



HAL
open science

**Design and Production of a Patient Guide to Support
Return to Work after Breast Cancer: An Application of
Intervention Mapping**
Conception et production d'un
guide patient pour accompagner la reprise du travail
après un cancer du sein : une application de
l'Intervention Mapping

Guillaume Broc, Julien Carretier, Sabrina Rouat, Laure Guittard, Julien Peron, Beatrice Fervers, Laurent Letrilliart, Philippe Sarnin, Jean-Baptiste Fassier, Marion Lamort-Bouché

► **To cite this version:**

Guillaume Broc, Julien Carretier, Sabrina Rouat, Laure Guittard, Julien Peron, et al.. Design and Production of a Patient Guide to Support Return to Work after Breast Cancer: An Application of Intervention Mapping Conception et production d'un guide patient pour accompagner la reprise du travail après un cancer du sein : une application de l'Intervention Mapping. *Psycho-Oncologie*, 2023, 17 (3), pp.167 - 179. 10.32604/po.2023.044730 . hal-04615963

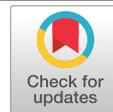
HAL Id: hal-04615963

<https://hal.science/hal-04615963>

Submitted on 21 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ARTICLE

Conception et production d'un guide patient pour accompagner la reprise du travail après un cancer du sein : une application de l'Intervention Mapping

Design and Production of a Patient Guide to Support Return to Work after Breast Cancer: An Application of Intervention Mapping

Guillaume Broc^{1,*}, Julien Carretier^{2,3}, Sabrina Rouat⁴, Laure Guittard^{5,6}, Julien Péron^{7,8}, Béatrice Fervers^{3,9}, Laurent Letrilliart^{6,10}, Philippe Sarnin⁴, Jean-Baptiste Fassier^{11,12} and Marion Lamort-Bouché^{6,10}

¹Paul Valéry Montpellier 3, University of Montpellier, EPSYLON EA 4556, Montpellier, 34070, France

²Laboratoire parcours, santé, systémique (P2S), UR4129, Université Claude-Bernard Lyon 1, Université de Lyon, Lyon, 69002, France

³Département Cancer et Environnement, Centre Léon Bérard, Lyon, 69002, France

⁴Univ Lyon, Université Lumière Lyon 2, GREPS - EA 4163 (Groupe de recherche en psychologie sociétale), Lyon, 69002, France

⁵Hospices Civils de Lyon, Service recherche et épidémiologie cliniques, pôle santé publique, Lyon, 69002, France

⁶Université Claude Bernard Lyon 1, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), INSERM U1290, Lyon, 69002, France

⁷Medical Oncology Department, Institut de Cancérologie des Hospices Civils de Lyon, Lyon, 69002, France

⁸Laboratoire de Biométrie Et Biologie Evolutive, Equipe Biostatistique-Santé, CNRS UMR 5558, Université Claude Bernard Lyon 1, Villeurbanne, 69100, France

⁹Radiations: Defense, Health & Environment, INSERM U1296, Lyon, 69002, France

¹⁰Université Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, Collège universitaire de médecine générale, Lyon, 69002, France

¹¹Université Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, Unité Mixte de Recherche Epidémiologique et de Surveillance Transport Travail Environnement, UMRESTTE UMR T 9405, 8 Avenue Rockefeller, Lyon, 69002, France

¹²Hospices Civils de Lyon, Occupational Health and Medicine Department, Lyon, 69002, France

*Corresponding Author: Guillaume Broc. Email: guillaume.broc@univ-montp3.fr

Received: 15 December 2022 Accepted: 10 July 2023

RÉSUMÉ

Objectif. Le retour au travail (RAT) après un cancer du sein est un processus complexe qui interroge les trajectoires individuelles des patients et celle des acteurs dans leur environnement (ou écosystème). La planification d'une intervention dans ce contexte nécessite une méthodologie appropriée qui intègre cette complexité, à l'image de l'Intervention Mapping (IM). L'objectif de l'article est de décrire une application de l'IM pour la conception et la production d'un guide patient de RAT après un cancer du sein.

Matériel et méthodes. Suivant le protocole d'IM, le guide a été coconstruit avec un comité stratégique (COS) de parties-prenantes (patientes/associations, professionnels de santé, entreprises, institutions) après avoir envisagé d'autres options (site web-interactif,



application mobile). La conception s'est faite dans une double démarche d'ancrage empirique et théorique, guidée ici par un modèle Ecosystémique et Processuel du Changement. Une agence de communication a été choisie pour produire le document. Les prototypes ont été évalués à travers différents pré-tests conduits auprès d'un panel représentatif du public cible, associant des questionnaires et un focus groupe utilisateur.

Résultats. La structure finale du guide est présentée de façon commentée afin d'illustrer concrètement le déroulé des étapes 3 et 4 de l'IM. Le descriptif des composantes d'intervention visant les femmes (de façon personnalisée à travers les stades de changement de Prochaska et Di Clemente) et leur environnement (via des dispositifs enclenchés par leur intermédiaire). Les résultats du pré-test ont conduit à simplifier le guide et sa structure.

Conclusion. L'IM permet une intégration riche des savoirs expérimentiels dans la planification des interventions complexes en santé/santé publique. Le développement du guide a tenté d'intégrer ces aspects, notamment pour favoriser son implantation et ses effets. Des réflexions sont amenées quant à l'évaluation réaliste de tels dispositifs.

MOTS-CLEFS

Recherche interventionnelle ; promotion de la santé ; au travail ; théorie et modèles ; changement de comportement ; Intervention Mapping

ABSTRACT

Aims. Return to work (RTW) after breast cancer is a complex process that questions the individual trajectories of patients and stakeholders. Program planning in this context requires to rely on appropriate method like Intervention Mapping (IM) which encompasses such complexity. Aim of the methodological study is to describe an application of IM for both the design and production of a patient guide supporting RTW after breast cancer.

Procedure. According IM, the guide was co-constructed with a Community Advisory Board (CAB) of stakeholders (patients/associations, health professionals, companies, institutions) after considering other options (interactive website, application mobile). The design was done with empirical and theoretical anchoring, guided here by an Ecosystem Process of Change model. A communication agency was chosen to produce the document. Pre-tests were conducted with a representative panel of the target audience to assess the different prototypes elaborated, using questionnaires and a focus group.

Results. The final structure of the guide is presented with comments in order to concretely illustrate the management of IM steps 3 and 4. The final structure of the guide is presented, along with a description of its components that target women (according Prochaska et Di Clemente's stages of change) and their environment (by use of levers they may activate). The results of the pre-test led to the simplification of the guide and its structure.

Conclusion. IM allows a rich integration of experiential knowledge in the planning of complex health and public health programs. The development of the guide has attempted to integrate its aspects, in particular to promote both its implementation and its effects. Reflections are brought about the realistic evaluation of such complex interventions.

