pas présenté de différences statistiques quant à l'utilisation d'antidépresseurs,</p>

	<p>d'anxiolytiques ou d'antihypertenseurs, ce qui pourrait influencer les mesures des symptômes.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille de 84 participantes a été déterminée en fonction de femmes dès 21 ans, dont l'âge moyen est de 58 ans, avec des stades de cancer de 0 à III, qui ont eu une chirurgie et ont reçu un traitement adjuvant, soit radiothérapie ou radiothérapie et chimiothérapie. Elles avaient complété leur traitement 18 mois avant leur inscription. Les participantes devraient être capable de lire et parler en anglais avec un niveau de l'école secondaire. Les critères d'exclusion comprenaient le cancer du sein de stade IV, les antécédents de mastectomie, un diagnostic psychiatrique grave (p. ex. trouble bipolaire) et le traitement du cancer du sein récurrent. L'échantillon n'est pas justifié sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé par écrit, et le protocole de l'étude a été approuvé par un comité de révision de l'université de Floride et du Moffitt Centre du Cancer à Tampa en Floride.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui. L'étude a été conçue pour minimiser les risques en cherchant à gérer les symptômes groupés lié à un cancer et un traitement.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Oui le devis de recherche qualitative est utilisé avec un questionnaire d'auto-évaluation au départ.</p> <p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour mesurer la prévalence et la gravité des symptômes individuels déclarés. Une analyse</p>

	<p>hiérarchique a été utilisée pour l'analyse des de symptômes isolés ou cumulés.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Le programme MBSR a été condensé en un format de 6 semaines par rapport au programme initial de 8 semaines développé par Kabat-Zinn et exclut la retraite silencieuse d'un jour et de 8 heures. Les six semaines du programme MBSR duraient deux heures par session et étaient données par un psychologue clinicien formé au MBSR. Elles comprenaient toutes le contenu original du programme de huit semaines</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-neutralité).</p> <p>Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui. Le programme comprenait des séances de soutien de groupe axées sur les réponses émotionnelles / psychologiques (anxiété, dépression et peur de récidence, par exemple) et les symptômes physiques (douleur et sommeil, par exemple) qui préoccupent souvent les femmes.</p> <p>Y-a -t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Oui. Le temps du recrutement, la récolte des données qui est allée jusqu'à 20 mois plus 6 semaines de l'intervention MBSR.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Les symptômes ont été mesuré par le M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) (Cleeland et al., 2000). L'outil MDASI mesure la gravité des symptômes et leur degré d'interférence avec le fonctionnement quotidien. Le MDASI a été validé sur plusieurs diagnostics de cancer et plusieurs populations (Chen et Lin, 2007; Ivanova et al., 2005; Kwon et al., 2006; Okuyama et al., 2003; Tseng et al., 2008; Wang et al. ., 2004, 2006b).</p>

	<p>Le MDASI comprend 13 éléments de gravité des symptômes principaux (douleur, fatigue, trouble du sommeil, somnolence, manque d'appétit, nausée, vomissements, essoufflement, engourdissement, difficulté à se souvenir, bouche sèche, détresse et tristesse) et 6 éléments d'interférence de symptôme (activité générale, humeur, travail (y compris le travail à la maison), relations avec d'autres personnes, marche et plaisir de la vie).</p> <p>Les participants ont évalué chaque symptôme sur une échelle de 0 (symptôme non présent) à 10 (le symptôme est aussi grave que je pouvais l'imaginer). Les participantes ont évalué le degré d'interférence pour 6 activités sur une échelle similaire de 0 à 10 (par exemple, travail, relations) dans la deuxième partie du MDASI. La cohérence interne de la sévérité des symptômes et de l'interférence des symptômes variait de 0,82 à 0,94 (Cleeland et al., 2000).</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Les outils existaient déjà, ils étaient validés sur plusieurs diagnostics de cancer ainsi que plusieurs populations.</p> <p>Les symptômes et les interférences avec la vie quotidienne ont été mesurés avant et après le MBSR à l'aide de l'inventaire des symptômes de « M.D Anderson Symptom Inventory. »</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui. La procédure semble être en cohérence avec l'outil de mesure.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui. Les auteurs décrivent le processus de collecte des données. Des données ont été recueillies par le (Mésure de Data Anderson Symptom Inventory</p>

	<p>Data on Measures of Symptoms, (MDASI).). Le MDASI comprend 13 éléments des symptômes principaux (douleur, fatigue, trouble du sommeil, somnolence, manque d'appétit, nausée, vomissements, essoufflement, engourdissement, perte de mémoire, sécheresse buccale, détresse et tristesse) et 6 éléments d'interférence avec des symptômes (activité de vie quotidien, humeur, travail (y compris le travail à la maison), relations avec d'autres personnes, marche et la joie de vivre.</p> <p>Les données démographiques sur les patientes et les antécédents cliniques ont été recueillies une semaine avant l'intervention MBSR et dans les deux semaines suivant l'intervention de six semaines MBSR.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Oui. Pour minimiser le risque d'erreur de type 1 résultant de comparaisons multiples (13 symptômes, 6 éléments d'interférence et 3 catégories), l'alpha nominal a été fixé à 0,01 (par rapport à 0,05 conventionnel). Aussi, les biais ont été minimisés en faisant appel au chercheur et aux associés des études.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui. Le MBSR qui est le concept clé est un programme clinique de 8 semaines de réduction du stress. Dans l'étude le programme a été réalisé sur 6 semaines.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui. Les méthodes d'analyse sont décrites. Le MDASI comprend 13 éléments de gravité des symptômes principaux (douleur, fatigue, trouble du sommeil, somnolence, manque d'appétit, nausée, vomissements, essoufflement, engourdissement, difficulté à se souvenir, sécheresse de la bouche, détresse et tristesse) et 6 éléments d'interférence de symptôme (activité générale, humeur, travail (y compris le travail à la</p>

	<p>maison), relations avec d'autres personnes, marche et la joie de vivre.</p> <p>Les participantes ont évalué chaque symptôme sur une échelle de 0 (symptôme non présent) à 10 (le symptôme est aussi grave que je pouvais l'imaginer). Les participants ont évalué le degré d'interférence pour 6 activités sur une échelle similaire de 0 à 10 (par exemple, travail, relations) dans la deuxième partie du MDASI.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>L'amélioration de la fatigue après la MBSR est particulièrement intéressante en raison de la fréquence et de la gravité de la fatigue chez les survivantes du cancer du sein et de sa corrélation avec la dépression (Bower et al., 2000 ; Carpenter et al., 2004), de la douleur (Bower et al., 2003). 2000), moins de sommeil (Carpenter et al., 2004) et une qualité de vie inférieure (Baker et al., 2005)</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>L'analyse par catégorie a d'abord été réalisée séparément en fonction du temps écoulé depuis l'achèvement du traitement du cancer. À quelques exceptions mineures près, les catégories observées dans les 2 groupes étaient identiques. Pour améliorer la fiabilité de l'analyse toutes les participantes ont été combinés. Des tableaux illustrent 3 groupes de symptômes ressortant des données : (1) un groupe gastro-intestinal comprenant des symptômes de nausée, vomissements, manque d'appétit, bouche sèche, essoufflement et engourdissement ; (2) un groupe cognitif/psychologique qui comprenait des symptômes de détresse, de tristesse, de souvenir et de douleur ; et (3) un groupe de fatigue qui comprenait des symptômes de fatigue, de troubles du sommeil et de somnolence.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui, les thèmes sont indiqués pour les données divers et les met en évidence.</p>
--	---

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui. Les résultats sont présentés par des tableaux, graphiques et des textes.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. Le résultat est présenté par un texte narratif qui compare les deux groupes en termes de symptômes individuel et associés au début de l'intervention et après l'intervention.</p> <p>Avant le début de l'intervention les deux groupes avaient des moyennes similaires des symptômes en termes de sévérité et les interactions avec des activités quotidiennes. Environ valeur $P > .07$ pour chaque thème. La fatigue était les symptômes le plus fréquent chez 85% des participantes et c'était le plus sévère symptômes dans les deux groupes.</p> <p>Les symptômes associés qui ressortent dans les deux groupes étaient trois catégories, soit au niveau (1) gastro-intestinal qui comprenait des symptômes de nausée, vomissements, manque d'appétit, bouche sèche, essoufflement et engourdissement ; (2) un groupe cognitif/psychologique qui comprenait des symptômes de détresse, de tristesse, de réminiscence et de douleur ; et (3) un groupe de fatigue qui comprenait des symptômes de fatigue, de troubles du sommeil et de somnolence</p> <p>Après le programme, les deux groupes ont eu de symptômes améliorés par rapport au valeurs initiales, avec une amélioration plus importante dans le groupe MBSR versus le groupe de contrôle. Avec pour le groupe MBSR des réductions statistiquement significatives pour les deux symptômes les plus fréquentes qui sont la fatigue et les troubles du sommeil.</p>

	<p>Pour les comparaisons entre les groupes, 11 des 13 symptômes et 5 des 6 éléments d'interférence présentaient une moyenne de la condition MBSR inférieure à celle de la condition témoin. Ces résultats suggèrent que MBSR diminue modestement la fatigue et les perturbations du sommeil, mais a un effet plus important sur le degré d'interférence des symptômes avec de nombreux aspects de la vie.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Ceci n'est pas indiqué.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui. Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche. Les questions étant les effets de la MBSR sur les symptômes individuels et associés.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Les résultats ne sont pas comparés. Il s'agit d'une étude qui n'a jamais été réalisée pour les symptômes associés. Par contre les effets sur les symptômes individuels ont déjà été réalisés dans des études antérieures.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui. Les deux symptômes (fatigue et somnolence) et 3 éléments d'interférence (humeur, travaux ménagers et relations à l'autre) étaient $P < 0.05$, ce qui signifie l'effet favorable de la MBSR sur les symptômes liés au cancer du sein.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui. Des nombreuses comparaisons statistiques ont été effectuées entre les conditions MBSR et les conditions de contrôle, l'alpha nominal dans cette étude a été réduit afin de minimiser l'erreur de type I. Cependant, les tendances cohérentes entre les groupes pour MBSR d'améliorer plusieurs symptômes et domaines d'interférence</p>

	<p>augmentent le risque que la taille insuffisante de l'échantillon ne permette pas la détection de différences significatives supplémentaires (erreur de type 2).</p> <p>Les effets du MBSR peuvent être sous-estimés dans cette étude car les symptômes rapportés dans les deux groupes au départ étaient généralement faibles, ce qui signifie qu'il y a eu peu de marge d'amélioration.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui. L'étude a révélé que 3 groupes de symptômes dont, gastro-intestinal, cognitif / psychologique et fatigue. La fatigue était le symptôme individuel le plus répandu chez les survivantes du cancer du sein après traitement.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Oui. Ces tendances devraient éclairer les futures études.</p> <p>Bien que ces résultats soient préliminaires, une intervention post-traitement du MBSR peut effectivement réduire la fatigue et les interférences associées dans la qualité de vie des survivantes du cancer du sein.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les résultats suggèrent que MBSR réduit modestement la fatigue et les troubles du sommeil. La MBSR a un effet plus important sur les symptômes qui interfèrent avec de nombreux aspects de la vie. Bien que ces résultats soient préliminaires, une intervention post-traitement par MBSR peut effectivement réduire la fatigue et les interférences associées dans la qualité de vie des survivantes du cancer du sein.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Oui. La MBSR est un résultat important et cliniquement pertinent rapporté par le patient, de futures études pourraient vouloir utiliser un outil d'évaluation de la fatigue sur plusieurs items,</p>

	<p>telles que l'Inventaire des symptômes de fatigue (FSI) (Hann et al., 2004). 2000), plutôt que le seul item utilisé dans cette étude. Un instrument à multiples items peut constituer une évaluation plus fiable.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>L'objectif d'étudier les groupes de symptômes (et les mécanismes sous-jacents) consiste à réduire la gravité des symptômes et la détresse de manière plus efficace et efficiente que le traitement de symptômes isolés. Dans cette étude, des réductions de groupes de symptômes ont été observés à la fois dans le groupe MBSR et dans des conditions de contrôle rendant difficile la détermination du bénéfice du MBSR avec ces combinaisons de symptômes. Cependant, les résultats suggèrent qu'une enquête plus poussée est justifiée.</p>
--	--

