HAL
open science

État actuel de l'utilisation de l'AMK 15,5 dans la prise en charge libérale du cancer du sein

Alice Hascouet

To cite this version:

Alice Hascouet. État actuel de l'utilisation de l'AMK 15,5 dans la prise en charge libérale du cancer du sein. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03014810

HAL Id: dumas-03014810

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03014810v1

Submitted on 19 Nov 2020

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22 avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

État actuel de l'utilisation de l'AMK 15,5 dans la prise en charge libérale du cancer du sein

HASCOUET Alice

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020

Session Juin 2020

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier pour leur disponibilité et leurs conseils,

Zeina Ghorayeb, directrice de ce mémoire,

Christelle Hamon,

Ma famille.

Sommaire

I. Introduction....1
II. Cadre conceptuel....2
II.1 Cancer du sein....2
II.2 Séquelles possibles des traitements du cancer du sein et prise en charge kinésithérapique....12
II.3 L'évolution de la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes masso-kinésitérapiques....24
III. Questionnement, problématique, hypothèses....29
IV. Matériel et méthode....30
IV.1 Choix de l'outil méthodologique....30
IV.2 Population interrogée....30
IV.3 Élaboration du questionnaire....31
IV.4 Phase de test 37
IV.5 Diffusion du questionnaire....38
IV.6 Traitements des données....38
V. Résultats....39
V.1 Description des données....39
V.2 Synthèse sous forme de réponses conformes/non conformes aux modalités de la NGAP....52
VI. Discussion....53
VI.1 Analyse des résultats....53
VI.2 Biais de l'étude....57
VII. Ouverture....60
VII.1 Une cotation qui atteint son but ?....60
VII.2 Une cotation qui doit évoluer ? Le besoin d'une nouvelle cotation ?....61
VII.3 Une possible amélioration des pratiques ?....62
VII.4 La nécessité d'un retour sur l'utilisation des différentes cotations ? 62
VIII. Conclusion....64

Table des abréviations :

ALD : Affection de Longue Durée

CAWI : Computer Assisted Web Interview

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DLM : Drainage Lymphatique Manuel

HAS : Haute Autorité de Santé

MKDE : Masseur-kinésithérapeute diplômé d’État

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

SNMKR : Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

SOFMER : Société française de médecine physique et de réadaptation

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNMKL : Union Nationale des Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux

Index des illustrations

Figure 1: Schéma de l'anatomie du sein (10).....8
Figure 2: Scores correspondants aux grades.....10
Figure 3: Classification immunophénotypique (16).....11
Figure 4: Les différents types de traitements.....12
Figure 5: Indications de traitement chirurgical mammaire.....13
Figure 6: Indications de traitement chirurgical axillaire (16).....13
Figure 7: Situations d'utilisation de la radiothérapie.....14
Figure 8: Classification immunophénotypique et les traitements systémiques (16).....15
Figure 9: Facteurs prédictifs de réponse au traitement.....16
Figure 10: Aperçu des séquelles potentielles, liées à la chirurgie, liées à la radiothérapie, liées aux traitements médicamenteux, et en gris celles qui sont communes à différents traitements.....18
Figure 11: Stades de Clarke.....21
Figure 12: Cordes axillaires lymphatiques (26).....22
Figure 13: Anatomie des lymphatiques superficiels du membre supérieur (32).....23
Figure 14: Lymphatiques du sein rejoignant ceux du membre supérieur (32).....25
Figure 15: Vaisseaux lymphatiques (33).....25
Figure 16: Les trois phases du lymphœdème.....27
Figure 17: Description des conditions pour l'utilisation de l'AMK 15,5 (37).....37
Figure 18: Flow chart.....49
Figure 19: Pourcentage de patients pris en charge en phase intensive 50
Figure 20: Nombre de MK et formation spécifique.....56
Figure 21: Pourcentage d'utilisation de la cotation AMK 15,5.....57
Figure 22: Pourcentage de réponses conformes et non conformes aux modalités de l'AMK 15,5.....68

Index des tables

Tableau 1: Caractéristiques des cancers du sein.....12
Tableau 2: Pourcentage par traitement de patientes traitées (18).....19
Tableau 3: Types de lymphœdème.....24
Tableau 4: Stades du lymphœdème 25
Tableau 5: Les deux phases du traitement du LO.....26
Tableau 6: Facteurs de risque de lymphocèle.....28
Tableau 7: Facteurs de risque potentiels des cordes axillaires lymphatiques.....33
Tableau 8: Extrait de la NGAP (36).....35
Tableau 9: Lieu de pratique des masseurs-kinésithérapeutes.....50
Tableau 10: Nombre de prises en charge post-cancer du sein traité, en moyenne par an.....51
Tableau 11: Lieu de pratique des masseurs-kinésithérapeutes.....55
Tableau 12: Nombre de prises en charge post-cancer du sein traité, en moyenne par

an....56
Tableau 13: Proportion de patients pris en charge en phase intensive 56
Tableau 14: Répartition homme/femme....57
Tableau 15: Répartition par date de diplôme....57
Tableau 16: Nombre de MK et formation spécifique....58
Tableau 17: Utilisation de la cotation AMK 15,5....59
Tableau 18: Raisons d'arrêt d'utilisation de la cotation AMK 15,5....59
Tableau 19: Raisons de la non-utilisation de la cotation....60
Tableau 20: Récapitulatif des réponses « Autre »....60
Tableau 21: Phases d'utilisation possible....61
Tableau 22: Durée des séances....61
Tableau 23: Contenu des séances....62
Tableau 24: Critères d'indication....62
Tableau 25: Critères de contre-indications....63
Tableau 26: Fréquence optimale en phase intensive....63
Tableau 27: Nombre optimal de séances (phase intensive)....64
Tableau 28: Supplément possible....64
Tableau 29: Connaissance des conditions de l'AMK 15,5....64
Tableau 30: Avis sur une meilleure rémunération grâce à l'AMK 15,5....65
Tableau 31: Avis sur une meilleure prise en charge par la création de l'AMK 15,5....65
Tableau 32: Opinions sur la réévaluation de l'AMK 15,5....66
Tableau 33: Opinion sur le coefficient correspondant à l'acte AMK 15,5 66

I. Introduction

Le cancer du sein est le cancer **le plus fréquent** chez la femme en France. 58 000 nouveaux cas ont été recensés en 2018 (1). Différents traitements peuvent être associés pour traiter cette pathologie : la chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux. Ces traitements peuvent engendrer des séquelles, comme le **lymphœdème du membre supérieur** et la **raideur d'épaule**. Une prise en charge kinésithérapique peut permettre d'atténuer les séquelles et donc d'améliorer la qualité de vie des patientes.

Certaines patientes ont besoin d'une rééducation simultanée de ces deux séquelles (2). Mais cela n'est pas possible car deux cotations ne peuvent pas être associées dans une même séance (3). En 2012, une demande a été effectuée auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour permettre cette rééducation simultanée et donc une meilleure prise en charge des patientes. Suite au rapport d'évaluation de l'HAS, un nouvel acte a été créé (AMK 15,5) en 2015, comblant un vide de la nomenclature. Plus de 4 ans après, qu'en est-il de son utilisation ?

L'objectif de ce travail est d'explorer l'état actuel de l'utilisation de cet AMK 15,5 lors de la prise en charge libérale du cancer du sein. Il consiste à recenser l'utilisation ou non de cet acte, mais aussi à déterminer si son utilisation se fait en respectant les modalités de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) le concernant. Il cherchera aussi à établir si cette nouvelle cotation a effectivement permis une meilleure prise en charge des patientes.

Le cadre conceptuel sera d'abord présenté et la problématique introduite. Pour essayer d'y répondre, une enquête par questionnaire sera mise en place et suivie de son analyse.

II. Cadre conceptuel

II.1 Cancer du sein

En France, le cancer du sein est le cancer **le plus fréquent** chez la femme, avec plus de 58 000 nouveaux cas estimés en 2018, soit **33%** des cancers féminins (1). Ces femmes atteintes sont âgées de plus de 50 ans, dans plus de 8 cas sur 10. Les hommes peuvent aussi être concernés, mais ils représentent moins de 1% des cas (4). Après avoir augmenté de façon constante, l'incidence de ce cancer a d'abord diminué puis s'est stabilisée dans les années 2000. Cette stagnation serait due en partie à la saturation du dépistage organisé et à la diminution rapide des prescriptions de traitements hormonaux de la ménopause après 2003. Mais depuis 2010, l'incidence du cancer du sein est à nouveau **en augmentation** sans que la cause n'ai été identifiée de façon claire (1).

Le cancer du sein représente également la **première cause de décès** par cancer chez la femme (12 146 décès en 2018). Cependant, sur la période de 1990 à 2018, les avancées thérapeutiques et le diagnostic plus précoce ont permis une diminution régulière de la mortalité (-1,3 % par an). Selon l'Institut National du Cancer, cela a aussi permis une **augmentation de la survie** à 5 ans (87%) (5).

Le nombre de patientes en traitement, en rémission ou guéries **augmente** en effet chaque année. En 2017, 588 860 personnes étaient en Affection de Longue Durée (ALD) 30 « Tumeur maligne du sein chez la femme », ce qui équivaut au quart des ALD 30 « Tumeur maligne », représentant l'ensemble des cancers (6).

Pour lutter contre le cancer du sein, un programme national de dépistage a été mis en place en 2004. Il concerne les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen. Il les incite, à effectuer un examen clinique des seins et une mammographie tous les deux ans (deux clichés par sein, avec une deuxième lecture systématique) (4). Dans cette tranche d'âge, le **dépistage organisé** est à l'origine de 60% des diagnostics de ce cancer (7). En effet, plus le dépistage est précoce plus il y a des chances importantes de guérison et de réduction de la mortalité liées au cancer (estimée entre 15 et 21% (8)).

II.1.1 Différents cancers du sein

Selon l'OMS, le cancer regroupe les maladies ayant comme caractéristiques la **multiplication** et la **prolifération** rapide de cellules anormales, qui échappent au contrôle de l'organisme, formant une tumeur. Ces cellules malignes peuvent ensuite se répandre dans d'autres organes, et sont appelées **métastases**. Presque tous les organes et tissus peuvent être à l'origine d'un cancer, dont le sein (9).

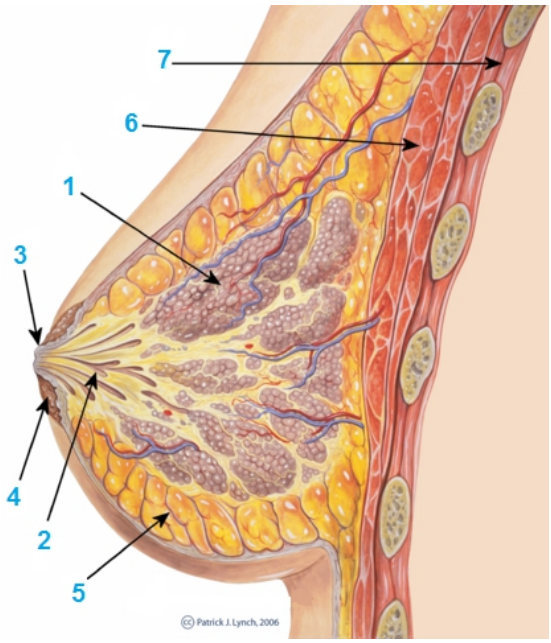


Figure 1: Schéma de l'anatomie du sein (10)

Anatomie du sein :

Le **sein** est une glande exocrine féminine, atrophiée chez l'homme. Il est composé de :

- la glande mammaire,
- 10 à 15 lobules (1), sécrétant du lait
- des canaux galactophores (2), qui drainent ces lobules
- la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) (3-4)
- graisse (5) et tissu de soutien
- vaisseaux (lymphatiques et sanguins) (10)

En arrière du sein, du superficiel au profond :

- muscle grand pectoral (6)

- muscle petit pectoral
- côtes et muscles intercostaux (7) (11)

Le drainage lymphatique du sein s'effectue en grande partie vers les nœuds lymphatiques, encore appelés « ganglions », du creux axillaire, et accessoirement vers les nœuds sous-claviculaires et la chaîne mammaire interne (12). Certains nœuds sont communs au drainage du membre supérieur.

Les **œstrogènes** et la **progestérone** sont les hormones sexuelles, produites par les ovaires, qui contrôlent le développement et le fonctionnement de la glande mammaire (4).

Il existe plusieurs types de cancer qui se distinguent, après analyse de leur imagerie médicale et de leur anatomopathologie, en différents stades et grades, dépendant de leur localisation, de leur histologie et de leurs caractéristiques moléculaires.

Localisation et métastases :

La plupart des cancers du sein (95%) ont pour origine les cellules épithéliales, donnant des **carcinomes**. Ces derniers sont divisés en 2 groupes : in situ et infiltrant (13).

Pour le carcinome **in situ**, nous pouvons distinguer deux types :

- le carcinome canalaire où les cellules se situent dans les canaux galactophores
- le carcinome lobulaire où elles se situent dans les lobules (4)

Dans les deux cas, la membrane basale n'est pas envahie et le risque métastatique est donc presque nul.

Dans le cas où, le tissu conjonctif environnant est atteint, le carcinome devient **infiltrant**, et il risque alors de métastaser (13). Les cellules cancéreuses se propageront alors à d'autres parties du corps : nœuds lymphatiques, os, foie, poumons... Les métastases seront les nouvelles tumeurs créées.

Lorsque les carcinomes sont au niveau de la peau, en surface, le cancer est **inflammatoire** (14).

Il est important de distinguer le grade et le stade dans l'évaluation d'un cancer.

Grade :

Le **grade histologique** de la tumeur pour le cancer infiltrant prend en compte 3 paramètres :

- la différenciation architecturale
- les anomalies des noyaux
- le nombre de mitoses

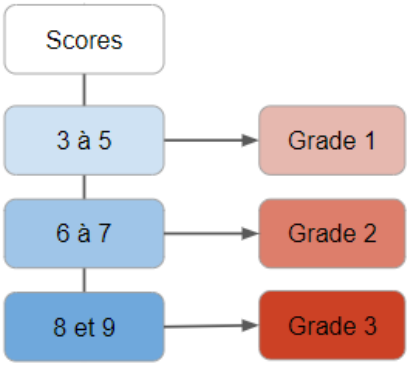


Figure 2: Scores correspondants aux grades

Un score de 1 à 3 est attribué pour chaque paramètre. Lorsqu'ils sont additionnés, les scores correspondent à un grade.
Un grade élevé correspondra à un cancer plus agressif, dont la prolifération sera plus importante et/ou l'architecture plus atypique. Le **pronostic** du patient est mis dans ce cas en danger (13). Le grade détermine ainsi la gravité du cancer.

Stade :
Le **stade**, allant de 0 à 4, est déterminé en fonction de la **localisation** du cancer. Le stade 0 correspondant aux carcinomes *in situ* et le stade 4 aux tumeurs avancées localement et/ou avec métastases (13).

Une autre classification des tumeurs existe prenant en compte la taille de la **T**umeur, l'atteinte de nœuds lymphatiques (**N**ombre d'adénopathie) et la présence de **M**étastases. C'est la classification **TNM.**

Caractéristiques moléculaires :

Marqueurs	Caractéristiques	Part des cancers
Récepteurs aux oestrogènes (RE)	Hormonodépendance RE+ et/ou RP+	RE: 85% RP: 67%
Récepteurs à la progestérone (RP)		
Surexpression protéine HER2	HER2+	15 à 20%
Expression protéine Ki67	Niveau de prolifération élevé	-

Tableau 1: Caractéristiques des cancers du sein

Les tumeurs sont aussi différentes par la présence ou non de certains marqueurs. Ces marqueurs seront **prédictifs de la réponse** aux différents traitements (15).

Ces différentes caractéristiques permettent un classement en 6 classes immunophénotypiques, selon si ils sont positifs ou négatifs (15) (*Annexe I*).

Ces différentes informations sur le cancer seront importantes pour le choix des traitements proposés et permettront une prise en charge **personnalisée** du patient. Le choix des traitements sera discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Facteurs de risque :

Le cancer du sein est d'origine **multifactorielle**. Différents **facteurs de risques** ont été mis en évidence comme l'âge, les antécédents familiaux et personnels, le surpoids, des facteurs hormonaux et reproductifs (nulliparité, premier enfant après 30 ans), l'inactivité physique, la consommation de tabac (4,13). La consommation d'alcool, même faible, est associée à un risque plus important de cancer du sein (13,16). Le travail de nuit, les perturbateurs endocriniens et certaines expositions professionnelles sont aussi évoqués (1).

Une **prédisposition génétique** existe pour une part réduite des cancers du sein (5 à 10%) (7). Une mutation des gènes BRCA1 et BRCA2, augmente grandement le risque de développer ce type de cancer.

II.1.2 Traitements du cancer du sein

Différents types de traitement peuvent être associés pour traiter le cancer du sein (17):

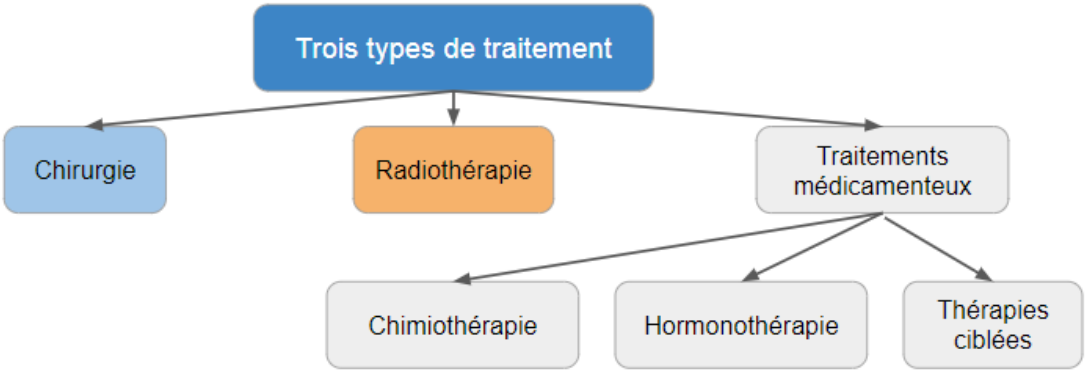


Figure 3: Les différents types de traitements

Le protocole de soins proposé est adapté au profil de chaque patiente. Il tient compte des facteurs de risques de la patiente traitée, mais aussi de la localisation, du stade, du grade histologique et des caractéristiques moléculaires du cancer dont elle est atteinte. Cette **médecine personnalisée** permet aux patientes d'éviter de se voir infliger des traitements non nécessaires et qui peuvent altérer leur qualité de vie (18).