KEYWORDS

Intervention research; occupational health promotion; theory and models; behaviour change; Intervention Mapping

Introduction

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans le Monde avec 2,26 millions de nouveaux cas en 2020 [1]. En France pour l'année 2018, il est encore le premier cancer chez la femme en termes d'incidence (59,000 nouveaux cas) et de mortalité (12,146 décès) [2]. Le taux de survie du cancer du sein s'est amélioré au regard des avancées dans la détection précoce et la prise en charge médicale de la maladie [3]. Les femmes vivent par conséquent plus longtemps, avec un retentissement marqué du cancer et des traitements dans leur vie quotidienne et professionnelle [4]. Dans ce contexte, maintenir ou promouvoir le retour au travail [RAT] est primordial pour préserver la qualité de vie globale des femmes (p. ex., effets positifs sur le rétablissement, la sécurité financière, l'estime de

soi ou encore le maintien d'un lien social) [5,6]. Plusieurs revues de littérature sur les interventions de RAT après cancer ont été entreprises [5,7-11]. Parmi les initiatives rapportées, la majorité est conduite en milieu hospitalier. La palette d'interventions comprend des conseils individualisés (plan de RAT, communication avec l'employeur) [12,13], des programmes d'éducation du patient (effets indésirables des traitements, nutrition, etc.) [14,15] ou l'orientation vers les spécialistes (services sociaux, centres anti-douleurs, psycho-oncologues, etc.) [16,17]. D'autres proposent encore la remise d'une documentation au patient (dépliant, cahier d'exercices) [12,16,18,19]. Dans leur ensemble, ces interventions de RAT après cancer n'ont pas démontré d'efficacité [5,7,8]. Une hypothèse serait qu'elles ne considèrent pas la dimension biopsychosociale du problème, et ne visent ni l'environnement des patients (social, professionnel), ni

TABLEAU 1

Liste des objectifs de changement de la patiente

Acteur	Objectifs
Patiente	P0_La patiente entreprend des démarches anticipées (information, prise de conseils) sur la question du travail.
Patiente	P1_La patiente consulte son médecin généraliste
Patiente	P2_Prendre le temps nécessaire pour préparer la reprise.
Patiente	P3_La patiente prend rendez-vous pour une visite de pré-reprise avec le médecin du travail
Patiente	P4_La patiente consulte un chargé de maintien dans l'emploi
Patiente	P5_La patiente reste en contact avec les acteurs du RAT même après la reprise
Patiente	P6_Prendre le temps nécessaire avant de repasser à temps plein suite à la reprise.
Patiente Collaboratrice	C0_ identifie et communique à ses interlocuteurs ses nouvelles dispositions à la reprise de l'activité
Patiente Collaboratrice	C1_La collaboratrice définit conjointement avec son manager de proximité sous quelle forme communiquer autour de son absence.
Patiente Collaboratrice	C2_La collaboratrice définit conjointement avec son manager la nature des contacts qu'elle souhaite entretenir avec la structure (biais, contenu, rythme...).
Patiente Collaboratrice	C3_La collaboratrice identifie ses nouvelles dispositions (besoins, intérêts, etc.).
Patiente Collaboratrice	C4_La collaboratrice négocie la reprise de l'activité en fonction de ses nouvelles dispositions (besoins, intérêts, etc.).
Patiente Collaboratrice	C5_La collaboratrice sait identifier ses difficultés liées à la reprise et les communiquer avec son manager et/ou la direction.

l'implication de l'employeur [8]. En effet, le RAT après cancer est une problématique complexe qui doit interroger les trajectoires individuelles à la fois des patients et des parties-prenantes au cœur de l'écosystème¹ (médecins généralistes, oncologues, médecins du travail, employeurs, gestionnaires de cas, etc.) [5,9,20]. La planification d'une intervention dans un tel contexte nécessite l'application d'une méthodologie appropriée ancrée théoriquement [21,22]. Il est en effet montré que, sans fondement théorique explicite ou sans inscription dans un protocole de planification d'interventions complexes, les programmes de RAT après cancer échouent à montrer une réelle efficacité [8,23].

Le protocole d'Intervention Mapping

L'Intervention Mapping [IM] est un protocole de planification de programmes dans le domaine de la Santé [24]. Il a notamment été appliqué dans le champ du cancer [25-27]. L'IM présente l'intérêt d'être fondé sur la théorie et l'administration de preuves (données probantes scientifiques, expertise des professionnels, savoir expérientiel des patients) [28]. Le protocole prévoit la mobilisation de parties-prenantes (figurées par un Comité Stratégique [COS]) à chaque étape de la planification [29,30]. Le Comité

Recherche [COR] pilote quant à lui le projet et réalise les opérations de la recherche participative.

Les étapes de l'IM sont au nombre de six :

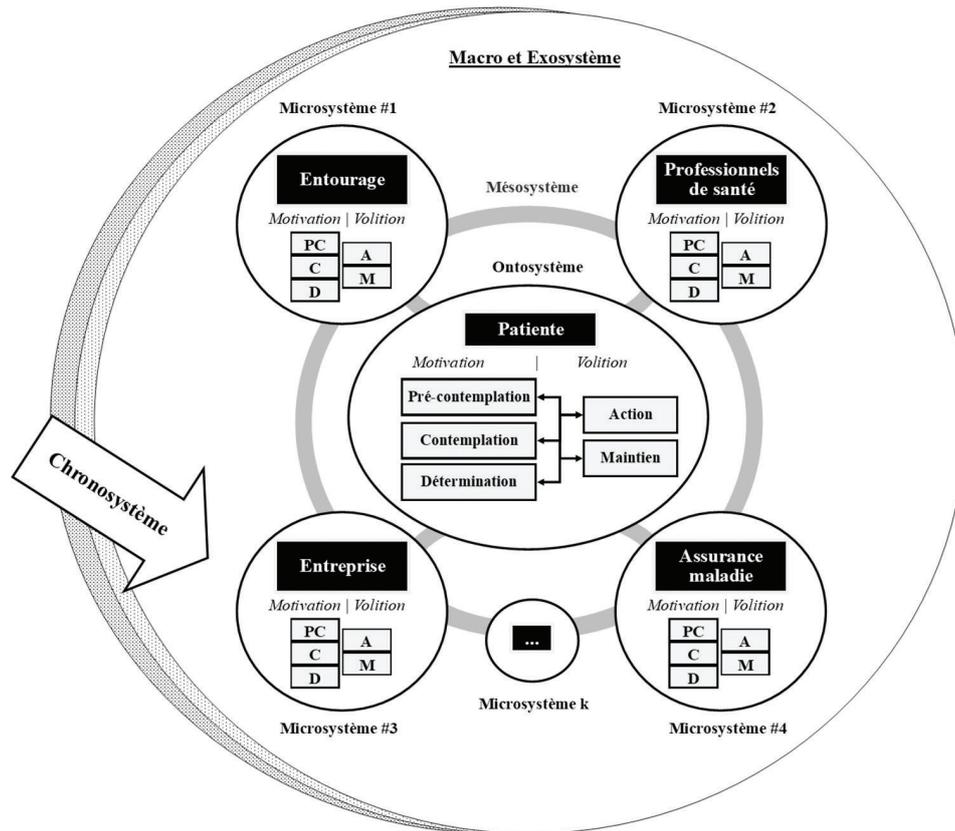
1. Modèle logique du problème – Comité stratégique
2. Objectifs du programme : modèle logique du changement
3. Conception du programme
4. Production du programme
5. Plan d'implantation
6. Plan d'évaluation

Application du protocole d'IM dans le cadre du projet FASTRACS

Le projet FASTRACS [FAciliter et Soutenir le retour au TRAvail après un Cancer du Sein] est dirigé à Lyon par le Pr. Jean-Baptiste Fassier. Il vise la planification d'un programme de RAT après cancer du sein reposant sur le protocole d'IM [30,31]. Ce projet a abouti, et une intervention est en cours d'évaluation depuis 2021 dans le cadre d'un essai randomisé-contrôlé réaliste (n° NCT04846972).