Article 10

<p>Monti, D. A., Kash, K. M., Kunkel, E. J., Moss, A., Mathews, M., Brainard, G., ... Newberg, A. B. (2013). Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer: Mindfulness intervention in breast cancer. <i>Psycho-Oncology</i>, 22(11), 2565-2575. https://doi.org/10.1002/pon.3320</p>	
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Le titre détermine le type de population. Ici, des femmes atteintes de cancer du sein mais il ne donne pas d'autres indicateurs.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Les points cités ci-dessus apparaissent de manière distincte dans le résumé.</p> <p>L'objectif de l'étude est d'évaluer les effets d'une nouvelle intervention de pleine conscience basé sur l'art-thérapie versus des interventions de soutien éducationnel standard sur les indices de</p>

	<p>stress et de la qualité de vie chez les patientes atteintes de cancer du sein avec un niveau de stress élevé.</p> <p>191 femmes ont pris part à l'étude. L'échantillon a été stratifié par l'âge et le niveau de stress, et randomisé dans le temps et la durée. Le stress psychosocial a été mesuré avec l'échelle « Symptoms Checklist-90-Revised » et la qualité de vie a été mesurée avec l'échelle « Medical outcomes study short-form health Survey » au niveau de référence, immédiatement après l'intervention et à 6 mois.</p> <p>Les résultats montrent globalement une amélioration significative dans le stress psychosocial et la qualité de vie et dans le niveau de référence du stress élevé, une amélioration significative uniquement dans le groupe MBAT, cela immédiatement après l'intervention et à 6 mois. En outre, à 6 mois de suivi les participantes ayant assistées à minimum 5 leçons avaient tendance à mieux conserver l'effet du traitement dans le groupe MBAT que dans le groupe contrôle. Finalement, les femmes noires et blanches avaient des résultats similaires en termes de bénéfices de l'intervention du MBAT, même si les femmes blanches avaient tendance à avoir un niveau d'éducation haut ainsi qu'un statut matériel plus élevé.</p> <p>En conclusion, MBAT est associée avec des bénéfices significatifs soutenus à travers les divers range de patientes atteintes de cancer du sein, particulièrement celles avec un niveau de stress élevé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui. Il s'agit d'évaluer les effets du MBAT sur le stress psychosocial et la qualité de vie chez les patientes atteintes de cancer du sein en comparaison d'un groupe actif recevant un soutien éducationnel standard. Ils souhaitent également évaluer si les effets sont maintenus sur le long-terme et pas uniquement directement</p>

après l'intervention. Un autre objectif est également de développer un programme de test psychosocial qui aura une grande efficacité et un attrait chez les patients oncologiques.

Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?

Oui. Les programmes de groupes de soutien constituent une approche primordiale pour lutter contre les stress chez les patients atteints de cancer, il y a des défis significatifs pour recruter les participants dans un programme validé, particulièrement dans les minorités et les populations vulnérables. Dans ce champ de recherche chez les patients atteints de cancer, un corpus littéraire émergent reconnaît les besoins de développer des interventions qui sont sensibles aux facteurs culturels et sociaux qui peuvent influencer la qualité de vie et l'utilisation des services de soutien. Les recherches suggèrent que l'expérience des patientes atteints de cancer varie par l'ethnie, le sexe et l'âge. Par exemple, la population de l'étude suggère que certains groupes ethniques utilisent moins les interventions de soutien conventionnelles et sont relativement plus usagère des approches non-traditionnelles.

La pleine conscience est apparue comme une option d'intervention psychosociale non traditionnelle pour les patients oncologiques, et qui a le bénéfice de pouvoir être offerte à un groupe comprenant une population hétérogène. L'art-thérapie a également été reconnue chez les patients oncologiques comme une thérapie avec des modalités non-traditionnelles pour exprimer la détresse interne.

Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?

Oui. Il est reconnu que le diagnostic de cancer peut-être une expérience extrêmement stressant et 1/3 des patientes atteintes de cancer du sein rapporte un haut niveau de stress. Le stress peut se manifester à travers divers symptômes

	<p>psychologiques comme l'anxiété et la dépression ou/ et par des symptômes physiques comme la fatigue, une augmentation de la douleur et une diminution du sommeil. Le stress amplifié chez les patients oncologiques a été associé avec une augmentation de la morbidité et de la mortalité, une diminution des fonctions immunitaires, une augmentation des rechutes et une diminution de la santé reliée à la qualité de vie. Ciblé les signes liés au stress et symptômes avec des interventions psychosocial, notamment les groupes thérapeutiques de soutien, ont été associé avec une augmentation des résultats de la santé et cela est devenu une priorité dans les modèles de traitements du cancer.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui. Une revue de littérature récente à démontrer que l'art-thérapie à des bénéfices sur différents éléments chez les patients atteint de cancer, incluant l'amélioration des aspects de la santé mentale. Des tâches centrées sur l'expression peuvent être aidante dans la réconciliation des émotions déplaisantes, ce qui peut faciliter l'amélioration de la qualité de vie et augmenter le sentiment de bien-être.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Non. Il est expliqué que le MBAT a été testé sur un échantillon de femmes atteintes de cancer et que cela a eu des effets bénéfiques. La question actuelle est nouvellement posée.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Pas de réelle recension des écrits en lien avec le programme MBSR n'est exposé et en ce qui concerne le MBAT, seulement une étude est exposée. Cela est peut-être dû au fait que ce sont les auteurs qui ont créé cette intervention.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p>

	<p>Oui. Ce sont les auteurs qui on crée le MBAT et il a été testé dans un groupe mixte de femmes atteintes de cancer et a démontré une amélioration significative dans le niveau de stress psychosocial et dans la santé reliée à la qualité de vie en comparaison avec une liste d'attente de contrôle.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui. La pleine conscience basée sur l'art-thérapie est une intervention de pleine conscience conçue par l'équipe de recherche pour promouvoir le curriculum du MBSR standard, en invitant à des tâches artistiques expressives jumelées à des exercices de pleine conscience.</p> <p>Le MBAT comprend des tâches pour exprimer les pensées et les sentiments qui peuvent survenir durant les exercices de pleine conscience. Comme dans tous les autres programmes basés sur la pleine conscience, les compétences et les techniques enseignées dans le MBAT sont destinées à être intégrée dans la vie de tous les jours en dehors du groupe.</p> <p>Le MBAT est décrit comme étant une intervention de pleine conscience conçue pour des patients oncologiques, qui associe judicieusement des tâches d'art expressif avec des exercices de pleine conscience.</p> <p>Le programme de base du MBSR est utilisé mais il y a approximativement 25-30 min de moins de pratique de la médiation dans le groupe pour permettre les tâches d'art-thérapie.</p> <p>Le MBSR est décrit comme une approche éducationnelle systématiquement centrée sur le patient, qui utilise des entraînements intensifs de la méditation pleine conscience.</p> <p>Le MBSR a été développé et testé par Kabat-Zinn en 1979 et a depuis été testé dans de nombreuses populations de patients par diverses équipes de chercheurs à travers le monde.</p> <p>La pratique de la pleine conscience inclut la méditation du scan corporel, la méditation assise avec une évaluation de la respiration, la marche méditative et des postures douces de Hatha Yoga,</p>

conçues pour développer la pleine conscience durant le mouvement.

Les résultats de recherches dans les populations de patients homogènes et hétérogènes, incluant la douleur chronique, les troubles anxieux, la fibromyalgie et le cancer, suggèrent que l'intervention peut être un moyen efficace pour soulager les symptômes physiques et psychiques liés à une maladie chronique.

Dans l'intervention MBAT, des thérapies artistiques spécifiques complètent le programme MBSR en prodiguant une méthode non-verbale additionnelle pour identifier et organiser les représentations stressantes internes et externes et reliées aux émotions. En outre, cette composante de l'intervention prodigue un moyen non-verbal pour exprimer ces représentations, qui s'est montré comme aidant dans les différents groupes de patient, incluant les patients atteints de cancer. Dans le MBAT, l'expression créative est avancée dans un format non-jugeant qui est une philosophie qui s'accorde avec les principes du MBSR.

Le programme inclut de dessiner une image de soi-même, une conscience des stimuli sensoriels, imager les soins personnels, la production d'art pour favoriser la pleine conscience, créer des images stressantes et des images plaisantes, et de l'expression libre. Par conséquent, les tâches d'art-thérapie peuvent être vues comme une extension du MBSR. Tous les programmes MBAT ont été facilités par des thérapeutes de santé mentale qui étaient certifiés comme instructeurs de MBSR.

Les interventions similaires entre le groupe MBAT et BCSG consistaient en une rencontre hebdomadaire pendant 8 semaines, offerte au même moment de la journée, dans un temps et une durée égale. Les rencontres combinaient un soutien éducatif et émotionnel avec des discussions entre pairs. Il y avait 5 sessions d'éducation données par des experts de la santé et comportaient les sujets comme l'alimentation, l'exercice, la diminution du stress, les risques de cancer familiaux et la gestion de la fatigue. Ces

	<p>sujets sont appropriés dans des groupes de stade hétérogènes de cancer du sein.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Le MBAT est inspiré du programme MBSR qui lui-même tire ses racines de la philosophie bouddhiste. Les auteurs développent les principes du MBAT et du MBSR et les mettent en lien.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Il s'agit d'évaluer les effets du MBAT sur le stress psychosocial et la qualité de vie chez les patientes atteintes de cancer du sein en comparaison d'un groupe actif recevant un soutien éducationnel standard. Ils souhaitent également évaluer si les effets sont maintenus sur le long-terme et pas uniquement directement après l'intervention. Un autre objectif est également de développer un programme de test psychosocial qui aura une grande efficacité et un attrait chez les patients oncologiques.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui. Les variables clés sont le programme MBAT, le soutien éducationnel standard, un groupe contrôle en recevant aucune intervention, le niveau de détresse psychosocial, la qualité de vie et la durabilité des effets dans le temps.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Il n'existe qu'une étude sur la MBAT. Ce programme a été spécialement adressé aux patients atteints de cancer. Elle a été testée dans un échantillon regroupant divers types de cancer et dans cette étude, les auteurs se sont intéressés</p>

	<p>à son impact chez les patientes atteintes de cancer du sein spécifiquement, ce qui leur a permis d'affirmer sa faisabilité et son utilité dans une population oncologique spécifique.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui. 260 patientes ont été recrutées. Elles ont signé un consentement qui utilisait la forme et le protocole approuvé par Thomas Jefferson University Institutional Review board.</p> <p>9 sujets sont abandonné avant la randomisation. Sur les 251 participantes randomisées, 60 se sont retirées avant le commencement des sessions de groupe et n'ont donc pas fournies de données de base sur les résultats primaires. Des 191 participantes, 126 ont fournies des données post-intervention. La majorité des abandons étaient dû à la maladie et à la complication des traitements. Les personnes éligibles étaient des femmes de 21 ans et plus âgée qui avaient été diagnostiquée avec un cancer du sein. Chaque femme avait reçu leur diagnostique originel de cancer entre 6 mois en arrière et jusqu'à 3ans ou après 6 mois et dans les 3 ans d'une récidence d'un cancer au moment de la randomisation.</p> <p>La démographie de la population à l'étude est démontrée dans le tableau 1.</p> <p>La moyenne d'âge de toutes les participantes était de 53.6 ans. Il y avait des 98 participantes assignées à l'intervention expérimentale MABT</p>

	<p>(moyenne d'âge =56.9) et 93 participantes ont été assignées au groupe de soutien du cancer du sein (Breast Cancer Support Group – BCSG), les conditions de contrôle (moyenne d'âge = 56.4). Comme un groupe de comparaison additionnel, 44 participantes ont été recrutées, elles avaient toutes les conditions nécessaires pour être incluses, ont remplis les évaluations pré/post intervention mais n'ont pas voulu participer à un programme de groupe.</p> <p>Sur les 98 participantes du groupe MBAT, 60% étaient caucasiennes, 36% américaines et 4% asiatiques ou autres. Sur les 93 participantes du groupe contrôle 58% étaient caucasiennes, 40% africaines et américaines et 2% asiatiques ou autres.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Cela n'est pas explicité.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Le groupe contrôle de l'intervention a été modelé à partir d'un groupe de femmes atteintes de cancer du sein offert par Thomas Jefferson University's cancer center depuis plus de 15 ans.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Oui. Un consentement écrit a été envoyé aux participantes.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Les interventions ont été offertes aux participantes, sans charge.</p> <p>Les participantes ont reçu un cahier de travail expliquant les exercices de méditation et elles ont</p>

