



**RECENSION DES MEILLEURES
PRATIQUES EN ADOPTION DE SAINES
HABITUDES DE VIE CHEZ LES
SURVIVANTS AU CANCER**

RECENSION DES MEILLEURES PRATIQUES EN ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE CHEZ LES SURVIVANTS AU CANCER

Caroline Arsenault, courtière de connaissances

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Janvier 2015

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 

Rédaction :
Madame Caroline Arsenault, Courtière de connaissances

Mise en page :
Madame Lina Raymond

Recension des meilleures pratiques en adoption de saines habitudes de vie chez les survivants au cancer est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, dont voici les coordonnées :
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante :
www.agencecss12.gouv.qc.ca.
Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.
Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN 978-2-89548-811-8 (Version électronique)

PRINCIPAUX MESSAGES

1. Les saines habitudes de vie (SHV) jouent un rôle prédominant dans la prévention de la récurrence de cancer et augmentent les bénéfices physiques et émotionnels des survivants.
2. Peu de survivants adoptent les SHV recommandées (cinq fruits et légumes par jour, 30 minutes d'exercice par jour, cesser de fumer).
3. Le meilleur moment pour introduire le sujet des SHV varie entre l'annonce du diagnostic (pour la cessation du tabagisme) à quelque temps suivant l'annonce du diagnostic jusqu'à un maximum d'un an.
4. Cette période d'enseignement propice où le client démontre une motivation à changer ses habitudes de vie n'arrive pas naturellement et a besoin d'être délibérément créée comme un élément à part entière de la consultation du patient.
5. La promotion des SHV par l'ensemble du personnel en oncologie et plus particulièrement les oncologues et chirurgiens est un facteur significatif dans l'adoption des SHV des survivants.
6. La réalisation d'un plan de suivi personnalisé à la fin des traitements est un excellent moyen pour répondre aux besoins d'information des survivants au cancer, pour réduire le stress lors de la transition, pour améliorer la qualité du suivi post-traitement et pour améliorer la qualité de vie des survivants.
7. Les stratégies favorisant l'adoption des SHV ont avantage à être diversifiées afin de rejoindre les intérêts et les capacités des survivants.
8. Les stratégies de maintien des SHV qui offrent à la fois un suivi à distance et un suivi en clinique semblent être très prometteuses et aident à rejoindre des survivants en zones géographiques plus éloignées.
9. Le soutien social est lié à l'amélioration de la qualité de l'alimentation, de la cessation tabagique et de l'augmentation de l'activité physique chez les survivants au cancer.
10. L'accès à un environnement favorable à l'exercice physique augmente sa pratique.

TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPAUX MESSAGES	I
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
INTRODUCTION.....	1
Les survivants au cancer et les saines habitudes de vie (SHV).....	1
L'ADOPTION DES SHV CHEZ LES SURVIVANTS AU CANCER	3
Exercices physiques	3
Alimentation	4
Cessation du tabagisme.....	6
Gestion de la détresse	7
Le plan de suivi personnalisé pour les survivants du cancer	8
Orientation du patient pour le suivi post-traitement.....	10
Le suivi médical	11
Les éléments d'un programme en SHV	11
1.INCITER LES PATIENTS À ADOPTER DES SHV	12
1.1.Contribution de toute l'équipe en oncologie	12
1.2. Moment favorable à l'adoption des SHV	12
2.ADAPTER LES SHV SELON LES BESOINS	13
3.SOUTENIR À L'ADOPTION DES SHV	13
3.1.Informer.....	14
3.2.Offrir un soutien de groupe ou individuel	14
3.3.Offrir des thérapies à distance	14
3.4.Offrir un suivi.....	15
4.FAVORISER LE SOUTIEN DES PROCHES ET DE LA COMMUNAUTÉ	15
5.TRAVAILLER SUR L'ENVIRONNEMENT FAVORISANT L'ADOPTION DES SHV	15
CONCLUSION	17
RÉFÉRENCES	19

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : ADOPTION DES SAINES HABITUDES DE VIE PAR LES SURVIVANTS AU CANCER [22]	2
TABLEAU 2 : INTRODUCTION DU PLAN RELIÉ AU TRAITEMENT ET PLAN DE SUIVI PERSONNALISÉ POUR LE CANCER	8
TABLEAU 3 : SYNTHÈSE DES COMPOSANTES D'UN PROGRAMME EN SHV	11
TABLEAU 4 : LE MOMENT PLUS FAVORABLE À L'ADOPTION DES SAINES HABITUDES DE VIE (SHV) [74]	12

INTRODUCTION

À la suite de la publication du Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer [1], la prévention des cancers est devenue une priorité régionale. Le rapport mentionne que les actions préventives s'appliquent tout au long du continuum de soins et de services en cancer, tant chez la personne en santé que lors du diagnostic, du traitement et de la rémission. Plusieurs recommandations préventives concernent les saines habitudes de vie (SHV), dont le non-usage du tabac, l'alimentation et la pratique d'activités physiques.

C'est dans cette foulée qu'une évaluation des services d'aide à l'adoption des saines habitudes de vie chez les survivants au cancer en Chaudière-Appalaches et une recension des écrits sur ce sujet ont été demandées.

La méthodologie utilisée est une recension sommaire des écrits scientifiques dans PudMed et dans Google scholar.

Les caractéristiques des survivants au cancer et leur adoption des SHV sont abordées dans les deux premières sections. Ensuite, les sections suivantes décrivent les différents éléments de la littérature qui facilitent l'adoption des SHV, soit le plan de suivi personnalisé pour les survivants au cancer, le suivi médical et les éléments d'un programme en SHV.

Les survivants au cancer et les saines habitudes de vie (SHV)

L'impact du cancer sur la vie des personnes ne s'arrête pas avec la fin des traitements. Ces personnes sont à haut risque de récidives et les cancers qui refont surface sont responsables de la majorité des décès dus à cette maladie [2]. Elles sont également plus à risque d'être atteintes d'un nouveau cancer et de maladies chroniques [1, 3].

Près de 41 % des Canadiennes et 46 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie [4]. La survie relative à 5 ans pour l'ensemble des types de cancer est de 63 % [5, 6]. Aux États-Unis, plus de la moitié des survivants ont 60 ans et plus [7]. Parmi les 401 112 personnes vivant en Chaudière-Appalaches, on estime en moyenne que 2 200 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Environ 9 cas sur 10 sont diagnostiqués après 50 ans [1].

En général, les survivants au cancer recherchent de plus en plus une diversité de soutien et de services durant la période post-traitement afin de les aider à vivre à long terme avec une très grande variété de difficultés physiques et psychologiques [3, 8, 9] : des problèmes de douleur chronique, de fatigue, de sommeil, cognitifs, de dépression, existentiels, une peur de la récidive du cancer, une mauvaise image corporelle ou de soi et des changements dans la qualité de leur sexualité [3]. Il peut avoir également des préoccupations financières, des retours au travail difficiles et des effets à long terme sur l'employabilité [3].

De plus, selon une étude américaine menée auprès de plus de 1 040 survivants qui ont eu leur diagnostic de 2 à 5 ans auparavant, les survivants ont besoin de plus d'information à propos des avancées médicales en cancer (65,9 %), des moyens pour réduire les risques de récidive de cancer (61,4 %), des moyens pour gérer avec les effets secondaires long terme du traitement du cancer (51,9 %). Cependant, les survivants au cancer qui ont complété un premier traitement entrent par la suite dans une nouvelle trajectoire d'autosoin. Ils sont en très grande majorité ignorants des risques accrus pour leur santé et mal préparés à gérer leurs futurs besoins de santé [10].

Une des découvertes les plus importantes des dernières années est la démonstration que les facteurs du mode de vie qui préviennent l'apparition du cancer peuvent également jouer un rôle prédominant dans la prévention de la récidive [1, 2, 11] et augmentent les bénéfices physiques et émotionnels comme la réduction de la fatigue, l'amélioration du fonctionnement physique et l'amélioration de la qualité de vie [1, 12].