Ces traitements ont pour but d'éliminer ou de freiner le développement de la tumeur et des métastases éventuelles, permettant ainsi de réduire la mortalité et d'allonger la survie, mais aussi de diminuer le risque de récidive (17).

Le programme personnalisé peut comporter un type de traitement, ou une association de types de traitement. La chimiothérapie, l'hormonothérapie ou la thérapie ciblée peuvent être utilisées en traitement **néo-adjuvant**, pour diminuer la tumeur et faciliter la chirurgie, ou en traitement **adjuvant** en complément d'une chirurgie et/ou de la radiothérapie pour augmenter leurs effets.

Chirurgie :

La chirurgie est utilisée pour traiter la quasi-totalité des cas de cancer du sein (19).

Il existe deux types de chirurgie mammaire :

- **conservatrice** (70%) (7), appelée **tumorectomie :** retrait de la tumeur, ou si élargie **techniques oncoplastiques**

– **non conservatrice** (30%) (7), appelée **mastectomie totale** : ablation totale de la glande mammaire (10)

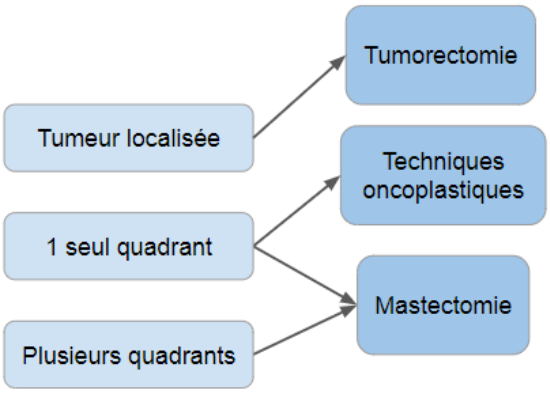


Figure 4: Indications de traitement chirurgical mammaire

Concernant le creux axillaire, 2 techniques sont possibles :

– la technique du **ganglion sentinelle** : repérage du premier relais ganglionnaire (colorant et/ou isotope), **1 à 2** nœuds lymphatiques prélevés et analysés (10)
– le **curage axillaire :** retrait de **8 à 10** nœuds lymphatiques axillaires en moyenne *(20)*

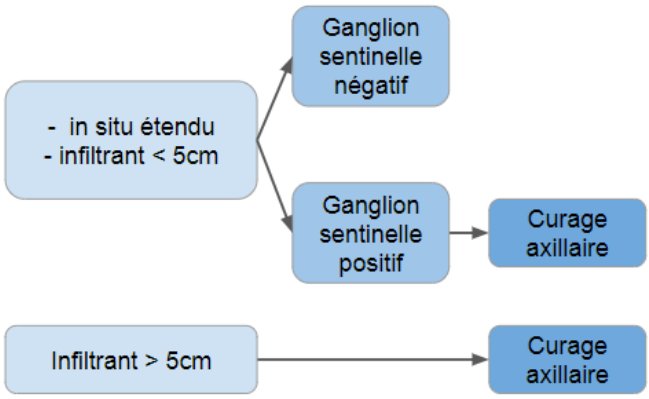


Figure 5: Indications de traitement chirurgical axillaire (16)

En moyenne, les patientes restent 1 à 4 jours à l'hôpital. En 2017, 19,1% de ses chirurgies ont été réalisées en ambulatoire (21).

Ces différentes chirurgies permettent aussi d'obtenir des informations importantes, comme par exemple le nombre de nœuds lymphatiques atteints, pour le choix des traitements adjuvants qui suivront.

Après une mastectomie, si c'est le choix de la patiente, une **reconstruction** mammaire peut être effectuée. Elle peut être immédiate ou différée. Les plus courantes sont les reconstructions par (10) :

- transfert de tissu adipeux
- lambeau du muscle grand dorsal
- lambeau abdominal de peau et graisse (DIEAP)
- lambeau du muscle grand droit de l'abdomen (TRAM)
- prothèse

Radiothérapie :

La radiothérapie, par l'application de rayonnements ionisants, entraîne la mort des cellules cancéreuses restantes, mais aussi des cellules saines de la zone.

La radiothérapie est généralement utilisée dans ces situations (15) :

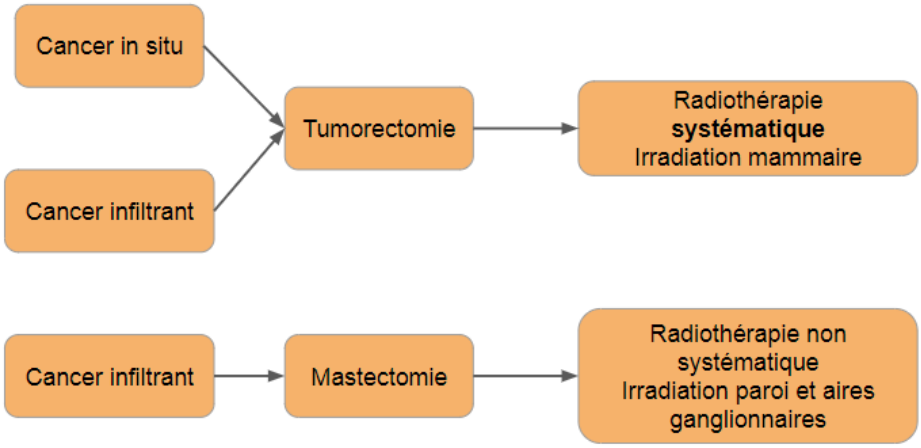


Figure 6: Situations d'utilisation de la radiothérapie

La radiothérapie peut aussi être peropératoire.

Des zones supplémentaires peuvent être irradiées : le lit tumoral et les aires ganglionnaires (zones axillaire, sus et sous-claviculaires, chaîne mammaire interne) (*Annexe II)*. Les séances sont quotidiennes, durant en moyenne 5 semaines. Environ **88%** des patientes bénéficient de ce traitement (19).

Traitements médicamenteux :

Contrairement à la chirurgie et à la radiothérapie qui ont une action locale, les traitements médicamenteux, agissent sur tout le corps : ils sont dits **systémiques**. Ils comprennent la chimiothérapie, l'hormonothérapie, les thérapies ciblées.

Un traitement ou une association de ces traitements existent pour chacune des 6 classes immunophénotypiques.

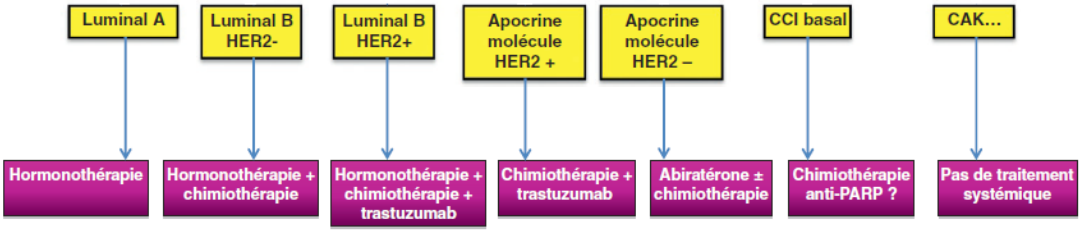


Figure 7: Classification immunophénotypique et les traitements systémiques (16)

Chimiothérapie :

La **chimiothérapie** se présente le plus souvent sous forme de médicaments administrés en intraveineux. Le cathéter ou la chambre implantable, sous-dermique, au niveau thoracique, sont nécessaires pour leur administration répétée. Ces médicaments vont empêcher la prolifération des cellules se développant rapidement (cellules cancéreuses mais aussi cheveux, ongles...) et entraîner leurs morts. La toxicité sera **spécifique et généralisée** entraînant de nombreux effets secondaires.

Le rythme et la durée de la chimiothérapie varie selon le patient, à savoir qu'une chimiothérapie **adjuvante** dure généralement entre 3 et 6 mois (22). La chimiothérapie peut aussi être **néoadjuvante**, dans le cas par exemple d'un cancer du sein inflammatoire ou avancé localement.

Hormonothérapie :

Lorsque le cancer est hormonodépendant, les œstrogènes et/ou la progestérone vont stimuler les cellules cancéreuses. L**'hormonothérapie** est un traitement, en comprimés ou injections, qui va altérer ou bloquer les récepteurs de ces hormones, ou encore arrêter leur production. Toutes les cellules du corps sensibles aux hormones vont être touchées.

Habituellement, ce traitement est commencé suite à la radiothérapie et/ou la chimiothérapie, pour au minimum 5 ans (23).

Thérapie ciblée :

Un traitement par anti-corps, appelé trastuzumab ou Herceptin ®, va agir sur les cellules cancéreuses surexprimant la protéine HER2. Les récepteurs spécifiques à cette protéine vont être atteints et cela va empêcher la croissance des cellules cancéreuses (15).

Traitements médicamenteux	Part des patientes traitées
Chimiothérapie	50%
Hormonothérapie	74%
Thérapie ciblée	14%

Tableau 2: Pourcentage par traitement de patientes traitées (20)

Pour déterminer de quels traitements les patientes doivent bénéficier, des facteurs prédictifs de réponse aux traitements ont été répertoriés (15):

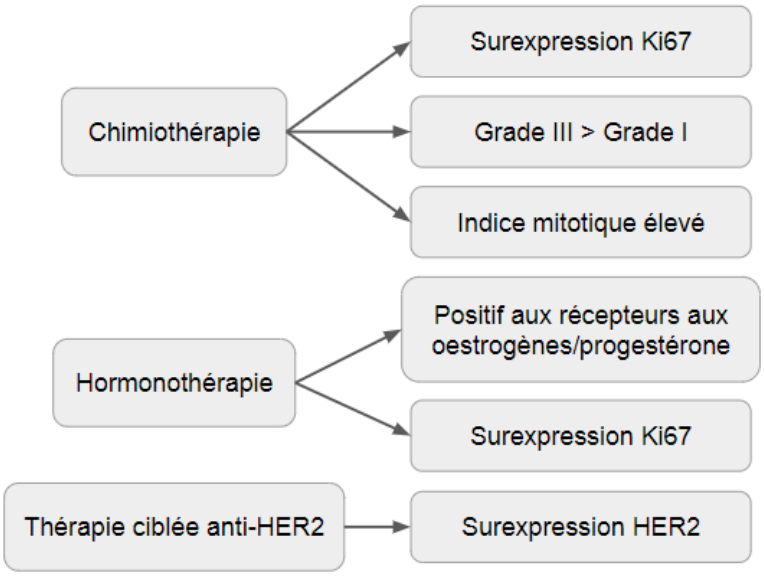


Figure 8: Facteurs prédictifs de réponse au traitement

L'association des traitements sera différente si le cancer est *in situ*, infiltrant ou métastatique. Une description par l'HAS a été faite (*Annexe II*).

II.2 Séquelles possibles des traitements du cancer du sein et prise en charge kinésithérapique

Suite aux traitements radio-chirurgicaux et médicamenteux du cancer, des séquelles **physiques,** comme le lymphœdème, et **psychologiques**, ou d'autres effets secondaires, par exemple la fatigue pendant la chimiothérapie sont possibles (24,25).

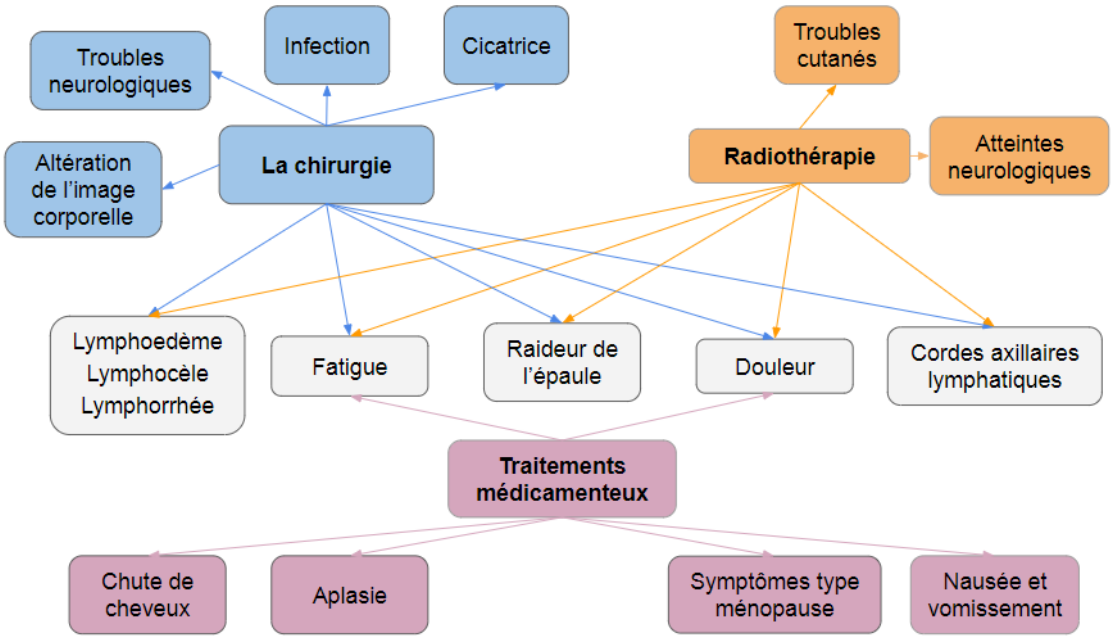


Figure 9: Aperçu des séquelles potentielles, liées à la chirurgie, liées à la radiothérapie, liées aux traitements médicamenteux, et en gris celles qui sont communes à différents traitements

Parmi les séquelles figurant dans le schéma, certaines peuvent bénéficier d'une **prise en charge kinésithérapique** qui va permettre de les atténuer et donc d'améliorer la qualité de vie des patientes. Les séquelles qui vont être détaillées maintenant sont liées à la **création de l'AMK 15,5**. Ce sont le lymphœdème du membre supérieur, la raideur d'épaule et toutes les complications liées. Ces différentes séquelles peuvent être **postopératoire** ou **à distance de l'opération**, elles seront évoquées par ordre d'apparition après la chirurgie.

II.2.1 Lymphorrhée

Une de ces séquelles postopératoires possibles est la lymphorrhée. C'est un écoulement de **lymphe** dû à la section des collecteurs lymphatiques lors du curage

axillaire qui n'ont pas eu le temps de cicatriser (25). La lymphe va aller se loger au niveau de la zone opérée. L'écoulement s'arrête lorsque le collecteur s''affaisse. Un drain aspiratif est donc placé provisoirement pour réduire la lymphorrhée.

Pour permettre la réduction de l'écoulement, la rééducation active du membre supérieur est freinée voire arrêtée (26).

II.2.2 Lymphocèle

Lorsque le drain aspiratif est retiré, la lymphe peut continuer à s'écouler et s'accumuler formant une poche de lymphe au niveau d'un espace de décollement aponévrotique, appelé **lymphocèle.** Il se retrouve au niveau de la loge de la mastectomie ou tumorectomie, ou encore dans le creux axillaire. **20 à 40%** des patientes sont touchées par cette complication en postopératoire. Cette poche de lymphe peut entraîner une gêne, des douleurs et est à risque infectieux. Les facteurs de risque de développement de cette séquelle sont (12):

Facteurs de risque
Surpoids
Tumeur > 2cm
Durée de drainage

Tableau 3: Facteurs de risque de lymphocèle

Traitement :

Si nécessaire, des **ponctions** suivies d'un bandage compressif peuvent être effectuées pour diminuer la gêne (26), mais il existe un risque d'exacerbation à chaque ponction.

La prise en charge du masseur-kinésithérapeute avec le drainage lymphatique manuel (**DLM**) en étoile va favoriser la résorption et la mise en place d'un **bandage compressif**, l'arrêt de l'écoulement. La rééducation active peut être diminuée ou arrêtée.

II.2.3 Lymphœdème du sein

Il n'existe pas de consensus sur la définition du lymphœdème du sein. Cette complication entraîne un inconfort et une altération de la qualité de vie.

Selon *Verbelen et all*, le lymphœdème du sein est une séquelle **courante** après un traitement conservateur et de la radiothérapie. Un facteur de risque de cette séquelle est une morphologie avec des seins volumineux. Le lymphœdème peut apparaître :

- **après la chirurgie :** dû à une perturbation de la circulation lymphatique
- **4 à 6 mois après la radiothérapie :** dû à l'augmentation de l'épaississement de l'épiderme, qui revient ensuite à la normale vers les 12 mois

Epidémiologie :

Une incidence précise n'a pas pu être déterminée, notamment en raison de la variabilité des méthodes et des critères d'évaluation utilisés dans les études. Cette séquelle serait sans doute sous-diagnostiquée. Cependant si cette incidence décroît avec le temps, certaines patientes gardent néanmoins cette séquelle des années après leur traitement.

Diagnostic :

Il se fait visuellement et à la palpation. 3 stades peuvent être déterminés (26):

Stade I	Oedème léger Epaississement cutané
Stade II	Oedème observable Pores dilatés: "peau d'orange" Douleur à type de pesanteur Godet
Stade III	Stade II + Douleur ne cédant pas la nuit

Figure 10: Stades de Clarke

Traitement :

Avant de proposer un traitement, il faut exclure, avec l'observation et la palpation, une

origine infectieuse de l'œdème ou due à une récidive.

Le traitement du lymphœdème est peu décrit dans la littérature, et s'inspire principalement du traitement du lymphœdème du membre supérieur par thérapie complexe décongestive (DLM, compression, soins de peau) (27). L'utilisation de la cryothérapie, l'auto-drainage, la lutte contre le surpoids et les coques de compression sont aussi décrits (26).

II.2.4 Cordes axillaires lymphatiques ou « *Axillary Web Syndrome* »

Cette séquelle peut être définie par une toile de peau axillaire recouvrant une ou plusieurs **cordes** (28). Ces cordes sont généralement retrouvées dans le creux axillaire, ou encore au niveau du sein, de la paroi thoracique. Elles continuent parfois dans le bras jusqu'au poignet (12,29).

Figure 11: Cordes axillaires lymphatiques (26)

Lorsque l'épaule est amenée en abduction et/ou en flexion, les cordes se tendent et entraînent des **douleurs.** Une **restriction de mobilité** peut donc être observée. Le diagnostic est clinique, regroupant les symptômes évoqués, leurs observations et la palpation des cordes. Un auto-questionnaire permettant de dépister ce syndrome existe (30).

Etiologie :

L'étiologie reste incertaine, l'hypothèse souvent évoquée est une thrombose des vaisseaux lymphatiques superficiels due à la chirurgie axillaire, même si l'origine veineuse n'a pas pu être éliminée (28,29).