	<p>été encouragé à l'utiliser comme une ressource pour la pratique.</p> <p>Toutes les sessions BCSG ont été facilitée par un travailleur social ou un psychologue clinique avec une vaste expérience en gestion des programmes de lutte contre le cancer du sein.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Oui. Le devis de recherche de cette étude est quantitatif, les auteurs ont utilisé des questionnaires pour obtenir des données.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui. Dans cette étude on ne s'intéresse pas à l'aspect qualitatif de l'intervention MBAT mais la quantité des effets qu'elle modifie.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui. Le devis de recherche de cette étude est quantitatif et pour évaluer le phénomène, les auteurs ont fait remplir des questionnaires.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Les participantes ont rempli des évaluations à trois points temporeux : la ligne de référence (semaine 1), après l'intervention (semaine 9) et à un suivi éloigné (semaine 36).</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui. La détresse psychologique et le stress lié aux plaintes somatiques ont été évalué avant et après l'intervention (semaine 1, 9 et 36) en utilisant le « Symptoms Checklist Revised » (SCL-90-R). C'est un inventaire qui évalue 9 dimensions de symptômes et fourni un score sommaire, « the Global Severity Index » (GSI). Le GSI est le meilleur indicateur du stress psychosocial actuel.</p>

	<p>Les 9 symptômes sont les suivants : somatisation, obsession-compulsive, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïde et psychose. Les participantes ont été invitées à répondre aux 90 items par combien elles étaient dérangées par un élément présent dans une période donnée, cela sur une échelle de 5 points (0= pas du tout, 4= extrêmement). Le SCL-90-R est considéré comme suffisamment sensible pour discerner des changements dans le stress lié aux symptômes et à spécialement été utilisé avec des patients atteints de cancer.</p> <p>La santé reliée à la qualité de vie a également été évaluée avant et après l'intervention (semaine 1 et semaine 9) ainsi qu'à la semaine 36, en utilisant le « Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey » (SF-36). C'est une mesure de 36 items utilisée pour évaluer 8 concepts de santé : 1. La limitation dans les activités physiques, 2. Limitation dans les activités sociales, 3. Limitation dans l'exercice du rôle à cause des problèmes de santé, 4. Limitation dans l'exercice du rôle à cause de problèmes émotionnels, 5. Douleur corporelle, 6. La perception générale de la santé, la vitalité (énergie et fatigue) et la santé mentale (détresse psychologique et bien être). La santé mentale sur une échelle de 6 points. La santé générale consiste en 5 items et mesure la perception individuelle de la santé/ bien être et de la maladie. Ces instruments ont été démontés dans différentes populations atteintes de maladies chroniques.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui. Le phénomène à l'étude est clairement exposé et les questionnaires proposés permettent d'évaluer tous les buts énoncés par les auteurs.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p>
--	---

	<p>Les instruments utilisés sont des échelles qui ont été évaluées et validées dans d'autres études auprès de personnes atteintes de cancer. En revanche l'intervention proposée MBAT a été créée par les auteurs de l'étude.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui. Les sujets ont été stratifié par âge et niveau de stress psychosocial comme déterminé par le « Brief Symptom Inventory-18 » (BSI-18). Ils ont considéré un score de 12 ou moins pour le « faible » niveau de stress psychosocial et 13 ou plus pour un niveau élevé de stress.</p> <p>Le BSI-18 a été largement utilisé et validé pour évaluer le stress dans la population oncologique, et le score coupé de 13 est un niveau modéré de stress. Toutes les participantes ont été stratifiées par âge et niveau de stress, elles ont été réparties au hasard dans le programme MBAT ou dans le BCSG groupe de contrôle avec une égalité de temps et d'attention. Les deux groupes ont continué de suivre les soins médicaux standards.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Les participantes ont rempli divers questionnaires présentés plus bas à 3 temps différents, 1^{ère} semaine, 9^{ème} et 36^{ème}. Les auteurs n'ont pas spécifié si elles ont fait cela à domicile, en clinique, par biais électronique ou postal.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>La collecte n'est pas explicitée.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui. Le programme MBAT est clairement décrit ainsi que les engagements des participantes.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui. Les comparaisons du groupe traitement en respect des résultats primaire (SCL-90 GSI) ont été évalué à un niveau de 0.05, les comparaisons</p>

du groupe avec les résultats primaires de la qualité de vie (SF-36 General Health et SF-36 Mental Health) ont été évalués à un niveau de 0.025. L'étude a été conçue pour avoir 80% de pouvoir pour détecter une taille d'effets standards de 0.5 utilisant un test à deux côtés de taille 0.025. Les sujets ont été randomisés 1 :1 à chaque tour en incluant 4 strates définies par l'âge à l'enrôlement (>55 vs. <55 ans) et le niveau d'anxiété de référence (haut vs. Bas). La référence de base démographique et clinique des caractéristiques a été résumée par une attribution randomisée et par le traitement reçu. Cette première analyse a été effectuée dans l'intention de traiter le niveau de référence en prenant en compte et en analysant tous les sujets avec des données de références ou sans suivi dans le temps et cela a été défini comme appartenant au groupe dans lequel elles se trouvaient. Les secondes analyses ont été effectuées, plaçant les sujets dans le groupe qu'elles suivraient pour 5 sessions ou plus. Pour tous les résultats les sous-échelles ont été analysées séparément.

Toutes les données valables des semaines 1,9 et 36 ont été analysées en utilisant une régression à effets mixtes. Pour l'intention de traiter l'analyse, les effets fixes inclus dans le modèle étaient ; les semaines (1,9 et 36), les traitements (MBAT vs. BCSG), les semaines par interaction avec les traitements, l'âge, la strate et la strate du niveau de référence de l'anxiété. Le cycle de l'étude était considéré comme un effet aléatoire. Pour la plupart des modèles, un premier ordre d'une structure de corrélation autorégressive pour a été présumé pour les mesures répétées, avec une variance des paramètres variant par traitement de groupe. Le test d'efficacité primaire était le groupe de comparaison entre la semaine 1 et la semaine 9. Le traitement à long-terme était considéré en comparant le changement de la semaine 1 à la semaine 36. Une approximation de « Satterthwaite » a été utilisée pour calculer le degré de liberté de tous les tests statistiques. 3 analyses ont été effectuées. Dans la première, les

	<p>sujets ont assisté à 5 sessions ou plus et ont été analysés dans le groupe auxquelles ils participaient et comparée avec un groupe qui a complété les mesures de l'études mais élu comme ne participants pas et n'étaient pas randomisé dans les autres branches de l'étude. Le même modèle à effet mixte a été utilisé pour modeler ces résultats en ajoutant un ajustement des covariables qui diffèrent entre la randomisation et les sujets non-traités. La seconde analyse considère la possibilité de différencier les effets de la strate de base de l'intervention de base de l'anxiété. Pour cette analyse, le traitement par l'anxiété, et les semaines d'interaction par traitement par anxiété ont été ajoutés et les effets de traitements étaient estimés dans chaque strate. L'analyse finale évalue si les différents effets de traitement par race suivent le même pattern que celui de l'analyse de l'anxiété. La race (noire et blanche), le traitement par race, la race par semaine et l'interaction par semaine d'intervention chez la race ont été ajoutés au modèle d'analyse original, les effets de traitements ont été estimés dans chaque groupe de race.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Les chercheurs ont réparti les participantes en tenant compte de leur ethnique, de leur âge et de leur niveau de stress afin d'équilibrer les différents groupes pour que les valeurs puissent être exploitées de manière cohérente et égale.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui. Les auteurs décrivent les différentes trouvailles en présentant les améliorations en termes de chiffres statistiques.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui des tableaux sont présentés pour les données recueillies. Les caractéristiques du niveau de référence des 191 sujets traités sont présentés dans le Tableau 1.</p> <p>Les résultats primaires (SCL-90 GSI et SF-36 General and Mental Health subscales) et les échelles secondaire SCL-90 et SF-36 sont données au tableau 2.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Oui. La randomisation des groupes était similaire en respectant la démographie et les caractéristiques de la maladie. La moyenne d'âge était approximativement 57 ans pour les deux groupes et environ 35% rapportait un haut niveau de stress psychosocial à la mesure de référence. Comme comparaison additionnelle avec le groupe expérimental et les branches de contrôle, 44 femmes qui n'ont pas participer au programme de groupe mais ont remplis le questionnaire du niveau de référence et à 9 semaines ont été recrutées. En comparaison des patientes randomisées, les participantes non-randomisées étaient plus des femmes blanches, avec un meilleur niveau d'éducation et étaient approximativement à 1 an après l'annonce de leur diagnostic, elles étaient moins susceptibles de rapporter leur anxiété ou leur dépression.</p> <p>Pour chaque résultat, le modèle estimé du score moyen par groupe a été donné à la semaine 1, 9 et 36. Les effets du MBAT ont été calculé comme un changement dans la branche BCSG (semaine 1-9) moins le changement dans la branche MBAT (semaine 1-9). Comme les hauts scores dans le SCI-90 sont pires, une estimation d'un effet négatif indique que l'intervention fonctionne mieux.</p>
----------------------------	--

Les deux branches avaient des résultats de réduction significative dans la plupart des mesures de détresse psychologique, incluant les résultat primaire GSI, de la semaine 1 à la semaine 9, sans différence significative entre les deux groupes. A la semaine 36, la branche MBAT avec une réduction significative en comparaison avec la semaine 1 pour toutes les sous-échelles SCL-90 ($p > .01$), tandis que la branche BCSG avaient des résultats significatifs seulement sur certaines mesures. Bien qu'il n'y eût pas de différences significatives entre les groupes et la semaine 1 à la semaine 36, il y avait une tendance notable du groupe MBAT vers une rétention des effets.

Un pattern similaire a été observé pour les résultats de la qualité de vie. Une amélioration significative de la semaine 1 à la semaine 9 dans la qualité de vie a été observée pour toutes les mesures excepté les fonctions physique dans les deux groupes. Bien que le MBAT a eu généralement une meilleure amélioration que la branche BCSG, aucune des différences entre les groupes n'est statistiquement significative. A la semaine 36, la branche MBAT avaient une amélioration significative au sein du groupe en comparaison à la semaine 1 dans tous les résultats excepté la douleur corporelle. Toutefois, la branche BCSG avait des améliorations depuis la semaine 1, uniquement dans le rôle – mesure physique et vitalité. Les différences entre les groupes montrent une tendance notable dans les statistiques significatives, favorisant le programme MBAT. En moyenne les sujets MBAT ont participé à 5.67 sessions, et les sujets du BCSG à 6.08 sessions. Sur les 191 sujets participant aux groupe, 126 (66%) ont prodigué des données à la semaine 9 et 76 (40%) à la semaine 36. Une analyse des sujets randomisé incluant seulement les sujets ayant compléter des données au deux temps ; semaine 9 et 36 ont montrer des résultats similaires de ceux reportés dans l'analyse primaire.

Pour déterminer si la participation adéquate pouvait impacter l'effet du traitement, ils ont

effectué une analyse utilisant les données des sujets ayant participé à 5 sessions ou plus. En outre, ils ont comparé les résultats entre les participantes aux interventions et les non-participantes qui ont complété des données à la semaine 1 et 9. Ces analyses ont été ajusté en fonction des différents facteurs trouvé entre les participantes et les sujets non-traitées (race, statut matériel, durée depuis le temps du diagnostic et la pratique actuelle d'une religion) en addition aux mesures de bases de l'âge et de l'anxiété. Les changements pour les sujets du MBAT et BSCG étaient similaires à ceux des analyses randomisées. La moyenne du score du modèle pour les sujets non-traitées et les résultats en comparaison entre les sujets non-traitées et les deux branches traités avec les changements respectifs sont entre la semaine 1 et la semaine 9. Ils sont montré dans le tableau 3.

Les scores de la détresse psychologique et de la qualité de vie sont équitablement stables à travers le temps pour les patientes non-traitées. Les changements entre la semaine 1 à 9 dans les groupes BCSG et MBAT sont significativement différents de ceux des patientes non-traitées pour le SCL-90 GSI et SF-36 santé mentale, mais pas pour le SF-36 santé générale.

Ils ont voulu déterminer si les effets du MBAT versus BSCG peuvent être différent en fonction du niveau de référence des mesures du stress psychosocial par le BSI. Les résultats de cette analyse sont montrés dans le tableau 4 (SCL-90) et 5 (SF-36). Dans le groupe avec un haut niveau de détresse, il y avait une tendance pour une meilleure amélioration dans le groupe MBAT que dans le groupe BCSG pour la plupart des résultats à la semaine 9 et 36. En plus, le MBAT avait des mesures supérieures au BCSG pour toutes les mesures du SF-36 à la semaine 36 avec des différences statistiquement significatives pour le rôle – physique et approchant la signifiante pour la santé général, fonctionnement social et la santé mentale.