Dans une étude menée auprès de survivants de cancer de la prostate ou du sein, ces derniers se disaient intéressés à modifier leurs habitudes alimentaires (54 %), leurs habitudes d'exercice physique (51 %) et à participer à un programme de cessation du tabagisme (60 % des fumeurs) [13]. Bien que la plupart des survivants au cancer attribuent leur cancer à des facteurs hors de leur contrôle sauf pour l'usage du tabac, ils deviennent souvent intéressés à modifier leurs habitudes de vie dans l'espoir de prévenir une récurrence du cancer [14-18].

Malgré qu'une proportion substantielle de survivants au cancer initie des changements positifs de comportement concernant les saines habitudes de vie, d'autres ne le font pas [19]. Les hommes, les personnes moins scolarisées, qui ont 65 ans et plus ou qui vivent dans les milieux urbains sont moins enclins à adopter des saines habitudes de vie [19]. Le niveau d'intérêt sur les saines habitudes de vie varie entre les hommes et les femmes. Le niveau d'intérêt des femmes se maintient dans le temps tandis que le niveau d'intérêt des hommes diminue significativement plus on s'éloigne du diagnostic [20]. D'un autre côté, les hommes survivants à un cancer améliorent plus leurs habitudes de vie (diminution de la consommation de tabac, diminution de l'indice de masse corporelle) que les hommes sans cancer [21].

Concrètement, dans une étude menée aux États-Unis auprès de plus de 9 000 survivants au cancer [22], seulement une minorité adopte les recommandations officielles des guides sur les saines habitudes de vie (SHV) :

Tableau 1 : Adoption des saines habitudes de vie par les survivants au cancer [22]

Manger 5 fruits ou légumes par jour	14,8 % à 19,1 %
Effectuer 30 minutes d'activité physique par jour	29,6 % à 47,3 %
Ne pas fumer	82,6 % à 91,6 %
Les trois SHV combinées	Seulement 5 %

L'ADOPTION DES SHV CHEZ LES SURVIVANTS AU CANCER

L'adoption des saines habitudes de vie chez les survivants au cancer a pour objectifs de maintenir une qualité de vie et de réduire les risques de récurrence. Trois habitudes de vie sont plus spécifiquement ciblées soient l'exercice physique, la saine alimentation et la cessation du tabagisme. De plus, la gestion du stress ou de la détresse psychologique est souvent identifiée comme étant une composante essentielle à la qualité de vie des survivants au cancer.

Exercices physiques

Recommandations

Faire de l'exercice physique à une fréquence régulière est une recommandation largement répandue et bien documentée pour son efficacité sur la santé. Toutefois, les recommandations sur la quantité d'exercice physique et son intensité peuvent varier d'un guide ou d'un programme à l'autre [23-25].

- Effectuer 30 minutes d'activité physique par jour à intensité modérée [22].
- Diminution des risques de récurrence de 50 % chez les survivants qui effectuent 2,8 heures d'activité physique par semaine à intensité modérée [26].

Adoption réelle

De 29,6 % à 47,3 % des survivants font de l'exercice physique selon les recommandations [22].

Selon les données actuelles, sans soutien particulier, moins de 10 % des personnes en traitement pour un cancer feront de l'exercice et seulement entre 20 et 30 % seront actifs après leur traitement [23].

Préférences des clients

- Recevoir de l'information sur l'activité physique :
 - au diagnostic ou peu de temps après [20, 27];
 - par un spécialiste d'un centre de cancer et de préférence en face à face [27, 28];
 - adaptée et personnalisée à leur situation [27].
- Débuter les exercices physiques après la fin de la thérapie, à une intensité moyenne, seul, à la maison, le matin [28];
- Faire de la marche est l'activité préférée été comme hiver [28];
- Faire une activité non supervisée et donc plus flexible [28].

Barrières

- Sentir des inconforts physiques [28];
- Se sentir malade [28];
- Se sentir déprimé [28];
- Avoir des préoccupations par rapport à son apparence [28];
- Peur d'en faire trop [28];
- Être trop occupé [28].

Les facteurs ou déterminants favorisant l'adoption des SHV

- Choisir le moment pour promouvoir la SHV :
 - Les personnes atteintes d'un cancer semblent être en mesure d'augmenter leur niveau d'activité physique, peu importe le moment où la promotion est effectuée [12];
 - Les interventions effectuées à la suite du premier traitement complété favorisent plus l'adoption de SHV et leur maintien dans le temps que les interventions durant la phase active du traitement [20];
 - Une recension sur le sujet stipule qu'une promotion efficace de l'augmentation de l'activité physique ne dépend pas tant des étapes du traitement du cancer [12] que la capacité de réaliser l'activité.
- Diversifier les stratégies :
 - Choisir l'exercice en fonction de l'intérêt, des habilités, des opportunités des personnes [28, 29];
 - S'il y a lieu, référer les survivants du cancer à un entraîneur de conditionnement physique et à des diététistes pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie, surtout en ce qui a trait au maintien du poids, à la composition corporelle et à la gestion d'une fatigue persistante [30];
 - Favoriser l'adhérence à la pratique de l'exercice physique chez les survivants au cancer par la mise en commun des interventions reconnues :
 - ♦ de la supervision court terme de l'exercice (ex. : 12 semaines) [23];
 - ♦ des groupes de soutien [23];
 - ♦ du soutien téléphonique [23];
 - ♦ des entrevues motivationnelles [23];
 - ♦ du matériel écrit spécifique aux survivants au cancer [23];
 - ♦ des techniques de changement de comportement : avoir des objectifs d'entraînement, encourager l'autosurveillance et inciter les clients à généraliser les exercices appris dans un contexte supervisé dans un contexte non supervisé [29].
 - Recevoir une rétroaction d'un entraîneur professionnel ou d'une infirmière augmente positivement l'adoption de l'exercice physique [31];
 - Utiliser les facteurs sociaux incluant le soutien social, avoir un partenaire d'exercice ou un modèle pour influencer l'adoption de l'exercice physique [32] ou augmenter la pratique de l'exercice physique [33];
 - Selon les études effectuées dans la population générale, il est prouvé qu'un environnement physique propice, tel que les trottoirs, les zones cyclistes réservées, les traverses piétonnières sécuritaires et la disponibilité d'espaces verts ou récréatifs, est relié à l'adoption et au maintien de l'exercice physique [34];
 - Offrir des interventions en exercice physique aux personnes atteintes d'un cancer à l'endroit où elles vivent et travaillent est réalisable et améliore la santé physique, psychologique et le bien-être général [35];
 - Étant donné que les survivants au cancer peuvent rencontrer plus de barrières à la réalisation d'exercice que la population générale, le soutien social ainsi que l'accès à un environnement propice peuvent être des déterminants encore plus importants chez cette population [36].

Alimentation

Avoir une bonne alimentation est une recommandation largement répandue et bien documentée pour son efficacité sur la santé [23-25]. La majorité des guides et programmes recommandent de manger des fruits et légumes et avoir un poids santé. Certaines recommandations sont mises de l'avant plus que d'autres, selon les guides et programmes. Enfin, plusieurs études sont de plus en plus précises à confirmer que certains aliments diminuent les risques de récives pour des cancers spécifiques [11].

Recommandations

- Manger 5 fruits ou légumes par jour [22] :
 - Risque de récurrence de cancer diminué jusqu'à 65 % [2].
- Avoir un poids santé :
 - Risque de récurrence de cancer augmenté de 50 % pour un IMC de plus de 30 [2];
 - Pour les personnes obèses ou avec un embonpoint, une perte de poids est souvent recommandée. Les objectifs de perte de poids doivent combiner une alimentation équilibrée et une augmentation de l'activité physique [12].
- Éviter de consommer des viandes rouges, charcuteries et farines raffinées [2] :
 - Sinon, risque de récurrence de cancer augmenté de 200 % [2].
- Aliments spécifiques aidant à diminuer la récurrence de cancer [2] :
 - Risque de récurrence de cancer diminué jusqu'à 75 % [2].
- Référer les survivants du cancer au Guide alimentaire canadien pour les recommandations relatives à une alimentation saine, en tenant compte des besoins spéciaux liés au diagnostic et au traitement du cancer (stomie, dysphagie, interactions médicamenteuses, etc.) [30].

