



**HAL**  
open science

# Impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes opérées par chirurgie mammaire conservatrice, durant l'année suivant la fin des traitements

Marine Coroller

## ► To cite this version:

Marine Coroller. Impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes opérées par chirurgie mammaire conservatrice, durant l'année suivant la fin des traitements. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04233101

**HAL Id: dumas-04233101**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04233101v1>

Submitted on 1 Dec 2023

**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 - NoDerivatives 4.0 International License



**Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie**

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Impact de la kinésithérapie sur la  
qualité de vie des femmes opérées par  
chirurgie mammaire conservatrice,  
durant l'année suivant la fin des  
traitements.**

COROLLER Marine

Travail écrit de fin d'études  
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute  
Promotion 2019-2023

Session « Juin 2023 »

# Table des matières

I Introduction .....	1
II. Le Cadre conceptuel.....	2
II.1 Le cancer du sein.....	2
II.2 Les traitements .....	5
II.3 Les effets secondaires après une chirurgie du sein.....	9
II.4 Le rôle de la kinésithérapie .....	14
II.5 La qualité de vie lors de « l'après-cancer ».....	18
III. Problématique .....	23
IV. Hypothèses .....	24
V. Matériel et méthode.....	25
V.1 Choix de la méthode de recherche.....	25
V.2 Le questionnaire .....	25
V.3 Elaboration du questionnaire .....	27
VI. Les résultats .....	33
VI.1 Profil de la population .....	34
VI.2 Etat des lieux de la rééducation en sénologie .....	36
VI.3 Etat des lieux de l'impact positif de la kinésithérapie sur la qualité de vie.....	39
VI.4 Etat des lieux de l'impact de la kinésithérapie sur les séquelles physiques .....	43
VI.5 Résultats des questionnaires .....	45
VI.6 Le kinésithérapeute, un acteur majeur dans l'amélioration de la qualité de vie	47
VI.7 Etat des lieux de l'influence du kinésithérapeute sur la reprise sportive.....	51
VI.8 Etat des lieux de l'influence du kinésithérapeute sur l'adhésion à une association .....	55
VII. Discussion .....	57
VII.1 Rappel des éléments principaux et interprétations .....	57
VII.2 Analyse des résultats et retour sur les hypothèses .....	57
VII.3 Des résultats à nuancer .....	61
VII.4 Limites et biais de l'étude .....	62
VII.5 Etat des lieux : le manque de reconnaissance de cet acte.....	64
VII.6 Perspective d'étude .....	65
VII.7 Projection professionnelle .....	65
VIII. Conclusion .....	66
IX. Bibliographie .....	68
X. Sommaire des annexes.....	72

# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant permis la création et l'aboutissement de ce projet qui me tient à cœur.

Je remercie mon directeur de mémoire, Marc Le Roy, pour ses conseils avisés et sa disponibilité et pour son accompagnement dans ma réflexion tout au long de ce travail ;

Je remercie Lauriane Coum-Mensler, pour son accompagnement, sa disponibilité et son expertise dans le domaine ;

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFMK pour leurs enseignements ;

Je remercie l'ensemble des femmes qui ont accepté de me donner de leur temps pour répondre au questionnaire ;

Je remercie tous les professionnels ayant permis la diffusion de mon questionnaire ;

Je remercie ma famille en particulier mes parents, ma sœur et mes grand-mères pour leur soutien durant toutes mes études ;

Je remercie ma belle-famille qui a participé à l'impression de ce travail et des flyers ;

Je remercie la team et mes 3 zouettes pour ces années de formation kiné ;

Je remercie mes amis de Landerneau pour leur soutien de longue date ;

Enfin, je remercie Martin pour son soutien immense au quotidien.

## Tables des Abréviations

**AMK** : Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé

**AP** : Activité Physique

**APA** : Enseignant en Activités Physiques Adaptées

**AVQ** : Activité de la Vie Quotidienne

**BIS**: Body Image Scale

**BRCA** : Breast Cancer

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**DLM** : Drainage Lymphatique Manuel

**DREES** : La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**EBP** : Pratique fondée sur les faits (Evidence-Based Practice)

**EORTC** : European Organisation for Research and Treatment of Cancer

**FNCLCC** : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer

**GR** : Groupe

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HRQoL** : Health-Related Quality of Life

**HER2** : Human Epidermal growth factor Receptor 2

**IL** : InterLeukine

**INCA** : Institut National du CAncer

**MET** : Metabolic Equivalent of Task

**QDV**: Qualité De Vie

**RKS** : Réseaux des Kiné du Sein

**SF-36** : Le test SF-36 est un test standardisé de mesure de la qualité de vie

**SDPM** : Syndrome Douloureux Post-Mastectomie

## **Index des figures**

Figure 1- Anatomie du sein-Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein 2020	2
Figure 2-Anatomie du sein-Institut National Du Cancer	3
Figure 3-Des signes possibles de cancers du sein-Fondation cancer du sein du Québec	4
Figure 4-Immunothérapie anti-cancéreuse-Fiche santé- Hospices Civils de Lyon	9
Figure 5-Séquelles de type 1	10
Figure 6-Séquelles de type 2	10
Figure 7-Séquelles de type 3	10
Figure 8- Une corde axillaire - Illustrée dans un article de Thierry Marc, Kinésithérapie la Revue, 2020	11
Figure 9-Lymphœdème du bras modéré à gauche, avancé à droite, NEJM 2018©	12

## **Index des tables**

Tableau 1-Age des répondantes	34
Tableau 2-Catégories socio-professionnelles des répondantes	34
Tableau 3-Statut matrimonial des répondantes	35
Tableau 4-Le temps écoulé depuis la fin des traitements des répondantes	35
Tableau 5-Nombre de femmes bénéficiant de kinésithérapie depuis la fin de leurs traitements	35
Tableau 6-Raisons pour lesquelles les femmes du Gr2 n'ont pas fait de rééducation	36
Tableau 7-Moyens d'accès à la kinésithérapie	36

## **Index des graphiques**

Graphique en barre 1-Les raisons concernant le choix de leur kinésithérapeute	37
Graphique en barre 2-Les moyens de traitements dont elles ont bénéficiés	38
Graphique en barre 3-L'impact positif de la kinésithérapie sur les séquelles physiques	39
Graphique en barre 4-L'impact positif de la kinésithérapie sur les douleurs	40
Graphique en barre 5-L'impact positif de la kinésithérapie sur l'autonomie	40

Graphique en barre 6-L'impact positif de la kinésithérapie sur la santé mentale	41
Graphique en barre 7-L'impact positif de la kinésithérapie sur l'image corporelle	41
Graphique en barre 8 -L'impact positif de la kinésithérapie sur l'estime de soi	42
Graphique en barre 9-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration des séquelles physiques-Résultat du Gr1	47
Graphique en barre 10-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration des séquelles physiques-Résultat du Gr2	47
Graphique en barre 11-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'image corporelle-Résultat du Gr1	48
Graphique en barre 12-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'image corporelle Résultat du Gr2	48
Graphique en barre 13-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'autonomie-Résultat du Gr2	49
Graphique en barre 14-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'autonomie-Résultat du Gr1	49
Graphique en barre 15-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de la santé mentale-Résultat du Gr1	50
Graphique en barre 16-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de la santé mentale-Résultat du Gr2	50
Graphique en barre 17-Les raisons de la non reprise sportive-Résultat du Gr1	52
Graphique en barre 18-Les raisons de la non reprise sportive-Résultat du Gr2	53
Graphique en barre 19-Les professionnels ayant participé à la reprise d'AP-Résultat du Gr1	54
Graphique en barre 20-Les professionnels ayant participé à la reprise d'AP Résultat du Gr2	54
Graphique en barre 21-Les professionnels ayant participé à la découverte d'une association-Résultat du Gr1	56
Graphique en barre 22-Les professionnels ayant participé à la découverte d'une association-Résultat du Gr2	56
Graphique en barre 23-« EQ-5D-5L » Auto-évaluation de sa santé-Résultat du Gr1	xx
Graphique en barre 24-« EQ-5D-5L » Auto-évaluation de sa santé-Résultat du Gr2	xx
Graphique en barre 25-Etat d'esprit face à la maladie-Résultat du Gr1	xxi
Graphique en barre 26-Etat d'esprit face à la maladie-Résultat du Gr2	xxi