	<p>Enfin, ils ont voulu déterminer si les effets du MBAT vs. BCSG pouvaient être différents en lien avec l'ethnie. L'analyse comprenait 47 femmes noires (20BCSG et 27 MBAT) et 96 femmes blanches (49 BCSG et 47 MBAT) à la semaine 1. Les femmes noires avaient un niveau d'éducation moins élevé et était moins mariée en comparaison des femmes blanches mais étaient similaires en âge, en niveau de référence de l'anxiété, et à l'adhésion du groupe. Il n'y avait pas de différences significatives entre les résultats des femmes noires et des femmes blanches. Cohérent avec les données plus larges, les femmes blanches et noires ont des améliorations entre depuis la semaine 1 à la semaine 9 avec généralement un maintien à la semaine 36 plus souvent dans le groupe MBAT que dans le groupe BCSG.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>Oui. Le co-investigateur E.J.K était un psychiatre avec une expertise psycho-oncologique et a effectué des contrôles de fidélité aléatoires pour assurer la cohérence des interventions.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Le but de cette étude était de déterminer chez les patientes atteintes de cancer du sein si s'il y avait des avantages initiales ou/et sur le long-terme à suivre le programme MBAT en comparaison d'un groupe de soutien éducationnel standard avec un temps et une attention égale. Dans l'étude présente, il y a également des résultats significatifs pre/post intervention à travers plusieurs dimensions du stress psychosocial et la qualité de vie. Également, ces améliorations étaient significativement meilleures en comparaison des changements chez les patientes atteintes de cancer du sein n'ayant pas reçu d'intervention.</p> <p>Ils ont stratifié les participantes avant la randomisation en accord avec le bas et haut</p>

niveau de détresse, et celles avec un haut niveau de détresse ont eu substantiellement de meilleurs effets dans la branche MBAT à travers de multiples dimensions et ces différences ont été observées immédiatement après l'intervention (semaine 9). Les données de la semaine 36 ont révélées des différences additionnelles entre les résultats des patients après l'exposition aux deux programmes de soutien différents. Les participantes ayant reçu l'intervention MBAT ont eu globalement de meilleurs résultats en comparaison avec la branche contrôle, à travers de multiples domaines de la détresse psychologique et la qualité de vie, et les améliorations statistiquement significatives ont été maintenue dans le groupe ayant un plus haut niveau de détresse.

Approximement 38% du total de l'échantillon était composé de femmes noires, qui ont donné un challenge notable pour le recrutement d'une minorité. Ce sous-groupe, malgré les différences dans le statut matrimonial et le niveau d'éducation, ont bénéficié de manière similaire que les femmes blanches dans l'étude. Cette particularité donne au MBAT qui est considéré comme non-traditionnel et peut être vu comme plus désirable pour les minorités qui ont historiquement été difficile de recruter pour des interventions standards.

Globalement, les résultats de cette étude montrent que le MBAT peut être particulièrement efficace pour la détresse chez les patientes atteintes de cancer du sein et il y a des suggestion que l'intervention pourrait avoir des effets plus durable qu'un support éducationnel standard.

Au-delà des statistiques significatives, la taille des effets observés est cliniquement significative.

Pour les patients avec un niveau de B.S.I initialement haut, la moyenne du score de santé générale était de 50.12, mais après le MBAT la valeur moyenne était de 64.47 (en comparaison pour le groupe BCSG la valeur moyenne post-intervention était de 52.87).

Similairement, le score moyen pour la santé mentale pour la population normale a reporté à

	<p>74.4 mais à 67.5 pour les patients avec des problèmes de santé chronique.</p> <p>Dans l'étude actuelle, pour les patients stratifiés avec un haut niveau de stress au niveau de référence, la moyenne du score initiale était de 52.73, mais après l'intervention de MBAT la valeur moyenne pour la santé générale était de 68.18 (la valeur moyenne pour le groupe BCSG post-intervention de 57.85) un pattern similaire a été observé pour les résultats du SCL-90-R, spécialement pour le GSI. Pour les patientes stratifiées au niveau de détresse de base, la moyenne du GSI était de 0.99 qui est un peu plus haute en comparaison aux patientes atteintes de douleurs chroniques ou autres troubles. La valeur moyenne post-MBAT (comparé avec le groupe BCSG qui était de 0.79). A nouveau, l'intervention MBAT a pu améliorer le score du GSI pour les valeurs associées avec des patients atteints de maladie chronique.</p> <p>Un avantage potentiel du MBAT est qu'il a été conçu pour données des opportunités d'améliorer l'auto-régulation au-delà de ce qui est disponible dans les interventions de soutien de groupe standard.</p> <p>Bien que les deux interventions permettent un partage d'expérience, qui peut être bénéfique, le MBAT donne des compétences spécifiques pour cultiver l'auto-régulation dans un format qui n'est pas uniquement confiné dans un processus verbal. Par exemple, un des buts primaires de la pleine conscience est de développer la capacité de se relaxer dans chaque moment et de maintenir une attitude de non-jugement. Dans ce sens, les pensées et émotions ne sont pas vues comme fausses ou mauvaises mais plutôt comme des évènements. Les tâches artistiques sont significativement couplées avec les méditations de pleine conscience, donnant l'opportunité pour une expression symbolique et actuelle des expressions avec une variété de média. Par conséquent, l'intervention MBAT faire de l'art offre une mode non-verbal de processus d'expression des éléments stressant qui ont été</p>
--	---

observer et reconceptualisé durant la pratique de la pleine conscience.

Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?

Les résultats primaires soutiennent les précédentes trouvailles, en comparant le MBAT avec un groupe contrôle, montrant des résultats significatifs d'une amélioration dans le stress psychosocial et la qualité de vie.

En cohérence avec la littérature dans divers types de groupe de soutien, les groupes ayant reçu un soutien éducationnel typique ont également démontré une amélioration immédiatement après l'intervention. Également en cohérence avec la littérature, 66% des sujets ont fournis des données post-traitements comparables avec des autres études sur le MBSR programme chez les patients atteints de cancer qui ont rapporté des taux de compliance entre 66 et 99%. Similairement, la moyenne des sessions pour cette étude était de 6.08 sur les 8 comparé à une étude préalable sur 229 patientes atteintes de cancer du sein, qui a rapporté une moyenne de participation de 6.22 sur les 8 sessions de MBSR.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Globalement, les données de suivi étaient encourageantes, des différences statistiquement significatives entre les groupes ont été observées seulement dans le sous-groupe en détresse. Un échantillon plus large permettrait de clarifier les données futures. Également, il n'est pas su si le MBAT est supérieur soit au groupe MBSR ou au groupe d'art-thérapie seul.

Déterminer le groupe contrôle le plus approprié pour comparer est un problème complexe qui peut affecter l'habileté à détecter des effets sur les interventions actuelles.

Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

	<p>En somme, le MBAT est prévu pour s'adresser aux besoins des patients atteints de cancer pour la réduction du stress, un soutien émotionnel et des moyens d'expressions significatifs. Bien que le MBSR soit une importante composante du MBAT, les distinctions suivantes sont notées :</p> <p>Le MBAT a été conçu spécifiquement pour les patients atteints de cancer, tandis que le MBSR est général et n'a pas été conçu pour une population spécifique.</p> <p>Le MBAT donne une composante additionnelle d'expression non-verbale (art-therapy).</p> <p>Le MBAT incorpore la pratique de la pleine conscience avec un groupe de soutien moyen de 7-10 participantes. Le programme MBSR peut avoir plus de participantes, 30 ou plus, permettant moins d'opportunité d'interaction de groupe et un environnement moins intime.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Les auteurs démontrent que ce programme intéresse autant les femmes blanches que noires et même que ces dernières ont un potentiel plus grand intérêt à suivre des thérapies dites non-conventionnelles.</p> <p>Pour savoir si cette intervention est généralisable plus d'étude doivent être menées.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Les résultats de cette étude confirment les trouvailles antérieures que le MBAT est une intervention faisable qui peut apporter des bénéfices sur divers rang de patients oncologiques. Plus important, ces résultats étendent les données antérieures qui soutiennent les effets du programme MBAT sur la réduction du stress, même 6 mois après avoir participé au programme.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Une étude future pour évaluer le programme MBSR, MBAT et l'art-thérapie permettrait de</p>

	<p>clarifier qu'elle est la meilleure intervention pour réduire les stress et l'anxiété chez les patientes atteintes de cancer du sein.</p> <p>Dans des études futures, le focus sur d'autres variables comme des stades différents de cancer pourrait apporter des données intéressantes sur l'utilisation du MBAT à travers le spectre du cancer.</p> <p>Les études futures devraient se focaliser sur des thérapies additionnelles spécifiques au programme MBAT en comparaison du programme MBSR seul, et pour mieux évaluer si cette intervention peut être généralisée.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Les conclusions reposent sur les données évaluées et sont cohérentes. Néanmoins, les chercheurs invitent les prochaines études à se pencher sur des questions qui permettraient d'évaluer l'efficacité du MBAT en comparaison à d'autres programmes.</p>
--	---

Article 11

<p>Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., ... Park, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 53(1), 85-95. doi :10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005</p>	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>La pleine conscience basée sur la réduction du stress chez les patientes atteints de cancer du sein en post op : effets immédiats et soutenus envers les symptômes associés.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Il est structuré comme suit : contexte, objectifs, méthodes, résultats, conclusion.</p> <p>Les survivants de cancer du sein font face à des symptômes physiques et psychologiques souvent concomitant. Des facteurs biologiques et psychologiques peuvent lier les symptômes à</p>

	<p>l'intérieur des groupes, en les distinguant par leur prévalence et/ou leur gravité. Quelques études ont examiné les effets des interventions comportementales ou des traitements des symptômes associés.</p> <p>L'objectif de cette étude est d'identifier les symptômes associés parmi les survivants de cancer du sein post traitement et de déterminer les améliorations au niveau des symptômes associés suivant le programme de pleine conscience basée sur la réduction du stress.</p> <p>322 survivantes de cancer du sein, stade 0 à III, post traitement ont été randomisé et assignés a soit un programme MBSR de 6 semaines ou aux soins traditionnels. Des symptômes psychologique, physique, et cognitif et la qualité de vie ont été évalués comme base de référence, 6 et 12 semaines parallèlement avec un la démographie et l'historique clinique des données comme base de référence. Un processus analytique en trois étapes comprenait les modèles de comptabilisation des erreurs de l'analyse factorielle et de la modélisation des équations structurelles.</p> <p>4 symptômes associés ont émergé comme base de référence : douleur, psychologique, fatigue, cognitive. De la base de référence à 6 semaines le model a démontré une évidence de l'efficacité de la MBSR dans les deux types de symptômes, au niveau psychologique (anxiété, dépression, stress perçu et qualité de vie, bien être émotionnel) ($P=0.007$) et au niveau de la fatigue (fatigue, sommeil, somnolence) ($P<0.01$). Des résultats entre 6 et 12 semaines ont montré des effets durables. Leurs résultats mettent en évidence l'efficacité clinique que la MBSR fonctionne pour améliorer les symptômes associés, en particulier au niveau psychologique et au niveau des symptômes de fatigue, avec une plus grande amélioration durant les 6 semaines avec des effets maintenus durant les semaines suivantes après l'entraînement à la MBSR (BC).</p>
INTRODUCTION	

Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit (précis) ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Il s'agit de déterminer l'efficacité de la MBSR chez les survivantes de cancer du sein en post traitement en améliorant les symptômes associés.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui. On connaît les principaux symptômes liés aux survivantes de cancer du sein comme la fatigue, les troubles du sommeil, la douleur, etc. et avec cette étude les chercheurs aimeraient déterminer si la MBSR est plus efficace que les soins traditionnels pour soulager les symptômes associés.</p> <p>Cette étude est la première qui évalue les effets de la MBSR (BC) auprès des symptômes associés chez les survivants de cancer du sein.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui. Il permettrait de déterminer l'efficacité de la MBSR en améliorant les résultats au niveau physique et psychique par rapport à leur étude précédente.</p> <p>Le postulat est de voir l'efficacité de la pleine conscience basée sur la réduction du stress en comparaison avec les soins habituels auprès des survivants de cancer du sein post traitement au niveau des symptômes associés.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Le cancer du sein devrait avoir une incidence sur 1 femmes sur 8 durant sa vie. Même avec les progrès au niveau des traitements du cancer et un taux de mortalité amoindri, le cancer du sein reste un problème majeur de santé publique, d'une part parce qu'il y a des symptômes fragilisant étant le résultat de la chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, et ou thérapie biologique. Souvent les survivants de cancer du sein sont assaillis par des symptômes physique (fatigue, douleur, troubles nocturnes) et des symptômes psychiques (stress, anxiété, altération du fonctionnement</p>

cognitif, dépression, et par la peur de la récurrence, réduisant la qualité de vie et fonctionnelle. Bien que les survivants de cancer du sein souffrent de multiples symptômes négatifs, la fatigue est signalée comme étant le plus invalidant souvent durant jusqu'à 10 ans plus tard après le diagnostic. La douleur est rapportée dans 33% des survivants de cancer du sein après la thérapie curative. La prévalence des troubles du sommeil sont rapportés comme étant deux fois plus haut parmi les survivants de cancer du sein en comparaison avec la population générale. Ils estiment qu'une augmentation de 70% des survivants de cancer du sein font l'expérience de 6 ou plus des symptômes ci-dessus. Avec cette prévalence il y a une évidence accrue qu'il faut les soutenir en examinant les symptômes associés parmi les survivants de cancer du sein pour améliorer des thérapies efficaces.