Adoption réelle

- De 14,8 % à 19,1 % des survivants mangent 5 fruits ou légumes par jour [22];
- Entre 30 et 60 % des survivants au cancer disent avoir amélioré leur alimentation après leur diagnostic de cancer. La majorité rapporte consommer moins de viande et une augmentation des fruits et légumes [19];
- Les habitudes alimentaires diffèrent entre les survivants de cancer vivant en milieu urbain et en milieu rural. Ces différences s'expliquent, entre autres, par le niveau de scolarité, les ressources financières et l'accès à des aliments santé [37];
- Aux États-Unis, la prévalence d'obésité est plus élevée chez les personnes résidant en zone rurale qu'en zone urbaine [37];
- La promotion et les interventions de saines habitudes alimentaires ont un effet plus large chez les individus ayant un problème de santé préexistant [38].

Préférence des survivants

- La préférence des clients est de recevoir de l'information sur la saine alimentation au diagnostic ou peu de temps après [20];
- Même si les personnes atteintes d'un cancer sont motivées à recevoir des informations pour débiter un changement des habitudes alimentaires, elles ont de la difficulté à maintenir leur engagement durant la période de traitement [12].

Les facteurs ou déterminants favorisant l'adoption des SHV

- Débuter le changement de comportement alimentaire des personnes atteintes d'un cancer ou les survivants au cancer lorsqu'ils sont réellement disposés, c'est-à-dire lorsque les traitements sont terminés ou soit entre 4 mois et 18 mois de l'annonce du diagnostic [12];
- Soutenir les personnes atteintes de cancer avec des interventions en face à face, contacts téléphoniques ou par Internet. Sur une population générale, la promotion et l'aide à l'adoption de saines habitudes alimentaires ont des effets positifs lorsque l'enseignement ou les conseils (rétroactions et interventions personnalisées sur les comportements alimentaires, la motivation, les attitudes, les normes et les habiletés) sont donnés en face à face. Cependant, les interventions par contact téléphonique ou par Internet semblent être des alternatives raisonnables [38];
- S'il y a lieu, référer les survivants du cancer à un entraîneur de conditionnement physique et à des diététistes pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie, surtout en ce qui a trait au maintien du poids, à la composition corporelle et à la gestion d'une fatigue persistante [30].

Cessation du tabagisme

Recommandations

Ne pas fumer [22].

Adoption réelle

- De 82,6 % à 91,6 % des survivants ne fument pas (États-Unis) [22];
- 63,9 % des patients fumeurs continuent de fumer après un cancer [39];
- Seulement environ 50 % de ceux qui sont des fumeurs au moment du diagnostic tentent d'arrêter de fumer [12];
- Les survivants qui ont un cancer relié à la cigarette sont deux fois plus enclins à cesser de fumer que ceux qui n'ont pas de cancers qui y sont directement reliés [39];
- Les hommes auraient plus tendance à cesser de fumer que les femmes [39];
- Le taux de cessation augmente avec l'âge [39];
- Le taux de cessation diminue avec l'augmentation du nombre d'années à fumer [39];
- Les clients atteints d'un cancer et qui fument peuvent avoir un sentiment plus grand d'efficacité tout de suite après l'annonce du diagnostic ou après une hospitalisation où ils leur étaient interdits de fumer [12].

Les préférences des clients

Recevoir de l'information sur la cessation tabagique au diagnostic ou peu de temps après [20].

Facteurs ou déterminants favorisant l'adoption des SHV

La cessation réelle est :

- plus efficace lorsque les services sont offerts et débutent peu après l'annonce du diagnostic [12];
- favorisée par l'augmentation de la perception du risque que le cancer soit relié à l'usage de la cigarette [39];
- favorisée par l'accès à des traitements intensifs tels que des thérapies, de la médication et l'approche motivationnelle [39].

Barrières

- La dépendance à la cigarette [39].

Gestion de la détresse

Adoption réelle

- La détresse est une expérience émotionnelle déplaisante et multifactorielle de nature psychologique, sociale ou spirituelle qui peut interférer dans les habiletés à s'adapter efficacement à la situation que représente « vivre avec un cancer » [40];
- De 18 à 43 % des survivants rapportent de la détresse émotionnelle [41];
- La détresse la plus souvent rapportée concerne :
 - La peur de la récurrence [3, 8, 9];
 - L'anxiété [42];
 - La dépression [42];
 - La difficulté d'adaptation et le sentiment de vulnérabilité [42].
- La détresse peut s'exprimer de différentes façons. Par exemple, chez des femmes atteintes d'un cancer du sein, elle se manifeste par de l'anxiété, de la douleur, de la fatigue, des problèmes de sommeil, des problèmes de communication avec son partenaire, des préoccupations de son image corporelle, des dysfonctionnements sexuels, des pensées intrusives et persistantes, une peur de la récurrence, de la vulnérabilité et des inquiétudes par rapport à la mort [43];
- La détresse émotionnelle peut survenir tout au long de la trajectoire de soins (au diagnostic, durant le traitement et en post-traitement) [44, 45];
- Elle semble être habituellement plus commune autour du diagnostic et du traitement (prévalence de 24 %), moins fréquente en période de rémission (prévalence de 16,5 %) et beaucoup plus fréquente en période de soins palliatifs (prévalence de 59,3 %) [46];
- L'intensité de la détresse semble variée. Une étude avec un échantillon de 1 083 personnes avec le cancer et évaluées sur une période de 47 mois démontre une prévalence de la détresse psychologique à 43 % avec des symptômes psychiatriques mineurs et à 26 % avec des symptômes psychiatriques majeurs [47];
- La détresse semble être plus fréquente chez les patients hospitalisés que chez les patients vivant dans la communauté [48];
- Une femme sur quatre désire plus de soutien comparativement à un homme sur 10 [49];
- Les sautes d'humeur, l'anxiété, la douleur et la fatigue semblent être les symptômes les plus importants reliés à la détresse [50];
- Les meilleurs prédicteurs de la détresse psychologique semblent être la fatigue, des métastases et des limitations fonctionnelles [50];
- La détresse est associée à une réduction de la qualité de vie, de faibles comportements de santé, une utilisation plus élevée des services médicaux et une plus grande mortalité [51, 52];
- La détresse peut également être préjudiciable à l'adhérence au traitement et à l'autosoins [53].

Objectifs

Réduire la détresse psychologique et améliorer le fonctionnement global de la personne.

Facteurs ou déterminants favorisant une meilleure gestion de la détresse

- Avoir un réseau social soutenant [12];
- Partager les pensées et les émotions avec des personnes s'intéressant véritablement à eux et à leurs besoins [54];
- Faire de l'exercice peut diminuer les symptômes dépressifs lorsque l'exercice est associé à un programme d'exercice supervisé ou partiellement supervisé, à l'extérieur de la maison et lorsque l'exercice s'effectue sur une période minimale de 30 minutes [12, 55, 56];

- Intégrer le dépistage de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie lors des examens de consultation [30] et référer à des ressources appropriées au besoin;
- Évaluer régulièrement le degré de bien-être émotionnel des partenaires ou des proches et de la vie familiale [57];
- Procéder au dépistage de la détresse à intervalles réguliers, de 6 à 12 mois ou selon les besoins [57];
- Avoir accès à de l'enseignement et du soutien par des pairs ou des professionnels selon le stade de cancer et les divers besoins durant toute la trajectoire de soins [42, 54];
- Utiliser des thérapies alternatives et complémentaires telles que la relaxation, le yoga et l'hypnose [42];
- Avoir accès à des psychothérapies de type cognitivo-comportementales [54, 58] lorsque les symptômes persistent.

Une réduction de l'utilisation des services de santé est observée chez les survivantes au cancer du sein qui ont participé à une psychothérapie pour réduire la détresse [59].

Le plan de suivi personnalisé pour les survivants du cancer

Le plan de suivi personnalisé pour les survivants du cancer s'inscrit dans la suite du plan de traitement. Il prépare les survivants au cancer à la transition des traitements actifs vers la phase de suivi post-traitement [3] et vise un grand ensemble de besoins des survivants au cancer [60].