L'intervention cible la consultation de transition avec le médecin généraliste, la visite de pré-reprise en médecine du travail et la visite de recours. Elle vise aussi à favoriser la relation entre la patiente et l'entreprise (voir Fassier et al. [30]). Plusieurs outils ont dû être conçus qui ciblent les parties-prenantes du RAT (*un guide à l'intention des employeurs et de l'encadrement, un aide-mémoire pour le médecin généraliste et un aide-mémoire à destination du médecin du travail*). La pierre angulaire de ce dispositif est un guide patient confiée aux femmes à leur avant-dernière séance de chimiothérapie par un attaché de recherche clinique ou un infirmier d'état (IDE) dûment formé.

¹ Par écosystème, nous voulons dire : « un ensemble formé par le milieu (i.e., caractéristiques spécifiques d'un environnement, ici celui du patient) et par une communauté d'individus évoluant au sein de ce milieu et qui le modifient (ici, les acteurs des différents systèmes — famille, entourage, soins primaires et spécialisés, entreprise, politiques publiques de santé — qui interagissent entre eux et avec le patient).



Apports des perspectives écologiques et systémiques

Ontosystème = Niveau individuel des femmes ; *Microsystème* = Niveau individuel des acteurs/systèmes en relation avec les femmes ; *Mésosystème* = Niveau des relations entre les acteurs/systèmes ; *Exo/Macrosystème* = Niveau de l'environnement politique et sociétal ; *Chronosystème* = Niveau du temps

Apports des perspectives processuelles et transthéoriques du changement

Les femmes se situent à différents stades de la concrétisation des objectifs listés dans le tableau 1, et plus largement de l'objectif final du RAT. Sur la question du RAT, elles peuvent ainsi à un instant T, dans une phase motivationnelle, ne pas avoir envisagé la reprise (**pré-contemplation**), être ambivalentes/indécises (**contemplation**) ou la préparer (**détermination**) et, dans une phase volitionnelle, venir de retourner au travail (**action**) ou avoir sécurisé leur reprise (**maintien**). Le processus de changement n'est pas linéaire (rechutes), et des ressources spécifiques (connaissances, autodétermination, sentiment d'efficacité personnelle) peuvent être renforcées à chaque stade pour accompagner l'évolution vers un stade supérieur. La logique des stades de changement s'applique également du point de vue des acteurs/systèmes de l'environnement (conjoint-e, proches, médecin généraliste, médecin du travail, encadrant de proximité, direction, collègues, assistantes sociales, médecin conseil, etc.) pour chacun des objectifs spécifiques de la matrice de changement qui les concerne.

FIGURE 1. Modèle Écosystémique et Processuel du RAT servant d'ancrage théorique à l'intervention.

Objectif

L'objectif principal de cet article méthodologique est de décrire le processus de conception et de production d'un outil de RAT après cancer du sein à travers l'IM, et le résultat de ce processus de création. Une illustration sera donnée avec le développement du guide patient de l'intervention FASTRACS. L'objectif secondaire est d'apporter une contribution au champ des interventions complexes, des interventions guidées par la Théorie, et plus largement de la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations [RISP].

Méthode

La méthodologie pour l'élaboration du guide patient repose sur les recommandations décrites dans les étapes 3 (conception) et 4 (production) de l'IM [24]. Une analyse des besoins préalable a été menée, et a permis d'identifier des

objectifs de changement pour chaque catégorie d'acteurs (i.e., patiente, entreprise, médecins généralistes, médecins du travail, médecin conseil de l'Assurance Maladie). Le [Tableau 1](#) montre à titre d'illustration les objectifs retenus pour la patiente à cibler par l'intervention. Pour plus de détails, voir Fassier et al. [30,32] ou le *matériel supplémentaire*.

Conception du programme

Un groupe de travail pluridisciplinaire dédié à la conception des outils du programme (équipe Design) était constitué. Une première étape a été pour lui d'ancrer théoriquement l'intervention, comme il est largement recommandé par ailleurs [22,33–36]. Un ancrage sur un modèle *Ecosystémique et Processuel du RAT* [EPRAT] développé pour l'occasion a été décidé (voir [Fig. 1](#)). Celui-ci combine les apports du modèle transthéorique [MTT] du changement [37] et des théories écologiques et systémiques (tels que le modèle de Loisel et al. [38]). Voir *matériel supplémentaire* pour une description détaillée du modèle et de son application.

La tâche de l'équipe Design était de sélectionner les principes-actifs d'intervention permettant d'atteindre les objectifs patiente du [Tableau 1](#). Le modèle EPRAT livrait des indications utiles sur les processus (déterminants) à cibler pour favoriser ces comportements (i.e., en l'occurrence les dix processus de changement du MTT, voir [Tableau 2](#)). Deux « boîtes à outils » peuvent être mobilisées selon l'IM [24]. D'une part, les méthodes issues de la théorie (i.e., des connaissances scientifiques), et d'autre part les stratégies issues du terrain (i.e., de l'expertise des professionnels et de l'expérience des patients/usagers). Les *Stratégies issues du terrain* ont émané du COS à l'issue de réunions collaboratives favorisant l'idéation (i.e., focus groupe [39], techniques de facilitation telles que le brainstorming ou la Technique d'Animation de Grand Groupe (TAGG) [40,41]). Concernant les *Méthodes issues de la théorie*, l'équipe a pu puiser l'inspiration dans les études empiriques opérationnalisant le MTT, *en partic.*, dans le champ de la prévention [42] et du rétablissement après un cancer du sein [43,44]. La taxonomie de Michie et al. [45] sur les BCT (*Behaviour Change Techniques*) était également aidante. Celle-ci recense pas moins de 93 techniques utiles pour cibler aussi bien le niveau individuel des acteurs que le niveau de l'environnement dans notre modèle.

Production du programme

Une agence de communication et de marketing a été choisie pour produire le document. Conformément aux recommandations de l'IM [24], elle a formulé des propositions graphiques, réalisé les prototypes, et livré une première version achevée du produit correspondant à la commande de l'équipe Design. Les échanges entre les deux équipes étaient formalisés par des documents de design (p. ex., *synopsis*, *storyboard*). Des documents de production consignaient les suggestions créatives faites pour traduire graphiquement la demande. Deux patientes ont parallèlement été impliquées dans l'élaboration du guide. Pas moins de trois ébauches préliminaires et quatre prototypes ont été nécessaires avant d'aboutir à une version acceptable de l'outil. Des techniques créatives ont pu être employées [46] : *démarche analogique* (métaphore du labyrinthe pour le RAT, du fil d'Ariane pour l'accompagnement) ou encore *conccassage de produits* (i.e., remise en question de l'outil pour diversifier ses usages ; ici : « comment rendre un produit papier... interactif ? »). Différents pré-tests qualitatifs ont jalonné la création du guide : validation du design d'Ariane (i.e., la mascotte *patiente-partenaire* qui accompagnera la progression dans le guide : apparence physique et vestimentaire, posture, etc.), validation, de l'organisation, du contenu et de l'identité visuelle de l'outil (charte graphique, style rédactionnel, etc.). Les membres du COS, en particulier les patientes-partenaires, étaient sollicités en ces occasions, le plus souvent en réunion plénière. Le pré-test final a été réalisé dans le cadre d'une étude mixte comprenant une partie quantitative par questionnaire, suivi d'une partie qualitative par focus groupe. Concernant le questionnaire, il a été renseigné en ligne par 32 personnes toutes membres du COS suite à l'envoi postal du guide (dix chercheur-ses, sept patientes/représentantes d'association, six professionnel-les de santé, six institutionnelles et trois représentant-e-s d'entreprise). Les patientes au

sein de ce panel ont ensuite été invitées à participer au focus groupe test utilisateur. Les questions évaluaient dans les deux cas la perception de l'utilité du guide, sa prise en main, la clarté et la qualité des informations contenues, ou encore l'avis sur les illustrations. L'étude a reçu l'avis favorable du comité d'éthique (avis N°20-17 du comité d'éthique du CHU de Lyon du 5 février 2020). Une synthèse des retours est proposée en matériel supplémentaire. Les remarques ont été prises en compte dans la version finale du guide.