L'évidence des symptômes spécifiques associés auprès des survivantes de cancer du sein ont été rapportés dans les études suivantes : des symptômes psychologiques et de l'humeur dans 7 études (5,16,18-22), la fatigue dans 6 études (5,18-22), symptômes somatiques ou physiques (ex. la douleur) dans 4 études (18-20,23) symptômes gastro-intestinaux dans 3 études (5,16,24), troubles du sommeil dans 2 études (18,22) et handicap cognitif à émergé dans 2 études (21,24). Bien que le mécanisme des symptômes associés ne soit pas complètement compris, il a été suggéré que les mécanismes biologiques (18) et les facteurs psychologiques comme le stress, (19, 25) peuvent lier les symptômes entre eux dans des groupes, distingués par la prévalence ou la sévérité.

Bien que les traitements pharmacologiques et psychologiques soient utilisés pour traiter les symptômes, certains ont examiné les traitements des symptômes associés. (20) La thérapie non pharmacologique complémentaire et la médecine alternative, comme la MBSR, sont prometteurs du traitement clinique pour la réduction des symptômes multiples qui surviennent simultanément au sein des survivants de cancer

	<p>du sein. Il est évident que le soutien de la MBSR comme un traitement clinique et efficace pour réduire les symptômes individuels comme la fatigue, la perturbation de l'humeur (21), la dépression et l'anxiété (22,24,26) et de la peur de la récurrence. (22)</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui. Voir ci-dessus.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, par la recension des écrits le lecteur peut se faire une idée bien claire de ce qui existe à ce sujet de plus qu'il y a de nombreuses sources différentes ce qui me semble être un point important pour une base solide.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui, ils ont réalisé une étude qui comportait 84 survivants de cancer du sein. A l'intérieur des groupes les symptômes associés se sont améliorés après la pratique du programme MBSR en utilisant le M.D. Anderson symptom inventory. Trois symptômes associés ont émergé : gastro-intestinal, cognitif/psychologique, et fatigue. (5) Mais une de leur limitation était l'échantillon trop petit pour détecter les effets dans les divers groupes.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Le terme " symptômes associés/ groupe de symptômes " a été défini il y a plus d'une décennie comme étant de multiples symptômes concomitants et connexes qui ne sont pas tenus d'avoir une étiologie commune. Survivants de cancer du sein port traitement. MBSR : pleine conscience basée sur la réduction du stress.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ?</p>

	<p>Oui. Cadre de référence théorique.</p> <p>Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui il est lié au but de l'étude qui est d'identifier les symptômes associés auprès de survivants de cancer du sein et de tester s'il y a une amélioration au niveau des symptômes après 6 et 12 semaines, en comparaison avec des soins habituels.</p> <p>Oui les bases théoriques sont mentionnées dans la recension des écrits. Rien n'est expliqué sur la méthode.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui. Le but de l'étude est d'identifier les symptômes associés auprès de survivants de cancer du sein et de tester s'il y a une amélioration au niveau des symptômes après 6 et 12 semaines, en comparaison avec des soins habituels.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui. L'hypothèse est de voir l'efficacité de la pleine conscience basée sur la réduction du stress en comparaison avec les soins habituels auprès des survivants de cancer du sein post traitement au niveau des symptômes associés aux 6 semaines et aux 12 semaines suivant le programme de MBSR.</p> <p>Variables : symptômes psychologiques et physiques, aux 6 semaines et aux 12 semaines. MBSR, et soins habituels.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui. Le texte est construit de manière logique. L'auteur nous rend attentif en premier lieu à l'importance des gens touchés, avec les symptômes les plus récurrents.</p> <p>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p>

	<p>Oui, en particulier de leur perception.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui. Elles vont permettre de mesurer la quantité des symptômes ressentis pour les deux groupes. MBSR et soins habituels.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Elle s'appuie sur le cadre théorique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>322 survivants de cancer du sein âgés de 21 ou plus diagnostiquée avec un cancer stade de 0 à III avec un arrêt de traitement depuis deux semaines à deux ans ont été recruté du Moffitt Cancer Center, Carol et Krank Morsani Center for Advanced Healthcare, et Life Hope Medical Group, se trouvant à Trampa, FL. Les critères d'exclusion sont les individus de cancer du sein diagnostiqués de stage IV, désordre mental sévère, et ou récurrence de cancer du sein.</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Les survivants de cancer du sein étant intéressé par l'étude et répondant aux critères d'inclusion ont été invités à une séance d'orientation au cours de laquelle leur consentement éclairé était obtenu ainsi que des évaluations de base suivies d'une randomisation.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>Rien n'est mentionné à ce sujet.</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</p> <p>Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p>

	<p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Par les critères d'inclusion auprès des divers institutions mentionnés précédemment.</p> <p>Oui. Un plan d'échantillonnage contrôlé randomisé à deux bras a été utilisé pour randomiser 322 survivants de cancer du sein dans le cadre du programme MBSR ou soins habituels. La randomisation a été stratifiée selon le type de chirurgie (tumorectomie vs mastectomie), le traitement adjuvant du cancer du sein (chimiothérapie avec ou sans rayonnement vs rayonnement seul) et stade du cancer du sein (stade 0/I vs stade II/III).</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Consentement éclairé obtenu de chacun des participants.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>L'information n'est pas donnée à ce sujet.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>Devis quantitatif. Oui par les outils de mesures. Oui un devis quantitatif permet de ressortir des éléments de quantité chez cette population afin de comparer les deux interventions.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui. Tous les divers symptômes sont mis en évidence grâce aux divers outils de mesure utilisés pour la collecte de données.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Le protocole de l'étude a été approuvé par la Institutional Review Board at the University of South Florida and Scientific Review Committee at the Moffitt Cancer Center.</p>

	<p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui. Diverses échelles sont utilisées pour mesurer la quantité des symptômes auprès des deux populations. Ce qui fait bien de cela un devis quantitatif.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui.</p> <p><u>L'échelle de la préoccupation et de la peur de la récurrence</u> : consiste en deux sous échelles les peurs de la récurrence en général et la nature de la peur de la récurrence. Des mesures élevées témoignent d'une peur et d'une inquiétude générales plus grandes. Cette échelle a une bonne fiabilité (0.87) et validé pour les sujets atteints de cancer du sein.</p> <p><u>Dépression</u> : le centre d'études épidémiologiques de l'échelle de mesure des symptômes dépressifs durant les semaines antérieures et les mesures de la fréquence des sensations et comportements dépressifs. Un coefficient de fiabilité de 0.92 a été rapporté pour les sujets de cancer du sein et une validité satisfaisante a été démontrée dans beaucoup d'études à propos de diverses populations.</p> <p><u>Anxiété</u> : State-Trait Anxiety Inventory a été utilisé pour mesurer l'état ou l'anxiété situationnelle. L'état d'anxiété inclut des sous échelles avec 20 items qui mesurent l'anxiété présente. Il a été rapporté une cohérence interne élevée et la validité convergente en comparaison avec d'autres mesures de l'anxiété.</p> <p><u>Stress perçu</u> : l'échelle du stress perçu a été utilisée pour évaluer la fréquence dans les mois précédents le sujet a évalué des situations de la vie comme stressantes. L'échelle a démontré une bonne fiabilité (0.84-0.86) et une bonne validité.</p> <p><u>Pleine conscience</u> : L'échelle revisitée de la pleine conscience cognitive et affective a mesuré la pleine conscience et les mesures sont basées sur 4 domaines : l'attention, le focus sur le présent, l'attention et l'acceptance/ le non-jugement. Il a</p>

	<p>été démontré un niveau acceptable de cohérence interne (alpha 0.74-0.77) et une évidence la validité convergente et discriminante en comparaison avec d'autres mesures de pleine conscience.</p> <p><u>Sévérité des symptômes</u> : a été mesuré en utilisant le M.D. Anderson Symptom Inventory, qui mesure la sévérité des symptômes. Il a démontré une cohérence satisfaisante ($>$ ou $=$ à 0.85) et validité à ($>$ ou $=$ 0.76)</p> <p><u>Qualité de sommeil</u> : a été mesuré par le Pittsburgh Sleep Quality Index qui mesure 7 domaines du sommeil : qualité, latence, durée, efficacité, perturbations, utilisation de médicaments pour dormir, la manière de dormir la journée. Il a été démontré une fiabilité adéquate 0.7 à 0.78 pour la perturbation du sommeil.</p> <p><u>Fatigue</u> : a été mesuré en utilisant le Fatigue Symptom Inventory, qui évalue la perception que l'on a du niveau de fatigue en évaluant la gravité, la fréquence et l'interférence perçue avec le fonctionnement quotidien.</p> <p>Ils ont constaté qu'il avait une bonne fiabilité interne, avec des coefficients alpha supérieurs à 0,90.</p> <p><u>Douleur</u> : A été mesuré par le Brief Pain Inventory qui examine l'intensité de la douleur et l'interférence. Des scores élevés sont associés avec une plus grande sévérité et interférence. Il a été démontré que les coefficients de fiabilité sont de 0.82 à 0.95.</p> <p><u>Fonctionnement cognitif</u> : L'échelle de The Everyday Cognition (ECog) est un instrument multidimensionnel qui mesure les handicaps et les changements de plusieurs domaines neuropsychologiques. L'échelle fournit un score global et 6 sous échelles qui incluent la mémoire quotidienne, le langage, les habiletés visuelles, la planification, l'organisation, et l'attention. Il a été rapporté une fiabilité adéquate (0.82) et une validité convergente et externe.</p> <p><u>Qualité de vie</u> : A été mesuré par The Medical Outcome Studies Short-Form General Health Survey (SF-36), qui a 8 sous échelles qui évaluent le fonctionnement physique, le fonctionnement du</p>
--	---

	<p>rôle physique, la douleur corporelle, la santé générale, vitalité, fonctionnement social, fonctionnement du rôle émotionnel, et la santé mentale.</p> <p>Les estimations de la fiabilité varient de 0,62 à 0,94 dans les différentes populations étudiées, et la plupart des scores ont dépassé 0,80. Les estimations de fiabilité test-retest varient de 0,43 à 0,90.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui. Le programme MBSR (BC) modelé en fonction du programme développé par Jon Kabat-Zinn et al., a été adapté pour assister les patients de cancer du sein en prenant un rôle actif dans la réduction du stress et la gestion des symptômes à travers le processus d'auto régulation de la méditation. L'intervention de la MBSR (BC) consiste en 3 composantes : La première, matériel éducationnel associé à la relaxation, méditation, la connexion corps et esprit, et un style de vie sain pour les survivants. La deuxième, a pratique de la méditation dans les groupes et les devoirs à la maison. La troisième, les processus de groupe lié aux obstacles à la pratique de la méditation et à l'interaction de groupe de soutien.</p> <p>Un psychologue formé en MBSR a enseigné des séances de six semaines, de deux heures par semaine, qui comprenaient une formation en techniques de méditation formelle (méditation assise, scan corporel, Hatha yoga doux, et méditation de marche), ainsi que des techniques informelles d'intégration de la pleine conscience dans les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Il a été requis que les survivants de cancer du sein pratiquent des pratiques formelles et des pratiques informelles 15-45 minutes par jour et d'enregistrer leur temps de pratique dans un journal. Un disque était fourni pour guider la pratique à la maison.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p>
--	---