Tableau 2 : Introduction du plan relié au traitement et plan de suivi personnalisé pour le cancer

	Dx	Traitement	Post-traitement
La détresse			
Cessation du tabagisme			
Exercices physiques			
Alimentation			

↓
↓
 Plan relié au traitement Plan de suivi personnalisé

*Bandes bleues et vertes = meilleur moment pour introduire les SHV.

Les deux plans peuvent contenir des éléments semblables, mais avec des objectifs qui leur sont propres. Le plan de traitement vise à offrir le meilleur traitement et à aider à contrer les effets secondaires de celui-ci, tandis que le plan de suivi personnalisé vise à fournir de l'information et des outils afin d'habiliter les survivants à faire de l'autosoins, à obtenir de l'information, à prendre des décisions, à résoudre des problèmes et à communiquer plus efficacement avec leurs soignants [3, 60, 61].

Le plan de suivi personnalisé a un excellent potentiel pour répondre aux besoins d'information afin de réduire la détresse lors de la transition, d'améliorer la qualité du suivi post-traitement et leur qualité de vie [3, 10, 62]. Il est recommandé que le plan de suivi personnalisé soit écrit [3, 63] et remis au survivant.

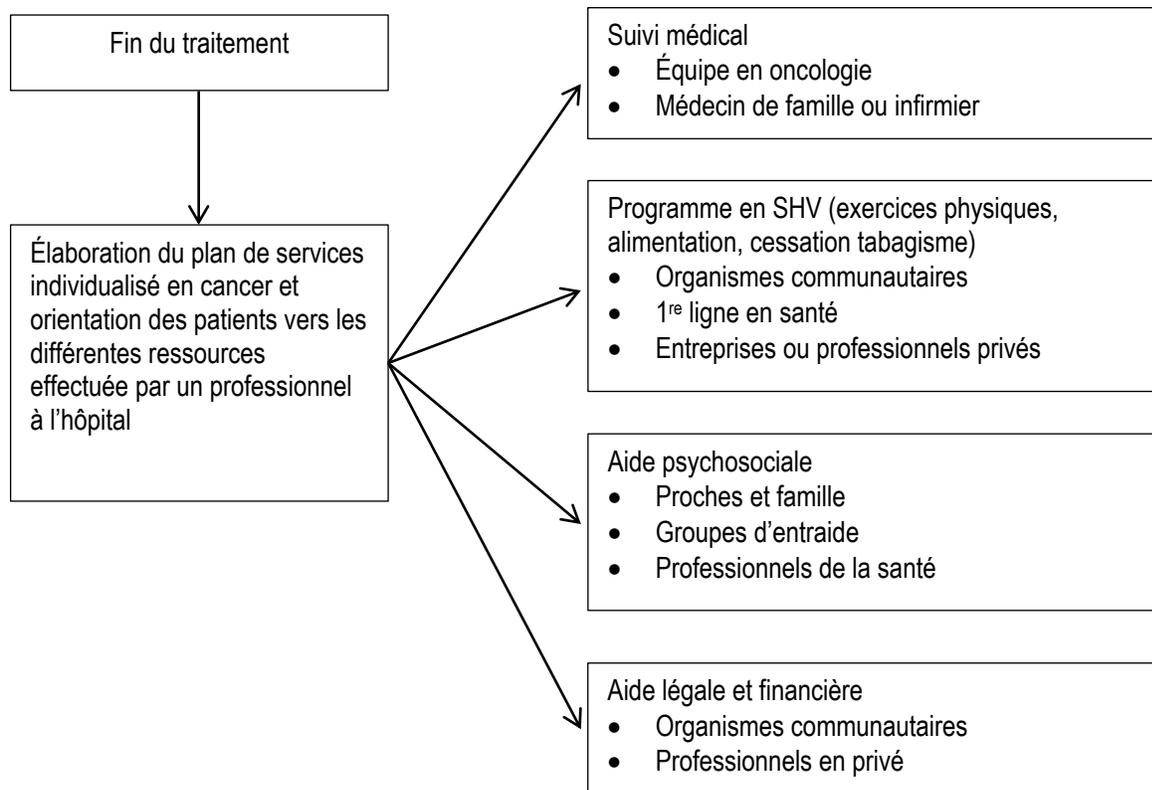
Les plans de suivi personnalisé pour les survivants englobent les principaux besoins des survivants et se divisent habituellement en cinq sections [3, 62-64] :

- Le cancer
 - Le diagnostic
 - Les traitements reçus
 - Les éléments à surveiller et informations sur les effets secondaires tardifs et à long terme
 - Les signes et symptômes d'un second cancer
- Planification et coordination du suivi médical (équipe qui travaille en oncologie, chirurgien, médecin de famille) et professionnels :
 - Qui fait quoi dans mon suivi post-traitement et à quelle fréquence?
 - Qui répond à mes questions s'il y a des inquiétudes et en cas d'urgence?
 - Comment je me prépare aux rencontres médicales?
- Les recommandations de comportements de santé ou les SHV
 - Qu'est-ce que je peux faire pour améliorer ma situation et éviter une récurrence?
 - Adoption des saines habitudes de vie;
 - Recours à de la médecine ou des soins alternatifs.
- Les ressources disponibles (du réseau de la santé, des organismes communautaires, ressources privées et alternatives, etc.)
 - Qui peut m'aider à améliorer mes comportements de santé alimentaire, physique, tabagique et émotionnelle?
 - Qui peut m'aider si j'ai des besoins financiers et légaux?
- Un plan de soutien

La section « plan de soutien » est émergente et elle fait parfois l'objet d'un second document. Elle relie les besoins des survivants au cancer aux ressources disponibles. Elle peut détailler des objectifs à atteindre, les moyens et les échéanciers.

Le plan de suivi personnalisé permet d'évaluer un ensemble de besoins chez la personne, de lui transmettre de l'information et de la diriger vers les services dont elle a besoin. Répondre à l'ensemble des besoins des survivants au cancer implique de bien connaître les ressources du réseau de la santé et de la communauté et d'être en mesure de les expliquer.

Orientation du patient pour le suivi post-traitement



Il semble préférable de réaliser le plan de suivi personnalisé peu avant la fin des traitements par des intervenants de l'équipe en oncologie. Une étude américaine démontre que les survivants à un cancer qui, à la fin de leur traitement, sont orientés à l'hôpital pour la suite des suivis sont plus autonomes et utilisent moins les services de santé comparativement aux survivants qui sont orientés par leur médecin de famille [59]. L'infirmière pivot pourrait être une ressource intéressante, cependant seulement 60 % des personnes atteintes d'un cancer au Québec ont une infirmière pivot [65]. De plus, plusieurs patients reçoivent leur traitement en dehors de la région. En effet, parmi les hospitalisations, pour la période de 2006 à 2009, pour l'ensemble des résidents de la région de la Chaudière-Appalaches, 64 % étaient traités dans la région, 33 % dans la région de la Capitale-Nationale et 4 % dans d'autres régions [66].

Pour être pleinement efficace, un plan de suivi personnalisé doit faire l'objet d'un suivi à une fréquence régulière afin de l'ajuster en fonction de l'évolution des besoins. La fréquence peut s'accroître dans un premier temps au suivi médical post-traitement pour être ensuite deux fois par année.

L'inclusion des recommandations sur les saines habitudes de vie dans le plan de soins pourrait être une des stratégies permettant de standardiser les recommandations entre les différents acteurs [62, 67].

Le suivi médical

Les modèles d'organisation de services post-traitements pour les survivants au cancer varient selon les études. Des modèles de suivi post-traitement dans des cliniques pour survivants, des suivis post-traitements partagés entre les oncologues et les médecins de famille, des suivis de traitements effectués par des infirmières et des modèles de suivi multidisciplinaires [3]. Les données scientifiques qui appuient ces modèles sont faibles et sont principalement basées sur un consensus [3].

Les suivis effectués post-traitements par une infirmière ou un médecin de famille permettent de détecter de façon équivalente la récurrence de cancer que le suivi par un oncologue et les clients sont satisfaits de cette approche [3]. Toutefois, ces modèles ne peuvent être appliqués pour les survivants avec des besoins plus complexes ou dont la détection de la récurrence requière des tests ou examens plus spécialisés ou qui sont considérés à haut risque de problèmes persistant à la suite du traitement et de récurrences [3]. Ces survivants requièrent le suivi et l'intervention d'une équipe en oncologie spécialisée [3].