Résultats

Conception du programme

Le guide est pensé comme un journal personnel visant à accompagner et soutenir les femmes dans le processus de RAT, et plus largement dans leur rétablissement après cancer du sein. Il n'était pas prévu initialement que ce soit un guide, mais plutôt un site-Web ou une application pour favoriser l'interactivité [47,48]. L'option du guide a cependant été retenue car il permet davantage aux patients de s'y investir (caractère intime et personnel, consultation facilitée aux informations, etc.) et favorise les échanges [18,49,50]. Le format papier est privilégié au format en ligne par les patients dans le cadre du RAT après un cancer [51]. La première partie du guide est structurée en sections ciblant trois comportements aidant la reprise : 1/rencontrer son médecin généraliste ; 2/rencontrer son médecin du travail en visite de pré-reprise ; 3/garder ou reprendre le contact avec l'entreprise avant la reprise. La deuxième partie, présentée comme une boîte à outil de développement personnel avec des activités. Elle est structurée selon le MTT avec des principes-actifs ciblant les processus de changement. Ces sections puisent également dans les psychothérapies (en particulier les TCC) pour guider les femmes dans une démarche de mieux-être. Une section intitulée « *faire le point régulièrement* » aide les femmes à évaluer et réévaluer leur disposition au changement. Elles sont ainsi aiguillées vers les sections du guide appropriées à leur stade MTT. Le guide peut donc être remis par l'ARC ou L'IDE à la dernière séance de chimiothérapie² sans devoir s'inquiéter du stade MTT des patientes (y compris des femmes pré-contemplatives³). Pour finir, des feuillets détachables (à destination du médecin traitant, du médecin du travail, de l'entreprise) ont vocation à agir sur

² Cette décision a été prise durant l'étape de planification de l'implantation de l'IM et validée par le COS. La consultation de fin de chimiothérapie est un passage obligé du parcours qui permet donc le placement d'une intervention. En même temps, les traitements se terminent et la question du RAT peut être plus probablement envisagée par les femmes. Ajouté que, dans l'étude de Schumacher [18], les patients recommandent la remise du guide en toute fin de traitement.

³ Au-delà de favoriser l'implantation, c'est un parti-pris d'intervention que d'être proactif dans l'accompagnement des femmes vers le RAT (cf. Objectif P0 du [Tableau 1](#)). L'étude des besoins a en effet établi que les femmes n'anticipaient pas la reprise. Lorsqu'elles souhaitaient le faire, elles reprenaient de façon précipitée dans des conditions loin d'être optimales (en sous-estimant certaines difficultés, comme la fatigue des trajets, ou ne demandant pas certains aménagements).

TABLEAU 2

Processus de changement à activer pour accompagner le passage d'un stade à l'autre chez le patient

		Objectif clinique	Changement de Stade concerné	Processus de changement
Approches verbales/ motivationnelles	Conscientisation	Amener le patient à considérer le problème	Pré-contemplation vers contemplation	1. Education 2. Feedback (expérience personnelle ou vicariante)
	Gestion des émotions et de la tension décisionnelle	Résoudre l'ambivalence décisionnelle Soulager le processus de prise de décision	Contemplation vers détermination	3. Soulagement dramatique 4. Correction de l'expérience émotionnelle
	Affirmation d'un choix, autodétermination	Renforcer l'autodétermination, l'engagement Faire prendre conscience des ressources personnelles et de l'environnement pour agir	Détermination vers action	5. Libération de soi (prise de conscience de ses potentialités) 6. Libération sociale (prise de conscience des opportunités dans l'environnement)
Approches comportementales/ volitionnelles	Contrôle de la situation	Permettre au patient de maîtriser son environnement	Action vers maintien	7. Management des contingences (gestion concrète des imprévus) 8. Réévaluation cognitive de la situation (relativisation, anticipation des difficultés)
	Contrôle des automatismes	Permettre au patient de maîtriser ses réflexes/habitudes (contrôle personnel)	Action vers maintien	9. Contrôle de la stimulation 10. Contre-conditionnement

l'environnement des patientes. Ils sont pensés pour être déployés par l'entremise des femmes, dans le but d'améliorer la communication avec et entre les acteurs. Le [Tableau 3](#) résume la conception du guide patient et le rationnel de l'outil.

Production du programme

La version finale du guide est un livret avec reliure spirales de 75 pages, coloré et aéré, avec une couverture rigide en reliefs brillants (voir [Fig. 2](#) pour un visuel). Une impression de longueur était témoignée au pré-test. Elle a été résolue en changeant la structure du guide et en retravaillant les graphismes pour rendre l'ensemble plus attractif. Vingt-cinq pages ont été retirées suite à l'opération. Désormais, seules les 20 premières pages informent sur le RAT. La suite rassemble les outils tels que les feuillets détachables (en plusieurs exemplaires), l'annuaire, ou encore les activités ludiques de la section « développement personnel ».

Sur la forme, les femmes apprécient les couleurs pastel et l'aspect cahier intime ou journal personnel permettant des annotations. Chaque section est adossée à une couleur donnée, facilitant le repérage des ces sections même en lecture superficielle. Lors du pré-test, les utilisatrices regrettaient justement le caractère austère du prototype, et le manque de lisibilité dans la structuration. Nous avons alors envisagé l'ajout de marque-pages ou d'intercalaires, malheureusement trop coûteux à produire, pour finalement réduire stratégiquement le nombre de pages et d'écrits au profit de l'image. Concernant justement les illustrations, elles n'ont pas fait consensus, en raison de la diversité des

goûts personnels. Nous avons cependant remplacé les illustrations jugées peu explicites, inutiles ou contre-effectives (à titre d'exemple : *jardin zen* apparenté à un cimetière, *grimpeuse allant de l'avant* renvoyant certaines femmes à leur incapacité, *iconographie du labyrinthe* jugée anxiogène résumée à la symbolique du fil d'Ariane). Sur l'interactivité, un principe de cases à gratter pour découvrir un conseil personnalisé en fonction du stade MTT était proposé mais n'a pas été retenu suite au pré-test. D'une part, les cases occasionnaient des saletés sur le guide, d'autre part elles ne permettaient pas une réutilisation (et donc une réévaluation du stade). Après avoir envisagé des languettes autocollantes comme alternative, l'utilisation de questions avec renvoi a finalement été privilégié par les patientes. Sur le fond, les informations pratiques sur la reprise sont jugées aidantes, tout comme les feuillets détachables et l'annuaire de professionnels. La section développement personnel était jugée trop technique, avec un contenu sans doute peu adapté aux femmes avec un plus faible niveau de littératie. Des efforts ont été faits pour rendre les exercices et les conseils psychologiques plus conviviaux et accessibles.

Discussion

L'objectif de cette contribution était de décrire la réalisation des étapes de conception et de production de l'IM, et le résultat de ce processus de création à travers l'illustration d'un guide patient de RAT après un cancer du sein. L'intervention devait être ancrée théoriquement, et l'était ici sur un modèle Ecosystémique et Processuel du RAT [8,10].