Généralement, ce syndrome survient **dans les deux premiers mois** après une chirurgie axillaire et les symptômes disparaissent spontanément dans les trois mois. Néanmoins, les symptômes peuvent parfois persister voire apparaître bien plus tard, jusqu'à deux ans après la chirurgie. Même si la prévalence varie beaucoup selon les études, le pourcentage avancé de patientes atteintes est de **36%**, c'est une séquelle **commune** (28).

Des **facteurs de risque potentiels** ont été identifiés (28,29):

Facteurs de risque
Etendue de la chirurgie axillaire
IMC faible
Patientes jeunes

Tableau 4: Facteurs de risque potentiel des cordes axillaires lymphatiques

Cette complication est plus fréquente après un curage axillaire qu'après l'utilisation de la technique du ganglion sentinelle seule.

Cette séquelle, en plus d'altérer la **qualité de vie** des patientes atteintes, peut contrecarrer **une possible radiothérapie** suivant la chirurgie. En effet, l'amplitude limitée de l'épaule ne permettra pas la position nécessaire en abduction (≥90°) et rotation externe (28,29,31).

Traitement :

Peu d'études existent sur le traitement de cette complication mais elles montrent que le traitement kinésithérapique pourrait permettre une **dissipation des cordes et/ou une diminution de la douleur** ainsi qu'une **augmentation des amplitudes de l'épaule**, permettant une amélioration de la qualité de vie. La prise en charge kinésithérapique permettrait aussi une rémission **plus rapide**.

Les traitements évoqués sont des **exercices** (pour les amplitudes de l'épaule, le renforcement, la relaxation), du **DLM** avec la pulpe des doigts sur le trajet des cordes, des **étirements**, du massage.

Différents traitements **médicamenteux** testés se sont révélés eux **inefficaces** (12,31).

II.2.5 Lymphœdème du membre supérieur secondaire au traitement pour cancer du sein

Figure 12: Anatomie des lymphatiques superficiels du membre supérieur (32)

Le **système lymphatique superficiel** du membre supérieur part d'un plexus digital pour se diriger vers la face dorsale de la main. Les lymphatiques de la face palmaire les y rejoignent. Ils vont ensuite poursuivre leur trajet dans la face postérieure de l'avant bras, en trajet brachial et cubital et aller en antérieur. Au niveau du bras, les vaisseaux se divisent en trois courants : céphalique, basilique et bicipital antérieur. Ils vont ensuite se déverser dans les **nœuds lymphatiques** axillaires ou infraclaviculaires (32). Ces nœuds vont **filtrer** la lymphe, mais aussi participer au **système immunitaire** en fabriquant des lymphocytes (12).

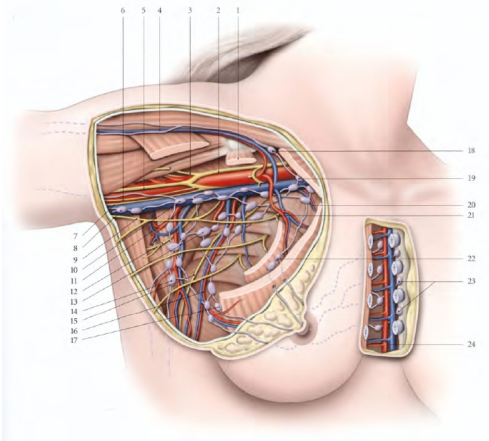


Figure 13: Lymphatiques du sein rejoignant ceux du membre supérieur (32)

Mais ce système lymphatique peut être altéré :

- lors du **curage axillaire** ou dans le cas de l'utilisation de la technique du **ganglion sentinelle :** des nœuds lymphatiques sont retirés. Or ces nœuds peuvent être communs au drainage du sein et du membre supérieur homolatéral.
- lors d'une **radiothérapie :** fibrose radio-induite autour des lymphatiques (2)

L'atteinte des nœuds lymphatiques et l'**obstruction des collecteurs** diminuent le potentiel de circulation de retour du système. Or ce dernier est responsable du drainage de l'excès de **liquide interstitiel** riche en **protéines et déchets** présents.

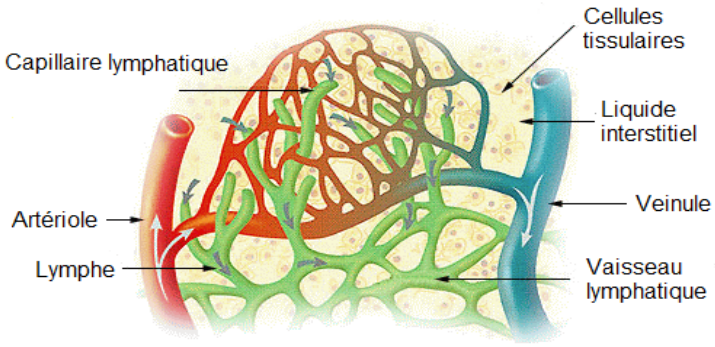


Figure 14: Vaisseaux lymphatiques (33)

Pour compenser à cela, la résorption va être augmentée. En effet, ce drainage se fait grâce aux **capillaires lymphatiques initiaux**. Leurs parois sont formées de feuillets, plus ou moins joints, attachées au tissu sous-cutané par des **filaments de Leak** et de **fentes tissulaires**. L'augmentation de la quantité de liquide interstitiel et les mouvements tissulaires vont entraîner une traction sur ces filaments, une ouverture se fait et le liquide interstitiel rentre dans le lymphatique initial (captage). Il est alors appelé **lymphe** (12).

Les contraintes extérieures vont alors déplacer cette lymphe, qui va arriver dans des vaisseaux plus volumineux, les pré-collecteurs, qui eux vont se jeter dans des collecteurs.

Grâce aux **valvules** présentes, la circulation est unidirectionelle. Un lymphangion correspond à la partie située entre deux valvules, qui se contracte de manière autonome pour évacuer la lymphe. Le débit va augmenter avec la quantité de liquide

accumulée.

Mais le **déséquilibre** filtration/résorption peut ne pas être compensé. Les protéines ne peuvent alors pas être évacuées, elles vont alors s'accumuler. Or, elles sont hydrophiles et attirent l'eau (12).

Ce déficit de drainage va entraîner une accumulation de liquide interstitiel, mais aussi de protéines. Pour résumé, le lymphœdème apparaîtra si le système **n'arrive pas à compenser** ce déficit. Dans le cas présent le lymphœdème **est secondaire** au traitement d'un cancer du sein , c'est une séquelle d'une **chirurgie axillaire ou de la radiothérapie.**

Primaire	Anomalie constitutive Pas d'agression du système lymphatique
Secondaire	Agression du système lymphatique (chirurgie, radiothérapie, traumatisme…)

Tableau 5: Types de lymphœdème

C'est une maladie chronique et évolutive (2). Trois phases vont alors se suivre (25) :

Figure 15: Les trois phases du lymphœdème

Épidémiologie :

Cette apparition d'un lymphœdème concerne **une patiente traitée sur cinq**. Il apparaît généralement **dans les 2 ans** après la chirurgie, mais peut aussi apparaître après cette période**.**

Grâce à la technique du ganglion sentinelle, moins de nœuds lymphatiques sont extraits et l'incidence de lymphœdème chez les femmes bénéficiant de cette technique a été **réduite par 4** (33).

Une **piste** évoquée pour réduire le taux de lymphœdème dans le cas où le ganglion axillaire sentinelle est positif, est l'utilisation de la radiothérapie plutôt qu'un curage axillaire. Ces deux techniques seraient équivalentes en terme de taux de récidive mais

la radiothérapie a un taux de lymphœdème secondaire inférieur (5% contre 13%) (15).

Facteurs de risque :

Le risque d'apparition d'un lymphœdème augmente notamment :

- suite à une chirurgie axillaire étendue
- après une radiothérapie
- en cas de surpoids et d'obésité
- avec la non pratique d'une activité physique régulière (10,33)
- mais aussi avec les épisodes infectieux

Un gène prédisposant a aussi été identifié (12).

La **qualité de vie** est dégradée par les conséquences **physiques** et **psychologiques** de cette complication. Le membre supérieur atteint est enflé, la **localisation du lymphœdème varie**, débutant généralement en proximal, et pouvant se développer vers la main (2,12). Cela peut entraîner une restriction de mouvements et donc d'activités.

Le système lymphatique étant touché, sa fonction immunitaire est aussi altérée, les **infections** telle que la lymphangite et l'érysipèle peuvent être récurrentes. Cette complication peut aussi engendrer une altération de l'image corporelle, une détresse psychologique, de l'anxiété, une dépression, ou encore un évitement social (2).

Diagnostic :

Le diagnostic est clinique. Différents éléments permettent de l'établir, comme une différence de volume de **10%** ou de **200mL**, ou encore une **différence de circonférence** supérieure à 2 cm à un niveau du membre supérieur par rapport au membre non atteint. Des sensations de lourdeur ou pesanteur peuvent aussi être ressenties par les patientes (2). La bio-impédancemétrie peut aussi être utilisée (12).

L'*International Society of Lymphology* propose une classification du lymphœdème en 4 stades (*Annexe III*) (2) :

Stade 0	Latent ou subclinique
Stade 1	Lymphoedème réversible
Stade 2	Lymphoedème spontanément irréversible
Stade 3	Éléphantiasis lymphostatique

Tableau 6: Stades du lymphœdème

Traitement :

Selon l'HAS, le traitement n'est pas curatif, mais des traitements symptomatiques de nature physique et chirurgical existent (2).

Le traitement physique comprend deux phases successives :

	Phase intensive	Phase d'entretien
Objectif	Diminution du volume	Maintien du volume
Durée	2 à 4 semaines	...

Tableau 7: Les deux phases du traitement du lymphœdème

Phase intensive :

La prise en charge masso-kinésithérapique lors de la phase **intensive** consiste en une **thérapie décongestive complexe**. Elle comprend une association de :

- **D**rainage **L**ymphatique **M**anuel (**DLM**)
- **Bandages** compressifs multicouches
- **Exercices** sous bandages
- **Soins d'hygiène de la peau**

Grâce au manœuvre de **DLM** qui mobilise les tissus, le masseur-kinésithérapeute va agir sur les systèmes lymphatique et veineux superficiels (2,12). La pression exercée doit être adaptée à la dureté de l'œdème. Les manœuvres effectuées sur la zone pourraient permettre de mobiliser les filaments de Leak et de faire varier les pressions tissulaires, favorisant donc la résorption de l'excédent de liquide (12).

Les **compressions** recommandées par l'HAS à cette phase sont les bandes sèches à allongement court ou inélastiques et des dispositifs de capitonnage (34).

La pressothérapie pneumatique peut aussi être utilisée. Cette phase dure environ 14 jours (2).

Phase d'entretien :

Lors cette phase, le port d'un **manchon** est recommandé (34). La compression est idéalement faite sur mesure et des auto-bandages peuvent ponctuellement être utilisés si besoin (12). De l'auto-drainage et de l'exercice physique avec manchon complètent cette prise en charge et les soins de la peau sont poursuivis (2).

Un traitement chirurgical est recommandé dans le cas où le traitement physique n'a pas été efficace. Il est peu utilisé (2). Lorsque le lymphœdème est aux stades 0 et 1, la microchirurgie est possible ; aux stades 2 et 3 avec hypertrophie graisseuse et/ou fibrose une liposuccion peut être indiquée (10).

II.2.6 Raideur d'épaule

Lors de l'examen physique, une **réduction des amplitudes passives** de l'articulation gléno-humérale, principalement la flexion antérieure et l'abduction, peut être observée, c'est une raideur d'épaule. Cela limite la fonction du membre supérieur. Cette séquelle peut être fréquemment retrouvée en **postopératoire** ou **à distance de l'opération**.

Différents éléments peuvent entraîner cette diminution d'amplitudes :

- En postopératoire : la cicatrice du curage axillaire, les pansements, des adhérences, les cordes axillaires lymphatiques
- A distance de l'opération : la fibrose modérée des chefs externes du muscle grand pectoral, une pathologie articulaire antérieure ayant évoluée (2,25), le lymphœdème, les cordes axillaires lymphatiques si elles sont toujours présentes

Ces éléments entraînent de la douleur lors du mouvement.

Epidémiologie :

L'incidence de cette complication varie grandement selon les études allant de 1% à 67% des patientes. Ces raideurs apparaîtraient dans les **dix premiers jours** après la chirurgie, et seraient encore présentes chez de nombreuses patientes **six mois après**,

pour certaines jusqu'à trois ans (2).

Diagnostic :

Le diagnostic de cette séquelle est clinique avec des amplitudes passives, mesurées au **goniomètre,** comparées à celles du membre controlatéral. Des douleurs, des cervicalgies, des contractures des muscles paravertébraux et une réduction de la force musculaire seraient associées dans certains cas.

Traitement :

Dans la période précoce après l'opération, des **exercices** quotidiens, actifs et lents ou posturaux, associés à du **massage** et à des **mobilisations** vont composer la rééducation. Elle va permettre de **prévenir** un enraidissement, mais ce sera aussi un moment d'échanges permettant une prise en charge **psychologique** et un apport d'**informations** à la patiente.

La patiente effectue ensuite une auto-rééducation à domicile.

Seules les patientes n'ayant pas récupéré des amplitudes fonctionnelles le premier mois après leur opération bénéficieront de **rééducation en libéral**. Cela est la conséquence de complications **précoces** comme les cordes axillaires lymphatiques, ou **tardives** comme la rétraction du muscle grand pectoral suite à une radiothérapie.

Cette rééducation est composée de :

- mobilisations passives des articulations gléno-humérale et scapulo-thoracique
- mobilisations tissulaires comme des étirements.
- mobilisations actives aidées et actives libres
- techniques kinésithérapiques antalgiques

Des traitements médicamenteux peuvent être utilisés pour diminuer la douleur ou l'inflammation (2).

Le masseur-kinésithérapeute a donc une place importante dans la prise en charge des

patientes ayant des séquelles dues au traitement du cancer du sein.

II.3 L'évolution de la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes masso-kinésitérapiques

II.3.1 État des lieux de la prise en charge du cancer du sein en libéral

Les **actes masso-kinésithérapiques,** en permettant l'atténuation des séquelles, la prévention de complications, l'accès à un soin par radiothérapie et ainsi l'amélioration de la qualité de vie des patientes, sont **importants** dans la prise en charge suite à un traitement pour cancer du sein.

Pour être pris en charge par l'Assurance Maladie, ces actes masso-kinésithérapiques doivent être inscrits à la NGAP. Ils sont désignés par un coefficient, et une lettre-clé : AMK, AMS, AMC.
AMK correspondant aux « *Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade* » et **AMS** aux « *Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectué par le masseur-kinésithérapeute* » (35).
Ces soins sont remboursés à 100% par l'Assurance Maladie dans le cadre de l'ALD 30.

En 2012 en **libéral**, l'acte correspondant à une « *Rééducation pour lymphœdèmes vrais par drainage manuel pour un membre ou pour le cou et la face* » se nomme **AMK 7**. Un supplément pour bandage multicouche est possible (pour un membre : **AMK 1**). Et l'**AMS 7,5** correspond à la « *Rééducation d'un membre et de sa racine* » (36).

Désignation de l'acte	Coefficient	Clé
Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel : - pour un membre ou pour le cou et la face - pour deux membres	7 9	AMK ou AMC
Supplément pour bandage multicouche : - un membre - deux membres	1 2	AMK ou AMC
Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre)	7,5 7	AMS K

Tableau 8: Extrait de la NGAP (35)

La NGAP précise que **deux cotations ne peuvent pas être associées** dans une même séance, et les séances doivent durer environ 30 minutes, sauf exceptions (3). Or environ **20%** des patientes en rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein auraient besoin d'une rééducation simultanée pour une raideur de l'épaule (36).

II.3. 2 Demande d'une séance combinée en 2012

Dans l'optique d'une rééducation simultanée, une **demande** a été effectuée en 2012 auprès de l'HAS pour **évaluer** la *« rééducation d'un lymphœdème vrai, après chirurgie et/ou radiothérapie pour cancer du sein, par drainage manuel, et des conséquences orthopédiques sur le membre supérieur, la racine et/ou la ceinture scapulaire pour 1 ou 2 membres ».*

Des organismes habilités peuvent faire une demande à l'HAS pour intégrer leur programme de travail, comme le Ministère des solidarités et de la santé, la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)...

Ici le **demandeur** est la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (**CNAMTS**), en partenariat avec le **SNMKR** (Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs) et **l'UNMKL** (Union Nationale des Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux).

La demande des professionnels a pour objectif « ***l'admission au remboursement d'un acte*** *de masso-kinésithérapie destiné aux femmes traitées pour un cancer du sein,* ***associant deux actes*** *déjà inscrits* ».

Le but de cette demande d'admission d'un nouvel acte de séance combinée est de « ***permettre une meilleure prise en charge*** *des patientes présentant des pathologies secondaires aux traitements d'un cancer du sein* » (36).

II.3.3 Rapport d'évaluation technologique par l'HAS

HAS :

L'HAS existe depuis 2004. C'est une des agences sanitaires de l'État, c'est « une autorité publique indépendante à caractère scientifique ».

Ses rôles sont :

- l'**évaluation** de médicaments et **d'actes** en vue de leur remboursement
- les recommandations de bonne pratique
- le développement de la qualité de soins, au bénéfice des personnes

Ces fonctions s'exercent dans les domaines sanitaire, social et médico-social (37).

Le procédé d'**élaboration des travaux** de l'HAS suit des exigences et des étapes communes. Selon la nature du travail, les modalités comme la méthode d'élaboration, les délais de réalisation par exemple, vont être différentes. Une fois que la demande a été **sélectionnée** et inscrite au **programme**, l'étape suivante est le **cadrage** du sujet (38). Puis, commence l'élaboration du rapport.

Rapport d'évaluation de l'HAS :

La méthode utilisée pour construire le rapport comprend une **analyse critique de la littérature**, la **position argumentée** de 10 experts et la **consultation** de 23 experts formant le groupe de lecture.

Le rapport d'évaluation de l'HAS est nommé la « *Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein* », lors d'une même séance. Il y est précisé que la littérature a été peu contributrice sur ce thème précis de séances combinées. Ce sont les positions des différents professionnels qui ont essentiellement permis les conclusions du rapport (2).