L'organisation des services devrait tenir compte également de la continuité de services entre les différents acteurs, de l'implication appropriée des professionnels, de l'identification d'objectifs, de fréquence et de durée du suivi post-traitement et de la communication des acteurs afin de minimiser la redondance des actions [3].

Peu importe le modèle retenu, il est clair que la remise d'information éducationnelle passive ou traditionnelle aux clients conduit rarement à l'adoption de saines habitudes de vie [3] et que le suivi médical devrait inclure un suivi minimal des SHV avec la collaboration des autres professionnels.

Les éléments d'un programme en SHV

L'annonce d'un diagnostic cancer est rarement une motivation suffisante pour adopter de saines habitudes de vie [68] et l'information seule ne peut suffire à répondre aux besoins complexes des personnes atteintes d'un cancer [69]. Plusieurs stratégies efficaces ont besoin d'être identifiées [68] afin de rejoindre un plus grand nombre de survivants et leurs besoins.

Il existe une multitude de formats de programmes pour l'adoption des SHV pour les survivants au cancer [30]. Ces programmes varient beaucoup dans leurs composantes et la qualité méthodologique de leur évaluation est souvent jugée faible ou moyenne [30]. Le regroupement des composantes des différents programmes permet de tracer les lignes d'un programme complet. Chacune de ces composantes est détaillée dans la section suivante.

Tableau 3 : Synthèse des composantes d'un programme en SHV

1. Inciter les patients à adopter des SHV
2. Élaborer et suivre le plan de suivi personnalisé en cancer
3. Adapter les SHV selon les besoins
4. Aider à débiter l'adoption des SHV
5. Favoriser le soutien des proches et de la communauté
6. Travailler sur l'environnement favorisant l'adoption des SHV

1. INCITER LES PATIENTS À ADOPTER DES SHV

1.1. Contribution de toute l'équipe en cancérologie

Les médecins spécialistes et les médecins de famille sont particulièrement bien placés pour recommander et faciliter l'adoption de saines habitudes de vie, ainsi qu'un très grand nombre de professionnels de la santé (infirmières en oncologie, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, techniciens en imagerie médicale, etc.) et même des bénévoles [12]. Les patients augmentent de façon significative la pratique de l'exercice physique lorsqu'ils reçoivent les recommandations de leur oncologue par rapport au groupe contrôle [27]. Une recommandation même brève d'un médecin invitant le client à améliorer ses saines habitudes de vie peut être efficace [12].

Par contre, seulement 20 % des oncologues semblent en faire [19]. Les oncologues et les chirurgiens discutent avec leurs clients des changements alimentaires lorsqu'ils considèrent que les données probantes sont fortes [67]. Les principales barrières à la promotion des SHV évoquées par les oncologues sont une « compétition » entre les préoccupations concernant les traitements et la santé du client versus l'introduction des saines habitudes de vie, les contraintes de temps, l'incertitude concernant les messages appropriés à livrer [70-72].

Le plus important est que les médecins offrent des recommandations sur les SHV et que ces recommandations soient similaires d'un intervenant à l'autre [67].

1.2. Moment favorable à l'adoption des SHV

Les personnes atteintes d'un cancer préfèrent recevoir de l'information sur les SHV au moment de leur diagnostic ou peu de temps après et sont motivées à adopter des comportements plus sains. Cependant, une majorité de ces personnes font face à un stress psychologique important qui retarde la disposition des survivants à considérer des changements dans leurs SHV [12, 73].

L'année suivant le diagnostic semble être une « période d'enseignement » plus propice où l'adoption de saines habitudes de vie peut être discutée et bien reçue par les personnes atteintes d'un cancer, [27] car ils démontrent toujours une grande motivation et ils sont plus disposés à les adopter.

Bien qu'il existe des études précisant le moment optimal pour intervenir sur l'adoption de saines habitudes de vie, cela reste souvent une question de « timing » et de jugement entre la période où le traitement et la réadaptation sont les principales préoccupations et celle où le client est physiquement et psychologiquement préparé et motivé à changer ses comportements [12, 73].

De plus, le temps optimal pour promouvoir l'amélioration des SHV varie selon le comportement à améliorer [12]. Voici un tableau qui résume les données à ce sujet :

Tableau 4 : Le moment plus favorable à l'adoption des saines habitudes de vie (SHV) [74]

	Moment plus favorable à l'adoption des SHV	Précisions
Gestion du stress et de la détresse psychologique	Au diagnostic, au traitement et en post-traitement [67]	<ul style="list-style-type: none">• Souvent la première intervention à faire avant d'introduire les autres SHV [67]• Détresse en post-traitement surtout axé sur la peur de la récurrence [58, 59]
Exercice physique	De 4 mois après le diagnostic jusqu'à 1 an post-traitement [12, 20]	<ul style="list-style-type: none">• Selon la capacité de la personne [12]• En traitement, l'exercice aide à contrer les effets secondaires des traitements

Alimentation	De 4 mois après le diagnostic jusqu'à 18 mois post-traitement [12]	<ul style="list-style-type: none"> • En traitement, l'ajustement de l'alimentation sert à mieux contrer les effets secondaires des traitements
Cessation du tabagisme	Au diagnostic [12]	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de débiter le plus tôt possible afin de diminuer les effets négatifs du tabagisme [12] • Profiter d'une période d'abstinence, par exemple, due à une hospitalisation, pour poursuivre la cessation [12]

Cependant, ces périodes propices à l'enseignement n'arrivent pas naturellement et ont besoin d'être délibérément créées comme un élément à part entière de la consultation du patient [27]. De plus, le patient peut être moins enclin à faire ces changements et refuser les propositions d'aide à l'adoption des SHV. La meilleure pratique peut être d'offrir au client de l'aide de façon répétitive jusqu'à ce qu'il l'accepte [12].

2. ADAPTER LES SHV SELON LES BESOINS

Il est possible que certaines personnes aient besoin de conseils précis afin de mieux adapter les SHV à leur condition et faciliter leur adoption. Les adaptations sont surtout nécessaires en lien avec la pratique de l'exercice physique et l'alimentation.

- La pratique d'exercice d'activité physique chez les personnes atteintes d'un cancer et les survivants au cancer nécessite certaines précautions afin de respecter la capacité de la personne et maximiser les chances d'une intégration réussie de la SHV. En voici quelques exemples :
 - Si la personne était physiquement active avant les traitements, il est possible qu'une baisse des activités soit nécessaire [12];
 - Un début graduel est suggéré pour les personnes qui n'étaient pas actives avant le diagnostic;
 - Certains types de cancer ou certains effets des traitements nécessitent des recommandations particulières en lien avec l'activité physique, par exemple :
 - Personne avec des problèmes d'équilibre : éviter des activités sur des manèges;
 - Personne recevant un traitement par radiation : éviter d'exposer la peau irradiée au chlore des piscines;
 - Et pour tous les autres cancers et traitements qui peuvent altérer les capacités physiques [12].
- Référer les survivants du cancer au Guide alimentaire canadien pour les recommandations relatives à une alimentation saine, en tenant compte des besoins spéciaux liés au diagnostic et au traitement du cancer (stomie, dysphagie, interactions médicamenteuses, etc.) [30].

Les adaptations des SHV s'effectuent avant leur introduction par des professionnels de la santé.

3. SOUTENIR À L'ADOPTION DES SHV

Les survivants au cancer ne sont pas une clientèle homogène. Ils diffèrent dans leurs besoins, dans leurs préférences et leur capacité à y répondre. C'est pourquoi un programme visant l'adoption des SVH chez cette clientèle aurait avantage à proposer différentes modalités de soutien, « à la carte », afin de rejoindre le plus grand nombre de survivants.

3.1. Informer

Un des premiers constats est que les survivants au cancer adoptent dans une large majorité (91 %) une forme d'autogestion de leur santé. L'autogestion concerne particulièrement l'exercice physique (84 %) et l'alimentation (56 %) [75]. Cependant, les changements apportés ne sont pas nécessairement dans le sens des bonnes pratiques et peuvent prendre toutes sortes de direction. Une première action pourrait être d'informer les survivants sur les meilleures actions à poser.