## Index des diagrammes

Diagramme 1- Le pourcentage de femmes ayant eu un kinésithérapeute spécialisé	37
Diagramme 2-Nombre de séances de kinésithérapie par semaine	38
Diagramme 3-Lever le bras devant soi-Résultat du Gr1	43
Diagramme 4- Lever le bras devant soi-Résultat du Gr2	43
Diagramme 5- Lever le bras sur le côté-Résultat du Gr2	43
Diagramme 6-Lever le bras sur le côté-Résultat du Gr1	43
Diagramme 7- Mettre la main dans le dos-Résultat du Gr2	44
Diagramme 8-Mettre la main dans le dos-Résultat du Gr1	44
Diagramme 9-Gêne au niveau de la cicatrice-Résultat du Gr1	44
Diagramme 10- Gêne au niveau de la cicatrice-Résultat du Gr2	44
Diagramme 11-Pratique d'une AP avant l'opération-Résultat du Gr1	51
Diagramme 12- Pratique d'une AP avant l'opération-Résultat du Gr2	51
Diagramme 13-Commencement d'une AP depuis l'opération-Résultat du Gr1	51
Diagramme 14-Commencement d'une AP depuis l'opération-Résultat du Gr2	51
Diagramme 15-Reprise sportive depuis l'opération-Résultat du Gr1	52
Diagramme 16- Reprise sportive depuis l'opération-Résultat du Gr2	52
Diagramme 17-Intensité de l'AP-Résultat du Gr1	53
Diagramme 18- Intensité de l'AP-Résultat du Gr2	53
Diagramme 19- Adhésion à une association-Résultat du Gr1	55
Diagramme 20-Adhésion à une association-Résultat du Gr2	55
Diagramme 21-« EQ-5D-5L » mobilité-Résultat du Gr1	xviii
Diagramme 22-« EQ-5D-5L » mobilité-Résultat du Gr2	xviii
Diagramme 23-« EQ-5D-5L » autonomie-Résultat du Gr1	xix
Diagramme 24-« EQ-5D-5L » autonomie-Résultat du Gr2	xix
Diagramme 25-« EQ-5D-5L » AVQ-Résultat du Gr1	xix
Diagramme 26-« EQ-5D-5L » AVQ-Résultat du Gr2	xix
Diagramme 27-« EQ-5D-5L » douleurs et inconforts-Résultat du Gr1	xix
Diagramme 28-« EQ-5D-5L » douleurs et inconforts-Résultat du Gr2	xix
Diagramme 29-« EQ-5D-5L » anxiété et dépression-Résultat du Gr1	xx
Diagramme 30-« EQ-5D-5L » anxiété et dépression-Résultat du Gr2	xx

## **I. Introduction**

Le cancer du sein est le plus meurtrier, mais aussi le plus fréquent chez la femme. En 2018, environ 58 500 nouveaux cas de cancer du sein en France métropolitaine ont été recensés. Bien que la survie à 5 ans soit de 88 %, la qualité de vie n'en reste pas moins altérée (1).

En effet, les nombreux traitements sont la cause d'effets indésirables plus ou moins importants. Une des conséquences les plus traumatisantes est l'ablation du sein. Fort heureusement, la chirurgie conservatrice est privilégiée le plus possible et concerne environ 50 000 nouvelles femmes chaque année (2).

Après de telles opérations, les femmes peuvent bénéficier de soins de support. Ces derniers ont pour but de diminuer les effets secondaires des traitements et d'assurer la meilleure qualité de vie possible, sur le plan physique, psychologique et social (3). La kinésithérapie fait partie intégrante de ces soins de support, malheureusement toutes les femmes n'en bénéficient pas (4).

Bien qu'il existe une spécialité, la sénologie, ces soins spécifiques en kinésithérapie manquent encore de reconnaissance. En effet, aujourd'hui il n'existe aucun acte pour les prises en charge classiques des affections post-cancer du sein (5). Il est donc nécessaire de faire un état des lieux sur les bienfaits que cette profession peut apporter, en particulier lors de l'année suivant la fin des traitements, période lors de laquelle la qualité de vie est grandement altérée (6-8).

Des interrogations émergent alors : quel est l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes, opérées par chirurgie mammaire conservatrice, dans l'année suivant la fin des traitements? Quelles sont les dimensions où la kinésithérapie a le plus d'impact ? Le kinésithérapeute fait-il partie des acteurs participants le plus à l'amélioration de la qualité de vie?

## II. Le Cadre conceptuel

### II.1 Le cancer du sein

#### II.1.1 Définition

Le cancer est défini par l'Institut National du Cancer comme une « maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur. »

#### II.1.2 Epidémiologie

En 2020, on a recensé 2,3 millions de femmes atteintes du cancer du sein et 685 000 décès dans le monde. Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme. Son taux d'incidence en France, entre 1990 et 2018, a presque doublé passant de 29 970 à 58 400 cas annuels (1,9). Néanmoins, grâce au dépistage précoce, le taux global de mortalité diminue de 1% par an depuis 2013 (10). Ce cancer a donc un bon pronostic, car le taux de survie est de 88 % à 5 ans (1). Concernant les opérations, les chiffres des mastectomies partielles sont deux fois plus élevés que ceux des mastectomies totales. En 2017, 52 700 hospitalisations pour mastectomie partielle ont été recensées (2).

#### II.1.3 Anatomie

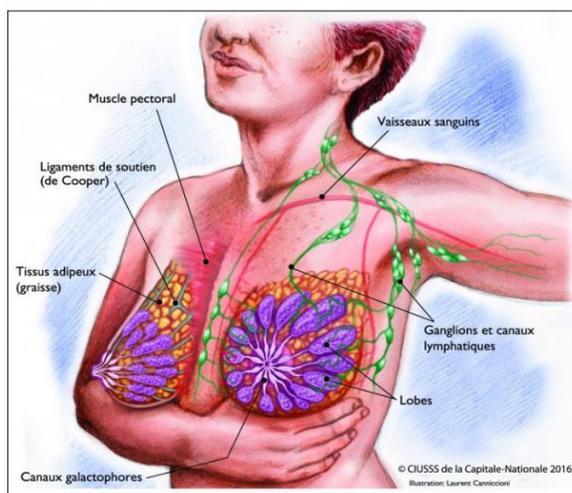
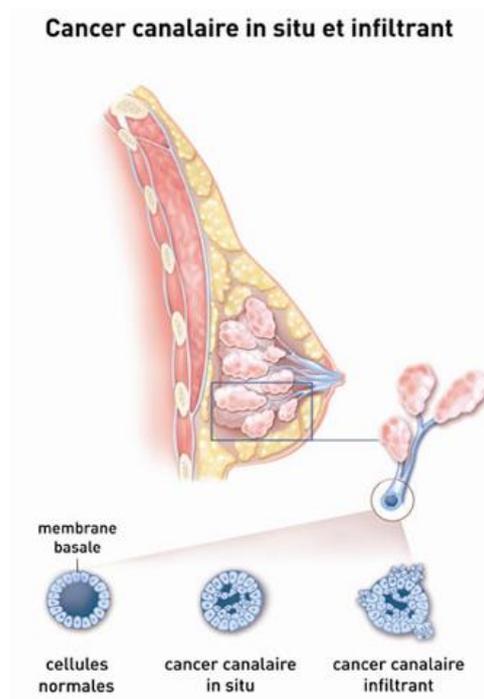


Figure 1-Anatomie du sein-Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein 2020

Le sein a pour fonction biologique la production de lait maternel afin de nourrir le nouveau-né. Il se compose du tissu de soutien qui comporte fibres, graisse et vaisseaux ainsi que de la glande mammaire qui se compose de 15 à 20 sections que l'on appelle lobes (Figure 1). Ces derniers sont composés de lobules chargés de produire le lait maternel ainsi que de canaux galactophores chargés de transporter le lait jusqu'au mamelon. De plus, le sein se compose de vaisseaux sanguins, de nerfs, et d'un système lymphatique. Les ganglions de ce dernier sont situés au niveau du creux axillaire, en sus et sous claviculaire, en intra thoracique et autour du sternum (Figure2) (11,12).

## II.1.4 Types de cancers du sein et classifications

### Types de cancers du sein



*Figure 2-Cancer canalaire in situ et infiltrant-Institut National Du Cancer*

Il y a différents types de cancer du sein :

- Le carcinome canalaire : cellules cancéreuses venant des canaux galactophores.
- Le carcinome lobulaire : cellules cancéreuses venant des lobules.
- Le carcinome in situ (Figure 2) : prolifération des cellules cancéreuses dans le réseau galactophorique ou dans le lobule avec le respect de la membrane basale.
- Carcinome infiltrant (Figure 2) : franchissement de la membrane basale, progression par envahissement locorégional par réseaux vasculaires et/ou

lymphatiques avec risque d'évolution métastatique.

95 % des cancers du sein se développent à partir des cellules des canaux en majorité (13).

### Classification

Il est important de classer et de définir le grade et le stade d'un cancer.

- Le grade permet d'évaluer l'agressivité de la tumeur, il est déterminé grâce à l'examen anatomopathologique. Il est caractérisé par 3 paramètres : le nombre de mitoses, la différenciation architecturale et les anomalies nucléaires. Pour chacun, un score entre 1 et 3 est défini. Après addition, ils correspondent à un grade. Si ce dernier est élevé alors le cancer est agressif (14).
- Le stade correspond à l'étendue de la maladie au moment du diagnostic. Pour le définir, on utilise la classification TMN qui prend en compte la taille, les métastases et l'atteinte des nœuds lymphatiques. Elle va de 0 à 4 en fonction de la localisation du cancer. Plus le stade est élevé, plus la tumeur est étendue (15,16).