Ce rapport pose :

- les indications

- les non-indications
- les contre-indications
- le contenu
- la durée
- et la fréquence de ces séances combinées

Indications :

Les séances combinées sont indiquées à la « **phase intensive** du traitement (en opposition à la phase d'entretien) et sous réserve de l'existence des critères suivants :

- **différence de circonférence de plus de 2cm** à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral
- **asymétrie des amplitudes passives entre les deux épaules**, survenue ou aggravée après traitement pour cancer du sein
- **compliance à l'ensemble du traitement** nécessairement associé au DLM (bandages)
- **répercussion fonctionnelle importante** (perte d'autonomie) due au lymphœdème et à la raideur d'épaule

Non indications :

- absence de répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) découlant simultanément du lymphœdème et de la raideur de l'épaule
- manque de compliance
- soins palliatifs
- phase d'entretien du lymphœdème et/ou de la raideur d'épaule

Contre-indications :

- pathologies aiguës loco-régionales non diagnostiquées ou non traitées
- insuffisance cardiaque décompensée
- tumeurs malignes non traitées
- hyperalgie de l'épaule
- présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous-claviculaire
- présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter (contre-indication des bandages)

Contenu :

- soins d'hygiène de la peau
- rééducation de l'épaule
- drainage lymphatique manuel
- pose de bandages » (2)

La **rééducation de l'épaule** se compose de mobilisations passives infra-douloureuses des articulations scapulo-humérale et scapulo-thoracique. A cela, peuvent s'ajouter des mobilisations tissulaires et des exercices de mobilisation active aidée et active libre.

Aucune technique standard de **DLM** n'a été identifiée.

Un autre élément essentiel de ces séances est l'**éducation thérapeutique** des patientes. Différents thèmes peuvent être abordés comme par exemple la reconnaissance des signes infectieux, l'activité physique (25), l'auto-drainage, l'auto-bandages...(2).

D'autres éléments, comme la pressothérapie, peuvent être ajoutés mais ils ne doivent pas remplacer les éléments précédents.

Durée : elle est estimée à au moins 1h15.

Nombre et fréquence optimale des séances : 10 séances, 5 jours sur 7, pendant 14 jours de suite (2).

Ce rapport est paru en décembre 2012.

II.3.4 Le nouvel acte : AMK 15,5

En 2015, suite à ce rapport d'évaluation de l'HAS, un acte a été créé par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et ajouté à la NGAP: **l'AMK 15,5**.

Il correspond à la « *Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème* ». Il **cumule** l'AMK 7, l'AMS 7,5 et l'AMK 1 (35) *(Annexe IV)*

Dans cette description, les conclusions du rapport de l'HAS sont toutes reprises, à l'exception de la durée et de la fréquence des séances. Dans le rapport de l'HAS, la durée des séances est estimée à 1h15, elle est ici de 60 minutes et la fréquence indiquée dans le rapport de l'HAS « 5 jours sur 7, pendant 14 jours de suite » n'est plus mentionnée.

Ce nouvel acte était nécessaire car il est venu combler un vide de la nomenclature pour ce type de prise en charge.

Qu'en est-il de son utilisation ?

III. Questionnement, problématique, hypothèses

En 2012, suite au rapport de l'HAS sur la « *Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur d'épaule après traitement d'un cancer du sein* », un nouvel acte a été créé, permettant de réaliser au cours d'une même séance deux actes déjà inscrits à la NGAP. Cet acte est coté AMK 15,5 et est rentré en vigueur en 2015.
Des chiffres statistiques existent sur le volume global des actes utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes. Mais chaque acte de la NGAP n'a pas son code spécifique (36). Il n'existe donc pas de chiffres sur l'utilisation de chaque acte. Il n'y a donc pas de données sur l'utilisation de l'AMK 15,5 par les masseurs-kinésithérapeutes. Plus de 4 ans après sa mise en place, on peut donc se demander : **Les masseurs-kinésithérapeutes utilisent-ils la cotation AMK 15,5 ?**

Différentes modalités d'application de l'AMK 15,5 sont décrites dans la NGAP: critères d'indications, de non-indications, de contre-indications, la durée des séances, leurs contenus, le nombre optimal de séances. **L'AMK 15,5 est-il utilisé selon les conditions de la NGAP ?**

Le but de l'ajout de cet acte est de « *permettre une meilleure prise en charge des patientes présentant des pathologies secondaires aux traitements d'un cancer du sein* » (36). **L'AMK 15,5 a-t-il permis une meilleure prise en charge des patients après traitement d'un cancer du sein?**

De ces différentes questions découlent la **problématique suivante** :

Quel est l'état actuel de l'utilisation de l'AMK 15,5 lors de la prise en charge libérale du cancer du sein ?

Différentes hypothèses sont posées :

- Hypothèse principale (H1) : les masseurs-kinésithérapeutes utilisent l'AMK 15,5
- Hypothèses secondaires :

  Hypothèse 2 (H2) : la cotation AMK 15,5 est utilisée selon les conditions strictes de la NGAP

  Hypothèse 3 (H3) : la cotation AMK 15,5 a permis une meilleure prise en charge des patients après traitement d'un cancer du sein

IV. Matériel et méthode

IV.1 Choix de l'outil méthodologique

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pour but d'explorer la réalité de la mise en application de l'acte AMK 15,5 par les masseurs-kinésithérapeutes. La méthode du questionnaire permet de rassembler sous forme de données **quantitatives** des informations sur les **comportements**, les **connaissances** et les **opinions** des masseurs-kinésithérapeutes (39). C'est donc cette méthode qui a été choisie pour répondre à la problématique et vérifier les hypothèses avancées.

Au préalable, un recensement des informations à collecter a été effectué en prenant en compte les objectifs de l'étude et les caractéristiques de la population (40).

IV.2 Population interrogée

La population visée était les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral ou en activité mixte, en France, et prenant en charge au moins une patiente en moyenne par an, après traitement du cancer du sein.

Critères d'inclusion : étaient inclus :

- les Masseurs-Kinésithérapeutes Diplômés d'État (MKDE)
- les masseurs-kinésithérapeutes autorisant l'**utilisation anonyme** des réponses données
- les masseurs-kinésithérapeutes ayant une **activité libérale ou mixte** (libérale et salariée)
- les masseurs-kinésithérapeutes prenant en charge **au moins une patiente en moyenne par an après traitement du cancer du sein**

Critères de non-inclusion : n'étaient pas inclus :

- les masseurs-kinésithérapeutes travaillant uniquement en salariat
- les masseurs-kinésithérapeutes n'étant pas présent sur les réseaux sociaux, sur les groupes sélectionnés sur Facebook, et/ou plus largement sur Internet

Critère d'exclusion : étaient exclus :

- les masseurs-kinésithérapeutes ayant rendu un questionnaire **incomplet**

IV.3 Élaboration du questionnaire

IV.3.1 Choix du format

Questionnaire auto-administré :

C'est un **questionnaire auto-administré,** à remplir seul qui a été proposé. Les masseurs-kinésithérapeutes ne sont donc pas interrogés par un enquêteur. Ce type de questionnaire est possible avec peu de moyens et permet d'interroger un grand nombre de personnes en même temps.

Avantages et inconvénients :

En comparaison avec un questionnaire administré par un enquêteur, ce procédé de questionnaire auto-administré obtient **moins de réponses de façade**, car les réponses ne sont pas influencées par la présence d'un enquêteur (40).

Les inconvénients sont, un nombre important de **réponses partielles** et un **taux de réponses** ayant tendance à diminuer avec l'absence d'enquêteur (40).

Mise en ligne :

La collecte des réponses a été faite par **la mise en ligne** du questionnaire. La technique se nomme CAWI (*Computer Assisted Web Interview*) et englobe les enquêtes par Internet dont la gestion est automatisée.

Avantages :

Ce mode de collecte peut apporter :

- une **dispersion géographique** des personnes interrogées, à moindre coût (40,41)

- un **délai de retour court** : les enquêtes en ligne peuvent récolter en quelques heures une proportion importante de réponse (3)
- un **dévoilement contrôlé des réponses** : seules les questions qui concernent le répondant sont visibles, en fonction de ses réponses précédentes. Cela permet aussi de tendre vers une dissimulation des objectifs de l'étude, pour avoir une authenticité des réponses (42)
- un contrôle sur le **nombre de réponses possibles** pour une question (40)
- une **présentation aléatoire** des réponses, permettant d'éviter la surreprésentation de celles placées en début de liste (40)
- une facilité de **relance** et de **récupération des données** en les téléchargeant dans un fichier Excel (41). Cela permet de diminuer les erreurs de codification comme par exemple lors de la saisie des réponses avec une enquête postale (42)

Inconvénients :

Les inconvénients d'un questionnaire en ligne sont :

- qu'il n'existe aucun moyen de savoir **qui remplit** réellement le questionnaire (41)
- que les personnes n'utilisant pas Internet, et plus précisément ici les **réseaux sociaux**, ne sont pas intégrées
- un **taux de réponses** souvent **assez bas**. Manfreda *et all*. ont déterminé un taux de réponse inférieur de 11% en moyenne par rapport aux autres modes de collecte (43)

Pour permettre un meilleur taux de réponses, il faut assurer aux personnes interrogées que les données qu'ils transmettront seront **anonymes**, notamment pour leur permettre de s'exprimer librement (41). Cela permet de lutter contre le biais de désirabilité sociale.

Contraintes et adaptations :

<u>Contrainte</u> : le répondant aura un **temps d'attention limité**, dû au fait que les

personnes connectées à Internet, ont souvent plusieurs tâches de lancées, plusieurs onglets d'ouverts à la fois. Cela entraîne un grand risque d'abandon.

Adaptation :

- le questionnaire doit être le plus court possible (41,44), ne doit pas durer plus d'**une dizaine de minutes** (40)
- une **barre de progression** est présente pour tenir au courant les masseurs-kinésithérapeutes du pourcentage du questionnaire déjà complété. Cela évite les abandons proches de la fin (40,41)

Contrainte : différents outils et logiciels peuvent être utilisés pour compléter le questionnaire.

Adaptation : **mise en page épurée** et des **tests** pour permettre à tous de répondre.

Format d'affichage :

Le choix devait se faire entre le ***paging***, dans lequel le questionnaire est réparti sur plusieurs pages, ou le ***scrolling***, dans lequel toutes les questions sont sur la même page.

Selon *Peytchev et all,* peu de différences existent entre ces deux formats d'affichage, leur taux de réponses et d'abandons semblant similaires. Néanmoins l'avantage du **paging** est le fait que seules les questions en adéquation avec les réponses précédentes vont apparaître. Cela facilite la tâche à la personne remplissant le questionnaire (45). Avec ce format, le masseur-kinésithérapeute peut être prévenu à chaque changement de page, et non à la fin, s'il n'a pas répondu aux questions obligatoires. Ce format a donc été choisi.

En prenant en compte ces **différents éléments**, le questionnaire a d'abord été **élaboré sur OpenOffice Writer,** avant d'être **reproduit sur LimeSurvey,** selon les paramètres choisis. LimeSurvey est un logiciel **open-source** permettant de créer des questionnaires avec **conditions**, de **stocker** les données et d'avoir une **analyse statistique** simple. Ce logiciel est mis à disposition par l'Université de Bretagne Occidentale avec une apparence par défaut.

IV.3.2 Structuration du questionnaire

Le questionnaire est structuré **en sablier**, il commence avec des questions générales, auxquelles il est facile de répondre, pour mettre en confiance. Les questions plus complexes sont au centre, et les informations personnelles à la fin (40). Le questionnaire est disponible en *Annexe V*.

Tout d'abord, un **message d'accueil** comprenant une présentation rapide de l'enquêteur, du thème et de la finalité du questionnaire. Le caractère anonyme, la durée et le nombre de questions du questionnaire sont précisés.

Puis le questionnaire est composé de 7 parties.

Partie 1 (Q1 à Q4)

Les questions 1 à 3, sont des questions « filtre », elles permettent de mettre en place les **critères d'inclusions :**

- Q1 : autorisation d'utilisation anonyme des réponses

- Q2 : lieu de pratique (activité libérale ou mixte)

- Q3 : prise en charge d'au moins une patiente après traitement du cancer du sein par an

Si le répondant ne correspond pas à ces critères, le questionnaire est fini. Ces quatre questions permettent aussi de récolter un **profil type**.

Partie 2 (Q5 àQ7)

Elle porte sur la pratique des masseurs-kinésithérapeutes au court des **douze mois précédents** le questionnaire. La question 5 correspond à l'hypothèse 1 (les masseurs-kinésithérapeutes utilisent l'AMK 15,5) :

- Q5 : Avez-vous utilisé l'AMK 15,5 dans votre pratique?

C'est un question à choix unique. Si le répondant a répondu « Oui, je l'ai utilisé », il passe à la Q8. Sinon la Q6 ou la Q7 apparaît, elles portent sur les **raisons** pour lesquelles le répondant n'utilise plus ou n'utilise pas la cotation AMK 15,5.

Seuls les masseurs-kinésithérapeutes ayant utilisé ou ayant utilisé mais n'utilisant plus la cotation AMK 15,5 répondent aux questions 8 à 20, portant sur les conditions de son utilisation.

Parties 3 et 4 (Q8 à Q15)

Ces questions portent sur les **conditions d'utilisation** de la NGAP concernant l'**AMK 15,5**, correspondant à l'hypothèse 2 (la cotation AMK 15,5 est utilisée selon les conditions strictes de la NGAP) pour les masseurs-kinésithérapeutes utilisant ou ayant déjà utilisé l'AMK 15,5.

Une question supplémentaire (Q13) porte sur la **fréquence optimale** des séances en phase intensive décrite par le rapport de l'HAS

Partie 5 (Q16 à 20)

La Q17 correspond à l'hypothèse 3 (la cotation AMK 15,5 a permis une meilleure prise en charge des patients après traitement d'un cancer du sein).

Cette partie porte aussi sur la rémunération et la réévaluation de cette cotation AMK 15,5. Les questions 18 et 20 apparaissent seulement si la réponse précédente était « *Oui* », pour préciser les points de la prise en charge améliorés par la création d'un acte et leur opinion sur le coefficient correspondant à cet acte.

Tous les répondants répondent à la partie 6 et 7.

Partie 6 (Q21)

Dans cette partie, les répondants ont accès à l'**intitulé de la NGAP** concernant les conditions d'utilisation de l'AMK 15,5 et répondent à la Q21 : Que connaissiez-vous des conditions mentionnées ci-dessous ?

Cette question correspond donc à la **connaissance** des masseurs-kinésithérapeutes des modalités d'utilisation de l'AMK 15,5.

Partie 7- Informations personnelles (Q22 à Q24)

Elle correspond aux **caractéristiques signalétiques** (41). Les informations personnelles comprennent le **sexe**, l'**année d'obtention du diplôme** de masseur-kinésithérapeute, les **formations complémentaires**. Ces questions permettent de compléter le profil type. Elles ont été ont été placées à la fin car elles pourraient paraître indiscrètes (40).

Le questionnaire se termine par un message de **remerciement** et une **adresse e-mail** est mise à disposition pour les remarques et suggestions des répondants.

IV.3.3 Choix du type de questions

Questions fermées :

Elles ont comme avantage une **collecte simple** avec une **codification immédiate**. Les questions fermées se sont avérées être aussi plus fiables et donnant des réponses plus sincères (40,41), mais seulement si la liste de réponses proposées étaient exhaustives et les réponses mutuellement exclusives (40).

Questions mixtes :

Ce sont des questions fermées avec une réponse supplémentaire «Autre : » permettant au répondant de s'**exprimer**.

Questions ouvertes :

Elles permettent aux personnes interrogées de s'exprimer plus librement. Elles évitent toute suggestion, et obtiennent une **réponse spontanée**.

Elles n'ont pas été favorisées ici car elles ont un **faible taux de réponse** quand le questionnaire est auto-administré (40), et un nombre trop important de ce format de question aurait rendu l'analyse statistique plus complexe et le questionnaire plus long à remplir (40,41).

Pour ces différentes raisons, le questionnaire est composé de **24 questions** : 17 fermées, 4 mixtes, 3 ouvertes. Cependant, tous les masseurs-kinésithérapeutes ne devaient pas répondre forcément aux 24 questions, cela dépendait des réponses apportées (nombre de questions proposées : entre 10 et 23).

Autres paramètres :

La **présentation aléatoire des réponses** est peu utilisée ici (questions 2, 5, 6, 7, 10),

de nombreuses questions ayant un ordre logique, cela n'aurait pas été pertinent.

Le nombre de questions auxquelles il faut obligatoirement répondre a été restreint, pour éviter l'abandon du questionnaire par des masseurs-kinésithérapeutes ne voulant pas se prononcer sur une question, et pour éviter des réponses factices (40). Le nombre de **questions obligatoires** demeure malgré tout élevé, 16 questions sur 24, les réponses à ces questions permettant la non-inclusion au questionnaire, étant indispensables à l'analyse statistique ou déterminant la question suivante.

Selon les paramètres choisis comme la réponse **obligatoire,** le choix **unique** ou **multiple**, la réponse par nombre (seuls les nombres sont acceptés), le logiciel donne des indications au répondant. Il va aussi empêcher le passage à la partie suivante tant que les conditions ne sont pas remplies.

IV.3.4 Formulation des questions

Les questions doivent être courtes, claires et compréhensibles d'emblée (41). Elles doivent comporter **une seule idée (41)**. Des éléments ont été mis en **gras** pour faciliter la lecture et permettre une réponse plus rapide. Il était également important de considérer le **traitement statistique futur,** cela dans l'objectif de pouvoir effectuer les analyses statistiques nécessaires (40).

Les formules introductives « selon vous » ou « pour vous » permettent aux répondants d'être **plus favorablement disposés** à répondre (40). Pour éviter des **réponses factices**, des modalités de réponse *« Je ne sais pas »* sont présentes à certaines questions.

IV.4 Phase de test

Pour que le questionnaire puisse être testé, il a été activé, les réponses ont ensuite été supprimées avant de diffuser le questionnaire.
Un test révèle si le langage utilisé est **clair**, si les indications données et les questions sont **compréhensibles** et s'il est bien possible d'y répondre. Il permet aussi d'augmenter le taux de réponses en permettant d'identifier des **sources de difficulté** pour la personne répondant. Le temps moyen pour compléter le questionnaire est

aussi déterminé (41).

Un étudiant, un masseur-kinésithérapeute et la directrice de mémoire ont testé le questionnaire. Suite à ces tests, des modifications de réponses ont été effectuées notamment pour permettre de retirer plus d'informations lors de l'analyse. Une question fermée a été changée en question mixte. La formulation de certaines questions a été quelque peu modifiée.

La phase de test a aussi permis de tester **différents supports** (ordinateurs, portables, tablettes) **et logiciels.**
Le questionnaire a été alors activé.