Les personnes atteintes de cancer et les survivants reçoivent une grande quantité d'information lors d'une période de grand stress. Afin d'en favoriser l'absorption, les nouvelles informations ont avantage à être écrites, expliquées, réparties dans le temps et rappelées verbalement ou par écrit. Les informations écrites remises par courrier ou par Internet font partie de plusieurs programmes étudiés sur les SVH pour les survivants au cancer.

3.2. Offrir un soutien de groupe ou individuel

Un deuxième constat est que les survivants ont besoin parfois d'un coup de pouce afin d'adopter les SHV.

L'adoption des SHV peut être efficacement facilitée par plusieurs types d'approches telles que : l'entrevue motivationnelle, le counselling comportemental, les interventions précises sur les stades de changement et le modèle transthéorique, la promotion de la marche incluant l'utilisation d'un podomètre (rétroaction) et l'entraînement supervisé de l'exercice physique (souvent offert par un spécialiste) [27]. La plupart de ces stratégies peuvent être utilisées en groupe ou en individuel.

Le soutien de groupe

Il existe plusieurs types de programmes de groupe. Certains visent à répondre à plusieurs besoins des survivants tels que « L'espoir, c'est la vie » (Hope and Cope) de Montréal ou « Cancer transition, moving beyond treatment » du The cancer support Community et de LIVESTRONG aux États-Unis. Alors que d'autres sont plus spécifiques à une habitude en particulier tels des programmes d'exercice physique standardisés, avec un horaire déterminé dans un centre d'entraînement avec un professionnel ou des groupes de soutien [69].

Bien que les résultats soient intéressants et bien documentés, la stratégie de groupe ne rejoint qu'une partie des survivants au cancer. Les raisons les plus fréquemment évoquées pour refuser de participer à ces programmes sont le manque d'intérêt, le manque de temps et le voyageant [76-78].

Le soutien individuel

Certaines personnes préfèrent faire de l'exercice seules ou à la maison ou d'autres n'ont pas la possibilité de se déplacer pour assister au groupe [28]. Par contre, ces survivants pourraient bénéficier des conseils d'un spécialiste d'un centre de cancer avant d'entreprendre à la maison les changements sur les SHV [27, 28].

3.3. Offrir des thérapies à distance

Un troisième constat est que les survivants n'ont pas toujours la possibilité de se déplacer pour recevoir leurs traitements.

Les interventions pour rejoindre les clients à la maison telles que le suivi téléphonique, l'envoi de documents écrits ou les interventions de suivi par Internet sont prometteurs pour rejoindre les survivants au cancer géographiquement dispersés [73]. Ces interventions ont tendance à être offertes en mode hybride « à distance » et à la clinique [73].

De plus, les thérapies psychologiques par Internet des troubles anxieux et des troubles de l'humeur de léger à modéré et les traitements par Internet et le suivi téléphonique pour la cessation du tabac sont des options viables (efficace, sécuritaire et économique) pour les personnes qui requiert ce type de modalité [79, 80].

3.4. Offrir un suivi

Un quatrième constat est que les survivants ont de la difficulté, tout comme dans la population générale, à maintenir leur SHV dans le temps.

Un suivi téléphonique fréquent auprès des survivants au cancer âgés est essentiel pour faciliter l'amélioration des comportements de santé et l'atteinte de résultats [81, 82]. Bien que pris isolément, le suivi téléphonique favorise significativement plus l'adoption des SHV que l'envoi d'information par la poste [81, 82], les informations écrites restent un élément essentiel à un programme sur les SHV.

Exemple de suivi téléphonique

Plusieurs chercheurs ont étudié l'intervention RENEW (Reach Out to Enhance Wellness in Older Cancer Survivors) [83]. Cette intervention inclut un cahier de travail personnalisé, un suivi téléphonique, des messages téléphoniques automatisés et des rapports personnalisés de progression. Le suivi s'effectue sur 12 mois. Le suivi téléphonique s'effectue avec un conseiller personnel qui appelle une fois par semaine les trois premiers mois, aux deux semaines le mois suivant et ensuite une fois par mois. L'entretien téléphonique est d'une durée de 15 à 30 minutes et porte sur le suivi des progressions, offre du renforcement, explore les stratégies pour contrer les barrières, répondre aux questions, diriger les survivants vers des ressources et établir de nouveaux objectifs.

Étant donné que le suivi du plan de suivi personnalisé et le suivi de l'adoption des SHV peuvent se chevaucher dans le temps, il devient nécessaire de bien déterminer si les deux suivis sont effectués par la même personne, ou sinon de préciser le rôle des différents acteurs et leurs mandats.

4. FAVORISER LE SOUTIEN DES PROCHES ET DE LA COMMUNAUTÉ

Le soutien social est lié à l'amélioration de la qualité de l'alimentation, de la cessation tabagique et l'augmentation de l'activité physique chez les survivants à un cancer [12]. Par exemple, avoir un partenaire d'exercice ou un modèle peut influencer l'adoption de l'exercice physique [32] ou augmenter la pratique de l'exercice physique [33].

Dans la littérature, le soutien social et l'accompagnement des personnes s'effectuent lors de rencontre de groupe de soutien, lors de séances planifiées d'entraînement physique, lors de rencontres planifiées de groupe ou individuelles par Internet ou lors d'un suivi téléphonique. Le soutien social peut provenir de l'entourage du survivant, de bénévoles, de professionnels et de médecins.

Les personnes atteintes d'un cancer rapportent que la vague initiale de soutien de l'entourage qu'ils ont reçue au diagnostic s'estompe avec le temps [12]. Donc, il peut être opportun de profiter de ce soutien afin de faciliter l'adoption des SHV durant cette période.

5. TRAVAILLER SUR L'ENVIRONNEMENT FAVORISANT L'ADOPTION DES SHV

L'adoption de SHV dépend de plusieurs facteurs tels que le temps requis, les soins des enfants et la volonté des personnes à adopter de nouveaux comportements, mais aussi du transport et de l'environnement [20]. La

considération de ces facteurs permet de mieux cibler le moment opportun, le contenu et la façon d'offrir le service et ainsi mieux cibler les patients [20].

Selon les études effectuées dans la population générale, il est prouvé qu'un environnement physique propice, tel que les trottoirs, les zones cyclistes réservées, les traverses piétonnières sécuritaires et la disponibilité d'espaces verts ou récréatifs, est relié à l'adoption et au maintien de l'exercice physique [34].

CONCLUSION

Les survivants au cancer sont de grands utilisateurs des soins de santé qui ont des besoins variés et distincts [84]. Ces besoins ou particularités (fatigue, incontinence, intolérance alimentaire, problème digestif, etc.) doivent être pris en compte afin de promouvoir avec succès les saines habitudes de vie [73] et rechercher un modèle optimal d'organisation de services du réseau de la santé, adapté à la région.

Le post-traitement à la fin du premier traitement du cancer est maintenant reconnu comme une phase distincte dans le continuum de soins en cancer. Cette phase comprend évidemment la surveillance et les interventions médicales précoces pour contrer les effets secondaires long terme et parfois tardifs du cancer ou de son traitement et le dépistage des récurrences, ainsi que le soutien psychosocial et financier, l'aide à l'adoption des SHV et le suivi long terme [3, 30].

Les stratégies d'adoption des SHV chez les survivants au cancer et chez les personnes atteintes de maladie chronique se ressemblent et interpellent plusieurs acteurs communs. Il y aurait certainement des avantages à travailler ces stratégies de pairs pour optimiser les efforts et les ressources particulièrement sur les saines habitudes de vie.

La littérature scientifique sur les survivants au cancer est très abondante et en progression. Des recherches plus approfondies sur chacun des sous-sujets pourraient être nécessaires pour avoir un portrait plus précis et exhaustif.