### II.1.5 Les symptômes

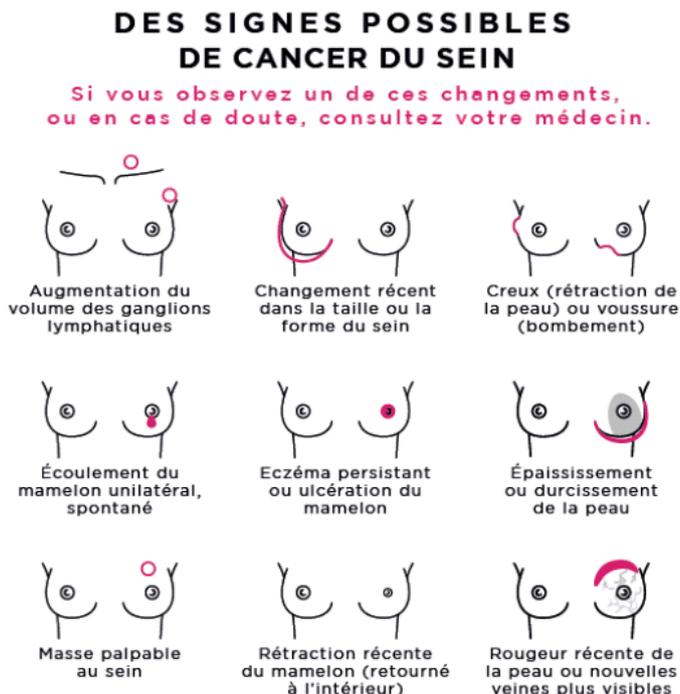


Figure 3-Des signes possibles de cancers du sein-Fondation cancer du sein du Québec

Le symptôme le plus courant est la masse indolore, dure, fixée et à bord irréguliers dans le sein. De plus, on peut parfois retrouver des ganglions durs au niveau de l'aisselle, indolores, signifiant que le cancer du sein s'est propagé aux ganglions axillaires. On peut également retrouver des modifications de la peau du sein et du mamelon ou encore un changement de la taille ou de la forme du sein (Figure 3). Si le cancer n'est pas diagnostiqué assez tôt, la tumeur prend de l'ampleur et peut se propager vers d'autres organes entraînant des symptômes dit tardifs comme des nausées, des douleurs osseuses, etc (17).

### **II.1.6 Facteurs de risques**

On sait que 99% des cancers du sein touchent des femmes. De plus, l'âge est un facteur de risque important, en effet 80% des cancers du sein se développent après 50 ans. On peut également ajouter que la consommation régulière d'alcool, de tabac ou le développement d'un mode de vie sédentaire contribuent à l'apparition de ce cancer. Enfin, les antécédents médicaux personnels ou familiaux ainsi que les prédispositions génétiques sont aussi des facteurs de risques. Environ 2 femmes sur 1000 portent la mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 qui perturbent la réparation de l'ADN et augmentent significativement le risque de développer un cancer du sein (18).

## **II.2 Les traitements**

Il existe différents traitements pour soigner un cancer du sein comme la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie ciblée, l'immunothérapie et l'hormonothérapie.

### **II.2.1 Les chirurgies**

La chirurgie est souvent réalisée en premier lieu, afin de réaliser l'ablation des tissus atteints par les cellules cancéreuses. Il existe différents types d'interventions chirurgicales possibles :

La chirurgie conservatrice ou mastectomie partielle, consiste à retirer la tumeur et une partie des tissus qui l'entourent afin de conserver au maximum le sein. Elle est proposée lorsque la tumeur est suffisamment petite par rapport à la taille du sein et est toujours associée à la radiothérapie. Environ 60 % des patientes ont un traitement conservateur,

car il est démontré que ce traitement donne sur 20 ans, une survie globale identique à celle obtenue par mastectomie totale, au moins pour les tumeurs comprises entre 0 et 5 cm de diamètre (19). Il existe 3 types de chirurgies conservatrices : la tumorectomie lorsque la lésion est palpable, la zonectomie lorsque la lésion est non palpable mais identifiée lors des examens radiologiques et la quadrantectomie lorsque la lésion est plus étendue, correspondant environ à un quadrant du sein.

La chirurgie non conservatrice ou mastectomie totale consiste à retirer le sein dans son entièreté. Cette chirurgie est réalisée lorsque la tumeur est trop volumineuse, s'il y a plusieurs tumeurs dans le même sein ou bien si la forme et la localisation ne permettent pas un traitement conservateur. (20). Lors de cette chirurgie, le sein, le mamelon ainsi que le revêtement des muscles du thorax sont enlevés. Les ganglions lymphatiques, les nerfs et les muscles du thorax sont préservés.

Si la tumeur devient infiltrante, il est parfois nécessaire de réaliser un curage axillaire. Le chirurgien retire volontairement certains ganglions lymphatiques axillaires afin de les analyser. Cette information permet de définir l'étendue du cancer. Il y a deux techniques d'exérèse de ganglions. La première est celle de l'exérèse du ganglion sentinelle, consistant à enlever le ou les premiers ganglions lymphatiques de la chaîne ganglionnaire axillaire afin de vérifier s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses. Cela permet de réserver le curage axillaire aux seules tumeurs qui le nécessitent, en cas d'envahissement ganglionnaire. La deuxième technique est le curage axillaire, consistant à enlever l'ensemble des ganglions lymphatiques axillaires, en moyenne ce sont entre 8 et 10 ganglions qui sont retirés.

Enfin, il y a la chirurgie prophylactique qui consiste à opérer avant qu'un cancer ne se développe. Elle est couramment réalisée pour les femmes porteuses des mutations BRCA1 ou BRCA2 (20).

## **II.2.2 La chimiothérapie**

La chimiothérapie est un traitement contre le cancer qui agit sur les mécanismes de division cellulaire. Ce traitement agit sur l'ensemble du corps afin d'atteindre toutes les cellules cancéreuses peu importe leur localisation lorsqu'elles n'ont pas encore été vues à l'imagerie. Ce traitement s'administre le plus souvent par perfusion ou parfois par voie orale (20).

La chimiothérapie peut se faire :

- Avant une chirurgie, on parle de chimiothérapie néoadjuvante, pour diminuer la taille de la tumeur.
- Après une chirurgie complète de la tumeur, on parle de chimiothérapie adjuvante, elle a pour objectif de diminuer tous risques de récurrences.
- Il y a également la chimiothérapie métastatique qui cible les métastases.

Malheureusement la chimiothérapie recense de nombreux effets secondaires correspondant à une alopécie, une forte asthénie, des nausées, des vomissements, une diminution des défenses immunitaires, une stomatite, une perturbation du cycle menstruel, une sarcopénie, des douleurs et des raideurs articulaires.

## **II.2.3 La radiothérapie**

Les rayonnements ionisants sont utilisés dans la radiothérapie afin de détruire les cellules cancéreuses en empêchant leurs multiplications. Les rayonnements vont traiter de manière isolée la zone cancéreuse en essayant de préserver le plus possible les tissus et organes voisins, mais provoquent des dégâts majeurs au niveau de l'ADN.

La radiothérapie externe, la plus fréquemment pratiquée, utilise une source externe de rayonnements, produite par un accélérateur de particule, afin de traiter la zone cancéreuse. La curiethérapie, moins pratiquée, utilise une source radioactive au contact direct de la zone à traiter à l'intérieur du corps (20).

En règle générale, la radiothérapie est réalisée dans les douze semaines suivant la chirurgie, sauf si une chimiothérapie est nécessaire, auquel cas la radiothérapie aura plutôt lieu dans les quatre à six semaines après la fin de la chimiothérapie. De plus, la

radiothérapie est le plus souvent administrée pendant cinq jours consécutifs à raison d'une séance par jour durant cinq semaines (21).

Les effets secondaires liés à la radiothérapie correspondent à une asthénie, un érythème cutané ou des brûlures au niveau de la peau irradiée, l'apparition éventuelle d'un œdème pouvant durer jusqu'à plusieurs mois, une perte de souplesse cutanée, une perte d'amplitude au niveau de l'épaule, une fibrose et une induration des tissus (22).

#### **II.2.4 L'hormonothérapie**

Certaines tumeurs du sein sont hormonosensibles, c'est-à-dire que les cellules cancéreuses contiennent des récepteurs hormonaux à la progestérone et à l'œstrogène. Ce traitement consiste donc à empêcher l'action stimulante de ces hormones. On en retrouve deux types : les traitements médicamenteux systémiques qui agissent sur l'ensemble des cellules du corps sensibles aux hormones et les traitements non médicamenteux, qui consistent à arrêter la production d'hormones en utilisant la chirurgie ou la radiothérapie sur les ovaires de la femme (20).

Généralement ce traitement est réalisé en adjuvant de l'opération, mais il peut aussi être réalisé en préopératoire pour réduire la taille de la tumeur afin de faciliter l'exérèse chirurgicale. La patiente doit prendre ce traitement pour une durée de 5 ans minimum et parfois jusqu'à 10 ans en fonction des facteurs pronostiques de la maladie.

Il y a également sa liste d'effets indésirables. Pour ce traitement, les effets correspondent à une ménopause artificielle avec des bouffées de chaleur, des changements d'humeur, une diminution de la libido et des douleurs articulaires diffuses (23).

## II.2.5 Immunothérapie :

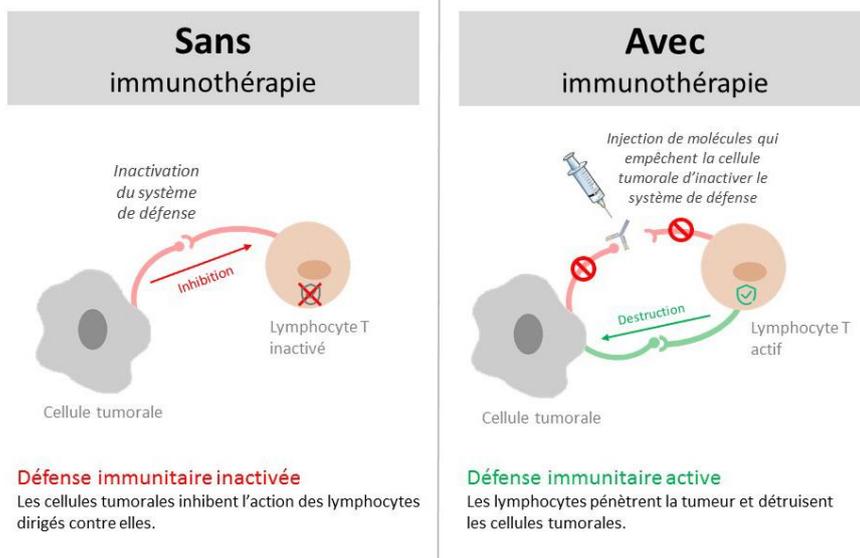


Figure 4-Immunothérapie anti-cancéreuse-Fiche santé Hospices Civils de Lyon

L'immunothérapie est un traitement visant à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules tumorales. On va retrouver des anticorps qui vont occuper le récepteur HER2 responsable de la croissance des cellules cancéreuses (Figure 4). En effet, ces dernières utilisent les protéines spécifiques du système immunitaire, les points de contrôle, pour éviter les attaques. Le traitement se fera donc par des inhibiteurs de ces points de contrôle afin de permettre au système immunitaire de tuer les cellules cancéreuses (20,24). Le traitement le plus connu est l'Herceptin®. Ses effets indésirables les plus couramment rencontrés sont une asthénie, des réactions cutanées, des troubles cardiaques et des troubles digestifs et intestinaux.