	<p>Les instruments sont importés.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Etant un devis de recherche quantitatif et les outils permettant d'avoir des informations au niveau de la quantité, la procédure est cohérente.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui. Un plan d'échantillonnage contrôlé randomisé à deux bras a été utilisé pour randomiser 322 survivants de cancer du sein dans le cadre du programme MBSR ou soins habituels. La randomisation a été stratifiée selon le type de chirurgie (tumorectomie vs mastectomie), le traitement adjuvant du cancer du sein (chimiothérapie avec ou sans rayonnement vs rayonnement seul) et stade du cancer du sein (stade 0/I vs stade II/III)</p> <p>Ont été collecté : des données démographiques sur l'âge, l'ethnie, réussite scolaire, statut marital, revenu, statu de l'employé, données sur l'historique clinique, données sur le type de cancer, date du diagnostic et traitements ont été collecté comme référence de base et ont été actualisés aux 6 et 12 semaines, en fonction de la thérapie utilisée.</p> <p>Les interventions menées par un instructeur étaient surveillées chaque semaine par une assistant de cherche, qui enregistrerait le temps et notait les composants de la classe de 2h sur une checklist.</p> <p>Pour les participants aux soins habituels ils continuaient les visites standard post traitement et ils leurs a été demandé de s'abstenir de la pratique de la méditation, des techniques de yoga et de la MBSR pendant la période de recherche.</p> <p>L'analyse des statistiques s'est faite ainsi : Un processus analytique en trois étapes a été utilisé pour évaluer l'objectif central de cette étude. Chaque étape a adopté une approche de variable latente. La première étape consistait à identifier le regroupement des symptômes à l'aide de données de base (avant la randomisation dans le cadre du programme MBSR.</p>

	<p>Une analyse factorielle exploratoire a été utilisée pour identifier les mesures ou les éléments des mesures " regroupées ". De multiples combinaisons de mesures et d'éléments ont été testées.</p> <p>Le modèle ayant le critère d'information bayésien le plus bas a été choisi. Ce modèle a été testé à chaque point temporel supplémentaire en utilisant l'erreur quadratique moyenne quadratique de l'approximation (RMSEA), de l'indice d'ajustement comparatif (ICE) et du résiduel moyen quadratique standardisé (TMRR).</p> <p>Lorsque le coefficient de la TIF était supérieur à 0,95, la RMSEA inférieure à 0,07 et le TEMI moins de 0,08, l'ajustement du modèle a été jugé acceptable.</p> <p>La deuxième étape de l'analyse a utilisé un modèle d'équation structurelle conditionnelle pour tester les effets bénéfiques du MBSR à six semaines (immédiatement après l'entraînement à la MBSR. Utiliser les principes de l'intention de traiter dans ce modèle, MBSR a été testé comme modérateur de l'amélioration des groupes des symptômes (en utilisant les variables latentes établie dans l'analyse factorielle de l'étape 1). La RMSEA, la FCI et la SRMR ont été utilisés pour évaluer l'ajustement du modèle.</p> <p>La troisième étape de l'analyse consistait à vérifier les effets de suivi du MBSR(BC). Pour cette étape, on a utilisé la même stratégie de modélisation d'équation structurelle (SEM) que celle décrite à l'étape 2, l'amélioration des groupes des symptômes étant mesurée de 6 à 12 semaines.</p> <p>L'estimation du modèle a été effectuée dans Mplus, v. 7.146, à l'aide d'une estimation complète du maximum de vraisemblance de l'information afin de tirer profit de tous les renseignements disponibles dans les données. En d'autres termes, les participants pour lesquels il manquait de l'information ont été inclus dans les analyses dans l'hypothèse d'une absence au hasard (c.-à-d. une absence conditionnelle aux variables observées).</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p>
--	---

	<p>L'auteur ne mentionne rien à ce sujet.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>Oui, la variable indépendante est soit les soins habituels, ou la MBSR.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Ce sont toutes des questionnaires.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Non.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</p> <p>Oui, clairement.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</p> <p>Oui. Présence de tableaux et diagramme.</p> <p>Plusieurs combinaisons ont été réalisés pour déterminer au mieux les groupes symptômes. 4 symptômes principaux sont ressortis pour le premier groupe :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur 2. Symptôme psychologique avec de l'anxiété, la dépression, le bien être émotionnel et le stress 3. Fatigue, sommeil, somnolence 4. Symptôme cognitifs avec la mémoire et la pleine conscience. <p>Un diagramme regroupe les éléments ci-dessus. Les flèches pointent en direction des outils qui ont permis la mesure de chaque composante. Le coefficient rattaché aux flèches représente une forte relation entre la mesure et le symptôme. Étant donné que l'acceptabilité de ce modèle a été confirmée, la structure identique a été utilisée pour tester les effets du MBSR aux trois points</p>

	<p>dans le temps (de référence, six semaines et 12 semaines).</p> <p>Et les tableaux 1-4 reprennent les scores moyens de chaque mesure qui composent les groupes par assignation aléatoire.</p> <p>Pour vérifier si le groupe des soins habituels ou MBSR(BC) différait avant l'intervention, la condition expérimentale a été testée en tant que covariable pour la meilleure adaptation du groupe symptôme comme base de référence. Même avec l'ajout de la covariance les 4 modèles ci-dessus étaient restés adéquats. (CFI=0.97, RMSEA=0.066, SRMR = 0.05).</p> <p>Lorsque le modèle a été mis à l'essai de façon conditionnelle avec une assignation expérimentale utilisée comme covariable, la MBSR(BC) a démontré une efficacité évidente. Dans améliorations aux deux niveaux, psychologiques ($p=0.007$), et physiques ($p<0.001$). Plus précisément, les participants qui ont reçu la formation MBSR(CB) se sont améliorés davantage que ceux qui n'en ont pas reçu au cours de la période de six semaines. Symptômes psychologiques (0.17), fatigue (0.24), qui correspond avec les effets de l'échelle de Cohen qui se trouve entre 0.35 et 0.5. Ils sont considérés comme des effets moyens. Pour la douleur ($p=0.97$) et la cognition (mémoire et pleine conscience) ($p=0.78$).</p> <p>Pour déterminer si l'amélioration a continué entre la fin de la pratique de la MBSR des 6 semaines aux 12 semaines. Les symptômes dans les groupes n'ont pas beaucoup varié. (Psychologique $p=0.84$, fatigue=0.8, cognition $p=0.26$, douleur $p=0.09$).</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <p>Oui ils sont logiquement associés. Les symptômes sont bien représentés et expliqués dans chaque groupe.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p> <p>Non.</p>
--	---

	<p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Par les experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui ils concordent pour la plupart des éléments sauf pour la douleur. D'après les auteurs cela est dû au fait du stade de la population atteinte de cancer du sein. A un stade plus avancé il y a de meilleurs résultats au niveau de la douleur. Mais c'est peut-être dû au fait qu'il soit possible que leur étude n' a pas été assez sensible pour détecter les réductions des symptômes de la douleur.</p> <p>Les auteurs avaient trouvé dans leur étude antérieure que la MBSR avait effectivement un effet sur la fatigue.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Pour ce qui est des groupes de symptômes, ceux qui ont le plus émergés et qui sont le plus communs sont les symptômes psychologiques, et la fatigue. Deux autres sont la douleur et les symptômes cognitifs. L'existence de ces symptômes coexistant suggère, par exemple, qu'un patient qui éprouve de la fatigue peut aussi éprouver de la somnolence en raison d'une perturbation du sommeil. En outre, les survivants de cancer du sein qui souffrent de dépression peuvent aussi éprouver du stress et de l'anxiété, ce qui affecte leur bien-être émotionnel. Bien que des recherches antérieures ont exploré le regroupement des symptômes, peu se sont concentrées uniquement sur le syndrome des survivants de cancer du sein.</p> <p>Pour la plupart oui des symptômes oui, il y a effectivement des effets au niveau psychologique et au niveau de la fatigue. Mais ce qui les a surpris</p>

	<p>est que dans le groupe cognitif qui incluait la pleine conscience, il n'y avait pas de différence avec les soins habituels. Cependant, il ne s'agissait pas d'un groupe " pleine conscience ", car une mesure de la pleine conscience partageait une variance suffisante avec une mesure " mémoire " pour créer la variable latente appelée "cognitif". Pour la douleur il n'y a pas de différences qui ont été rapportés entre MBSR et soins habituels. D'après les auteurs cela est dû au fait du stade de la population atteinte de cancer du sein. A un stade plus avancé il y a de meilleurs résultats au niveau de la douleur. Mais c'est peut-être dû au fait qu'il soit possible que leur étude n'ait pas été assez sensible pour détecter les réductions des symptômes de la douleur.</p> <p>L'amélioration des symptômes des groupes s'améliore particulièrement durant les 6 premières semaines de pratique de la MBSR (BC). Bien que les améliorations n'aient pas diminué de 6 à 12 semaines, elles ne différaient pas entre l'évaluation de suivi de 6 semaines et celle de 12 semaines, peut-être en raison de l'effet plafond.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Oui. L'approche en 3 étapes utilisée a permis d'observer différents effets à 6 et 12 semaines. Un modèle de courbe de croissance complète aurait pu tester les effets curvilignes sur les 3 étapes dans le temps. Malheureusement en utilisant l'approche des variables latentes du SEM, il n'y avait plus assez de puissance pour mettre en œuvre un tel modèle longitudinal. De plus, le groupe cognitif appuyé par les analyses factorielles doit être interprété avec prudence.</p> <p>La mesure ECog, qui était une composante clé du symptôme cognitif n'a été administrée qu'à un sous-échantillon de notre groupe. Les relations observées pour le groupe cognitif peuvent être considérées comme des données préliminaires pour une futur étude.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>Oui. Les découvertes de cette étude sont encourageantes pour la suite. Comprendre les</p>
--	---

	<p>groupes de symptômes chez les survivants de cancer du sein peut se traduire par plus de bienfaits thérapeutiques en intégrant des traitements pour des symptômes concomitants, améliorant ainsi la qualité de vie.</p> <p>La pratique de la complémentarité et des thérapies de médecine alternative, telles que MBSR(BC), s'avèrent prometteuses à une échelle potentiellement importante, pour l'autogestion des multiples symptômes indésirables concomitants souvent éprouvés auprès des survivants de cancer du sein. Cette étude a fourni la preuve que les groupes de symptômes existent auprès des survivants atteints de cancer du sein. Elle identifie que la MBSR (BC) est une intervention efficace et non pharmacologique ayant un effet remarquable dans les groupes psychologiques et les groupes de fatigue, les plus grandes améliorations se produisant les premières 6 semaines de pratique de la MBSR (BC). Bien qu'il n'y ait pas eu d'améliorations supplémentaires au cours des 12 semaines, les améliorations étaient maintenues à 12 semaines.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>Non.</p>
<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Il n'y a pas de précision au niveau des conséquences des résultats, mais l'auteur met bien en évidence que la MBSR est une thérapie non pharmacologique qui permettrait d'améliorer la psyché ainsi que la fatigue, ce qui aurait pour but un soutien et une amélioration de la qualité de vie.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Cette thérapie devrait être utilisée pour améliorer la qualité de vie chez les survivants atteints de cancer. Mais aussi pour comprendre ce qu'il s'est passé au niveau du groupe cognitif d'autres études devraient mesurer directement si la pleine conscience s'est améliorée chez leurs participants</p>

	<p>en utilisant les multiples mesures de la pleine conscience utilisées dans cette étude.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui.</p>
--	---

Article 12

<p>Würtzen, H., Dalton, S. O., Christensen, J., Andersen, K. K., Elsass, P., Flyger, H. L., ... Johansen, C. (2015). Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. <i>Acta Oncologica</i>, 54(5), 712-719. https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.997371</p>	
Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p>Oui les concepts sont clairement explicités dans le titre. La population cible les femmes atteintes de cancer du sein mais ne donne pas d'indications quant à l'âge.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Les différents points cités ci-dessus apparaissent distinctement dans le résumé de l'article et sont clairement explicités.</p> <p>Les femmes atteintes de cancer du sein expérimentent différents symptômes consécutifs à la chirurgie ou aux traitements adjuvants. Les recherches précédentes et les modèles théoriques des interactions corps-esprit suggèrent que le bien-être psychologique influence l'évaluation subjective des symptômes, qui influencent ou déterminent le fonctionnement. Le programme MBSR réduit significativement l'anxiété et la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein. L'étude cherche à tester les effets du MBSR sur la charge des symptômes somatiques, la détresse, la pleine conscience et le bien être spirituel chez les femmes atteintes de cancer du sein et à évaluer des effets de modifications possibles par les traitements adjuvants au niveau</p>