RÉFÉRENCES

1. Drolet, Marie-Josée et Lucie Tremblay (2010). *Le rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer. Prévenir les cancers tous ensemble*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (ASSSCA), 280 p., <http://www.agencecss12.gouv.qc.ca/rapportdpspcancer/consulter-le-rapport-en-ligne/le-cancer-une-preoccupation-de-sante-publique/>.
2. Béliveau, Richard et Denis Gingras (2014). *Prévenir le cancer, comment réduire les risques*, Montréal, Les éditions du Trécaré, 263 p.
3. Howell, D., et autres (2012). «Models of care for post treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence», *Journal of Cancer Survivorship*, vol. 6, p. 359-71, http://cancercontrolplanet.cancer.gov/documents/howell_2012.pdf.
4. Bourassa, Annie, Marie-Josée Drolet et François Léveillé (2013). *État de la situation du cancer en Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, http://www.agencecss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/BUL_Ensemble_des_cancers_13-10-16.pdf.
5. Société canadienne du cancer, Statistiques Canada et Agence de la santé publique du Canada (2013). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*, Toronto, 120 p., http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/canadian-cancer-statistics-2013_FR.pdf.
6. Bourassa, Annie, Marie-Josée Drolet et François Léveillé (2013). *La survie suite à un cancer*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 4 p., http://www.agencecss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/BUL_PPSS_Survie_cancer_13-10-16.pdf.
7. National Cancer Institute (NCI). *Statistics*, Consulté le 15 décembre 2014, <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/statistics.html>.
8. Jarrett, N., et autres (2013). « Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature », *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 17, (5), p. 510-20, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23619278>.
9. Jefford, M. (2009). « Improving outcomes for cancer survivors in Australia », *Cancer Forum*, vol. 33, (3), p. 159-63.
10. Beckjord, Ellen Burke, et autres (2008). « Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: implications for cancer care », *J Cancer Surviv*, vol. 2, p. 179-189.
11. World Cancer Research Fund (FMRC) et American Institute for Cancer Research (AICR) (2007). *Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective*, Washington DC, AICR, <http://discovery.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf>.
12. Rabin, Carolyn (2009). « Promoting Lifestyle Change Among Cancer Survivors: When Is the Teachable Moment? », *American Journal of Lifestyle Medicine*.
13. Demark-Wahnefried, W., et autres (2000). « Current health behaviors and readiness to pursue life-style changes among men and women diagnosed with early stage prostate and breast carcinomas », *Cancer*, vol. 88, p. 674-84.
14. Linn, MW., BS. Linn et SR. Stein (1982). «Beliefs about causes of cancer in cancer patients», *Social Science & Medicine* vol. 16, p. 835-9.
15. Maskarinec, G., et autres (2001). « Perceived cancer causes: use of complementary and alternative therapy », *Cancer Practice*, vol. 9, p. 183-90.
16. Stewart, DE., et autres (2001). «Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors», *Psychooncology*, vol. 10, p. 179-83.
17. Stewart, DE., et autres (2001). « What doesn't kill you makes you stronger: an ovarian cancer survivor survey », *Gynecologic Oncology*, vol. 83, p. 537-42.

18. Wold, KS., et autres (2005). « What do cancer survivors believe causes cancer? (United States) », *Cancer Causes Control*, vol. 16, p.115-23.
19. Demark-Wahnefried, W., et autres (2005). « Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 23, (24), <http://jco.ascopubs.org/content/23/24/5814.full.pdf>.
20. Demark-Wahnefried, Wendy et Lee W. Jones (2008). « Promoting a Healthy Lifestyle among Cancer Survivors », *Hematology Oncology Clinics North America*, vol. 22, (2), p. 319-342, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2383876/>.
21. Karlsen, RV, et autres (2012). « Men with cancer change their health behaviour: a prospective study from the Danish Diet, Cancer and Health Study », *British Journal of Cancer*, vol. 107, p. 201-206, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389426/pdf/bjc2012238a.pdf>.
22. Blanchard, Christopher M., Kerry S. Courneya et Kevin Stein (2008). « Cancer Survivors' Adherence to Lifestyle Behavior Recommendations and Associations With Health-Related Quality of Life: Results From the American Cancer Society's SCS-II », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 26, (13), <http://jco.ascopubs.org/content/26/13/2198.full.pdf>.
23. Rock, Cheryl L., et autres (2012). « Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 62, p. 243-74, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21142/full>.
24. World Cancer Research Fund et American Institute for cancer Research (2007). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*, Washington, DC, American Institute for cancer Research.
25. Kushi, LH., et autres (2012). *American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity.*, CA : Cancer Journal of Clinicians, 30-67 p., <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002577-pdf.pdf>.
26. Holick, Crystal N., et autres (2008). « Physical activity and survival after diagnosis of invasive breast cancer », *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, vol. 17, (2), p. 379-86, <http://cebp.aacrjournals.org/content/17/2/379.full.pdf>.
27. Campbell, Anna, Jo Foster et Nick Cavill (2012). *Interventions to promote physical activity for people living with and beyond cancer : Evidence-Based Guidance*, England, Macmillan Cancer Support, http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Health_professionals/PhysicalActivityEvidenceBasedGuidance.pdf.
28. Buffart, L.M., et autres (2014). « Evidence-based physical activity guidelines for cancer survivors: current guidelines, knowledge gaps and future research directions », vol. 40, (2), p. 327-340.
29. Bourke, L., et autres (2013). « Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer », *Cochrane Database Systematic Reviews*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24065550>.
30. Howell, D., et autres (2011). *Guide pancanadien de pratique : Document d'orientation pancanadien sur l'organisation et la prestation des services de survie et sur les meilleures pratiques en soins psychosociaux et de soutien pour les adultes survivants du cancer*, Toronto, Partenariat canadien contre le cancer (Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, http://www.capo.ca/pdf/FRENCH_Survivorship_Guideline_Sept2011.pdf.
31. McGuire, R., N. Waltman et L. Zimmerman (2011). « Intervention components promoting adherence to strength training exercise in breast cancer survivors with bone loss », *West J Nurs Res.*, vol. 33, p. 671-689, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20702684>.
32. Rogers, Laura Q., et autres (2011). « Reduced barriers mediated physical activity maintenance among breast cancer survivors », *J Sport Exerc Psychol.*, vol. 33, p. 235-254, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3145412/pdf/nihms312259.pdf>.
33. Park, CL. et AE. Gaffey (2007). « Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: an integrative review », *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 34, p. 115-134.
34. Bauman, AE., et autres (2012). « Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? », *Lancet*, vol. 380, p. 258-271.

35. Knobf, MT., et autres (2014). «The effect of a community-based exercise intervention on symptoms and quality of life », *Cancer Nurs*, vol. 37, (2), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23519041>.
36. Kampshoff, Caroline S, et autres (2014, 11:80). « Determinants of exercise adherence and maintenance among cancer survivors: a systematic review», *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 11, (80), <http://www.ijbnpa.org/content/11/1/80>.
37. Miller, Paige E., et autres (2012). «Dietary Patterns Differ between Urban and Rural Older, Long-Term Survivors of Breast, Prostate, and Colorectal Cancer and Are Associated with Body Mass Index», *Journal of Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 112, (6), p. 824-831, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3378989/>.
38. Pomerleau, J., et autres (2005). « Interventions designed to increase adult fruit and vegetable intake can be effective: a systematic review of the literature.», *Journal of Nutrition*, vol. 135, (10), p. 2486-95.
39. Tseng, Tung-Sung, et autres (2012). « Who tended to continue smoking after cancer diagnosis: the national health and nutrition examination survey 1999–2008», *BMC Public Health*, vol. 12, (784), <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-784.pdf>.
40. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2009). *Distress management clinical practice guidelines in oncology*, États-Unis, NCCN.
41. Zabora, J., et autres (2001). «The prevalence of psychological distress by cancer site», *Psychooncology*, vol. 10, (1), p. 19-28.
42. Vachon, Mary (2006). « Psychosocial Distress and Coping After Cancer Treatment », *American Journal of Nursing*, vol. 106, (no 3 supplément), http://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2006/03003/psychosocial_distress_and_coping_after_cancer.11.aspx.
43. Hewitt, Maria, Roger Herdman et Jimmie Holland (2004). *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*, Washington, DC, 288 p. p., <http://www.nap.edu/catalog/10909.html>.
44. Murray, S.A., et autres (2007). «Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure», *Journal of Pain Symptom Manage*, vol. 34, (4), p. 393-402.
45. Chida, Yoichi, et autres (2008). « Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? », *Nature Clinical Practice Oncology*, vol. 5, (8), p. 466-75.
46. Gao, W., et autres (2010). « Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalence, associated factors and clinical implications», *European Journal of Cancer*, vol. 46, (11).
47. Mehnert, A. et U. Koch (2008). «Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors», *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 64, p. 383-391.
48. Reuter, K., et autres (2007). «Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer», *European Journal of Cancer Care*, vol. 16, p. 222-230.
49. Merckaert, I., et autres (2010). « Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs», *Psychooncology*, vol. 2, p. 141-9.
50. Juan Valdes-Stauber, Eva Vietz, Reinhold Kilian. (2013). « The impact of clinical conditions and social factors on the psychological distress of cancer patients: an explorative study at a consultation and liaison service in a rural general hospital », *BioMed Central Psychiatry*, vol. 13, (226), <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-13-226.pdf>.
51. Hamer, M., Y. Chida et G.J. Molloy (2009). «Psychological distress and cancer mortality», *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 66, (3), p. 255-8.
52. Jörmgården, A., E. Mattsson et L. von Essen (2007). « Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: a prospective longitudinal study », *European Journal of Cancer*, vol. 43, (13), p. 1952-8.
53. Murray, Scott A, et autres (2007). «Patterns of social, psychological and spiritual decline towards the end of life in lung cancer and heart failure», *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 34, (4), 393-402.
54. Fawzy, FI (1999). « Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't», *European Journal of Cancer*, vol. 35, (11), p.1559-64.