## II.3 Les effets secondaires après une chirurgie du sein

### Les séquelles esthétiques après une chirurgie conservatrice :

Le traitement conservateur peut laisser des séquelles esthétiques, ce qui pourra amener la patiente à demander une reconstruction.

Il existe 3 types de séquelles (19) :



*Figure 5-Séquelles de type 1*

- Les séquelles de type 1 sont caractérisées par une asymétrie mammaire iatrogène, sans déformation (Figure 5) .



*Figure 6-Séquelles de type 2*

- Les séquelles de type 2 sont caractérisées par une déformation évidente du sein traité, accessible à une reconstruction partielle (Figure 6).



*Figure 7- Séquelles de type 3*

- Les séquelles de type 3 sont caractérisées par une déformation telle, que seule une mastectomie avec reconstruction est envisageable (Figure 7).

## Les séquelles physiques possibles après une chirurgie du sein :

### **Le syndrome de la toile axillaire ou corde axillaire :**



*Figure 8- Une corde axillaire - Illustrée dans un article de Thierry Marc, Kinésithérapie la Revue, 2020*

L'oblitération des collecteurs initialement béants qui étaient responsables de la lymphorrhée, provoque l'apparition de cordes lymphatiques. En effet, sans échappatoire, la lymphe s'accumule et augmente la pression dans le collecteur qui se dilate et devient douloureux. On appelle également cela des thromboses lymphatiques superficielles.

Ce syndrome survient chez 86 % des femmes après une chirurgie du cancer du sein avec une résection d'un ou plusieurs ganglions. Il apparaît entre 2 à 8 semaines post-opératoire mais aussi des mois ou des années après. Cette affection se présente sous la forme d'un ou plusieurs cordons localisés dans le tissu sous cutané de l'aisselle homolatérale, s'étendant parfois dans le bras mais aussi au niveau de la paroi thoracique et deviennent palpables lorsque le bras est complètement tendu. Néanmoins une étude a suggéré que pour plus de 50% des patients, les cordes ne seraient pas visibles, nécessitant une palpation afin de les détecter. Elle est la cause de douleurs et de limitations d'amplitudes dans les mouvements de l'épaule, principalement en élévation et abduction (25)

## Le lymphœdème du membre supérieur :



*Figure 9 - Lymphœdème du bras modéré à gauche, avancé à droite, NEJM 2018©*

Selon l’HAS, un lymphœdème « est une maladie chronique et évolutive causée par l’accumulation de liquide lymphatique à forte teneur protéique dans les espaces interstitiels et les tissus sous-cutanés, principalement adipeux et conjonctifs. Cette accumulation se produit lors d’un dysfonctionnement du système lymphatique et peut entraîner une augmentation de volume d’un ou de plusieurs membre(s) et/ou des organes génitaux externes » (26).

C’est un effet secondaire qui concernerait 6 à 20% des patientes, dû au curage axillaire ou à l’exérèse du ganglion sentinelle plus rarement. Il se manifeste de quelques semaines à des années après l’opération. Fort heureusement le lymphœdème n’est pas systématique à un curage axillaire mais le risque augmente avec le nombre de ganglions lymphatiques enlevés (27).

L’HAS souligne également que le lymphœdème secondaire peut être une source de forte morbidité psychologique et physique avec une détérioration de la qualité de vie. Il est inscrit que sur le plan physique, les membres peuvent enfler et les mouvements peuvent être limités, engendrant de nombreux problèmes dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ainsi qu’une altération de l’image corporelle et de la santé mentale. En effet, cette pathologie peut être la source de forte anxiété, de dépression et de problèmes concernant le bien être sexuel.

De plus, le lymphœdème prédispose à certaines infections tel que l’érysipèle ou la lymphangite, infections respectives de la peau et des vaisseaux lymphatiques.

Lorsqu'il y a une différence de 2 cm de circonférence par rapport à l'autre bras, cela nécessite une prise en charge kinésithérapique (26).

### **Lymphœdème du sein :**

Selon Verbelen et all, le lymphœdème du sein est une séquelle courante après une chirurgie conservatrice et de la radiothérapie. Un des facteurs de risque principal est la forte poitrine. Le lymphœdème du sein apparaît soit après la chirurgie à cause d'une perturbation de la circulation lymphatique, soit entre 4 et 6 mois après la radiothérapie lié à l'épaississement de l'épiderme (28).

On peut décrire 3 stades lors de l'examen clinique :

- Stade 1: Œdème léger, taille du sein inchangée et épaississement de la peau légèrement visible.
- Stade II : Œdème modéré, asymétrie, dilatation des pores, lourdeur et signe du godet marqué.
- Stade III : Signes du stade II avec en plus, des fortes douleurs au repos, à la marche, à la descente des escaliers et aux sauts. Le changement de position la nuit peut réveiller la douleur. Le port d'un soutien-gorge adapté peut devenir nécessaire (29).

### **Les raideurs d'épaule :**

La limitation de la fonction du bras et de l'épaule est une des complications les plus fréquentes après une chirurgie. En effet, selon la FNCLCC après un traitement chirurgical pour un cancer du sein, on observe une altération transitoire de la fonction de l'épaule et du bras dans 65 % des cas, avec une diminution sévère dans 4 % des cas. Ce sont les mouvements d'abduction et de flexion antérieure qui sont le plus diminués (26).

### **Le syndrome douloureux post-mastectomie :**

La Société internationale d'étude de la douleur en donne la définition suivante « une douleur chronique débutant immédiatement ou précocement après une mastectomie ou une tumorectomie affectant le thorax antérieur, l'aisselle et/ou le bras dans sa moitié supérieure ». Ce syndrome peut survenir après un curage axillaire, il provoque des affections telles que la douleur d'un sein fantôme ou bien des douleurs aiguës. Ce sont des douleurs en lien avec l'irritation du deuxième nerf inter-costo-brachial lors de la

chirurgie. Ce syndrome ne peut malheureusement pas être pris en charge par la kinésithérapie par faute d'efficacité (25).

## **II.4 Le rôle de la kinésithérapie**

### **II.4.1 La kinésithérapie spécialisée dans le cancer du sein**

La kinésithérapie fait partie intégrante des soins de support visant à assurer la meilleure qualité de vie possible et peut intervenir à tous les stades du cancer (3). De plus, les kinésithérapeutes ont la possibilité de se spécialiser dans la prise en charge du cancer du sein. Pour les patientes, il est possible de trouver un kinésithérapeute formé via le « Réseaux des Kiné du Sein ». En 2022 on y trouve environ 900 kinésithérapeutes (4). Ces kinésithérapeutes spécialisés soulagent et conseillent les femmes, de plus ils sont également capables d'orienter les patientes vers d'autres soins de support et associations améliorant leur qualité de vie (associations d'activité physique adaptée, onco-esthéticienne, etc...).

### **II.4.2 Dans quel contexte ?**

La kinésithérapie peut intervenir à toutes les étapes du cancer du sein afin de contribuer à la cicatrisation, de lutter contre les douleurs et les raideurs articulaires, de diminuer la fatigue, de conserver sa force et sa mobilité et enfin de ramener progressivement les patientes vers ses activités quotidiennes et physiques.

Après une chirurgie les patientes peuvent ressentir de la gêne et des douleurs au niveau de ces cicatrices. Si elles ne sont pas traitées, elles risquent de devenir inesthétiques et d'impacter la qualité de vie. La kinésithérapie a un rôle dans leur prise en charge car si elle est mise en place de manière précoce, elle permet de limiter la gêne fonctionnelle et les douleurs, d'améliorer la cicatrisation et d'éviter les barrages circulatoires.

Il faut rappeler que le rôle du kinésithérapeute ne s'arrête pas aux manipulations et mobilisations. Il a un rôle important dans la réadaptation physique, afin de retrouver une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne car contrairement aux idées reçues les patientes doivent continuer à garder une activité physique afin d'éviter le cercle

vicieux où les douleurs et la fatigue mènent à l'inactivité qui elle-même augmente ces facteurs.

La fonction du kinésithérapeute ne serait pas tout à fait complète si on ne parlait pas de l'importance de son écoute, de son soutien moral et de ses précieux conseils. Il permet donc d'améliorer la qualité de vie de ces femmes, en les aidant à se sentir le mieux possible pendant ces périodes difficiles, en particulier lors de « l'après cancer » (3).

### **II.4.3 Les techniques de rééducation**

Il existe différents moyens de rééducation après un cancer du sein, tels que le massage, les étirements, les mobilisations, le renforcement, le drainage lymphatique et la pose de bandages.