TABLEAU 3

Design du guide patient et rationnel de l'intervention

Section	But de la section	Eléments notables	Rationnel	Objectifs de changement ciblés	
Préambule	<p>Comment utiliser ce guide</p> <p>Un premier pas pour anticiper sa reprise</p> <p>Sommaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter les femmes à utiliser le guide • Guider la prise en main • Présenter la philosophie du guide 	<ul style="list-style-type: none"> • Mascotte Ariane (patiente-experte) • Mascotte Sarah (patiente en fin de chimio) • Anticiper la reprise, à son rythme, en accord avec ses besoins 	<ul style="list-style-type: none"> • Modeling • Education • Feedback • Communication persuasive • Valorisation 	P0 ; P2 ; P6 ; P5 ; C0
Préparer la reprise du travail	Faire le point régulièrement	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'intervention en fonction du stade MTT 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire pour identifier le stade de changement • Renvoi aux sections du guide adaptées au stade 	<ul style="list-style-type: none"> • MTT, conseil personnalisé • Communication persuasive • Valorisation 	Selon le stade : P0 ; P1 ; P2 ; P3 ; P6
	Prendre rendez-vous avec votre médecin généraliste	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter à la consultation de transition 	<ul style="list-style-type: none"> • Informations (consultation de transition) • Aide à la planification 	<ul style="list-style-type: none"> • Education • Implémentation d'action 	P1
	Prendre rendez-vous avec votre médecin du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir un suivi durant l'arrêt • Permettre d'envisager les opportunités et ressources • Inciter à la visite de pré-reprise 	<ul style="list-style-type: none"> • Informations (pré-reprise, invalidité, aménagements, RQTH, mesures prévues par le code du travail, etc.) • Personnes ressources • Projection sur les évolutions possibles du travail dans l'après-cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Education • Communication persuasive • Libération sociale/restructuration environnementale • Projection dans l'avenir • Valorisation 	P0 ; P2 ; P3 ; P4 ; C0 ; C3 ; C4 ; C5
	Feuillets détachables (médecin généraliste/ médecin du travail)	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les consultations/visites • Anticiper les informations utiles au médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Checklist des documents/informations à prévoir • Evaluation du stade MTT • Diagnostic des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitation (acquisition de compétences) • Analyse des besoins 	P1 ; P2 ; C3 ; matrice médecin généraliste P3 ; P4 ; C4 ; C5 ; matrice médecin du travail
	Maintenir ou reprendre le contact avec l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la communication avec l'employeur/les collègues • Déclencher l'envoi du <i>guide pratique pour l'employeur</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Informations/sensibilisation (divulgarion du diagnostic, éloignement à l'emploi) • Partage d'expérience (regard de l'entreprise et des collègues sur la situation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Education • Communication persuasive • Jeu de rôle • Preuve sociale/Modeling 	P5 ; C0 ; C1 ; C2 ; C3 ; C4 ; matrice direction/encadrement

(Continued)

Tableau 3 (continued)

Section		But de la section	Éléments notables	Rationnel	Objectifs de changement ciblés
Chemin de développement personnel	Mieux me connaître	<ul style="list-style-type: none"> • Stade de pré-contemplation vers contemplation (travail sur la conscientisation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Notes personnelles • Témoignages • Questions à se poser • Exercice balance décisionnelle (#1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Images • Modeling • Recadrage • Entretien motivationnel • Pointage des ambiguïtés/inconsistances • Dialogue intérieur 	P0 ; P1 ; P3 ; C3
	Reconnaître mes besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Stade de contemplation (travail motivationnel sur l'exploration de la balance décisionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice d'identification des besoins • Exercice balance décisionnelle (#2) • Témoignages 	<ul style="list-style-type: none"> • Modeling • Entretien motivationnel • Valorisation • Self-monitoring 	P1 ; P2 ; P3 ; P4 ; P5 ; C3
	Accueillir mes émotions	<ul style="list-style-type: none"> • Stade de contemplation vers détermination (travail sur la résolution de l'ambivalence et la prise de décision) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercices sur le lien émotion-cognition • Tableau d'analyse fonctionnelle • Panorama des réactions face à l'émotion 	<ul style="list-style-type: none"> • Correction de l'expérience émotionnelle • Restructuration cognitive • Psychoéducation/formation • TCC • Entretien motivationnel • Coping 	P2
	J'agis	<ul style="list-style-type: none"> • Stade de détermination vers action (travail sur les ressources) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation identification et gestion des ressources • Exercices gestion des ressources • Exercices de résolution de problème 	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection-Optimisation-Compensation • Forces personnelles/Libération de soi • Libération sociale • Résolution de problème • Réévaluation cognitive 	P2 ; P3 ; P5 ; C4
	Je continue à prendre soin de moi	<ul style="list-style-type: none"> • Stade d'action vers maintien (travail sur l'écoute de ses besoins) 	<ul style="list-style-type: none"> • Outil : Mes notes : j'apprécie l'instant présent • Journal des instants positifs/des moments qui comptent pour moi • Ma trousse de secours en cas de stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness • Relaxation • Anticipation de la rechute/contrôle de la situation 	P6 ; C5
Annuaire		<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les personnes ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Informations (contacts) 	<ul style="list-style-type: none"> • Libération sociale/soutien social 	P0 ; P2 ; P6