	<p>de référence de la détresse, de la pleine conscience et du bien-être spirituel.</p> <p>Pour cette étude, 336 femmes danoises ayant été opérées d'un cancer du sein, stade I-III ont été randomisées dans le programme MBSR ou pour des soins usuels et ont été suivies pour leurs symptômes somatiques, la détresse, les aptitudes de pleine conscience et le bien-être spirituel, immédiatement après l'intervention et après 12 mois par un modèle à effet mixte pour les mesures répétées des résultats continus. La taille de l'effet a été calculé pour explorer les effets cliniques significatifs à travers les groupes d'interventions. Finalement, les modifications des effets du MBSR sur la charge des symptômes somatiques après 12 mois de suivi par des thérapies adjuvantes et le niveau de référence de détresse, de pleine conscience et le bien être spirituel ont été estimés.</p> <p>La ligne de régression générale montre des effets significatifs du MBSR sur la charge des symptômes somatiques post-intervention et après 6 mois de suivi et après 12 mois de suivi, pas d'effet significatifs du MBSR ont été démontré sur la charge des symptômes somatiques dans le modèle à effet mixte. Un effet statistiquement significatif du MBSR sur la détresse a été trouvé et pas d'effets significatifs ont été observés sur le bien-être spirituel. Pas de modification significative du MBSR sur les symptômes somatiques n'a été identifié.</p> <p>En conclusion, ce premier rapport d'un essai clinique randomisé sur les effets du MBSR sur le long terme a trouvé un effet sur la charge des symptômes somatiques après 6 mois a été rapporté, mais pas après 12 mois.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Oui, il s'agit déterminer les effets de la MBSR sur la charge des symptômes somatiques auto-reportés relié au cancer du sein ainsi que sur la détresse, la pleine conscience et le bien-être</p>

	<p>spirituel. Il s'agit également de déterminer toute modification sur les effets des symptômes somatiques créés par les thérapies adjuvantes, au niveau de base de facteurs de pleine conscience, détresse et bien-être spirituel.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>Oui, les études actuelles ont évalué les effets de la MBSR dans d'autres cas que les cancers et pour les symptômes dépressifs, anxieux, le coping, qualité de vie et stress perçu dans le cas de cancer. Toutes ont reportées des effets positifs.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Le but du programme MBSR est d'augmenter les habilités des participants de faire l'expérience de la pensée à travers leurs sentiments et sensations corporelles comme ils se présentes, en contrecarrant l'évitement et développant une meilleure tolérance émotionnelle. Les participants au programme MBSR apprennent à se tourner vers les sensations corporelles et l'inconfort émotionnel et à les accepter. Le but formel (méditation, exercices respiratoires et yoga) et informel (marche méditative, contemplation) de la pratique de la pleine conscience avec le MBSR est d'augmenter les compétences attentionnelles des participants pour leur permettre de reconnaître l'activation automatique dysfonctionnelle des processus de thérapie et à se désengager de ces processus en redirigeant leur attention sur l'expérience du moment présent.</p> <p>En améliorant l'acceptation des symptômes, la capacité de méta-réflexives et en renforçant la liberté des participants, la pratique de la pleine conscience peut potentiellement changer la perception, les schémas comportementaux et de ce fait, l'expérience des symptômes.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p>Oui. L'étude met en avant les résultats de méta-analyses préalablement effectuées sur une</p>

	<p>variétés de cas cliniques non-oncologiques et échantillons non-cliniques qui ont démontré que le MBSR a des effets bénéfiques sur les résultats psychosociaux, les processus physiologiques et les symptômes.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p>Oui. Voir ci-dessus et dessous.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>Oui. Les méta-analyses sur les cas oncologiques ont démontrées des effets bénéfiques significatifs du MBSR. Les essais dans le cas de cancer du sein, tous les deux randomisés (N=86-214) et incontrôlés, ont démontrés des effets positifs sur l'anxiété, dépression, coping, qualité de vie et stress perçu.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ?</p> <p>Oui. Ils ont préalablement réalisé une étude randomisés contrôlée sur 336 femmes danoises ayant subi une chirurgie mammaire. Ils ont précédemment reporté une baisse statistiquement significative du niveau d'anxiété et de dépression dans le groupe d'intervention durant l'intervention et après les 12 mois de suivi, contribuant à l'effet robuste du MBSR sur l'anxiété et la dépression identifiés dans une récente méta-analyse regroupant des études sur plus de 900 participantes. Un plus petit essai sur les patientes atteintes de cancer du sein (N=59-84) a démontré les effets du MBSR sur les symptômes somatiques.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>La pleine conscience est définie comme une culture, une sorte d'attention caractérisée par un non-jugement, une curiosité, une ouverture et l'acceptation des expériences internes et externes présentes dans les racines du bouddhisme. Elle</p>

	<p>est définie par Jon Kabat-Zinn à l'université du Massachusetts centre médicale (qui a développé le programme MBSR en 1979) comme l'habilité d'être conscient du moment présent sans jugement. La MBSR est un groupe d'interventions basé et délivré dans des cours pratiques durant 8 semaines entre deux et deux heures et demi par session. Les sessions comprennent l'expérimentation de la pleine conscience, du yoga et de l'éducation sur les aspects psychologiques et physiologiques du stress. Le programme inclut une journée de retraite silencieuse et recommande 45 minutes de pratique journalière à domicile entre les sessions.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Oui. Le programme MBSR développé par Jon Kabat-Zinn s'inspire de la philosophie bouddhiste. Comme expliqué plus haut, la pleine conscience aurait pour but de favoriser le lien-corps esprit et d'amener les participantes à se reconnecter plus à leurs sentiments et à leurs émotions mais dans une attitude de non-jugement. Cela permettrait aux femmes d'améliorer la gestion des symptômes somatiques auto-reportés relié au cancer du sein et agirait aussi sur la détresse, la pleine conscience et le bien-être spirituel.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Oui, il s'agit de déterminer les effets de la MBSR sur la charge des symptômes somatiques auto-reportés relié au cancer du sein ainsi que sur la détresse, la pleine conscience et le bien-être spirituel. Il s'agit également de déterminer toute modification sur les effets des symptômes somatiques créés par les thérapies adjuvantes, au niveau de base des facteurs de pleine conscience, détresse et bien-être spirituel.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la</p>

	<p>population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Oui. En améliorant l'acceptation des symptômes, la capacité de méta-réflexives et en renforçant la liberté des participantes, la pratique de la pleine conscience peut potentiellement changer la perception, les schémas comportementaux et de ce fait, l'expérience des symptômes.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p>Oui. Aucun essai randomisé contrôlé n'a encore été effectué en lien avec les thèmes explorés. L'étude se base sur l'expérience vécue par les femmes atteintes de cancer du sein en s'intéressant aux différents aspects que cette maladie peut impacter et quelles conséquences cela peut amener sur la vie de tous les jours.</p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>Oui. L'étude cherche à explorer la modification du MBSR sur les symptômes somatiques, la détresse, la pleine conscience et le bien-être spirituel. Ces différents éléments sont exploités à l'aide de différents questionnaires adaptés.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>Oui. La problématique est en adéquation avec le courant de la pratique de la méditation qui se développent actuellement en Europe et en Amérique. Le programme MBSR tire des éléments de la philosophie bouddhiste. Le MBSR a également un intérêt dans l'amélioration de la prise en charge des femmes atteintes de cancer du sein en lien avec le manque d'interventions concernant l'accompagnement psychologique et spirituel.</p>
METHODE	

Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Les femmes étaient éligibles entre 18 et 75ans et opérées d'un cancer du sein de stade I-III à dans un des deux départements spécialisés dans la chirurgie mammaire ou les femmes avaient reçu leur diagnostic 3-18 mois plutôt. Les critères d'exclusion étaient les troubles psychiatriques et d'autres conditions médicales qui aurait pu limiter la participation des femmes, un langage danois insuffisant pour répondre à un questionnaire, ou un diagnostic d'un autre cancer dans les 10ans. Les soins usuels ne comportaient pas d'intervention psychosociale spécifique. Les deux groupes d'étude ont reçu des soins cliniques, chirurgicaux et des traitements adjuvants comme indiqué dans les guidelines cliniques. Comme taxe de financement le système danois de santé donne aux résidents l'accès libre aux hôpitaux « in-out patient care ». C'est un modèle en ambulatoire.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>L'essai est justifié sur des bases statistiques comme mentionnées ci-dessous. Les questionnaires ou/et rappels ont été envoyé par mail aux participantes pendant 14 mois après la session de MBSR.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>La taille de l'échantillon à été déterminée comme une différence minable détectable de 10%, un pouvoir de 0.80 et un alpha de 0.05. Ils visent 300 participantes avec un suivi sur 12 mois. Sur la</p>
---------------------------	---

	base de constations antérieures, sur l'attention des participantes, ils ont inclus 336 patientes.
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>Oui. Les femmes ont dû signer un consentement pour participer à l'étude.</p> <p>L'essai MICA est enregistré sur le www.clinicaltrials.gov (identifiant : NCT00990977) et approuvé par la protection des données danoises (2007-41-1654).</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Oui. Le groupe intervention a été assigné au cours de base du MBSR avec les manuels d'origines durant 8 semaines, 2h de pratiques en groupe incluant la méditation guidée, le yoga et la psychoéducation axée sur le stress, les réactions au stress, le dialogue de groupe sur l'intégration de la pratique de la pleine conscience au quotidien et 5h de retraite silencieuse.</p> <p>L'instructeur du cours a programmé des entretiens personnels préalables avec chaque participante pour introduire la pleine conscience, présenter le contour du cours, expliquer les recommandations de pratique et répondre aux questions. Un tapis de yoga, 4 disques audios de méditation guidés et un support de cours contenant des travaux et matériels didactiques sur le stress et le yoga ont été distribués à la première leçon. Durant la période d'intervention de Mars 2008 à novembre 2009, un total de 7 cours de MBSR a été délivré. Les cours étaient administrés à 12-30 participantes par un des 3 psychologues cliniques qui avaient tous une formation pratique d'instructeur de pleine conscience. Un des instructeurs a délivré 1 cours et les autres 3. Un instructeur sénior a délivré 3 ainsi que supervisé les autres instructeurs pour assurer la fidélité au curriculum du MBSR.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p>

	<p>Oui. Le devis de cette étude est quantitatif. Afin de répondre aux questions de recherche, les chercheurs ont utilisé des questionnaires leurs permettant d'investiguer les différentes variables.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Oui. Dans cette étude les chercheurs veulent quantifier les effets du programme MBSR. Ils n'investiguent pas le coté qualitatif de l'intervention ou le vécu des participantes.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>Oui.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui. Cela est expliqué ci-dessus.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p>Cela n'est pas précisé.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p>Oui. Les résultats ont été mesuré avec des outils validés sur des échelles psychométriques scorées selon des manuels.</p> <p>Le 30-itmes Breast Cancer Prevention Trial 8-symptomes check-list a été utilisé pour évaluer les symptômes somatiques reliés au cancer du sein et à ses traitements (symptômes cognitifs, douleur, symptômes vasomoteurs, nausées, problèmes de vessies ou sexuel, image corporelle et symptômes vaginaux). Ici, ils reportent l'indice de charge calculé pour chaque item, qui est une mesure individuelle du total de la charge des symptômes, les scores les plus hauts indique une charge plus importante.</p> <p>La détresse à été mesurer avec la version danoise de la symptômes Check-list 90-r (SCL-90-r), qui a 9 sous-échelles ou indexes ; un score pour le stress général qui contient 90 items qui indique le niveau de détresse. Ils ont reporté le score à 37items « five facet mindfulness questionnaire » (FFMQ), avec un score total avec un résumé du</p>

	<p>score des 5 sous-échelles des compétences centrales de la pleine conscience (observance, description, agir avec conscience, non-jugement et non-réactivité aux expérience interne), les scores hauts reflètent de meilleures habilités.</p> <p>Pour tenir compte des éléments manquants, ils ont reporté une moyenne du score FFMQ (somme totale des éléments non-manquants items) qui a été calculé à chaque point. Le bien être spirituel a été mesuré à l'aide du FACIT-sp à 12 items, un score haut indique un meilleur niveau de paix, signification/ sens donné et de foi.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui. Le problème de recherche est clairement énoncé comme mentionné plus haut. Les questionnaires sont adaptés pour récolter des données qui permettent de répondre à la question de recherche.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p>Oui. Ils décrivent clairement les outils utilisés. Aucun n'a été créé pour l'étude. Ils ont utilisé des questionnaires déjà existants.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>Oui. Pour cette étude, un devis quantitatif à été utilisé et pour obtenir les mesures afin d'évaluer le MBSR sur le long-terme des questionnaires ont été compléter à divers temps définis de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>Oui. L'inscriptioin des femmes éligibles s'est fait à travers des invitations par mail à participer à l'étude, incluant une lettre d'informations, le questionnaire d'études, un questionnaire de consentement et une enveloppe retour préimbrées.</p> <p>Lorsque les questionnaires et le consentement écrits ont été retournés au groupe d'étude, les participantes ont été appelées par un assistant de</p>