#### **Les exercices actifs :**

Les exercices actifs ont été étudiés dans un essai contrôlé randomisé appelé PROSPER (PREvention Of Shoulder PROblEms tRIal) de Richmond et al, afin d'évaluer les bénéfices des exercices précoces sur la mobilité de l'épaule chez les femmes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué récemment. Ils proposent un protocole progressif de retour aux exercices en force. Ces exercices favorisent la résorption du flux lymphatique et permettent d'entretenir les amplitudes articulaires (30). La méthode CGE avec diagnostic pré opératoire, a également montré ses bénéfices, en effet le protocole CGE utilise au départ des mobilisations passives permettant de récupérer les amplitudes en flexion, abduction et rotation externe. Il s'associe avec un programme d'auto-rééducation qui se modifie en fonction de l'évolution du bilan de l'épaule. Pour terminer, il y a la phase de renforcement, permettant la reprise progressive des activités sportives et du travail. Ce protocole a de bon résultat à long terme (31). Les exercices actifs sont également recommandés afin de diminuer le surpoids et l'obésité, facteurs de risque de lymphœdème du membre supérieur (32).

### **Les traitements du lymphœdème du membre supérieur :**

Lorsque survient un lymphœdème du membre supérieur, le drainage lymphatique manuel et les bandages compressifs multicouches sont recommandés systématiquement. Dans ce tableau sont recensés les moyens de traitements en fonction de la phase du lymphœdème :

<b><u>Phase du lymphœdème</u></b>	<b><u>Moyens de traitement</u></b>
<b>Intensive</b> 2 à 4 semaines Permet de réduire le volume du lymphœdème	DLM Bandage compressif multicouches peu élastique Compression pneumatique Exercices physiques Exercices de mobilité de l'épaule Soins de la peau Education sur le lymphœdème
<b>Maintien</b> Maintenir la réduction volumique	Encouragement à continuer à porter les vêtements de compression

De plus, grâce à l'étude de Jia Qiao et al, nous savons que la réduction du volume du lymphœdème dépend du nombre et de la durée des traitements. Lorsque le nombre de séances est supérieure à 20 ou que la durée du traitement est supérieure à 2 semaines, la réduction du volume des membres supérieurs est statistiquement atteinte (33).

La compression est un des éléments les plus important du traitement du lymphœdème. En effet, ils ont fait l'objet d'une évaluation par l'HAS, cette dernière préconise en premier lieu pour le membre supérieur d'utiliser des bandes sèches à allongement court ou inélastique et des dispositifs de capitonnage avec la pression maximale tolérée pendant la phase intensive de réduction du lymphœdème (au moins 5 jours par semaine, pendant 1 à 6 semaines). Pendant la phase de maintien, la HAS préconise de porter des vêtements de compression de type manchons de 15 à 20, 20 à 36 ou > 36 mm Hg (26).

### Les traitements des cordes axillaires :

La kinésithérapie est un traitement primaire sûr et efficace contre les cordes axillaires (34). Il consiste à réaliser des exercices d'étirements, de renforcement mais aussi des techniques de manipulation tissulaire pour regagner en mobilité au niveau de l'épaule et diminuer les douleurs. De plus, un travail sur la cicatrice et sur ses adhérences peut être réalisé car cela permet de libérer le tissu « adhésif » faisant partie intégrante de ses cordes axillaires. Enfin, d'autres techniques ont également démontré leurs effets tels que le DLM et les bandages compressifs (34).

### Le traitement des cicatrices :

Après une chirurgie du sein, le corps est marqué par une cicatrice. Celle-ci n'évolue pas toujours correctement, nécessitant l'intervention d'un kinésithérapeute. Ce dernier possède différentes techniques adaptées à chaque type de cicatrisation pathologique.

Dans ce tableau sont recensés les moyens adaptés aux différents types de cicatrices :

Types de cicatrices (35)	Traitements (35)
<b>Cicatrice fibrosée</b> Elle provoque une raideur tissulaire dont l'origine est la production en excès de collagène par le fibroblaste et une contraction excessive du myofibroblaste.	Pétrissage Assouplissement de la cicatrice
<b>Cicatrice rétractile</b> Trop courte par rapport aux tissus cutanés. Localisée généralement au niveau des cicatrices de tumorectomies et de curages axillaires.	Allonger les tissus avec des étirements manuels dès la fin de la kératinisation à J15, 1 à 2 fois par semaine. Réaliser des étirements en auto-massages quotidiens. Les pétrissages et la vacuothérapie sont indiqués uniquement s'il existe des adhérences
<b>Cicatrice hypertrophique</b> Très inflammatoire, chronique, en relief par rapport au plan cutané, et douloureuse.	Comprimer la cicatrice pour aider la chasse vasculaire. Elles sont réalisées par un pansement siliconé appliqué toute la journée et la nuit. La vacuothérapie en continu est déconseillée car il s'agit d'une technique hyperémiant. Les crèmes à l'acide

	hyaluronique sont également déconseillées.
<b>Cicatrice adhérente</b> Elle provoque un manque de mobilité entre les tissus cutanés profonds et superficiels.	Isoler le tissu cutané superficiel pour redonner de la mobilité avec les tissus sous-jacents. La vacuothérapie est particulièrement indiquée.

## II.5 La qualité de vie lors de « l'après-cancer »

### II.5.1 Définition de la qualité de vie

Le concept de qualité de vie est apparu aux États-Unis dans les années 70, pour être introduit, dans le domaine de santé publique en 1980 (36). En 1997, l'OMS définit la qualité de vie comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (37). Cette définition exprime la part subjective dépendant du contexte culturel, social et environnemental : la perception individuelle de l'état de santé, de l'état psychosocial et d'autres aspects de la vie (38). Cet indicateur qu'est la qualité de vie permet aussi d'améliorer la qualité des soins, en effet il permet d'intégrer une vision plus humaniste où le patient est au centre de la prise en charge.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui se structure autour de 4 dimensions selon Leplège, Rejesky et Mihalko (2001) :

<b>La dimension physique</b>	Capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne
<b>La dimension psychologique</b>	Émotivité, anxiété, dépression
<b>La dimension sociale</b>	Environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle...
<b>La dimension somatique</b>	Douleur, asthénie, sommeil

## **II.5.2 Mesurer la qualité de vie**

Les mesures de la qualité de vie se font par des échelles, généralement des auto-questionnaires ou par des entretiens psychologiques. Il existe de nombreuses échelles de qualité de vie, néanmoins chacune reste spécifique et évalue différents paramètres. Néanmoins la subjectivité de la qualité de vie la rend difficile à évaluer.

### **II.5.2.1 Le « Body Image Scale »**

Le « Body Image Scale » est un questionnaire évaluant l'image du corps. Il est à destination de femmes en rémission d'un cancer du sein. Cette échelle a été créée tout d'abord en anglais, puis a été traduite en français par une équipe, suivant les recommandations standard du groupe «Qualité de vie» de l'EORTC. Ce questionnaire se compose de 10 questions concernant l'apparence physique et les changements causés par le cancer et ses traitements (39).

### **II.5.2.2 « EQ-5D-5L »**

« EQ-5D-5L » est un questionnaire de qualité de vie, comprenant 5 dimensions : la mobilité, l'autonomie, les activités courantes, les douleurs/inconforts et l'anxiété/dépression. L'évaluation comporte 5 niveaux : aucun problème, problèmes légers, problèmes modérés, problèmes graves et problèmes extrêmes. Dans ce questionnaire, il y a également la partie « EQ-VAS » qui décrit l'état de santé auto-évalué du patient entre 0 (la pire santé que vous puissiez imaginer) et 100 (la meilleure santé que vous puissiez imaginer) (40).

## **II.5.3 La qualité de vie après un cancer du sein**

La DREES a mené une étude sur la qualité de vie des patientes deux ans après le diagnostic de cancer. Cette étude montre que 40% des femmes atteintes d'un cancer présentent des scores de qualité de vie physique et mentale, mesurés par la SF-36, inférieurs aux 25èmes percentiles de la population de mêmes catégories. Les domaines les plus touchés sont les « limitations dues à l'état physique » et à la « vitalité ».

**Environ 54% des patientes ont des séquelles très gênantes ou assez gênantes à deux ans du diagnostic.** En effet, le lymphœdème de grade moyen à sévère, le syndrome douloureux post-mastectomie, ainsi que les raideurs d'épaule sont les principales séquelles retrouvées après la chirurgie et causant de forts impacts sur la qualité de vie. L'étude montre également que l'on retrouve des troubles d'ordre psychique (détresse psychologique, dépression, anxiété) et sexuel chez ces femmes (41). Enfin, on remarque que la qualité de vie tend à s'améliorer au fur et à mesure des années mais il faut noter que l'image corporelle et la vie sexuelle restent perturbées à long terme (42).

### **II.5.3.1 Impact de la mastectomie sur la qualité de vie**

La méta-analyse de Sadaf Zehra et al. évalue les résultats de la qualité de vie, via le questionnaire « HR-QoL », chez les survivantes d'un cancer du sein traitées par chirurgie. Elle démontre que ces patientes ont une santé physique, une satisfaction de leur image corporelle et de leur sexualité dégradées (43). Les études confirment également que ces femmes ayant subi une mastectomie sont plus à risque de souffrir de dysfonctionnement sexuel post-opératoire ainsi que de dépression et d'anxiété, car il y a de nombreuses connotations sociales et psychologiques rattachées au sein. Après cette mutilation, les femmes peu importe leur âge peuvent avoir un sentiment d'insécurité car elles associent leur sein à la beauté et au dynamisme (44). L'étude de Cobo-Cuenca Ana Isabel et al. réalisée sur 514 femmes atteintes d'un cancer du sein, nous montre également que l'estime d'elles-mêmes, évaluée par « l'échelle de Rosenberg », est aussi très impactée après une mastectomie (45).