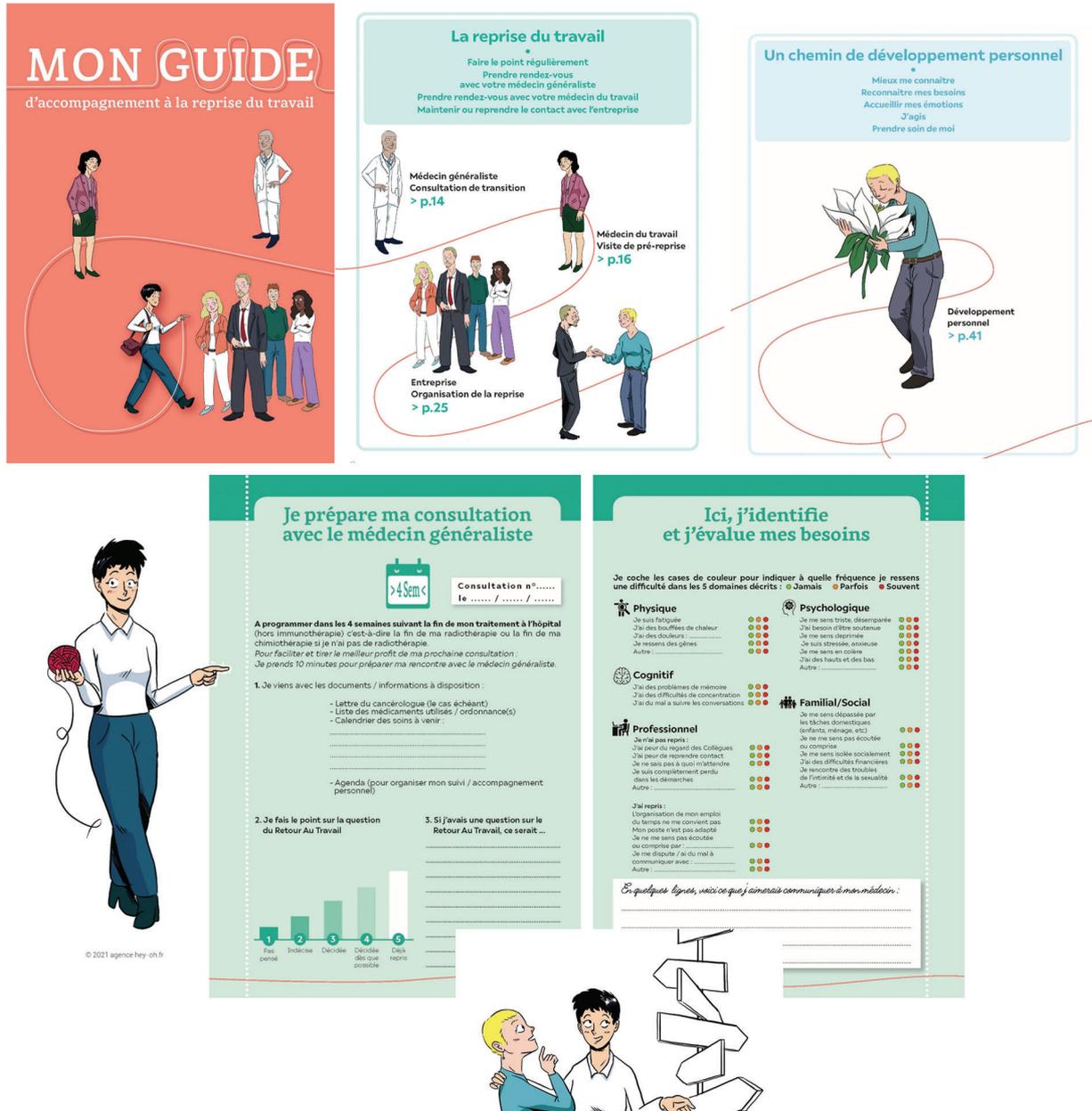


FIGURE 2. Visuels de la version finale du guide patient.

Concernant l'action du guide sur l'environnement, des feuillets détachables ciblaient les acteurs aux principales rencontres (consultation de transition, visite de pré-reprise, échanges avec l'entreprise). Un *guide pratique pour l'employeur* était aussi prévu visant à mieux l'accompagner. Ces dispositifs ont été pensés pour être déclenchés par la patiente par l'entremise du guide. Rien qu'à travers lui, l'intervention tente d'éviter l'écueil de ne cibler que le niveau individuel de la patiente [8,10]. Rappelons que d'autres actions indépendantes du guide étaient déployées par ailleurs (p. ex., *aide-mémoires* pour les professionnels de santé ; voir Fassier et al. [30]). Si la patiente reste malgré tout au cœur du processus, c'est au sens d'une démarche thérapeutique centrée sur la personne (libre-décision, autodétermination, travail autour de ses ressources, de ses

besoins fondamentaux) [52]. La décision revient à la patiente seule d'activer ou pas les ressorts du guide en accord avec ce principe de liberté (également pour des questions de confidentialité et de divulgation du diagnostic). C'est à elle, aidée par la ressource du guide, de définir son projet de vie et de la place du RAT au sein de ce projet.

Sur l'intégration du processus de changement, le guide a été structuré de sorte à pouvoir apporter un soutien personnalisé à la patiente en fonction de sa situation à un instant T. Il se fonde ainsi sur le MTT, comme cela est fait par ailleurs avec des résultats encourageants dans la prise en charge des personnes vivant avec une maladie chronique [53]. Très récemment, Porro et al. [54] ont suggéré un cadre clinique du RAT après un cancer du sein ancré sur le MTT, confirmant l'intérêt du modèle pour promouvoir un meilleur

accompagnement des femmes, mais aussi des employeurs [48], dans ce processus. A chaque stade du MTT identifié, le guide patient exploite des leviers psychothérapeutiques adaptés à la situation de la patiente. Les méthodes sont puisées en particulier dans des approches cliniques telles que les TCC qui ont montré leur bénéfice dans le rétablissement après un cancer du sein [55]. S'il ne remplace pas le travail avec un psychologue, l'étude de Beatty et al. [50] démontre qu'un manuel mobilisant des techniques TCC de restructuration cognitive et de relaxation n'en demeure pas moins efficace pour agir sur la détresse émotionnelle et l'ajustement psychologique des femmes après un cancer du sein.

Les exercices proposés peuvent être techniques et nécessiter de bonnes capacités d'introspection et d'autogestion. L'implication des patientes-partenaires dès la création du guide a donc été déterminante, et souligne la nécessité de reconnaître les savoirs expérientiels dans la planification des interventions de santé [56]. Le protocole d'IM permet une prise en compte de l'expérience des parties-prenantes [24,29,30], grâce au recours privilégié aux méthodes qualitatives [57]. Pour autant, les expériences peuvent être très diverses, voire personnelles comme a pu nous l'enseigner le pré-test de nos outils (différentes opinions ou susceptibilités). Ces singularités sont à intégrer et rendent plus complexe encore la planification d'une intervention dans ce contexte.

A ce titre, notre démarche n'a jamais été purement idiographique (i.e., en voulant prévoir toutes les situations possibles et imaginables dans une quête illusoire de contrôle de la complexité). Elle n'a jamais été purement nomothétique non plus (i.e., en limitant l'action à des lois générales qui évacuent la réalité clinique de la patiente, or donc la complexité). A l'image de notre modèle écosystémique et processuel du changement, notre intervention possède une structure transposable précisée par un cahier des charges définissant qui doit être visé (acteurs, lieux d'implantation) et comment (en ciblant les variables du MTT). Au-delà, l'intervention possède une part non définie et flexible, qui laisse la marge de manœuvre nécessaire aux acteurs de terrain pour s'approprier l'outil et l'intégrer à leurs usages (p. ex., différentes utilisations du guide par les femmes, différentes places accordées au guide par les soignants dans la prise en charge, etc.). Une question légitime se pose alors sur la façon de proposer une évaluation systématique de l'efficacité du programme du fait d'une telle latitude quant aux aménagements de l'intervention.

L'évaluation d'un tel protocole est un défi qui nécessite de repenser les méthodes, les outils et plus largement la posture de l'évaluateur. Ces réflexions sont amenées durant l'étape de planification de l'évaluation prévue par l'IM [24]. L'étude randomisée-contrôlée trouve ainsi ses limites, vu que l'approche recherche la standardisation et la neutralisation des effets pourtant contributifs de l'environnement [21]. Les indicateurs de qualité d'appropriation et d'implantation de l'outil, tout comme le contexte d'intervention devraient aussi être documentés et ces informations intégrées dans l'analyse [58]. Les méthodes mixtes, telles que l'évaluation réaliste [59,60], semblent prometteuses pour évaluer l'intervention et ses effets en situation. En particulier, et à travers la méthode qualitative, elles permettent de décrire l'expérience des patients et des professionnels de santé. Il s'agit de deux

des trois fondements de la pratique fondée sur les preuves [57]. Dans le cadre du projet FASTRACS, une expérimentation est en cours qui articule les deux approches randomisée-contrôlée et réaliste (n°NCT04846972). Elle a pour objectif d'évaluer l'effet des composantes de l'intervention sur le RAT (dont le guide patient), en tenant compte de leur contexte d'appropriation et d'implantation.

Conclusion

Le RAT après un cancer du sein représente un véritable enjeu, mais aussi un défi pour la recherche interventionnelle. L'enjeu est effectivement de proposer, dans un contexte de santé publique, une prise en charge et un suivi qui soient personnalisés à la situation des femmes, mais aussi des parties-prenantes concernées. Au-delà de notre proposition, de nouvelles méthodes et de nouveaux outils restent à déployer pour être en phase avec la complexité du problème. Ces développements sont nécessaires pour être en mesure de mieux s'appuyer sur les savoirs expérientiels et laisser la marge nécessaire aux acteurs de terrain pour adapter eux-mêmes leurs interventions.