	<p>recherche qui a donné des informations orales et à obtenu un consentement oral. Les patientes consentantes ont été randomisés (1 :1) via une interface web en utilisant ordinateur générant des séquences de 10 patientes. Le groupe d'interventions à consécutivement été alloué au cours, et ainsi les soins prodigués, étaient pragmatiques et basé sur le taux de randomisation des patients pour le groupe intervention avec 12-30 patientes assignées à chaque cours.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Oui. Les données ont été retournées au groupe de recherche et un assistant de recherche s'est chargé de rappeler les participantes.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p>Oui. Le programme MBSR a été appliqué sur 8 semaines consécutive comme défini dans le programme originel.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p>Oui. Toutes les échelles psychométriques ont été notées conformément à la convention et les données manquantes ont été complétés avec les dernières données reportées pour la conduite de la procédure mixte.</p> <p>Les valeurs moyennes et les déviations standard ont été calculées ainsi que les comptes et les proportions des valeurs catégoriques.</p> <p>La différence entre le groupe étude pour chaque caractéristique de base et résultats ont été analysé séparément. Un modèle de régression générale linéaire a été utilisé pour analyser les différences entre le groupe étude aux valeurs de base, immédiatement après l'intervention, après 6 mois de suivi et 12 mois. Pour évaluer les effets sur le groupe, l'étude sur le niveau des résultat (charge des symptômes, détresse, compétences de pleine conscience et le bien-être spirituel), des modèles à effets mixtes pour des mesures</p>

	<p>répétées de résultats continus ont été adaptés. Cette approche analytique peut être appliquée de manière longitudinale avec des observations manquantes dans le temps et par nature des comptes pour la corrélation associée avec des mesures répétitives. L'approche régressive a été préformée pour chaque résultat dans une analyse en intention de traiter le total de l'échantillon, indépendamment des données manquantes, comme une analyse incluant les participants avec suivi, et comme une analyse de sensibilité par la dernière procédure reportée d'observation. Le centre de l'étude, le temps depuis le diagnostic et les niveaux de base des résultats ont été inclus comme covariables dans le modèle.</p> <p>Pour évaluer la taille clinique significative des effets du MBSR sur les symptômes somatiques, détresse, pleine conscience et le bien-être spirituel ont été calculés avec le « cohen's d » pour le groupe d'intervention comme différence entre le score moyen de base et le score moyen après 12 mois divisé par l'écart type groupé mis en commun pour chaque résultat.</p> <p>Pour évaluer les modifications des effets du MBSR sur la charge des symptômes par type de thérapies adjuvantes (chimio-, radiations ou hormones), les valeurs de base de détresse, aptitude de pleine conscience et bien-être spirituel, interaction entre le groupe d'étude et ces variables ont été incluses. Les analyses statistiques ont été pré-spécifiées par enregistrement de l'essai et réalisées avec SAS, version 9.1.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</p> <p>Oui. Les thérapies adjuvantes sont considérées.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <p>Oui. Le résumé correspond aux tableaux présentés et reprend les différentes variables explorées en déterminant s'il y a eu des changements ou non.</p>
--	--

	<p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui, voir ci-dessous dans les résultats résumés par un texte narratif.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui des tableaux présentent les résultats.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui. La présentation des analyses permet de mettre en avant les impacts du MBSR tout au long de la durée de l'étude en explorant les différentes variables.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. Pendant la période d'inclusion (juin 2007 – février 2009), un total de 336 femmes a été randomisé dans le programme MBSR (N=168) ou pour des traitements usuels (N=168). Comme analyse de caractéristiques de base n'ont pas révéler de différences significatives entre les deux groupes, la randomisation a été jugée comme équilibrée. L'analyse descriptive a révélé une diminution statistiquement significative dans la charge des symptômes somatiques entre les valeurs de base et directement après l'intervention chez les patients ayant suivi le MBSR et une augmentation moyenne du contrôle des participantes (p=0.01). Cette différence a été maintenue au 6 mois de suivi (p=0.002). Après 12 mois, pas de différence significative entre les groupes n'a été observé (p=0.22). Une réduction statistiquement significative de la détresse a été trouvée immédiatement après le MBSR (p=0.01) et à 6 mois (p>0.001) et 12 mois de suivi (p=0.04). Un niveau plus haut statistiquement significatif des compétences de pleine conscience à té observé uniquement après 6 mois de suivi (p=0.01) les deux groupes d'études reportent une augmentation dans le</p>

	<p>bien-être spirituel, avec une différence statistiquement significative après 6 mois ($p=0.02$) mais pas de différence significative a été observée après 12 mois de suivi ($p=0.11$).</p> <p>L'intervention clinique significative du MBSR a été exploré en utilisant le Cohen's d et des petits effets ont été identifié en regard de la charge des symptômes somatiques (0.25), compétences de pleine conscience (0.21) et le bien-être spirituel (0.22), tandis qu'un effet moyen (0.43) a été identifié en regard de la détresse.</p> <p>Pour évaluer les effets à long terme du MBSR différents modèles ont été adaptés. Des différences statistiques significatives ont été identifié dans le modèle incluant toutes les données disponibles ($p=0.003$), les données des participantes après 12 mois de suivis ($p=0.003$, et avec la dernière observation reportée ($p=0.03$). Pas d'effets significatifs sur la charge des symptômes, aptitudes de pleine conscience ou bien-être spirituel ont été trouvés ($p=0.1-0.9$). Pas de modification des effets du MBSR sur les symptômes somatiques engendrée par les thérapies adjuvantes ou le niveau de base de détresse, pleine conscience ou bien-être spirituel a été identifié.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Cela n'est pas mentionné.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Tandis que des statistiques significatives des effets du MBSR sur le niveau de détresse ont été identifié après 12 mois de suivi sur les femmes danoises atteintes de cancer du sein pour le MBSR ou les traitements usuels ils n'y a pas eu d'effets statistiquement significatifs sur la charge des symptômes somatiques à ce moment-là. Les analyses de régression à 6 mois de suivi ont permis de démontrer une différence du changement moyen depuis la ligne de base entre les groupes sur la charge des symptômes</p>

somatiques, détresse, attitude de pleine conscience et bien être spirituel.

Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?

Oui. Les résultats des effets du MBSR sur la charge des symptômes somatiques post-intervention à 6 mois sont accordés avec un essai récent sur liste d'attente contrôlé randomisé comportant 229 femmes atteintes de cancer du sein, lequel à montrer une amélioration statistiquement significative sur le bien-être physique comme un résultat secondaire à la suite du MBSR et après 3 mois de suivi. Comme noté par les auteurs, cette étude inclus seulement une femme avec une auto-identification pour des soins psychosociaux, qui ont cherché des services psychologiques en dehors de la clinique. Ainsi les résultats basées sur l'intention de traité des analyses donnent un nouveau support pour utiliser la MBSR pour soulager la charge des symptômes très rependus en lien avec le cancer du sein.

Une méta-analyse récente d'essai randomisées contrôlés sur la thérapie de pleine conscience (incluant la MBSR) chez les patient atteints de cancer du sein (incluant l'échantillon actuel) démontre une augmentation positive statistiquement significative dans les groupes d'interventions que dans les groupes contrôles (sur liste d'attente ou traité de manière usuelle) dans les analyses pré-protocoles, et un augmentation de la pleine conscience à été trouvé pour prédire les effet des interventions basées sur la pleine conscience sur le niveau d'anxiété et de dépression.

Ils n'ont pas trouvé de modifications des effets par rapport à la ligne de base sur les effets du MBSR sur la charge des symptômes somatiques après 12 mois.

En regard des compétences de pleine conscience aucun effets de programme MBSR n'a été observé après 12 mois dans l'essai. Cette trouvaille en ce qui concerne les compétences de pleine

conscience peuvent suggérer que la pleine conscience n'est pas l'ingrédient décisif, ce qui pourrait aussi soutenir la suggestion que les échelles actuelles de pleine conscience (inclut le FFMQ) sont de bons prédicteurs de la sévérité des symptômes et la qualité chez les patients anxieux et dépressifs. Ces auteurs ont trouvé que l'auto-compassion, composante en lien avec la théorie et la pratique des interventions basées sur la pleine conscience (inclut MBSR) est un meilleur prédicteur de ces résultats.

Un essai randomisé contrôlé (N=172) des effets du MBSR programme élargi avec session de rappel (du soutien, partage et pratique) en comparaison avec un contrôle actif (intervention nutritionnelle) ou des soins usuels montre des effets statistiquement significatifs sur le long terme du MBSR sur la qualité de vie. Cette étude a également démontré des effets sur d'autres résultats (coping) jusqu'à 12 mois après l'intervention, tandis que seul l'anxiété (pas significatif à 12 mois) et le contrôle émotionnel (significatif à 4 mois) se sont significativement améliorés après 24 mois. Ces résultats indiquent la nécessité d'études contrôlant l'effet de soutien et d'attention tout en évaluant l'effet de la pratique à domicile au-delà de la période d'intervention.

Dans l'étude ci-dessus, le niveau de bien-être spirituel a été inclus dans le rapport général du score de qualité de vie qui ont été meilleur de manière statistiquement significative dans le groupe MBSR après 4 mois de suivi (en comparaison des soins usuels) et après 12 mois de suivi (en comparaison avec un contrôle actif).

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

L'analyse des effets du MBSR sur les femmes avec la plus grande charge des symptômes physique violerait le design randomisé et n'a ainsi pas été effectué.

Dans cet essai (étude actuelle) des différences statistiquement significatives entre les deux groupes ont été trouvées dans le bien-être spirituel après 6 mois de suivi parallèlement aux effets observés de la charge des symptômes

somatiques. Ils n'ont cependant pas trouvé de modifications des effets sur le bien être spirituel quand ils ont analysé les effets du MBSR sur la charge des symptômes somatiques après 12 mois de suivi. Ils supposent que les résultats à six mois indiquent un effet de soutien de groupe, plutôt que du MBSR, à la fois sur la charge des symptômes somatiques signalés et sur les niveaux de bien-être spirituel.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

La durée après l'annonce du diagnostic dans l'inclusion dans l'étude peut être une limitation, les patientes étaient dans différents stades de traitement ; ainsi, bien que les résultats aient été ajusté pour le temps depuis le diagnostic, tous les effets du MBSR pourraient avoir été modifiés par les traitements adjuvants. Néanmoins, pas d'effets modifiables n'ont été observés. Une autre limitation potentielle inclut un manque de stratification des participants au niveau de base des symptômes. Les contrôles non-actifs des conditions ainsi que le manque de données de validations de la pratique de la pleine conscience à domicile entrave l'analyse des effets de la qualité de formation à domicile.

Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

Cet essai est le premier à évaluer les effets à long terme du MBSR sur la charge des symptômes somatiques en lien avec le cancer du sein. Ils identifient des effets statistiquement significatifs sur le niveau de la charge des symptômes directement après l'intervention et après 6 mois de suivi et sur la détresse après 12 mois de suivi. Leurs résultats indiquent qu'il est nécessaire de réévaluer le soutien de groupe dans les futurs essais randomisés contrôlés en le comparant au programme MBSR avec un contrôle plus actif.

Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?

Non. Les auteurs n'ont pas tenu compte des caractéristiques ethnique et ne sont intéressés qu'à un type de cancer. Les résultats trouvés ne sont pas généralisables à toute la population

	atteinte de cancer du sein car l'étude ne prend pas en considération les éléments culturels ou ethniques.
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>C'était un premier essai randomisé contrôlé afin de savoir si cette méthode était faisable dans ce type de population. Ils pourront réitérer ce modèle dans de futures études.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>Pour obtenir plus de perspicacité dans les effets de la MBSR sur les symptômes somatiques après un long suivi, les études futures devraient établir un seuil de base des symptômes somatiques ou stratifier les participants randomisés en fonction de la charge des symptômes.</p> <p>Dans les essais futurs, des informations valides devront être collectées sur le degré de pratique de la pleine conscience, dans le but de déterminer son adhésion et les effets de la pratique de la pleine conscience durant le suivi et d'établir que la pleine conscience est l'ingrédient actif du MBSR chez les patientes avec un cancer du sein.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>Oui. L'étude s'est portée sur un large échantillon qui a été randomisé et contrôlé.</p>