IV.5 Diffusion du questionnaire

Les **réseaux sociaux** ont été choisis comme moyen de diffusion. Pour essayer d'avoir un nombre conséquent de réponses ainsi qu'une dispersion géographique de celles-ci, des publications contenant le lien du questionnaire ont été effectuées sur des groupes Facebook nationaux :

- sur un site « spécialisé » : *«**La Rose Kiné** / RKS : kinésithérapie pour le cancer du sein »* (groupe privé de 666 membres)

- sur deux sites « généralistes » : *« **Le réseau des Kinés** »* (groupe privé : 35 647 membres) et *« **Kinésithérapie France** »* (groupe public : 11 084 membres)

Ces différents groupes ont aussi été choisis pour toucher des masseurs-kinésithérapeutes formés ou non. Il en résulte un échantillon de volontaires (40).
Le questionnaire a été disponible **4 semaines** et une **relance** a été faite à deux semaines sur chaque groupe. Pour augmenter le taux de réponse, il était mentionné que d'autres personnes avaient déjà répondu et une date limite était annoncée (44).
Les informations étant récoltées à un moment donné, c'est une étude **transversale** (41).

IV.6 Traitements des données

Une **base de données** ainsi qu'un **traitement des données** effectué par LimeSurvey

ont été récupérés et transférés dans un fichier Excel.

Le traitement en « tri à plat » a été effectué grâce à LimeSurvey, permettant d'obtenir une analyse statistique **descriptive**, qui a ensuite été mise sous forme de tableaux et de graphiques grâce au logiciel Excel. Les réponses « Autre » et les réponses aux questions ouvertes ont été rassemblées par catégories (procédé post codage) (40).

Une **synthèse** sous forme de réponses conformes/non conformes aux modalités de la NGAP a aussi été effectuée.

V. Résultats

V.1 Description des données

81 réponses ont été collectées.

V.1.1 Inclusion et exclusion

Critères d'inclusion :

Q1- *M'autorisez-vous à utiliser anonymement vos réponses à ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire?*

Sur les 81 réponses récoltées, tous les masseurs-kinésithérapeutes ont autorisé l'utilisation anonyme de leurs données. Tous étaient donc inclus.

Q2- *Vous pratiquez :*

Lieu de pratique	Nombre de MK	Pourcentage
En libéral	79	97,53%
En salariat et en libéral	2	2,47%
En salariat	0	0,00%
Total	**81**	**100,00%**

Tableau 9: Lieu de pratique des masseurs-kinésithérapeutes

Pour être inclus dans l'étude, les masseurs-kinésithérapeutes devaient travailler en

libéral ou avoir une activité mixte (salariat et libéral). C'était le cas des 81 répondants.

Q3- *En moyenne par an, combien effectuez-vous de prise(s) en charge post-cancer du sein traité?*

Prises en charge	Nombre de MK	Pourcentage
0	0	0,00%
Moins de 25	31	38,27%
Entre 26 et 50	26	32,10%
51 et plus	24	29,63%
Total	**81**	**100,00%**

Tableau 10: Nombre de prises en charge post-cancer du sein traité, en moyenne par an

Les masseurs-kinésithérapeutes prenant en charge au moins une patiente en moyenne par an après traitement du cancer du sein étaient inclus dans l'étude. C'est le cas de tous les répondants.

Les **81 répondants** ont passé les **critères d'inclusion.**

Critère d'exclusion :

Sur les 81 réponses incluses, **65** étaient complètes. Les personnes ont été jusqu'au bout du questionnaire et ont répondu à toutes les questions obligatoires. Les réponses incomplètes, au nombre de **16**, correspondent aux questionnaires ayant été abandonnés avant la fin, elles sont donc exclues. **65** réponses seront donc analysées.

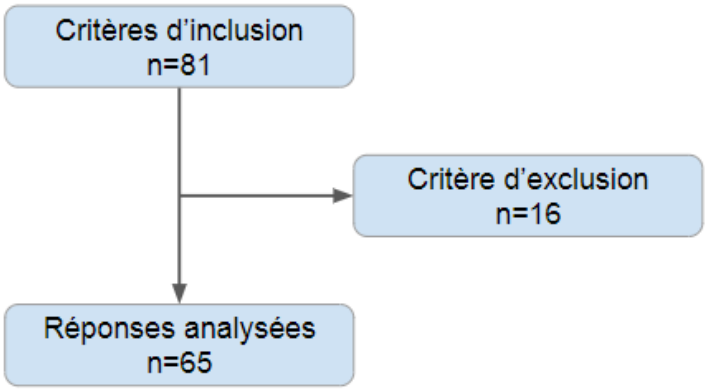


Figure 16: Flow chart

V.1.2 Caractéristiques de la population incluse

Q2- *Vous pratiquez :*

Lieu de pratique	Nombre de MK	Pourcentage
En libéral	64	98,46%
En salariat et en libéral	1	1,54%
Total	**65**	**100,00%**

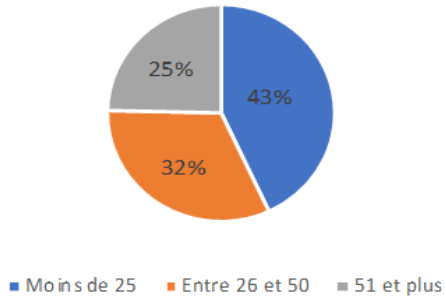
Tableau 11: Lieu de pratique des masseurs-kinésithérapeutes

Presque la totalité des répondants inclus travaillent en libéral, une seule personne a une activité mixte.

Q3- *En moyenne par an, combien effectuez-vous de prise(s) en charge post-cancer du sein traité?*

Prises en charge	Nombre de MK	Pourcentage
Moins de 25	28	43,08%
Entre 26 et 50	21	32,31%
51 et plus	16	24,62%
Total	**65**	**100,00%**

Tableau 12: Nombre de prises en charge post-cancer du sein traité, en moyenne par an



24,62% des répondants effectuent au minimum une prise en charge post-cancer du sein traité **par semaine** (en moyenne par an), 43,08% moins d'une prise en charge **tous les 15 jours**. 32,31% sont entre les deux. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes concernés diminue avec l'augmentation du nombre de prises en charge.

Q4- *Parmi ces patients traités pour cancer du sein, combien estimez-vous en prendre en phase intensive?*

Phase intensive	Nombre de MK	Pourcentage
0	1	1,54%
Environ 25 %	13	20,00%
Environ 50%	24	36,92%
Environ 75 %	5	7,69%
Plus de 75 %	15	23,08%
Je ne sais pas	7	10,77%
Total	**65**	**100,00%**

Tableau 13: Proportion de patients pris en charge en phase intensive

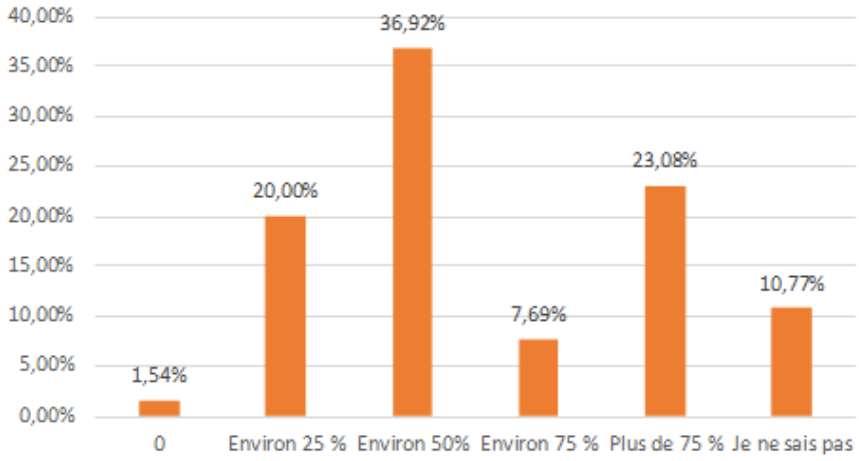


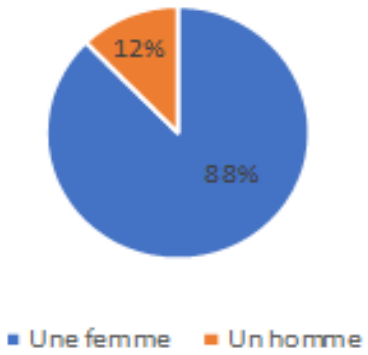
Figure 17: Pourcentage de patients pris en charge en phase intensive

Parmi les patients qu'ils traitent pour cancer du sein, un nombre important des sondés (67,69%) estime en prendre en charge environ **50% ou plus** en phase intensive.

Q22- *Vous êtes :*

Sexe	Nombre de MK	Pourcentage
Une femme	57	87,69%
Un homme	8	12,31%
Autre	0	0,00%
Total	**65**	**100,00%**

Tableau 14: Répartition homme/femme



Une très grande partie des répondants sont des femmes (**87,69%**).

Q23- *Quand avez-vous obtenu votre diplôme de masseur-kinésithérapeute ?*

Date du diplôme	Nombre de MK	Pourcentage
Avant 1980	1	1,54%
Entre 1980 et 1989	8	12,31%
Entre 1990 et 1999	15	23,08%
Entre 2000 et 2009	20	30,77%
Entre 2010 et 2019	21	32,31%
Total	**65**	**100,00%**

Tableau 15: Répartition par date de diplôme

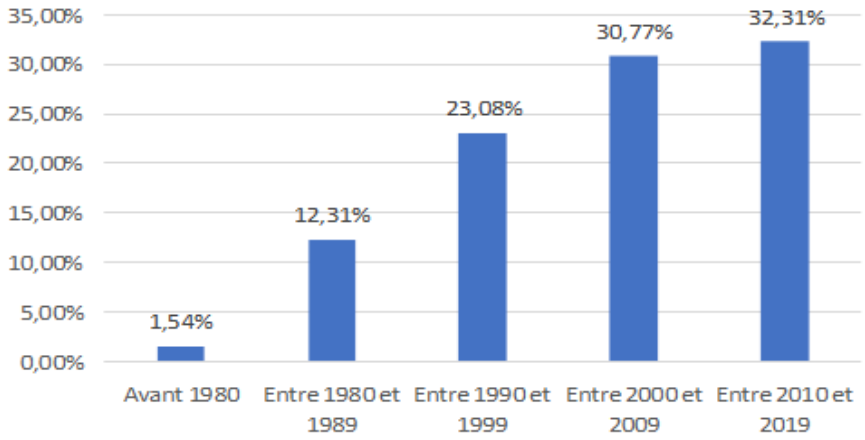


Figure... :

Plus le diplôme est récent plus la proportion de sondés augmente. La majorité des répondants ont obtenu leur diplôme dans les 20 dernières années (**63,08%**).

Q24- *Avez-vous effectué une ou des formation(s) complémentaire(s)?*

Formations	Nombre de MK	Pourcentage
Formation spécifique au cancer du sein	54	83,08%
Formation spécifique au Drainage Lymphatique Manuel	42	64,62%
Formation spécifique sur l'épaule	27	41,54%
Aucune formation	7	10,77%

Tableau 16: Nombre de MK et formation spécifique

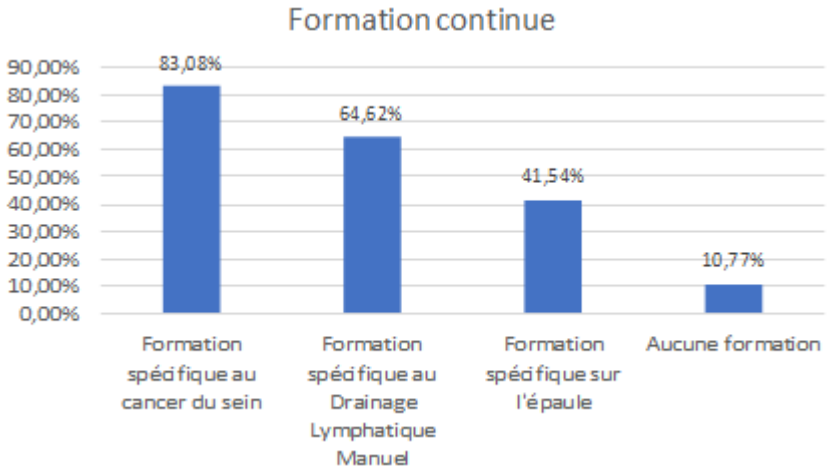


Figure 18: Nombre de MK et formation spécifique

Un nombre important de répondants a effectué une formation spécifique au **cancer du sein** (**83,08%**). Une majorité a aussi participé à une formation spécifique sur le **DLM.**

V.1.3 Utilisation de l'AMK 15,5 et conditions d'utilisation

Au cours des douze derniers mois :
Q5- *Avez-vous utilisé l'AMK 15,5 dans votre pratique?*

Utilisation de l'AMK 15,5	Nombre de MK	Pourcentage
Non, je n'utilise pas cette cotation	39	60,00%
Oui, je l'ai utilisé	19	29,23%
Je l'ai utilisé mais je ne l'utilise plus	7	10,77%
Total	**65**	**100,00%**

Tableau 17: Utilisation de la cotation AMK 15,5

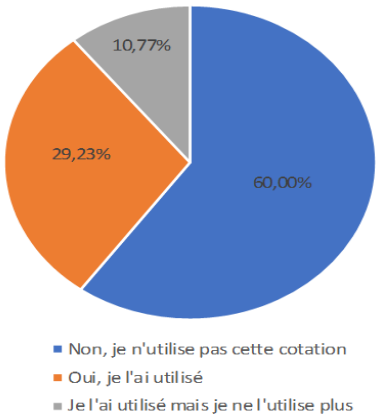


Figure 19: Pourcentage d'utilisation de la cotation AMK 15,5

Une majorité des masseurs-kinésithérapeutes (**60%**) **n'utilise pas la cotation AMK 15,5**. Et 29,23% l'ont utilisé au cours des douze mois précédents le questionnaire, ils passent ensuite à la question 8.

Q6- *Je l'ai utilisé mais je ne l'utilise plus :* *Pour quelles raisons ?*

Seuls ceux ayant répondu *« Je l'ai utilisé mais je ne l'utilise plus »* à la question précédente ont répondu à cette question soit 7 masseurs-kinésithérapeutes.

Raisons	Nombre de MK	Pourcentage
La cotation présente trop de contraintes logistiques	5	71,43%
Les conditions ne sont pas réunies	3	42,86%
J'ai eu des problèmes de remboursement	1	14,29%
Autre	0	0,00%

Tableau 18: Raisons de l'abandon de l'utilisation de la cotation AMK 15,5

Q7- *Non, je n'utilise pas cette cotation :* *Pour quelles raisons ?*

Seuls ceux ayant répondu *«Non, je n'utilise pas cette cotation »* à la question 5 ont répondu à cette question soit 39 masseurs-kinésithérapeutes.

Raisons	Nombre de MK	Pourcentage
Autre	25	64,10%
J'utilise l'AMS 7,5 et/ou l'AMK 7,6 et/ou l'AMK 1	15	38,46%
Je ne la connais pas	6	15,38%

Tableau 19: Raisons de la non-utilisation de la cotation

Réponses "Autre"	Nombre de MK
AMS 9,5	12
Trop contraignante	6
Je ne fais pas de bandages	2
Source d'ennuis avec la Sécurité Sociale	2
J'ai rarement un LMS en phase aiguë	2
Rapport temps/rémunération trop bas	1
Total	25

Tableau 20: Récapitulatif des réponses « Autre »

Après cette question, les répondants sont dirigés directement vers la question 21.

Ceux qui répondent aux questions 8 à 15 sont ceux ayant répondu *« Oui, je l'ai utilisé »* et *« Je l'ai utilisé mais je ne l'utilise plus »* à la questions 5, donc ayant déjà utilisé la cotation AMK 15,5, soient 26 masseurs-kinésithérapeutes.

***Q8**- Selon vous, quand l'AMK 15,5 peut-il être utilisé ?*

Phases d'utilisation possible	Nombre de MK	Pourcentage
Lors de la phase intensive associant le traitement du lymphœdème et de la raideur d'épaule	22	84,62%
Uniquement lors de la phase intensive du traitement du lymphœdème	6	23,08%
Lors de la phase d'entretien du traitement du lymphœdème	4	15,38%
Uniquement lors de la phase intensive du traitement de la raideur d'épaule	0	0,00%
Lors des soins palliatifs	0	0,00%
Je ne sais pas	0	0,00%

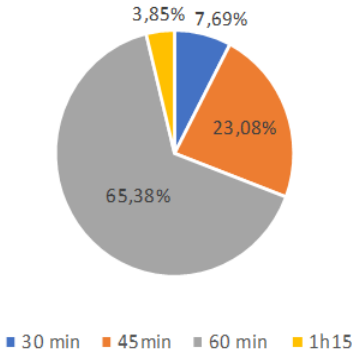
Tableau 21: Phases d'utilisation possible

La majorité des masseurs-kinésithérapeutes (**84,62%**) indique que l'AMK peut être utilisé lors de la « *phase intensive associant le traitement du lymphœdème et de la raideur d'épaule* ».

Q9- *Selon vous, combien de temps durent ces séances en moyenne?*

Durée des séances	Nombre de MK	Pourcentage
30 min	2	7,69%
45min	6	23,08%
60 min	17	65,38%
1h15	1	3,85%
Total	**26**	**100,00%**

Tableau 22: Durée des séances



Pour **65,38%** des masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu, la durée des séances est de 60 minutes.

Q10- *Pour vous, que comprennent ces séances?*

Contenu des séances	Nombre de MK	Pourcentage
Drainage lymphatique manuel	26	100,00%
Rééducation de l'épaule	23	88,46%
Pose de bandages	22	84,62%
Soins d'hygiène de la peau	15	57,69%
Autre	6	23,08%

Tableau 23: Contenu des séances

La grande majorité des répondants ont répondu le DLM, la rééducation de l'épaule et la pose de bandages. 57,69% pensent que les soins d'hygiène de la peau sont compris dans les séances.

Les réponses « Autre » citent « *l'éducation thérapeutique » (X2),* la « cicatrice » (X2), *« les contractures musculaires* », le « *pilates* », le « lymphocèle » et la « *rééducation de l'état dorso cervicale* ».

Q11- *Pour vous, dans quelles conditions l'AMK 15,5 est-il indiqué ?*

Critères d'indication	Nombre de MK	Pourcentage
Le patient présente une différence de circonférence de plus de **2 cm** à un niveau au moins du membre atteint, par rapport au membre contro latéral	17	65,38%
Le patient présente une différence de circonférence de plus de **1 cm** à un niveau au moins du membre atteint, par rapport au membre contro latéral	5	19,23%
Le patient présente une asymétrie des amplitudes **actives** entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein	13	50,00%
Le patient présente une asymétrie des amplitudes **passives** entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein	11	42,31%
Le patient est **compliant à l'ensemble du traitement** nécessairement	13	50,00%
Le patient présente une **répercussion fonctionnelle importante** (perte d'autonomie) due au lymphœdème et à la raideur de l'épaule	15	57,69%
Je ne sais pas	1	3,85%

Tableau 24: Critères d'indication

Les réponses sont partagées entre une asymétrie des amplitudes actives (**50%**) et passives (**42,31%**). La différence est plus grande entre une circonférence de plus de 2 cm (65,38%) et de plus de 1cm (19,23%).