### **II.5.3.2 Un impact différent entre la mastectomie partielle et totale ?**

Une étude compare les deux traitements, mais en étant davantage ciblée sur la détresse psychologique, en utilisant « Le Psychiatric Symptom Index ». Les résultats indiquent qu'à 3 mois, 38,8 % des patientes ayant subi une mastectomie partielle avaient des scores PSI élevés contre 25,8 % des femmes traitées par mastectomie totale. Quinze mois plus tard, les pourcentages toujours élevés, étaient identiques dans les deux groupes. Le seul facteur apportant une différence était l'âge au moment du diagnostic. En effet, pour les femmes de moins de 50 ans la mastectomie partielle semblait protéger contre la

détresse psychologique alors que chez les femmes de plus de 50 ans, elle était associée à des niveaux de détresse psychologique beaucoup plus élevés à 3 et 18 mois. On constate donc que la mastectomie partielle bien que plus légère en termes de complications physiques, n'en reste pas moins lourde au niveau des séquelles psychologiques (6). De plus, grâce aux différentes études, nous pouvons constater que **dans l'année suivant l'opération il n'y a aucune différence significative entre la chirurgie conservatrice et la mastectomie totale** au niveau des troubles de l'humeur, de la qualité de vie perçue, de satisfaction à l'égard de la vie, de satisfaction conjugale, de perception du soutien social, de la santé physique et de la peur de l'avenir. Néanmoins, les femmes opérées d'une mastectomie totale auraient plus de difficultés avec leur image corporelle, et de problèmes au niveau de leur sexualité. A noter également, que les femmes recevant **une chirurgie conservatrice pourraient nécessiter d'une intervention psychosociale plus intensive dans la période post-opératoire** en raison de la radiothérapie primaire qui engendre une mauvaise santé psychologique ainsi qu'une détérioration de l'image corporelle (6-8).

#### **II.5.4 Impact de l'AP sur la qualité de vie durant les traitements et lors de l'après-cancer**

L'activité physique si elle est pratiquée avant ou après le diagnostic de cancer est associée à de meilleures chances de survie ainsi qu'à une diminution du risque de récurrence. Toutefois, l'effet est majoré lorsque celle-ci est pratiquée après le diagnostic. Ce constat est davantage marqué si l'activité physique est de 5 MET.h/semaine (46). Les études prouvent que l'activité physique est bénéfique afin d'améliorer la qualité de vie des femmes lors de la période post-cancer. Elle permet de diminuer la fatigue, d'améliorer la force, la composition corporelle, les fonctions immunitaires mais aussi l'état psychologique. L'INCA recommande 30 minutes de marche rapide par jour, 5 fois par semaine avec des exercices de renforcement musculaire et d'équilibre (46).

L'activité physique a également un rôle afin d'améliorer les effets secondaires des traitements. En effet, pendant et après une radiothérapie, beaucoup de femmes se plaignent de douleurs articulaires. Une étude randomisée contrôlée a permis d'évaluer les effets antalgiques d'un programme d'activité physique supervisée, suivi pendant cinq semaines. Il comprenait des exercices d'assouplissement des épaules, de renforcement de la ceinture scapulaire et du travail cardiorespiratoire, trois fois par semaine, pendant la radiothérapie. Les résultats ont montré une réduction des douleurs perçues au niveau de

l'épaule et du bras côté opéré ( $p < 0,05$ ), tandis que le groupe contrôle a montré une petite augmentation des douleurs. Il a également été prouvé qu'un programme de renforcement musculaire de 12 semaines dès la première séance de radiothérapie, en comparaison à un groupe réalisant des séances de relaxation, permet une baisse significative des douleurs ( $p < 0,05$ ). Les effets antalgiques liés à l'activité physique proviennent d'une réduction de l'inflammation, évaluée par la concentration d'IL-6. L'activité physique pendant et après un cancer du sein est donc primordiale (47–50).

### **II.5.5 Les associations et la qualité de vie**

Il y a de nombreuses associations permettant d'aider les femmes atteintes d'un cancer du sein à se reconstruire en douceur tout en pratiquant une activité physique telles que :

- Le Rose Pilates, une méthode se basant sur la récupération des gestes déficitaires de la vie quotidienne. Pour cela 18 exercices sont décrits, ils travaillent les amplitudes articulaires, la force, la coordination ainsi que la respiration. Pour chaque mouvement déficitaire, une série d'exercices spécifiques et adaptés est décrite. De plus, il y a 6 programmes post-chirurgie à suivre selon les différents types d'interventions et caractéristiques chez les femmes (51).
- L'Avirose, une activité basée sur l'aviron indoor, elle permet de renforcer les membres et le tronc avec un geste adapté aux déficits d'une femme opérée du sein et du creux de l'aisselle (52).

Dans la région Bretonne nous pouvons trouver :

« Brest Sport Santé » pour le CrossFit, « Les Rapières » pour l'escrime, « Les archers de Bohars » pour le tir à l'arc, « The Roof » pour l'escalade, « CKCB » pour le dragon Boat. Il existe également des associations permettant aux femmes de partager leurs expériences.

### III. Problématique

Dans ce mémoire, nous nous sommes spécifiquement intéressés aux femmes ayant eu une mastectomie partielle car elles représentent plus de la moitié des chirurgies du sein. Cette opération, bien que plus légère au premier abord, impacte fortement la qualité de vie des femmes, en particulier durant la première année suivant la fin des traitements (6–8,19).

Aujourd'hui, très peu d'études nous démontrent l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes opérées d'un cancer du sein, et encore moins sur l'impact de la profession après une mastectomie partielle dans l'année suivant la fin des traitements. Néanmoins, la littérature nous décrit les différents paramètres où la qualité de vie est le plus impactée après une chirurgie tel que : l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, l'image corporelle, la sexualité, les douleurs, mais aussi les capacités physiques (6,41,44).

La kinésithérapie fait partie intégrante des soins de support, améliorant la qualité de vie, mais elle n'est malheureusement pas systématiquement prescrite par les médecins. Nous allons donc nous intéresser aux bénéfices qu'apporte la kinésithérapie concernant les différents domaines de la qualité de vie cités précédemment, mais aussi sur son impact concernant la pratique d'une activité physique et l'adhésion à une association.

Quel est l'impact de la kinésithérapie durant cette période? Quelles sont les dimensions où la kinésithérapie a le plus d'impact positif ? Le kinésithérapeute fait-il partie des acteurs participant le plus à l'amélioration de la qualité de vie pendant cette période ?

La problématique est donc la suivante : « **Quel est l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes opérées par chirurgie mammaire conservatrice, durant l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) ?** »

## **IV. Hypothèses**

### **Hypothèse principale:**

- H1 : La kinésithérapie après une chirurgie mammaire conservatrice a un impact positif sur la qualité de vie, dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie).

### **Hypothèses secondaires :**

- H2 : Les patientes ayant eu de la kinésithérapie après une chirurgie mammaire conservatrice dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie), considèrent le kinésithérapeute comme l'un des acteurs apportant le plus de bénéfices en rapport avec l'amélioration de leur qualité de vie.
- H3 : La kinésithérapie après une chirurgie mammaire conservatrice a une influence positive sur la reprise sportive et l'adhésion à une association.

### **Objectifs principaux :**

- Déterminer l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des patientes après une chirurgie mammaire conservatrice dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie).
- Déterminer sur quels paramètres la kinésithérapie a-t-elle le plus d'impact positif.

### **Les objectifs secondaires :**

- Déterminer quels sont les acteurs ayant le plus d'impact dans l'amélioration des différentes dimensions de la QDV.
- Déterminer si le kinésithérapeute a un impact positif sur la reprise sportive et sur l'adhésion à une association.

## **V. Matériel et méthode**

### **V.1 Choix de la méthode de recherche**

Pour répondre à cette problématique et affirmer ou infirmer ces hypothèses la méthode qui semblait la plus pertinente était le questionnaire afin de réaliser une étude « non-expérimentale » ou encore « transversale analytique », interrogeant les femmes ayant eu une chirurgie mammaire conservatrice. L'étude transversale étudie les données présentes au moment de l'étude. Elle peut être descriptive ou analytique. Les études descriptives permettent d'avoir des statistiques concernant une population tandis que les études analytiques veulent mettre en évidence un lien entre deux paramètres (53). Ce type de méthodologie est validé scientifiquement. Cette étude permettra de déterminer l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des patientes après une chirurgie conservatrice dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie).

### **V.2 Le questionnaire**

#### **V.2.1 Intérêt du questionnaire**

Le questionnaire a été choisi car il permet d'obtenir facilement beaucoup de réponses auprès d'un grand nombre d'individus. Cela permet d'avoir des résultats les plus représentatifs possibles. Il a été réalisé à partir des éléments trouvés dans la littérature concernant l'impact de la chirurgie mammaire conservatrice sur la qualité de vie des femmes. Cette méthode permet de recueillir un grand nombre de réponses qualitatives et quantitatives afin de « mesurer la fréquence de certaines caractéristiques (situations, comportements, opinions ou attitudes...) dans une population donnée » (54).