Acknowledgement: à l'ensemble des participants à l'enquête, à l'ensemble des associations, entreprises et institutions participant au comité stratégique de FASTRACS — par *ordre alphabétique*: AGEFIPH, AGEMETRA, ALDES, ANACT, ARS Auvergne Rhône-Alpes, associations (Entreprise et cancer, Europa Donna ; Jeune & Rose, Juris Santé, Ligue contre le cancer du Rhône), assurance maladie (service social CARSAT 69, service prévention CARSAT 69, service médical), AST Grand Lyon, cancéropôle Auvergne Rhône-Alpes (CLARA), Cap emploi 69, groupe Casino, Centre hospitalier le Vinatier, Centre Léon Bérard, CPTS de l'Ozon, DREETS 69, Hospices civils de Lyon, SNCF —, à l'agence de communication Hey!Oh, à Selma Baka, à Léa Lancelot.

Funding Statement: Institut National du Cancer : <https://www.e-cancer.fr/> [INCa Amorçage, RISP no 2016-003].

Cancéropôle Auvergne Rhône Alpes (CLARA) : <https://www.canceropole-clara.com/> [AAP ONCOSTARTER 2016].

Métropole du Grand Lyon : <https://www.grandlyon.com/> [Délibération 2016-1445 projets structurants 2016 2017].

Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail, et des solidarités (DREETS) Auvergne Rhône Alpes : <https://auvergne-rhone-alpes.dreets.gouv.fr/> [2017–2018].

Institut National du Cancer : <https://www.e-cancer.fr/> [INCa, RISP no 2018-025] Financement mixte avec la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires : <https://www.crcpcen.fr/>.

Association nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (Agefiph) (<https://www.agefiph.fr/auvergne-rhone-alpes>) et Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE, nouvellement DREETS <https://dreets.gouv.fr/>) [Appel à initiatives 2020].

Author Contributions: Les auteurs confirment leur contribution à l'article comme suit : conception et

production du guide patient : GB, MLB, JC et JBF, préparation du projet de manuscrit : GB, MLB, JC et JBF, rédaction de l'article méthodologique : GB, MLB, et JBF, relecture critique du guide patient : SR, LG, JP, BF, LL, PS. Tous les auteurs ont examiné les résultats et approuvé la version finale du manuscrit.

Availability of Data and Materials: Il s'agit d'un article méthodologique. Les données et analyses auquel l'article peut faire référence font ou feront l'objet d'autres publications.

Ethics Approval: Not applicable.

Conflicts of Interest: Le(s) auteur(s) déclare(nt) n'avoir aucun conflit d'intérêts à signaler concernant la présente étude.

References

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. mai 2021;71(3):209–49.
- Hassaine Y, Jacquet E, Seigneurin A, Delafosse P. Evolution of breast cancer incidence in young women in a French registry from 1990 to 2018: towards a change in screening strategy? *Breast Cancer Res* [Internet]. 5 déc 2022;24(1):87.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018;68(6):394–424.
- INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer - [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>.
- De Boer AGEM, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MHW, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 sept 2015;2015(9):CD007569.
- Luo SX, Liu JE, Cheng ASK, Xiao SQ, Su YL, Feuerstein M. Breast cancer survivors report similar concerns related to return to work in developed and developing nations. *J Occup Rehabil* [Internet]. mars 2019;29(1):42–51.
- Sun Y, Shigaki CL, Armer JM. Return to work among breast cancer survivors: a literature review. *Support Care Cancer* [Internet]. mars 2017;25(3):709–18.
- Lamore K, Dubois T, Rothe U, Leonardi M, Girard I, Manuwald U, et al. Return to work interventions for cancer survivors: a systematic review and a methodological critique. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 14 avr 2019;16(8):1343.
- Nazarov S, Manuwald U, Leonardi M, Silvaggi F, Foucaud J, Lamore K, et al. Chronic diseases and employment: which interventions support the maintenance of work and return to work among workers with chronic illnesses? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 27 mai 2019;16(10):1864.
- Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ. Exploration of return-to-work interventions for breast cancer patients: a scoping review. *Support Care Cancer* [Internet]. juin 2017;25(6):1993–2007.
- Caron M, Durand MJ, Tremblay D. Interventions to support the return-to-work process after cancer: a literature review. *Sante Publique* [Internet]. 5 déc 2017;29(5):655–64.
- Bains M, Munir F, Yarker J, Steward W, Thomas A. Return-to-work guidance and support for colorectal cancer patients: a feasibility study. *Cancer Nurs* [Internet]. 2011;34(6):E1–12.
- Tamminga SJ, Verbeek JHAM, Bos MEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, et al. Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients—a multi-centre randomised controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2013;8(5):e63271.
- Oldervoll L, Thorsen L, Kaasa S, Fossa SD, Dahl AA, Smastuen MC, et al. Inpatient versus outpatient rehabilitation after breast and gynecological cancers—a comparative study. *Int J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2013 [cité 13 avr 2023];02(02). Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/inpatient-versus-outpatient-rehabilitation-after-breast-and-gynecological-cancers-a-comparative-study-2329-9096.1000187.php?aid=24876>.
- Thorsen L, Dahl AA, Nystad R, Kiserud CE, Geirdal AØ, Smeland S. Baseline characteristics in female cancer patients with unimproved work status after an outpatient rehabilitation program and health changes during the intervention. *Springerplus* [Internet]. 2016;5(1):1009.
- Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JMM, Kyle RG. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 14 juin 2013;14(1):175.
- Leensen MCJ, Groeneveld IF, van der Heide I, Rejda T, van Veldhoven PLJ, van Berkel S, et al. Return to work of cancer patients after a multidisciplinary intervention including occupational counselling and physical exercise in cancer patients: a prospective study in the Netherlands. *BMJ Open* [Internet]. 15 juin 2017;7(6):e014746.
- Schumacher L, Armaou M, Rolf P, Sathra S, Sutton AJ, Zarkar A, et al. Usefulness and engagement with a guided workbook intervention (WorkPlan) to support work related goals among cancer survivors. *BMC Psychol* [Internet]. 4 oct 2017;5(1):34.
- Nieuwenhuijsen K, Bos-Randsorp B, Uitterhoeve LLJ, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: a pilot study. *J Occup Rehabil* [Internet]. déc 2006;16(4):647–57.
- Kiasuwa Mbengi R, Otter R, Mortelmans K, Arbyn M, Van Oyen H, Bouland C, et al. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action—rapid review and expert consultation. *Syst Rev* [Internet]. 24 févr 2016;5:35.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud* [Internet]. mai 2013;50(5):587–92.
- Michie S, Prestwich A. Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychol* [Internet]. janv 2010;29(1):1–8.
- Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Return-to-work interventions integrated into cancer