Q12- *Selon vous, quels sont les critères de contre-indications?*

Critères de contre-indications	Nombre de MK	Pourcentage
Tumeurs malignes non traitées	17	65,38%
Pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées	15	57,69%
Insuffisance cardiaque décompensée	14	53,85%
Hyperalgie de l'épaule	8	30,77%
Présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous claviculaire	8	30,77%
Présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter	6	23,08%
Je ne sais pas	2	7,69%

Tableau 25: Critères de contre-indications

Les pourcentages diffèrent selon les contre-indications, allant de 23,08% à 65,38%.

Q13- *Pour vous, quelle est la fréquence optimale des séances en phase intensive? (combien de jours par semaine et sur combien de semaines)*

Nombre de jours par semaine	Nombre de MK
2	2
3	9
4	4
5	10
6	1

Nombre de semaines	Nombre de MK
2	5
3	3
4	5
5	5
6	3
8	2
12	2
20	1

Tableau 26: Fréquence optimale en phase intensive

Les fréquences de **3 et 5 jours** par semaine ressortent. Les réponses sont très variables pour le nombre de semaines allant de **2 à 20** semaines de phase intensive.

Q14- *A combien estimez-vous le nombre optimal de séances pour une phase intensive, selon les critères de l'AMK 15,5?*

Nombre de séances	Nombre de MK	Pourcentage
10	7	26,92%
15	3	11,54%
20	7	26,92%
25	9	34,62%
Total	**26**	**100,00%**

Tableau 27: Nombre optimal de séances (phase intensive)

Les avis sont partagés. Pour **73,08**% des masseurs-kinésithérapeutes, le nombre de séances optimales pour une phase intensive est supérieur à 10.

Q15- *Un supplément à l'AMK 15,5 pour bandage multicouches est possible:*

Supplément possible	Nombre de MK	Pourcentage
Faux	25	96,15%
Vrai	1	3,85%
Total	**26**	**100,00%**

Tableau 28: Supplément possible

Presque tous les répondants ont répondu « *Faux* »à cette question.

Q21- *Que connaissiez-vous des conditions mentionnées ci-dessous ?*

Dans le questionnaire, un tableau décrivant les conditions de la NGAP pour l'utilisation de l'AMK 15,5 est placé sous la question. Les 65 masseurs-kinésithérapeutes répondent à cette question.

Conditions	Nombre de MK	Pourcentage de MK
La durée de la séance	50	76,92%
Les indications	48	73,85%
Le contenu de la séance	46	70,77%
Le nombre optimal de séances	31	47,69%
Les non-indications	27	41,54%
Les contre-indications	25	38,46%
Je ne les connaissais pas	13	20,00%

Tableau 29: Connaissance des conditions de l'AMK 15,5

Sur les 6 modalités proposées, les masseurs-kinésithérapeutes en connaissaient en moyenne **3,5 sur 6**. 20% ne connaissaient pas les conditions.

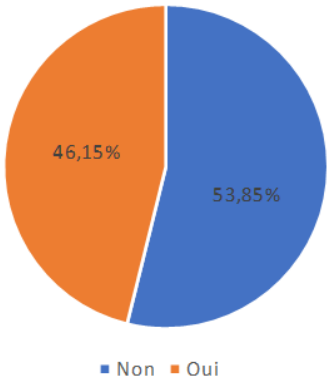
V.1.4 L'AMK 15,5 un plus ?

Ceux qui répondent aux questions 16 à 20 sont ceux ayant déjà utilisé la cotation AMK 15,5, soient 26 masseurs-kinésithérapeutes.

***Q16-** L'AMK 15,5 vous a-t-il permis d'être mieux rémunéré ?*

Meilleure rémunération	Nombre de MK	Pourcentage
Non	14	53,85%
Oui	12	46,15%
Total	**26**	**100,00%**

Tableau 30: Avis sur une meilleure rémunération grâce à l'AMK 15,5

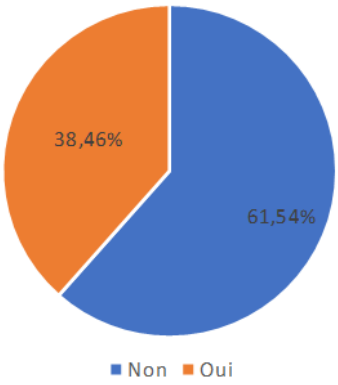


Les répondants sont **partagés** sur l'apport d'une meilleure rémunération grâce à l'AMK 15,5.

Q17- *L'AMK 15,5 vous a-t-il permis une meilleure prise en charge des patients (qualité, durée de soins...) ?*

Meilleure prise en charge	Nombre de MK	Pourcentage
Non	16	61,54%
Oui	10	38,46%
Total	**26**	**100,00%**

Tableau 31: Avis sur une meilleure prise en charge par la création de l'AMK 15,5



Une grande partie des répondants (**61,54%**) estiment que la création de l'AMK 15,5 ne

leur a pas permis de mieux prendre en charge les patients.

Q18- *Si oui, quel(s) point(s) ont été améliorés ?*

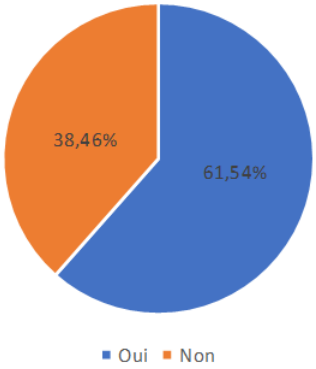
Cette question n'apparaît que pour les masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu « oui » à la question précédente.

Les répondants ont précisé que *« le temps de prise en charge est plus long »* (X5) et permet « *d'utiliser différentes techniques nécessaires* » (X2), car il y a « *beaucoup de symptômes à traiter* » (X1).

Q19- *Pour vous, l'AMK 15,5 doit-il être réévalué ?*

Réévaluation	Nombre de MK	Pourcentage
Oui	16	61,54%
Non	10	38,46%
Total	**26**	**100,00%**

Tableau 32: Opinions sur la réévaluation de l'AMK 15,5



Une majorité des répondants est favorable à la réévaluation de l'AMK 15,5.

Q20- *Si oui, à combien ?*

Cette question n'apparaît que pour les masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu « oui » à la question précédente.

Coefficient	Nombre de MK	Pourcentage
18	2	14,28%
20	7	50%
25	2	14,28%
30	2	14,28%
50	1	7,1%

Tableau 33: Opinion sur le coefficient correspondant à l'acte AMK 15,5

La moyenne des coefficients proposés est de **24**.

V.2 Synthèse sous forme de réponses conformes/non conformes aux modalités de la NGAP

Les réponses des masseurs-kinésithérapeutes sont comparées aux modalités d'utilisation de l'AMK 15,5 décrites dans la NGAP.

Les réponses conformes sont indiquées en vert, les réponses non conformes en rouge (*Annexe VI*).

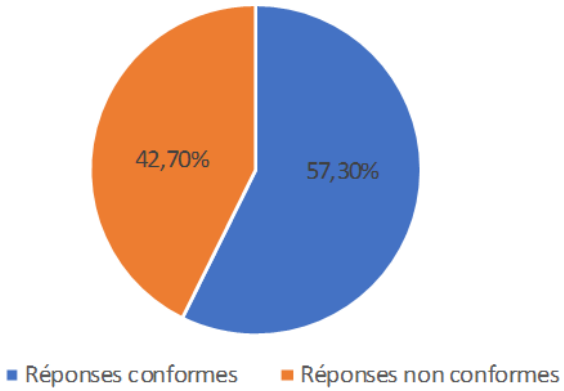


Figure 20: Pourcentage de réponses conformes et non conformes aux modalités de l'AMK 15,5

42,70% des réponses **ne sont pas conformes** aux conditions de la NGAP concernant la cotation AMK 15,5.

VI. Discussion

Le but de ce mémoire d'initiation à la recherche est de répondre à la problématique : **Quel est l'état actuel de l'utilisation de l'AMK 15,5 lors de la prise en charge libérale du cancer du sein ?**
Il s'agit maintenant d'examiner dans quelle mesure les réponses apportées au questionnaire valident les trois hypothèses qui ont été avancées.

VI.1 Analyse des résultats

65 masseurs-kinésithérapeutes ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 64 travaillent en libéral et 1 a une pratique mixte. La **fréquence** des prises en charge de patientes après traitement du cancer du sein **varie** selon les répondants. Elle va d'une prise en charge par semaine au minimum en moyenne à moins d'une prise en charge tous les 15 jours.

VI.1.1 Retour sur les hypothèses

Hypothèse 1 : les masseurs-kinésithérapeutes utilisent l'AMK 15,5

Sur les 65 masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire, **60%** n'ont pas utilisé la cotation AMK 15,5 au cours des 12 mois précédents et **10,77%** l'ont abandonnée. Cela contredit l'hypothèse 1.
Ce chiffre est étonnant en considérant qu'une majorité des masseurs-kinésithérapeutes (67,69%) estime prendre en charge environ **50% ou plus** de leurs patientes après traitement du cancer du sein **en phase intensive,** et que cette cotation est spécifique à la phase intensive.

Les raisons avancées :

- 7 masseurs-kinésithérapeutes ont **abandonné** l'utilisation de la cotation AMK 15,5 dans les 12 mois précédents le questionnaire.

Les raisons avancées sont **trop de contraintes** pour 5 d'entre eux et des **problèmes de remboursement** (X1) dus à cette cotation, et des **conditions** qui ne sont **pas réunies** (X3) pour l'utilisation de la cotation.

- 39 masseurs-kinésithérapeutes **n'utilisent pas** cette cotation.

Les raisons avancées sont multiples. Les principales sont :

- l'**utilisation d'autres cotations** :

  - soit **l'AMS 7,5 et/ou l'AMK 7,6 et/ou l'AMK1** pour 15 répondants

Il serait intéressant d'en savoir plus sur leurs utilisations: Y a-t-il une alternance des séances avec traitement de la raideur d'épaule certains jours, et du lymphœdème les autres jours ? Quelle est la fréquence de prise en charge ?

  - soit l'**AMS 9,5** pour 12 répondants

L'AMS 9,5 correspond à la « rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » (35) concernant les affections orthopédiques et rhumatologiques. Or dans leur prise en charge, les masseurs-kinésithérapeutes sont amenés à traiter une raideur d'épaule et un lymphœdème, ce dernier rentre dans la catégorie des affections **vasculaires**, incompatible avec l'AMS 9,5.

Il serait aussi intéressant de connaître la durée moyenne de prise en charge avec **ces cotations**. Une séance classique étant de **30 minutes**, est-ce assez pour prendre en charge la raideur d'épaule et le lymphœdème? Ou la raideur d'épaule est traitée un jour et le lymphœdème un autre ? Diminuant la quantité de traitement reçu ? Ou la durée des séances est augmentée ?

- une cotation **trop contraignante** pour 6 répondants et **source d'ennuis** avec la Sécurité sociale pour 2. Cela rejoint les raisons avancées précédemment

Dans la NGAP, les indications, le contenu, la durée sont indiqués pour certaines cotations, mais aucune autre cotation n'a autant de modalités décrites que l'AMK 15,5 (35). Cela peut possiblement expliquer en partie le sentiment d'une cotation « trop contraignante ».

- un répondant précise rencontrer rarement un lymphœdème du membre supérieur en phase aiguë
- un autre répondant pointe du doigt un rapport temps/rémunération trop bas
- et 6 répondants **n'avaient pas connaissance de la cotation**

Hypothèse 2 : la cotation AMK 15,5 est utilisée selon les conditions strictes de la NGAP

Les masseurs-kinésithérapeutes utilisant ou ayant déjà utilisé l'AMK 15,5 ont répondu à des questions sur leurs connaissances des modalités de cette cotation. Les réponses ont été confrontées aux modalités de la NGAP. Les réponses sont conformes à **57,30%**. On ne peut donc que partiellement valider cette hypothèse.

Les conditions d'utilisation de l'AMK 15,5 les moins connues par les masseurs-kinésithérapeutes étaient les **contre-indications** (19,23%), le **nombre optimal** de séances (26,92%) et le **contenu des séances** (50%).

On peut aussi noter que la durée des séances estimée à 1h15 dans le rapport de l'HAS n'est indiquée que par une personne sur 26, contre 17 personnes indiquant 60 minutes (NGAP).
On peut supposer pour expliquer la diminution du temps de prise en charge par la NGAP, **une raison de coût**, si la durée est plus importante le coefficient est plus élevé, ou alors, comme le suggèrent deux experts dans le rapport de l'HAS (2), une question de **faisabilité** en libéral.

Hypothèse 3 : la cotation AMK 15,5 a permis une meilleure prise en charge des patients après traitement d'un cancer du sein

Les masseurs-kinésithérapeutes utilisant ou ayant déjà utilisé l'AMK 15,5 sont partagés. Mais une grande partie des répondants (**61,54%**) estiment que la création de l'AMK 15,5 ne leur a pas permis de mieux prendre en charge les patients. Cela contredit l'hypothèse 3.

Les points de la prise en charge améliorés par la création de la cotation, cités par le reste des répondants **(38,46%)** sont :

- un temps de prise en charge plus long (5 répondants)
- l'utilisation de différentes techniques nécessaires (2 répondants)

VI.1.2 Retour sur les autres résultats

Pour compléter l'état des lieux d'autres aspects ont été abordés :

- **la connaissance de la fréquence optimale** décrite par l'HAS : 5 jours sur 7, pendant 14 jours de suite

Seulement 10 masseurs-kinésithérapeutes sur 26 connaissaient la fréquence optimale de 5 jours sur 7. La **durée** en semaines de la phase intensive n'était elle connue que par **5 répondants sur 26**. Tous les autres répondants ont indiqué une valeur **supérieure**, allant jusqu'à 20 semaines.

Le groupe de travail de l'HAS indique que « la fréquence des séances combinées **ne doit pas dépasser** 10 séances sur 14 jours (5 jours sur 7), ce qui correspond à la durée du traitement d'attaque du lymphœdème. »(2) et cela permet la réalisation de cette prise en charge en libéral.

Or on peut voir que la définition de la phase intensive varie parmi les répondants.

- l**'apport d'une meilleure rémunération** grâce à l'AMK 15,5

53,85% des personnes interrogées pensent que l'AMK 15,5 ne leur a **pas permis d'être mieux rémunérées.**

L'acte reconnaît un temps de prise en charge plus long, de 1 heure au lieu de 30 minutes, et additionne les différents coefficients. Une exploration supplémentaire serait nécessaire pour apporter les explications de cet avis des masseurs-kinésithérapeutes.

- **la réévaluation de l'AMK 15,5**

61,54% des répondants sont favorables à la réévaluation de la cotation. Le coefficient moyen avancé par ces répondants est de **24.**

Ce pourcentage concorde avec celui des personnes pensant que l'AMK 15,5 ne leur a pas permis une meilleure rémunération.

L'acte AMK**7** pour rééducation de lymphœdèmes vrais a été revalorisé à **7,6** le 1er décembre 2019, et le sera une nouvelle fois à **8** le 1er Juillet 2021 (46). Or il compose l'AMK 15,5. La question se pose d'une éventuelle revalorisation future de l'AMK 15,5 **sur cette base**.

- **la connaissance des modalités d'utilisation de l'AMK 15,5** pour tous les masseurs-kinésithérapeutes utilisant ou n'utilisant pas la cotation

Les 65 masseurs-kinésithérapeutes ont déclaré connaître **3,5 modalités sur les 6 proposées**. La durée de la séance, les indications et le contenu de la séance étaient connus par plus de 70% des répondants. Le nombre optimal de séances, les non et

contre-indications l'étaient par moins de 50%. **20%** des répondants ont indiqué **ne pas connaître** les conditions de la NGAP concernant l'AMK 15,5.

Ces chiffres sont étonnants en considérant que **83,08%** des répondants ont effectué une **formation spécifique sur le cancer du sein** et 64,62% une formation sur DLM.

Mais ces chiffres sur les connaissances des modalités de la NGAP sont **à nuancer**. **Sans l'affichage des modalités**, on ne peut pas être certain que les répondants auraient bien répondu. Confirmant les nuances à apporter, la comparaison avec le tableau synthèse des réponses conformes/non conformes des répondants utilisant l'AMK 15,5, montre des pourcentages plus élevés pour les 2 populations confondues. Or cela paraît peu probable que les masseurs-kinésithérapeutes utilisant l'AMK 15,5 aient moins de connaissances sur les modalités le concernant que ceux ne l'utilisant pas.

En résumé, plus de 4 ans après la création de l'AMK 15,5, **seulement 29,23% des masseurs-kinésithérapeutes** prenant en charge des patientes après traitement d'un cancer du sein **utilisent cette nouvelle cotation**.
Les masseurs-kinésithérapeutes utilisant ou ayant utilisé cette cotation dans l'année ne connaissent qu'en partie les conditions de la NGAP (57,30%) relatives à cet acte.
Et ils estiment que la création de l'AMK 15,5 ne leur a pas permis de mieux prendre en charge les patients. Une seule hypothèse est partiellement confirmée.

Aucune étude ayant aussi pour sujet un état des lieux de l'utilisation d'une cotation en kinésithérapie n'a été trouvée dans la littérature.

Mais l'analyse de la méthodologie est à prendre en compte pour nuancer ces résultats.

VI.2 Biais de l'étude

VI.2.1 Taille de l'échantillon

La population cible de ce questionnaire est celle des masseurs-kinésithérapeutes

travaillant en libéral et prenant en charge au moins une patiente en moyenne par an après traitement du cancer du sein, mais **il n'existe pas de chiffre** sur cette partie de la population de MKDE.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes indique une population de 95 000 MKDE en France en 2019 (47) et 86% d'entre eux sont libéraux. Le chiffre de 81 700 MKDE libéraux sera donc pris en compte.

Or il y a eu 65 répondants inclus au questionnaire, cela ne représente que 0,08% de la population des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en France. La **taille de l'échantillon significative** d'un point de vue statistique nécessaire, pour avoir un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5% (valeurs les plus fréquemment utilisées), serait de **382 répondants** (*Annexe VII*). Avec les 65 répondants, le **niveau de confiance** est de **90%** et la **marge d'erreur de 10%**. C'est un biais de l'étude.