#### **V.2.2 Population cible**

Pour diffuser le questionnaire il faut définir les critères d'inclusion. Dans le cadre de l'étude ces critères sont définis :

- Être une femme
- Habiter en France métropolitaine ou dans les DOM-TOM

- Avoir été opéré d'une chirurgie mammaire conservatrice
- Avoir ses traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) terminés depuis moins d'un an
- Avoir bénéficié ou bénéficier actuellement de kinésithérapie en rapport avec son cancer du sein (**Groupe 1**)
- Ne pas avoir bénéficié de kinésithérapie en rapport avec son cancer du sein (**Groupe 2**)

Les critères de non-inclusion sont de ne pas présenter un des critères d'inclusion.

### **Raisons pour lesquelles cet échantillon a été choisi :**

Premièrement, car la chirurgie conservatrice représente plus de la moitié des opérations du cancer du sein et que les différentes études nous montrent que dans la première année post-chirurgie, la qualité de vie des femmes qu'elles soient opérées par mastectomie totale ou chirurgie conservatrice est diminuée de façon relativement similaire. Deuxièmement, concernant le choix d'inclure seulement les femmes ayant terminé leurs traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie depuis moins d'un an, permet d'éviter d'avoir dans notre étude des femmes sous traitements, en comparaison à celles qui les auraient terminés, car cela constituerait un biais. Néanmoins, le choix de ne pas exclure les patientes sous hormonothérapie s'explique par le fait que ce traitement se prend jusqu'à 10 ans après l'opération et que les effets secondaires n'impactent pas significativement la qualité de vie sur les critères étudiés (55).

Dans notre étude, il y a deux groupes de femmes définis : le groupe 1 (Gr1) qui a eu ou qui a encore de la kinésithérapie en rapport avec son cancer du sein depuis la fin de ses traitements et le groupe 2 (Gr2) qui concernent les autres femmes sans kinésithérapie. Ces deux groupes vont être comparés selon différents critères de qualité de vie choisis en rapport avec l'étude.

Après avoir défini les critères d'inclusion, la taille de la population a été déterminée. En 2017, on recense 52 700 hospitalisations pour mastectomie partielle (2). Avec ce dernier chiffre, nous pourrions avoir la taille de l'échantillon idéal pour notre étude, calculé à partir d'un site, « Survey Monkey », sur lequel il est possible de sélectionner un niveau de confiance de 95%, avec une marge d'erreur de 5%. Selon ce site, il nous faudra 382 réponses totales pour avoir la fiabilité maximale de notre étude.

## V.3 Elaboration du questionnaire

### V.3.1 La forme

Le questionnaire est au format auto-administré, l'enquêteur est donc exclu du processus de recueil des données (56). Le questionnaire en ligne a été choisi pour cette étude, car celui-ci peut être diffusé à grande échelle, mais aussi parce que le traitement des données est facilité (57). De plus, on retrouve une bonne qualité dans les données, car nous pouvons choisir le nombre de réponses à cocher et également les questions en fonction des réponses précédentes, en ne les faisant apparaître qu'aux individus concernés (56). Néanmoins, il y a des inconvénients tel que le taux de réponses assez bas par rapport aux autres questionnaires, mais aussi le fait que tout le monde ne se sert pas d'Internet (58).

Dans cette étude, l'éthique concernant les informations demandées aux patientes est totalement respectée. En effet, le questionnaire interrogeant les femmes est anonyme et les questions n'abordent pas les données médicales confidentielles. Il est axé sur l'aspect descriptif des différents aspects de la qualité de vie.

La première étape dans l'élaboration de la forme a été de lister tous les éléments de la qualité de vie impactés par la chirurgie conservatrice et ses traitements adjuvants mais également de trouver des questionnaires validés par la science concernant certains aspects de la qualité de vie intéressants à exploiter dans le cadre de l'étude.

Le questionnaire comprend essentiellement des questions fermées afin qu'il ne dure pas plus de 10 minutes. Ces questions ont des choix de réponses de type binaire, à choix multiples prédéfinis ou d'échelle de mesure et ont l'avantage d'être facilement analysables. Néanmoins, pour les questions fermées qualitatives, il est nécessaire de faire attention de proposer un grand panel de réponses afin que l'individu répondant au questionnaire ne se sente pas obligé de choisir une proposition qui ne lui correspond pas. Il y a également des questions mixtes car dans certaines propositions il y a le choix « autre » permettant à la personne d'ajouter une réponse non-préétablie. Ces questions sont importantes lorsque l'on ne peut pas représenter toute une population.

Lors de la réalisation du questionnaire, les questions ont commencé par être écrites

et rangées par thème sur un fichier Word. Il y a dans l'ordre des questions générales, puis des questions concernant la prise en charge kinésithérapique et enfin des questions concernant les différentes dimensions de la qualité de vie. Par la suite, il y a eu la décision de créer le questionnaire sur « Google Form ». Il est appréciable, car il permet facilement d'organiser son questionnaire et de rendre les questions obligatoires afin d'éviter que les répondantes oublient ou négligent certaines questions. Concernant l'affichage du questionnaire, le format « paging » a été privilégié, c'est-à-dire que le questionnaire est décomposé en plusieurs pages lors de sa lecture. Il y avait le choix avec le format « scrolling » également, c'est-à-dire que toutes les questions étaient sur la même page, mais on constate par les études que les deux formats d'affichage ont des taux d'abandons et de réponses qui sont proches (59). Dans le cadre de l'étude le format « paging » paraissait être plus adapté. Une page correspond à une section qui est définie en fonction de la réponse précédente. Par exemple, la section concernant la prise en charge kinésithérapique ne sera pas proposée aux femmes ayant coché la case « non » à la question « Avez-vous eu de la kinésithérapie depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ? ». Sur ce principe le questionnaire est donc divisé en 25 sections, car beaucoup de questions varient en fonction de la réponse précédente.

### V.3.2 Le fond

Le questionnaire a été divisé en 2 parties identiques afin que les résultats du Gr1 ne soient pas mélangés avec ceux du Gr2. Les femmes du Gr1 auront 53 questions tandis que celles du Gr2 en auront 43 car elles n'auront pas les 11 questions en rapport avec la prise en charge kinésithérapique (Annexe I).

Le tableau ci-dessous expose la structure du questionnaire :

<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>
Partie 1 : renseignements généraux (8 questions)	
Partie 2 : La prise en charge kinésithérapique (11 questions)	Partie 2 : Les raisons pour lesquelles il n'y a pas eu de prise en charge kinésithérapique (1 question)
Partie 3 : Les séquelles physiques (5 questions)	Partie 3 : Les séquelles physiques (5 questions)

Partie 4 : Satisfaction à l'égard de son image corporelle (11 questions)	Partie 4 : Satisfaction à l'égard de son image corporelle (11 questions)
Partie 5 : Qualité de vie de manière plus générale (9 questions)	Partie 5 : Qualité de vie de manière plus générale (9 questions)
Partie 6 : Activité physique (6 questions)	Partie 6 : Activité physique (6 questions)
Partie 7 : Les associations (3 questions)	Partie 7 : Les associations (3 questions)
Partie 8 : Les remerciements	Partie 8 : Les remerciements

Le questionnaire se compose de 8 parties :

**La première partie** commune aux deux groupes, correspond aux renseignements généraux et se compose de 8 questions comprenant l'âge, la domiciliation, la catégorie socio-professionnelle, le statut matrimonial, l'accès au questionnaire, le temps depuis la fin des traitements ainsi que l'accès potentiel aux séances de kinésithérapie.

**La deuxième partie (Gr1)** correspond à la prise en charge kinésithérapie et se compose de 11 questions. Ces dernières interrogent sur les moyens d'accès aux séances de kinésithérapie, la spécialisation du kinésithérapeute, le choix de ce dernier, les moyens de traitements, le nombre de séances par semaine ainsi que les effets de la kinésithérapie sur différents domaines de la qualité de vie.

**La deuxième partie (Gr2)** se compose d'une question interrogeant les raisons pour lesquelles les femmes de ce groupe n'ont pas eu de séances de kinésithérapie depuis la fin de leurs traitements.

Les parties suivantes sont en double dans le questionnaire, afin de ne pas avoir les résultats des deux groupes mélangés dans l'analyse :

**La troisième partie** correspond aux séquelles physiques et se compose de 5 questions. Les trois premières questions évaluent l'amélioration ou non de la mobilité de leur bras depuis l'opération en interrogeant la facilité à effectuer les mouvements de « lever le bras devant soi », « lever le bras sur le côté » et de « mettre la main dans le dos ». La quatrième question va s'intéresser à l'amélioration ou non de la gêne ressentie au niveau de la cicatrice depuis l'opération et la cinquième question demande de choisir

quels acteurs ont le plus participé à l'amélioration des séquelles physiques depuis la fin des traitements.

**La quatrième partie** correspond à la satisfaction à l'égard de son image corporelle et se compose de 11 questions. Pour cela, le questionnaire validé par la science « Body Image Scale » est utilisé, ce dernier permet d'interroger spécifiquement les femmes après un cancer du sein sur la satisfaction à l'égard des différentes caractéristiques de son image corporelle (39). Ce questionnaire se compose de 10 questions. Les réponses se situent entre 1 et 4, avec 1 équivalent à « pas du tout » et 4 « très souvent ». Il permettra de mettre en évidence une éventuelle différence significative entre deux groupes. La 11<sup>ème</sup> question demande à la femme de choisir les acteurs qui ont le plus contribué à l'amélioration de son image corporelle depuis la fin ses traitements.