- care: a systematic review. *Occup Environ Med* [Internet]. sept 2010;67(9):639–48.
24. Eldredge LKB, Markham CM, Ruitter RAC, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. 4th éd. Hoboken, NJ: Jossey-Bass; 2016. p. 677.
 25. Nawwar A, Brand Bateman L, Khamess S, Fouad MN, Arafat WO, Abdelmonem SE, et al. Using intervention mapping to develop a theory-based intervention to promote colorectal cancer screening in Egypt. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 1 juin 2022;23(6):1975–81.
 26. Sacca L, Markham C, Fares J. Using intervention mapping to develop health education and health policy components to increase breast cancer screening and chemotherapy adherence among Syrian and Iraqi Refugee Women in Beirut, Lebanon. *Front Public Health* [Internet]. 2020;8:101.
 27. Lamort-Bouché M, Sarnin P, Kok G, Rouat S, Péron J, Letrilliart L, et al. Interventions developed with the Intervention Mapping protocol in the field of cancer: a systematic review. *Psychooncology* [Internet]. avr 2018;27(4):1138–49.
 28. Fernandez ME, Ruitter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention mapping: theory- and evidence-based health promotion program planning: perspective and examples. *Front Public Health* [Internet]. 14 août 2019;7:209.
 29. Dupoyet C, Guittard L, Rouat S, Letrilliart L, Carretier J, Lamort-Bouché M, et al. Retour à l'emploi après cancer du sein : apports de la recherche collaborative en santé au travail et d'une charte de partenariat entre acteurs concernés. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* [Internet]. 1 nov 2020;81(6):797–810.
 30. Fassier JB, Rouat S, Guittard L, Broc G, Carretier J, Peron J, et al. Faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein : partenariat chercheurs-acteurs dans un processus de modélisation d'une intervention. *Glob Health Promot* [Internet]. 1 mars 2021;28(1_suppl):15–23.
 31. Fassier JB, Lamort-Bouché M, Sarnin P, Durif-Bruckert C, Péron J, Letrilliart L, et al. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* [Internet]. 1 févr 2016;64(1):33–44.
 32. Fassier JB, Lamort-Bouché M, Broc G, Guittard L, Péron J, Rouat S, et al. Developing a return to work intervention for breast cancer survivors with the intervention mapping protocol: challenges and opportunities of the needs assessment. *Front Public Health* [Internet]. 2018;6:35.
 33. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2008. p. 592.
 34. Mackenzie M, O'Donnell C, Halliday E, Sridharan S, Platt S. Do health improvement programmes fit with MRC guidance on evaluating complex interventions? *BMJ* [Internet]. 1 févr 2010;340:c185.
 35. Chen HT. *Practical program evaluation: theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2014. p. 464.
 36. Rossi PH, Lipsey MW, Henry GT. *Evaluation: a systematic approach*. 8th ed. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2019. p. 360.
 37. Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* [Internet]. 1 janv 1982 [cité 7 déc 2022]; Disponible sur: <https://www.scienceopen.com/document?vid=1c091fc5-d46a-4be0-bf6d-5b24838291b2>.
 38. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil* [Internet]. déc 2005;15(4):507–24.
 39. Luke M, Goodrich KM. Focus group research: an intentional strategy for applied group research? *J Spec Group Work* [Internet]. 2019;44:77–81.
 40. Schuman S. *The IAF handbook of group facilitation: best practices from the leading organization in facilitation*. 1er éd. Hoboken, NJ: Jossey-Bass; 2007. p. 705.
 41. Laure F. *Techniques d'animation*. In: *Tous les outils pour réussir vos présentations, réuni: Tous les outils pour réussir vos présentations, réunions, formations*. 3e éd. Malakoff: Dunod; 2018. p. 256.
 42. Smith SL, Kloss JD, Kniele K, Anderson SS. A comparison of writing exercises to motivate young women to practise breast self-examinations. *Br J Health Psychol* [Internet]. févr 2007;12(Pt 1):111–23.
 43. Lee MK, Yun YH, Park HA, Lee ES, Jung KH, Noh DY. A web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. déc 2014;51(12):1557–67.
 44. Scruggs S, Mama SK, Carmack CL, Douglas T, Diamond P, Basen-Engquist K. Randomized trial of a lifestyle physical activity intervention for breast cancer survivors: effects on transtheoretical model variables. *Health Promot Pract* [Internet]. janv 2018;19(1):134–44.
 45. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med* [Internet]. août 2013;46(1):81–95.
 46. Hernandez ÉM, Redien-Collot R. Méthodes de créativité et amélioration des projets entrepreneuriaux : présentation d'une expérimentation dans un contexte académique. *Gestion 2000* [Internet]. 2013;30(5):93–114.
 47. Evers KE, Prochaska JM, Prochaska JO, Driskell MM, Cummins CO, Velicer WF. Strengths and weaknesses of health behavior change programs on the internet. *J Health Psychol* [Internet]. janv 2003;8(1):63–70.
 48. Greidanus MA, de Boer AGEM, Tiedtke CM, Frings-Dresen MHW, de Rijk AE, Tamminga SJ. Supporting employers to enhance the return to work of cancer survivors: development of a web-based intervention (MiLES intervention). *J Cancer Surviv* [Internet]. avr 2020;14(2):200–10.
 49. Angell KL, Kreshka MA, McCoy R, Donnelly P, Turner-Cobb JM, Graddy K, et al. Psychosocial intervention for rural women with breast cancer: the Sierra-Stanford partnership. *J Gen Intern Med* [Internet]. juill 2003;18(7):499–507.
 50. Beatty LJ, Koczwara B, Rice J, Wade TD. A randomised controlled trial to evaluate the effects of a self-help workbook intervention on distress, coping and quality of life after breast cancer diagnosis. *Med J Aust* [Internet]. 6 sept 2010;193(S5):S68–73.
 51. Grunfeld EA, Schumacher L, Armaou M, Woods PL, Rolf P, Sutton AJ, et al. Feasibility randomised controlled trial of a guided workbook intervention to support work-related goals

- among cancer survivors in the UK. *BMJ Open* [Internet]. 21 janv 2019;9(1):e022746.
52. Pel E, Engelberts I, Schermer M. Diversity of interpretations of the concept « patient-centered care for breast cancer patients »; a scoping review of current literature. *J Eval Clin Pract* [Internet]. oct 2022;28(5):773–93.
 53. Hashemzadeh M, Rahimi A, Zare-Farashbandi F, Alavi-Naeini AM, Daei A. Transtheoretical model of health behavioral change: a systematic review. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2019;24(2):83–90.
 54. Porro B, Campone M, Moreau P, Roquelaure Y. Supporting the return to work of breast cancer survivors: from a theoretical to a clinical perspective. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 22 avr 2022;19(9):5124.
 55. Ye M, Du K, Zhou J, Zhou Q, Shou M, Hu B, et al. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psychooncology* [Internet]. juill 2018;27(7):1695–703.
 56. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* [Internet]. 2015;S1(HS):41–50.
 57. Broeder JL, Donze A. The role of qualitative research in evidence-based practice. *Neonatal Netw* [Internet]. 2010;29(3):197–202.
 58. Michie S, Thomas J, Johnston M, Aonghusa PM, Shawe-Taylor J, Kelly MP, et al. The human behaviour-change project: harnessing the power of artificial intelligence and machine learning for evidence synthesis and interpretation. *Implement Sci* [Internet]. 18 oct 2017;12(1):121.
 59. Flynn R, Rotter T, Hartfield D, Newton AS, Scott SD. A realist evaluation to identify contexts and mechanisms that enabled and hindered implementation and had an effect on sustainability of a lean intervention in pediatric healthcare. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 29 nov 2019;19(1):912.
 60. Maben J, Taylor C, Dawson J, Leamy M, McCarthy I, Reynolds E, et al. A realist informed mixed-methods evaluation of Schwartz Center Rounds® in England [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 [cité 12 déc 2022]. (Health Services and Delivery Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533087/>.