Un questionnaire préalable pour obtenir le **pourcentage de masseurs-kinésithérapeutes libéraux prenant en charge au moins une patiente** en moyenne par an après traitement du cancer du sein aurait pu être adressé à la population de masseurs-kinésithérapeutes d'une ou plusieurs régions. Ce chiffre aurait pu alors être projeté à l'échelle nationale et aurait permis de réduire la population cible. Les 65 réponses obtenues ainsi rapportées auraient été plus significatives. Mais la contrainte était le temps nécessaire.

VI.2.2 Caractéristiques de la population

La population incluse **diffère en terme de répartition hommes/femmes**. L'Ordre indique **51% de femmes** pour 49% d'hommes dans la population générale de masseurs-kinésithérapeutes (47), contre **87,69% de femmes** et 12,31% d'hommes dans l'étude. Cette différence peut possiblement être expliquée par des patientes se dirigeant préférentiellement vers des MKDE femmes, la prise en charge touchant à leur féminité et intimité, ou encore par des masseurs-kinésithérapeutes femmes plus intéressées et formées à cette prise en charge.

Ce taux de femmes dans cette population de masseurs-kinésithérapeutes est **retrouvé**

dans un autre mémoire (taux similaire de 92,60% de femmes) (48), supportant ces pourcentages pour ce type de population.
La population de l'étude est **réprésentative** de la population générale des MKDE **dans le domaine des dates de diplôme** (49). Et l'échelle nationale de la diffusion apporte une **dispersion géographique** des personnes interrogées.

VI.2.3 Conception du questionnaire

Certains questions sont composées de réponses vraies et fausses, le choix de ces réponses peuvent influencer involontairement les répondants. Le biais est donc l'**enquêteur**. Pour y remédier, la plupart des réponses proposées ont été ressorties de la NGAP. L'ordre aléatoire d'affichage des réponses à certaines questions et le test du questionnaire sont aussi utilisés pour diminuer ce biais.
Le biais de **désirabilité sociale** a pu influencer les réponses à ce questionnaire, notamment les réponses à la question 21 où ils déclarent quelles conditions de la NGAP ils connaissent. Ce biais est diminué par l'utilisation de réponses **anonymes** et un format **auto-administré** du questionnaire, donc sans influence de la présence d'un enquêteur.

VI.2.4 Diffusion du questionnaire

Un autre biais de cette étude est **l'échantillon de volontaires**. La randomisation n'a pas été possible parce qu'elle aurait nécessité une liste exhaustive de la population de masseurs-kinésithérapeutes prenant en charge des patientes après traitement du cancer du sein et leur adresse mail. Un échantillonnage aléatoire n'était donc pas possible.
Un échantillon de volontaires a donc été utilisé. Cela entraîne un biais car les masseurs-kinésithérapeutes volontaires qui ont répondu se sentent peut être plus concernés par le sujet de l'étude.

Pour pallier à l'utilisation d'un groupe « La Rose Kiné » de masseurs-kinésithérapeutes intéressés par cette prise en charge, donc possiblement **plus formés et informés** sur l'AMK 15,5, la diffusion a aussi été faite sur des sites « généralistes ». Mais il est impossible de connaître quelle part de réponses a été obtenue suite à la publication

sur tel ou tel groupe sur Facebook. Et les répondants pouvaient faire partie des 2 ou des 3 groupes.
La population des groupes ciblés est composée de professionnels mais aussi d'étudiants. Il n'est donc pas possible de connaître le **taux de réponses** car on ne connaît pas le nombre de professionnels inclus dans ces groupes et combien ont vu les publications. Une explication du nombre de réponses peu important est aussi la multitude de questionnaires publiés sur ces groupes.

Enfin le mode diffusion choisi par les **réseaux sociaux** n'intègre pas toute la population. On peut voir que les personnes **de plus de 45 ans** sont moins présentes sur Facebook (50), formant un autre biais de cette étude.

VI.2.5 Analyse des résultats

Un autre biais est lié au **post-codage** des questions ouvertes et de la partie « Autre » des questions mixtes. Lors de ce procédé de catégorisation, une part de subjectivité intervient et des précisions des répondants peuvent être perdues. Mais l'utilisation de ces questions permettaient une liberté de réponse des répondants et des réponses qui ne sont pas influencées.

VII. Ouverture

VII.1 Une cotation qui atteint son but ?

Cette cotation AMK15,5 doit permettre **une meilleure prise en charge** des patientes après traitement d'un cancer du sein. Pour certains masseurs-kinésithérapeutes, elle a permis un temps de prise en charge plus long, ainsi qu'une utilisation de différentes techniques. Mais **61,54% des répondants** estiment que ce n'est pas le cas.
Or l'amélioration de la prise en charge des séquelles était pourtant un point important du Plan cancer 2014-2019.
Partant du constat que « *3 personnes sur 5 déclarent avoir conservé des séquelles deux ans après le diagnostic* » d'un cancer (18), un des objectifs de ce plan était la

systématisation de la prise en charge de ces séquelles. La dimension physique de la qualité de vie est plus atteinte dans le cancer du sein en comparaison à d'autres cancers : **55,8%** des femmes présentent encore une qualité de vie physique dégradée **2 ans après** le diagnostic d'un cancer du sein (19).
Or, certaines séquelles peuvent être prise en charge par le masseur-kinésithérapeute, ce qui peut contribuer à améliorer la qualité de vie des patientes.

Mais quelle est la proportion réelle de patientes à en bénéficier ? Ce chiffre serait intéressant à connaître pour continuer à améliorer la prise en charge des patientes.

VII.2 Une cotation qui doit évoluer ? Le besoin d'une nouvelle cotation ?

La NGAP connaît des évolutions régulières de revalorisation des actes. Les pratiques et actes qui sont valorisés répondent aux **enjeux de santé publique** et de **qualité de vie** (46). Par exemple, en 2018, l'avenant 5 a valorisé la prise en charge des patients atteints d'une BPCO, ou encore a mis en place un forfait pour accompagner le retour au domicile de patients après chirurgie orthopédique...

Comme évoqué précédemment, le Plan Cancer 2014-2019 avait pour objectif la prise en charge des séquelles après cancer pour améliorer la qualité de vie des patients.
Or l'AMK 15,5 concernerait « **20% des patientes en rééducation pour lymphœdème** du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein» (36), ces dernières représentant environ 20% du total des patientes soignées pour cancer du sein. La part des patientes ayant eu un cancer du sein concernées par cette cotation serait donc 20% de 20% des 58 000 nouveaux cas par an, soit **2 320 personnes** chaque année. Ce chiffre serait à confirmer. On ne connaît donc pas la proportion exacte de patientes qui pourraient bénéficier d'une prise en charge kinésithérapique mais on peut supposer que même si cela ne concerne qu'une faible partie d'entre elles, l'acte AMK 15,5 est venu combler un **vide de la nomenclature**.

De nombreuses séquelles sont possibles après le cancer du sein (le lymphœdème du membre supérieur, du sein, la raideur d'épaule, les cordes axillaires lymphatiques...) mais d'autres aspects de la prise en charge sont aussi possibles : un travail des cicatrices, une éducation des patientes et apport de conseils, un accompagnement psychologique tout au long du soin, la prévention d'aggravation de séquelles et de

récidives, une prise en charge avant reconstruction, un réentraînement à l'effort...

La prise en charge peut donc être très variée.
L'AMK15,5 a permis une reconnaissance de la place des masseurs-kinésithérapeutes dans les prises en charge après traitement du cancer du sein, avec la seule cotation portant sur la **cancérologie**. Mais n'y aurait-il pas **un besoin** d'une cotation plus **générale** du cancer du sein pour permettre de traiter simultanément différentes séquelles lors de la même séance ? Une cotation permettant d'inclure plus de patientes et une durée de séance plus longue que 30 minutes ?
Une recherche pourrait être effectuée sur le besoin ou non de ce type de prise en charge.

VII.3 Une possible amélioration des pratiques ?

Un autre objectif du rapport d'évaluation de l'HAS, cité dans la note de cadrage, est **l'amélioration des pratiques** (36), en précisant le contenu, les indications et contre-indications et la durée des séances combinées et leurs fréquences.
Mais les réponses des répondants utilisant la cotation ne sont conformes qu'à **57,30%** aux modalités de la NGAP tirées du rapport de l'HAS. Et les 65 répondants ont déclaré connaître 3,5 modalités sur 6, et **20%** des 65 répondants ont indiqué **ne pas les connaître**. On peut se demander pourquoi on retrouve ces résultats dans une population sensibilisée à cette prise en charge.
Ce n'est pas le but premier de ce travail, mais il a permis dans une moindre mesure, en proposant l'intitulé de la NGAP concernant l'AMK 15,5 dans le questionnaire, de **souligner ou d'informer** sur ses modalités d'utilisation.

VII.4 La nécessité d'un retour sur l'utilisation des différentes cotations ?

Cette étude fait ressortir le fait que la majorité **des masseurs-kinésithérapeutes n'utilise pas ou n'utilise plus l'AMK 15,5 (70,77%).**
Ce chiffre pose question alors que la population de l'étude prend en charge des patientes après traitement d'un cancer du sein, pour la plupart régulièrement, et pour une bonne partie en phase intensive. Or la cotation AMK 15,5 est spécifique à cette phase intensive...

Le fait que chaque acte de la NGAP n'ait pas de code spécifique ne permet pas le **suivi** de la mise en place d'une cotation. Or, cela pourrait mettre en valeur **une augmentation ou une baisse de l'utilisation de la cotation**, ou permettre la comparaison à un nombre de prises en charge attendues, permettant des adaptations de la cotation si nécessaire. Dans le cas présent, 7 masseurs-kinésithérapeutes ont abandonné l'utilisation de l'AMK 15,5 dans les 12 mois précédents le questionnaire. Est ce une baisse isolée, ou étalée sur plusieurs années... ?

VIII. Conclusion

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Chaque année le nombre de patientes en traitement, en rémission ou guéries augmente. Une grande partie de ces femmes ont des séquelles dues aux différents traitements du cancer du sein. Celles-ci peuvent être atténuées par une prise en charge kinésithérapique, améliorant la qualité de vie.

La création d'un acte AMK 15,5 avait pour but une meilleure prise en charge kinésithérapique de ces patientes. L'objectif de ce travail était donc d'explorer l'état actuel de l'utilisation de l'AMK 15,5 lors de la prise en charge libérale du cancer du sein et ses bénéfices.

Pour cela, un questionnaire a été diffusé à l'intention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux effectuant ce type de prise en charge. Les résultats ont mis en évidence que la majorité des masseurs-kinésithérapeutes (60%) n'utilisaient pas l'AMK 15,5, mais aussi que les répondants l'utilisant ne connaissaient pas toutes ses modalités d'utilisation.
9,2% de tous les répondants ne connaissaient pas la cotation, alors que la population de l'étude est sensibilisée à cette prise en charge. Enfin une majorité des masseurs-kinésithérapeutes utilisant la cotation estime qu'elle ne leur a pas permis de mieux prendre en charge leurs patients.
Mais ces résultats sont à nuancer, du fait de certains biais énoncés dans la méthodologie. Un questionnaire préalable aurait notamment pu permettre de réduire la population cible, les réponses obtenues auraient alors été plus significatives.

Ce travail m'a permis de découvrir les étapes d'une conception d'un nouvel acte, de la demande faite à l'HAS, à la construction d'un rapport d'évaluation, jusqu'à la création de l'acte.
Les politiques de santé publique induisent des revalorisations d'actes. Ces évolutions des cotations peuvent influencer la pratique quotidienne des masseurs-kinésithérapeutes. Ces évolutions ont donc un enjeu élevé et nécessitent de tenir compte le plus possible des réalités du terrain.

Références bibliographiques :

1. Santé publique France -Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. 2019.

2. HAS. Lymphoedème et raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein - Rapport d'évaluation. 2012.

3. UNCAM. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). 2012.

4. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Francais (CNGOF). Gynécologie Obstétrique - Les référentiels des Collèges. 3ème édition. 2015.

5. Institut National du Cancer. Les cancers en France. 2018.

6. Assurance Maladie. Personnes en ALD en 2017, par pathologie - Effectif, prévalence, caractéristiques d'âge et de sexe, taux de décès, selon la pathologie (code CIM-10) - Données de prévalence. 2017.

7. Ligue nationale contre le cancer. Rapport de l'Observatoire sociétal des cancers. 2014.

8. Assurance Maladie. Cancer du sein | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cited 2020 Apr 14]. Available from: https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/cancers/cancer-sein

9. World Health Organization. Cancer [Internet]. [cited 2020 Apr 14]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

10. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. 2e édition. 2017.

11. Dufour M. Anatomie des organes et viscères- Tête, cou et tronc. Elsevier Masson; 2013. 248 p.

12. Ferrandez JC, Bouchet JY, Theys S, Torres Lacomba M. Physiothérapie des oedèmes - De la clinique à la pratique. Elsevier Masson; 2016.

13. W, Stewart B, Stewart BW, Wild C, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. World cancer report. 2014.

14. Cancer du sein [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cited 2020 Apr 15]. Available from: https://www.frm.org/recherches-cancers/cancer-du-sein/focus-cancer-sein

15. Classe JM, Campone M, Lefebvre-Lacoeuille C. Cancer du sein - Dépistage et prise en charge. Elsevier Masson; 2016.

16. Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol Use and Breast Cancer: A Critical Review. Alcohol Clin Exp Res. 2016 Jun;40(6):1166–81.

17. Institut National du Cancer. Traitements - Cancer du sein [Internet]. [cited 2020 Apr 17]. Available from: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Traitements

18. Institut National du Cancer. Plan cancer 2014-2019. 2014.

19. INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer - VICAN 2. Collection Etudes et enquêtes; 2014.

20. INCa. Curage axillaire - Chirurgie (tumorectomie et mastectomie) [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie/Curage-axillaire

21. Institut National du Cancer. L'activité hospitalière en cancérologie - Les chiffres du cancer en France [Internet]. [cited 2020 Apr 17]. Available from: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Activite-hospitaliere

22. Ligue nationale contre le cancer. La chimiothérapie [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: https://www.ligue-cancer.net/article/26110_la-chimiotherapie

23. INCa. Hormonothérapie - Cancer du sein [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie

24. INCa. Les traitements des cancers du sein, collection Guides patients Cancer info. 2013.

25. Ferrandez JC. Kinésithérapie après cancer du sein. 2010.

26. Ferrandez JC, Serin D. Rééducation et cancer du sein. 2006.

27. Verbelen H, Gebruers N, Beyers T, De Monie A-C, Tjalma W. Breast edema in breast cancer patients following breast-conserving surgery and radiotherapy: a systematic review. Breast Cancer Res Treat. 2014 Oct;147(3):463–71.

28. Harris SR. Axillary Web Syndrome in Breast Cancer: A Prevalent But Under-Recognized Postoperative Complication. Breast Care Basel Switz. 2018 Apr;13(2):132–5.

29. Yeung WM, McPhail SM, Kuys SS. A systematic review of axillary web syndrome (AWS). J Cancer Surviv. 2015 Dec;9(4):576–98.

30. Nevola Teixeira LF, Veronesi P, Lohsiriwat V, Luini A, Schorr MC, Garusi C, et al. Axillary web syndrome self-assessment questionnaire: Initial development and validation. The Breast. 2014 Dec;23(6):836–43.

31. Luz C, Deitos J, Siqueira T, Palú M, Heck A. Management of Axillary Web Syndrome after Breast Cancer: Evidence-Based Practice. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. 2017 Nov;39(11):632–9.

32. Kamina P. Anatomie clinique - Tome 1. 4e Edition. Editions Maloine; 2009.

33. DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. 2013.

34. HAS. La compression médicale dans le traitement du lymphoedème- Bon usage des technologie de santé. 2010.

35. UNCAM. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). 2019.

36. HAS. Note de cadrage - Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein. 2012.

37. Haute Autorité de Santé. La HAS en bref [Internet]. [cited 2020 Apr 22]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_452559/fr/la-has-en-bref

38. HAS. Exigences communes à toutes les productions de la HAS. 2014.

39. Thwaites Bee D, Murdoch-Eaton D. Questionnaire design: the good, the bad and the

pitfalls. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2016 Aug;101(4):210–2.

40. Fenneteau H. Enquête : Entretien et questionnaire. Ed. 3. Dunod; 2015.

41. Fink A. How to conduct surveys - A step-by step guide [Internet]. 5eme ed. 2013. 204 p. Available from: https://archive.org/details/howtoconductsurv0000fink_5ed/page/n3/mode/2up

42. Ganassali S, Moscarola J. Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par Internet. 2004;

43. Katja Lozar M. Web surveys versus other survey modes a meta-analysis comparing response rate. 2008.

44. Edward PJ. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. 2010.

45. Peytchev A. Web Survey Design Paging Versus Scrolling [Internet]. ResearchGate. [cited 2020 Mar 26]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/237377880_Web_Survey_Design_Paging_Versus_Scrolling

46. Ministère des solidarités et de la santé. Avenant n°5 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. 2018.

47. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Accueil [Internet]. [cited 2020 Mar 31]. Available from: http://www.ordremk.fr

48. Lopata E. Analyse de la pratique professionnelle sur la prise en charge post cancer du sein. 2018.

49. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Rapport annuel d'activité. 2018.