55. Lynette L. Craft, et autres (2012). « Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis», *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 21, p. 3-19, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253916/>.
56. Mishra, Sl., et autres (2012). «Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors (Review)», *The Cochrane Library*, (8), 68 p., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895961>.
57. Majhail, Navneet S, et autres (2012). « Recommended screening and preventative practices for long-term survivors after hematopoietic cell transplantation. Joint recommendations of the European group for blood and marrow transplantation, the center for international blood and marrow transplant research, and the American society of blood and marrow transplantation», *Journal of the American Society for Blood and Marrow Transplantation*, vol. 18, (3), p. 348-371, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279570/>.
58. MacCormack, T., et autres (2001). « Someone who cares: a qualitative investigation of cancer patients' experiences of psychotherapy», *Psychooncology*, vol. 10, (1), p. 52-65.
59. Grunfeld, E., et autres (1999). « Follow-up of breast cancer in primary care vs specialist care: results of an economic evaluation », *British Journal of Cancer*, vol. 79, (7-8), p. 1227-1233, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2362235/pdf/79-6690197a.pdf>.
60. Hewitt, M., S. Greenfield et E. Stovall (2006). *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*, Washington, National Academies Press.
61. Institute of Medicine (2007). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Report brief*, Washington, National Academies Press, <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2007/Cancer-Care-for-the-Whole-Patient-Meeting-Psychosocial-Health-Needs/PsychosocialprovidersReportBriefFINAL3web.pdf>.
62. Keesing, S., B. McNamara et L. Rosenwax (2014). « Cancer survivors' experiences of using survivorship care plans: a systematic review of qualitative studies», *Journal of Cancer Survivorship*.
63. Association of Community Cancer Centers (2012). *Cancer program guidelines*, États-Unis, Association of Community Cancer Centers, <http://www.accccancer.org/publications/publications-cpguidelines.asp>.
64. National Cancer Institute (2014). *Facing Forward : Life After Cancer Treatment*, U.S. Departement of Health and Humain Services, 61 p., <http://www.cancer.gov/cancertopics/coping/life-after-treatment.pdf>.
65. Dubé-Linteau, Ariane (2014). *Enquête québécoise sur la qualité de services de lutte contre le cancer 2013, l'infirmière pivot en oncologie et l'expérience patient*, Québec, Institut de la statistique du Québec, http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_LutteCancer2013H00F04.pdf.
66. Bourassa, Annie, François Léveillé et Lucie Tremblay (2010). *Le recueil statistique du Rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer. Prévenir les cancers tous ensemble*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 297 p., http://catalogue.santecom.qc.ca/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=26349&shelfbrowse_itemnumber=47464.
67. Coa, Kl., et autres (2014). «Capitalizing on the "teachable moment" to promote healthy dietary changes among cancer survivors: the perspectives of health care providers», *Support Care Cancer*.
68. Williams, K., A. Steptoe et J. Wardle (2013). «Is a cancer diagnosis a trigger for health behaviour change? Findings from a prospective, population-based study», *British Journal of Cancer*, vol. 108, p. 2407-2412, <http://www.nature.com/bjc/journal/v108/n11/full/bjc2013254a.html>.
69. Hawkins, Nikki A., et autres (2008). «Informational needs of patients and perceived adequacy of information available before and after treatment of cancer», *J Psychosoc Oncol*, vol. 26, (2), p. 1-16, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024553/>.
70. Ahuja, R., SB. Weibel et FT. Leone (2003). «Lung cancer: the oncologist's role in smoking cessation», *Seminars in Oncology*, vol. 30, p. 94-103, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12635094>.
71. Kuhn KG, Boesen E, Ross L, Johansen C. (2005). «Evaluation and outcome of behavioural changes in the rehabilitation of cancer patients: a review», *European Journal of Cancer*, vol. 41, p. 216-24.
72. Yarnall, KS., et autres (2003). «Primary care: is there enough time for prevention? », *American Journal of Public Health*, vol. 93, p. 635-41, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447803/>.

73. Stull, VB., DC. Snyder et W. Demark-Wahnefried (2007). «Lifestyle interventions in cancer survivors: designing programs that meet the needs of this vulnerable and growing population», *Journal of Nutrition*, <http://jn.nutrition.org/content/137/1/243S.full.pdf+html>.
74. Arsenault, Caroline (2015). *Recension des meilleures pratiques en adoption des saines habitudes de vie chez les survivants au cancer*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
75. Shneerson, C., et autres (2014). «Patterns of self-management practices undertaken by cancer survivors: variations in demographic factors», *European Journal of Cancer Care*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25265011>.
76. Brawley, OW. (2004). «The study of accrual to clinical trials: Can we learn from studying who enters our studies?», *Journal of Clinical Oncology*, vol. 22, p. 2039-40, <http://jco.ascopubs.org/content/22/11/2039.short>.
77. Lara, Primo N. Jr, et autres (2005). «Evaluation of factors affecting awareness of and willingness to participate in cancer clinical trials», *Journal of Clinical Oncology*, vol. 23, p. 9282-9, <http://jco.ascopubs.org/content/23/36/9282.full>.
78. Mills, E.J., et autres (2006). «Barriers to participation in clinical trials of cancer: a meta-analysis and systematic review of patient-reported factors», *Lancet Oncology*, vol. 7, p. 141-8.
79. Arnberg, Filip K., et autres (2014). «Internet-Delivered Psychological Treatments for Mood and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Their Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness », *PLOS ONE*, vol. 9, (5), 13 p., <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0098118>.
80. Graham, Amanda L, et autres (2012). «Cost-effectiveness of internet and telephone treatment for smoking cessation: an economic evaluation of The iQUIT Study», *Tabacco Control*, vol. 22, 6 p., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626730/>.
81. Winger, JG., et autres (2014). «Diet and exercise intervention adherence and health-related outcomes among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors», *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 48, (2), p. 235-45.
82. Morey, MC., et autres (2009). «Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors: RENEW: a randomized controlled trial», *JAMA*, vol. 301, (18), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2752421/>.
83. Snyder, Denise Clutter, et autres (2009). «Reach Out to Enhance Wellness in Older Cancer Survivors (RENEW): Design, Methods and Recruitment Challenges of a Home-based Exercise and Diet Intervention to Improve Physical Function among Long-term Survivors of Breast, Prostate, and Colorectal Cancer», *Psychooncology*, vol. 18, (4), p. 429-439, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748788/>.
84. Nord, C., et autres (2005). «Self-reported health and health care services in long-term cancer survivors», *International Journal of Cancer*, vol. 114, p. 307-16.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 