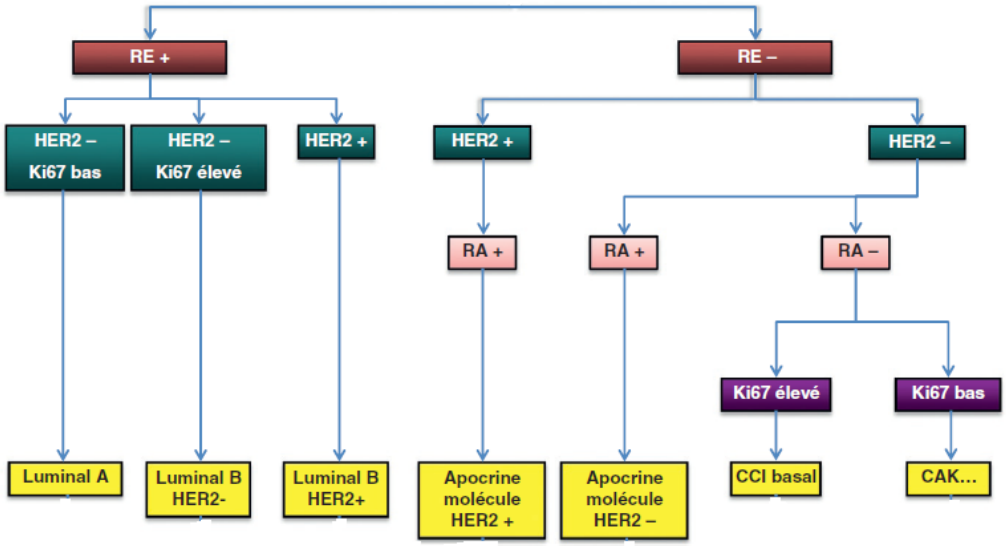
50. Statista. Facebook : utilisateurs par âge et sexe dans le monde 2019 [Internet]. Statista. [cited 2020 May 5]. Available from: https://fr.statista.com/statistiques/574791/facebook-repartition-mondiale-par-age/

51. HAS. Guide médecin ALD 30 - Cancer du sein. 2010.

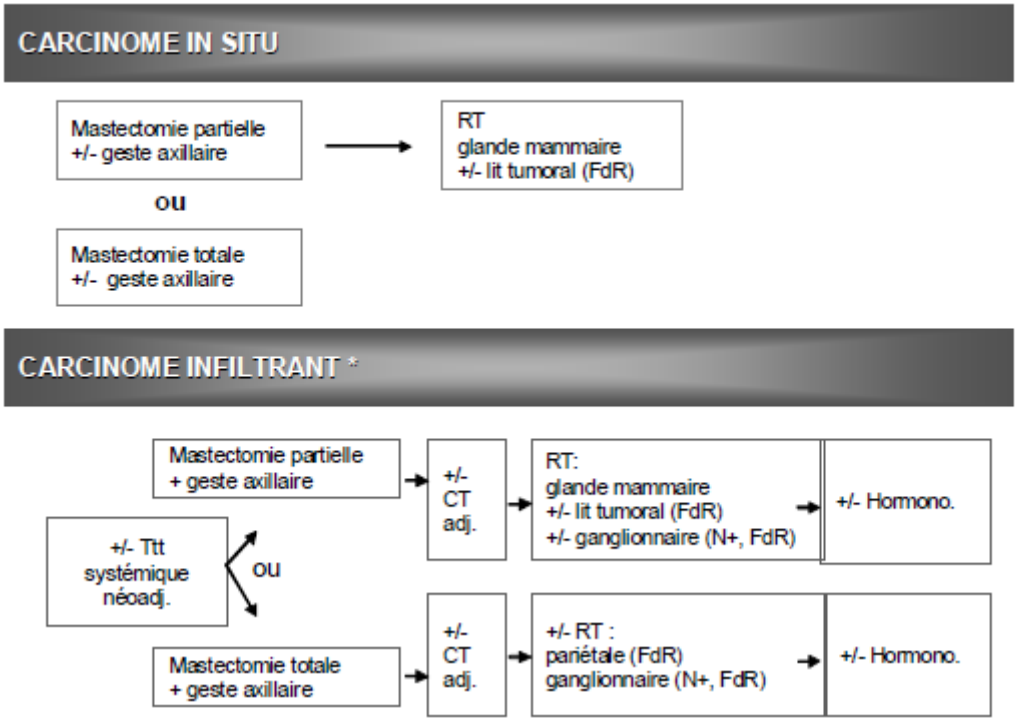
52. Survey Monkey. Calculer la taille de votre échantillon [Internet]. SurveyMonkey. [cited 2020 May 5]. Available from: https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/

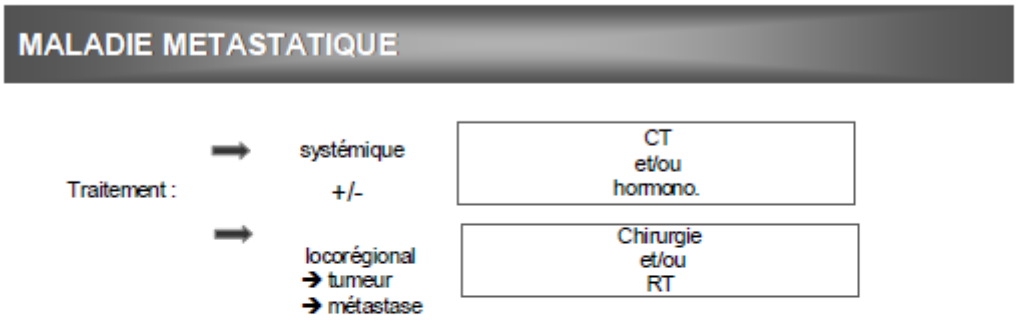
Annexes :

<u>Annexe I</u> : Classification immunophénotypique (16)



<u>Annexe II</u> :Indications d'association de traitements selon la localisation du cancer (51)





* *Hors cancer du sein inflammatoire*

CT : chimiothérapie (incluant les thérapies ciblées)
RT : radiothérapie
Hormono. : hormonothérapie

Ttt : traitement
Néoadj. : néoadjuvant
FdR : indication discutée selon les facteurs de risque de récidive
N+ : indication discutée selon l'envahissement ganglionnaire

<u>Annexe III</u>: Classification clinique du lymphœdème secondaire de l'International Society of Lymphology (2)

Stade		Description
0	Latent ou subclinique*	L'enflure est peu ou pas évidente malgré un transport défectueux de la lymphe, car la capacité de transport réduite excède encore la charge lymphatique. Certains patients peuvent ressentir de la lourdeur dans le membre affecté, mais la maladie est asymptomatique dans la majorité des cas. Ce stade peut exister pendant des mois ou des années avant que l'œdème n'apparaisse, ou encore perdurer indéfiniment.
I	Lymphœdème réversible	Stade précoce de la maladie avec accumulation de liquide relativement concentré en protéines dans les tissus qui disparaît avec l'élévation prolongée du membre. Le patient peut présenter un œdème à godet† très léger et sans fibrose. L'enflure est réversible à ce stade et le membre peut reprendre sa taille normale avec des traitements.
II	Lymphœdème spontanément irréversible	L'élévation du membre réduit très rarement l'enflure, et le godet† est manifeste.
II avancé		À ce stade, la fibrose intradermique devient plus importante et diminue la souplesse tissulaire. Le godet† tend alors à disparaître et le patient présente généralement un signe de Stemmer‡. L'enflure du membre ne régresse pas avec l'élévation. Les infections sont plus fréquentes en raison de la capacité réduite du système immunitaire à éliminer les bactéries et les débris. La maladie n'est pas réversible à ce stade, mais elle peut régresser ou s'atténuer avec les traitements.
III	Éléphantiasis lymphostatique	La fibrose et le volume du membre sont plus importants. Le godet† est absent. Il y a des changements morphologiques de la peau tels que l'hyperkératose, l'hyperpigmentation, la papillomatose, l'augmentation des plis de la peau, des fistules lymphocutanées et des dépôts adipeux. Les accès de cellulites et de lymphangites sont courants. Dans quelques cas, des tumeurs malignes telles que des lymphangiosarcomes, des sarcomes de Kaposi ou des lymphomes ainsi qu'une nécrose tissulaire peuvent se développer. Ce stade est irréversible.

Annexe IV : Description des conditions pour l'utilisation de l'AMK 15,5 (37)

Désignation du nouvel acte NGAP
Rééducation pour un lymphoedème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphoedème **Indications** : phase intensive du traitement du lymphoedème sous réserve de l'existence des critères suivants : - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre contro latéral, - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein, - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages). - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule **Non indications** : la phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs **Contre-indications :** - les pathologies aigues loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées - l'insuffisance cardiaque décompensée - les tumeurs malignes non traitées - l'hyperalgie de l'épaule - la présence d'une chambre implantable du coté opéré en sous claviculaire - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK. La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.

Annexe V : Retranscription du questionnaire en ligne

Précision : le format est modifié. Les réponses étaient présentées sous forme de menu déroulant, cases à cocher ou un espace de texte à remplir.

Questionnaire

Message d'accueil :

Bonjour,

Dans le cadre de ma dernière année à l'IFMK de Brest, je réalise un mémoire portant sur la prise en charge après traitement du cancer du sein, et notamment l'utilisation de l'AMK 15,5 par les MK.
J'ai conçu un questionnaire visant à réaliser une étude de pratiques professionnelles.

Ce questionnaire est anonyme, et ne peut donc être outil de jugement. Il ne dure pas plus de 10 minutes.

Merci d'avance pour votre aide précieuse!

Il y a 24 questions dans ce questionnaire.

**: questions obligatoires*

Partie 1

***Q1-** M'autorisez-vous à utiliser anonymement vos réponses à ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire?
□ Oui
□ Non (=>message de fin)

***Q2-** Vous pratiquez :
Veuillez ne cocher qu'une seule case
□ En libéral
□ En salariat et en libéral
□ En salariat (=> message de fin)

***Q3-** En moyenne par an, combien effectuez-vous de prise(s) en charge post-cancer du sein traité?
Veuillez ne cocher qu'une seule case
□ 0 (=>message de fin)
□ Moins de 25
□ Entre 26 et 50
□ 51 et plus

Q4- Parmi ces patients traités pour cancer du sein, combien estimez-vous en prendre en phase intensive?
Veuillez ne cocher qu'une seule case
□ 0
□ Environ 25 %
□ Environ 50%
□ Environ 75 %
□ Plus de 75 %
□ Je ne sais pas

Partie 2
Au cours des douze derniers mois :

***Q5**- Avez-vous utilisé l'AMK 15,5 dans votre pratique?
Veuillez ne cocher qu'une seule case
□ Oui, je l'ai utilisé (=> Q8)
□ Je l'ai utilisé mais je ne l'utilise plus (=> Q6)
□ Non, je n'utilise pas cette cotation (=> Q7)

***Q6- Je l'ai utilisé mais je ne l'utilise plus :** Pour quelles raisons ?
Vous pouvez cocher plusieurs cases
□ Les conditions ne sont pas réunies
□ J'ai eu des problèmes de remboursement
□ La cotation présente trop de contraintes logistiques

□ Autre: …
(=>Q8)

***Q7- Non, je n'utilise pas cette cotation :** Pour quelles raisons ?
Vous pouvez cocher plusieurs cases
□ Je ne la connais pas
□ J'utilise l'AMS 7,5 et/ou l'AMK 7,6 et/ou l'AMK 1
□ Autre : ...
(=>Q21)

Partie 3

***Q8**-Selon vous, quand l'AMK 15,5 peut-il être utilisé ?
Vous pouvez cocher plusieurs cases
□ Uniquement lors de la phase intensive du traitement du lymphœdème
□ Uniquement lors de la phase intensive du traitement de la raideur d'épaule
□ Lors de la phase intensive associant le traitement du lymphœdème et de la raideur d'épaule
□ Lors de la phase d'entretien du traitement du lymphœdème
□ Lors des soins palliatifs
□ Je ne sais pas

Q9- Selon vous, combien de temps durent ces séances en moyenne?
Veuillez ne cocher qu'une seule case
□ 30 min
□ 45min
□ 60 min
□ 1h15

***Q10-** Pour vous, que comprennent ces séances?
Vous pouvez cocher plusieurs cases
□ Soins d'hygiène de la peau
□ Rééducation de l'épaule
□ Drainage lymphatique manuel
□ Pose de bandages
□ Autre : ...

***Q11-** Pour vous, dans quelles conditions l'AMK 15,5 est-il indiqué ?
Vous pouvez cocher plusieurs cases

□ Le patient présente une asymétrie des amplitudes **passives** entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein
□ Le patient présente une asymétrie des amplitudes **actives** entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein
□ Le patient est **compliant à l'ensemble du traitement** nécessairement associé au DLM (bandages)
□ Le patient présente une différence de circonférence de plus de **1 cm** à un niveau au moins du membre atteint, par rapport au membre contro latéral
□ Le patient présente une différence de circonférence de plus de **2 cm** à un niveau au moins du membre atteint, par rapport au membre contro latéral

□ Le patient présente une **répercussion fonctionnelle importante** (perte d'autonomie) due au lymphœdème et à la raideur de l'épaule
□ Je ne sais pas

***Q12-** Selon vous, quels sont les critères de contre-indications?
Vous pouvez cocher plusieurs cases

□ Pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées
□ Insuffisance cardiaque décompensée
□ Tumeurs malignes non traitées
□ Hyperalgie de l'épaule
□ Présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous claviculaire
□ Présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter
□ Je ne sais pas

Partie 4

Q13- Pour vous, quelle est la fréquence optimale des séances en phase intensive? (combien de jours par semaine et sur combien de semaines)

Nombre de jours par semaine : ...
Nombre de semaines : ...

***Q14-** A combien estimez-vous le nombre optimal de séances pour une phase intensive, selon les critères de l'AMK 15,5?
Veuillez ne cocher qu'une seule case
□ 10
□ 15
□ 20
□ 25

Q15- Un supplément à l'AMK 15,5 pour bandage multicouches est possible:
□ Vrai
□ Faux

Partie 5

***Q16-** L'AMK 15,5 vous a-t-il permis d'être mieux rémunéré ?
□ Oui
□ Non

***Q17-** L'AMK 15,5 vous a-t-il permis une meilleure prise en charge des patients (qualité, durée de

soins...) ?
□ Oui (=>Q18)
□ Non (=>Q19)

Q18- Si oui, quel(s) point(s) ont été améliorés ?
…

***Q19-** Pour vous, l'AMK 15,5 doit-il être réévalué ?
□ Oui (=>Q20)
□ Non (=>Q21)

Q20- Si oui, à combien ?
…

Partie 6

***Q21-** Que connaissiez-vous des conditions mentionnées ci-dessous ?
Vous pouvez cocher plusieurs cases
□ Les indications
□ Les non-indications
□ Les contre-indications
□ La durée de la séance
□ Le contenu de la séance
□ Le nombre optimal de séances
□ Je ne les connaissais pas

Conditions de la NGAP pour l'utilisation de l'AMK 15,5

Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème

INDICATIONS : Phase intensive du traitement du lymphœdème sous réserve de l'existence des critères suivants :
- différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre contro latéral,
- asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein
- compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages).
- répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule

NON-INDICATIONS : La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs

CONTRE-INDICATIONS :
- les pathologies aigues loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées

- l'insuffisance cardiaque décompensée
- les tumeurs malignes non traitées
- l'hyperalgie de l'épaule
- la présence d'une chambre implantable du coté opéré en sous claviculaire
- la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter

La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages.
Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK.

La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.

Informations personnelles

Q22- Vous êtes :
□ Une femme
□ Un homme
□ Autre : ...

Q23- Quand avez-vous obtenu votre diplôme de Masseur-Kinésithérapeute ?
□ Avant 1980
□ Entre 1980 et 1989
□ Entre 1990 et 1999
□ Entre 2000 et 2009
□ Entre 2010 et 2019

***Q24-** Avez-vous effectué une ou des formation(s) complémentaire(s)?
Vous pouvez cocher plusieurs cases
□ Formation spécifique au cancer du sein
□ Formation spécifique au Drainage Lymphatique Manuel
□ Formation spécifique sur l'épaule
□ Aucune formation

Message de fin et de remerciement *:*

Fin du questionnaire

Merci beaucoup pour votre contribution !

Si vous souhaitez me contacter que ce soit pour des suggestions, remarques ou autres, n'hésitez pas : alice.hascouet@laposte.net

<u>Annexe VI</u>: Récapitulatif des réponses conformes et non conformes par question

Questions et réponses	Pourcentage
Q8	
Lors de la phase intensive associant le traitement du lymphoedème et de la raideur	68,75%
Autres réponses	31,24%
Q9	
60 min	65,38%
30 min- 45 min - 1h15	34,62%
Q10	
Les 4 réponses	50,00%
3 réponses ou moins	50,00%
Q11	
[...] asymétrie des amplitudes passives [...] [...] compliant à l'ensemble du traitement [...] [...] différence de circonférence de plus de 2 cm [...] [...] répercussion fonctionnelle importante [...]	74,66%
Autres réponses	25,33%
Q12	
Les 6 réponses	19,23%
5 réponses ou moins	80,80%
Q14	
10	26,92%
15-20-25	73,08%
Q15	
Faux	96,15%
Vrai	3,85%
Total	
Réponses conformes	57,30%
Réponses non conformes	42,70%

<u>Annexe VII</u> : Formule de calcul de la taille d'échantillon (52)

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{\dfrac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\dfrac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

N = taille de la population • e = marge d'erreur (pourcentage sous forme décimale) • z = cote z

HASCOUET Alice

Titre : État actuel de l'utilisation de l'AMK 15,5 dans la prise en charge libérale du cancer du sein

Introduction : Le lymphœdème et la raideur d'épaule sont deux séquelles des traitements du cancer du sein. Une prise en charge kinésithérapique simultanée, permettant de les atténuer et d'améliorer la qualité de vie des patientes, n'était pas possible avant la création de l'AMK 15,5 en 2015. L'objectif de ce travail est d'explorer l'état actuel de l'utilisation de cet AMK 15,5 lors de la prise en charge libérale du cancer du sein.
Méthode : Un questionnaire a été diffusé à l'intention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux effectuant ce type de prise en charge en France.
Résultats : Une analyse statistique descriptive de 65 réponses a été effectuée. 60% des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas utilisé la cotation AMK 15,5 au cours des 12 mois précédant le questionnaire. Les réponses des masseurs-kinésithérapeutes utilisant ou ayant déjà utilisé l'AMK15,5 sont conformes à 57,30% aux modalités de la NGAP tirées du rapport de l'HAS. 61,54 % de ces répondants estiment que la création de l'AMK 15,5 ne leur a pas permis de mieux prendre en charge les patients.
Discussion : Différents biais viennent nuancer ces résultats. L'AMK15,5 comble un vide de la nomenclature, mais les différents résultats interrogent sur un besoin possible d'une autre cotation permettant d'inclure plus de patientes.

Introduction : The recurrent sequelea of breast cancer and its treatment are lymphoedema and stiff shoulder. Physiotherapy management of those sequelea, in order to reduce them and improve the quality of life of patients, wasn't possible in a same session before the creation of the AMK 15.5's act in 2015. As a result, the purpose of this study is to determine the use of the AMK 15.5 in breast cancer patients.
Methods : An online questionnaire sent to physiotherapists whith liberal activity dealing with this kind of care in France was used to assess the use of the AMK 15.5.
Results : A descriptive statistical analysis of 65 responses was conducted. 60% of physiotherapists did not use the AMK 15.5 in the 12 months preceding the questionnaire. The responses of physiotherapists using or having previously used the AMK 15.5 are 57.30% consistent with the NGAP modalities from the HAS report. 61.54% of these respondents felt that the creation of the AMK 15.5 did not allow them to better manage patients.
Discussion : These results have to be nuanced by different biases. The AMK 15.5 fills a gap in the nomenclature, but the different results question a possible need for another act to include more patients.

Mots-clés : Cancer du sein - Acte – Kinésithérapie - Activité libérale - AMK

Keywords : Breast cancer - Act - Physiotherapy – Liberal activity - AMK

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22 avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

Travail écrit de fin d'études - 2016-2020