**La cinquième partie** correspond à la qualité de vie de manière plus générale et se compose de 9 questions. Les 6 premières questions correspondent au questionnaire de qualité de vie « EQ-5D-5L », standardisé par le groupe mondial EuroQol, qui évalue la qualité de vie liée à la santé sous deux formes : une partie descriptive « EQ-5D » comprenant cinq dimensions (mobilité, autonomie, activités courantes, douleurs/gênes, anxiété/dépression) et cinq niveaux de réponse allant de « aucun problème » à « problèmes extrêmes » et une partie quantitative sur l'état de santé évalué par une échelle visuelle analogique « EQ VAS » allant de 0 à 100 (40). La septième question porte sur l'état actuel de la femme face à la maladie. Tandis que la huitième et neuvième question demandent de choisir les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de leur autonomie et leur santé mentale depuis la fin des traitements.

**La sixième partie** correspond à l'activité physique et se compose de 6 questions. Les questions interrogent sur la pratique d'une AP avant l'opération, sur la reprise sportive ou non, sur les raisons si la réponse est « non », sur l'intensité de l'AP s'il y a une reprise, ainsi que sur les acteurs potentiels ayant participé à la reprise de celle-ci.

**La septième partie** concerne les associations et se compose de 3 questions. La première question demande à la femme si elle fait partie d'une association, la deuxième demande le nom de celle-ci et la troisième cherche à savoir par quels moyens elle l'a connue.

**La huitième partie** correspond aux remerciements.

### **V.3.3 Méthodologie d'analyse**

Pour la méthodologie d'analyse, le tri à plat a été utilisé notamment grâce à la partie « résumé des réponses » effectué par Google Form qui présentera les résultats sous forme de pourcentages, de secteurs ou de diagrammes en barre. Ce tri à plat permettra de comparer les deux groupes dans les différents domaines de qualité de vie étudiés.

### **V.3.4 Diffusion**

Avant de diffuser le questionnaire, il fallait s'assurer de le faire tester par plusieurs personnes notamment par le directeur de ce mémoire, par une kinésithérapeute spécialisée en sénologie, mais aussi par des personnes extérieures non-expertes afin de recueillir un maximum d'avis. En tout, 10 personnes ont testé le questionnaire avant sa diffusion. Cela m'a permis d'évaluer le temps de réponse et de m'assurer que la formulation des questions était compréhensible.

En suivant les conseils du directeur de ce mémoire, certaines questions ont été enlevées, car elles comportaient des données médicales confidentielles et non-nécessaires. Le regard extérieur de la kinésithérapeute spécialisée, a également permis de rajouter et de modifier certaines propositions du questionnaire.

Par la suite, les stratégies de diffusions à mettre en place ont été définies. La diffusion du questionnaire a commencé le 16 octobre 2022. Internet a été le principal vecteur, via des groupes « Facebook », réunissant plusieurs milliers de femmes touchées par le cancer du sein. Les groupes utilisés sont les suivants : « Cancer du sein », « Cancer: l'annonce, les traitements, et l'après-cancer » « Association Sénopole Seigné » « Ligue-cancer Finistère » « La vie après le cancer » « Pink Dragon » et « Dragon Boat Ladies Toulouse ». Ces groupes ne comportaient aucun lien avec la kinésithérapie afin d'exclure le biais de désirabilité social. Deux relances ont été prévues dans ces groupes : le 13 novembre et le 18 décembre 2022. Ces jours ont été précisément choisis car ils correspondaient à un dimanche, meilleur jour pour publier sur le réseau social (60).

Un flyer a également été créé pour faciliter la diffusion, celui-ci comporte un code QR à scanner, donnant directement accès au lien du questionnaire (Annexe II). Le groupe « La Rose Kiné » sur Facebook, réunissant des kinés spécialisés, a également été utilisé

afin d'exposer l'idée du flyer à imprimer et à mettre dans les salles d'attente.

De plus, les différents rassemblements autour d'Octobre Rose, ont été une stratégie de diffusion. En effet, lors de ces événements, de nombreux flyers ont été distribués. Les différents rassemblements étaient « La soirée cancer du sein », le 18 octobre 2022, organisée par Lauriane Coum Mensler et le docteur Margaux Quentel ainsi que « La bulle Rose » le 19 octobre 2022, organisée par le CHU de Brest. Ces derniers ont été bénéfiques afin d'expliquer plus en détail le projet d'étude aux différents acteurs présents (oncologues, infirmier.es en pratique avancée, kinésithérapeutes spécialisé.es, médecins généralistes, APA, et associations sportives) car ils sont directement au contact des patientes incluses dans l'étude. Ainsi, ils ont pu donner les flyers aux patientes ou bien les mettre à disposition dans leurs salles d'attente.

Il y a également d'autres médecins qui ont été sollicités afin de disposer les flyers dans leurs salles d'attente (deux oncologues, une radiologue, un radiothérapeute et une chimiothérapeute). Pour ce faire, des courriers leur ont été transmis par l'intermédiaire de leurs secrétaires, afin que les caractéristiques de ce travail puissent être expliquées. Une fois que les médecins avaient validé sa diffusion, les flyers pouvaient être disposés dans les salles d'attente.

Enfin, un autre moyen a été de prendre contact avec cinq kinésithérapeutes spécialisées, autour de la région brestoise afin de leur partager les flyers.

Le questionnaire se clôturera la semaine 52 ou bien lorsque la taille de l'échantillon souhaitée sera atteinte.

## VI. Les résultats

### Introduction des résultats

Les résultats obtenus seront exposés sous forme de tableaux, de graphiques en barres et de diagrammes. Les résultats seront également présentés dans l'ordre suivant :

- Profil de la population
- Etat des lieux de la rééducation en sénologie
- Etat des lieux de l'impact positif de la kinésithérapie sur la QDV
- Etat des lieux de l'impact de la kinésithérapie sur les séquelles physiques
- Résultats du questionnaire « Body Image Scale »
- Résultats du questionnaire « EQ-5D-5L »
- Les acteurs participant le plus à l'amélioration de la QDV
- Etat des lieux de l'influence du kinésithérapeute sur la reprise sportive
- Etat des lieux de l'influence du kinésithérapeute sur l'adhésion à une association

### Présentation de l'échantillon

Selon les données recueillies en 2017, environ 52 700 femmes se font opérer d'une mastectomie partielle par an. Pour obtenir une étude avec un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%, il nous fallait un échantillon de 382 femmes. La diffusion du questionnaire en ligne a permis l'obtention de **95 réponses complètes**. Ces dernières se répartissent entre les deux groupes. Le Gr1 : « Avoir bénéficié ou bénéficier actuellement de kinésithérapie en rapport avec son cancer du sein » collecte **68 réponses** tandis que le Gr2 « Ne pas avoir bénéficié de kinésithérapie en rapport avec son cancer du sein » collecte **27 réponses**.

### L'accès au questionnaire

77,8% des femmes ont eu accès au questionnaire via Internet, 10,5% via des kinésithérapeutes spécialisé.es, 6,3% par des associations sportives et le reste via différents médecins.

## VI.1 Profil de la population

### Q1. Age

Modalité de réponses	Nombre de répondantes	Pourcentage
<b>25-35 ans</b>	6	6,3%
<b>36-49 ans</b>	52	54,7%
<b>50-75 ans</b>	37	38,9%

*Tableau 1-Age des répondantes*

On remarque que les tranches d'âge les plus touchées sont entre 36 et 49 ans ainsi qu'entre 50-75ans.

### Q2. Catégories socio-professionnelles

Modalité de réponses	Nombre de répondantes	Pourcentage
<b>Profession intermédiaire</b>	20	21,1%
<b>Employée</b>	23	24,2%
<b>Cadre/profession intellectuelle</b>	22	23,2%
<b>Ouvrière</b>	7	7,4%
<b>Artisane, commerçante</b>	4	4,2%
<b>Retraitée</b>	4	4,2%
<b>Sans activités</b>	5	5,3%
<b>Autres</b>	10	10,4%

*Tableau 2-Catégories socio-professionnelles des répondantes*

Nous pouvons voir que toutes les catégories sont touchées sans exception.

### Q3. Le statut matrimonial

Modalité de réponses	Nombre de répondantes	Pourcentage
<b>Mariée/pacsée</b>	64	67,4%
<b>Union libre</b>	13	13,7%

<b>Divorcée</b>	10	10,5%
<b>Célibataire</b>	7	7,4%
<b>Veuve</b>	1	1,1%

*Tableau 3-Statut matrimonial des répondantes*

67,8% des femmes touchées sont mariées ou pacsées.

**Q4.** Le temps écoulé depuis la fin des traitements.

<b>Modalité de réponses</b>	<b>de Nombre de répondantes</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>1 à 3 mois</b>	40	43%
<b>3 à 6 mois</b>	24	25,8%
<b>6 à 9 mois</b>	10	10,8%
<b>9 à 12 mois</b>	19	20,4%

*Tableau 4-Le temps écoulé depuis la fin des traitements des répondantes*

43% des répondantes se trouvent entre 1 et 3 mois depuis la fin des traitements, période durant laquelle nous savons que l'état psychique est grandement altéré (6).

**Q5.** Pourcentage de femmes bénéficiant de kinésithérapie en rapport avec le cancer du sein depuis la fin de leurs traitements.

<b>Modalité de réponses</b>	<b>de Nombre de répondantes</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	67	72%
<b>Non</b>	26	28%

*Tableau 5-Nombre de femmes bénéficiant de kinésithérapie depuis la fin de leurs traitements*

## Q6. Pourquoi n'avez-vous pas fait de rééducation après votre opération?

27 réponses

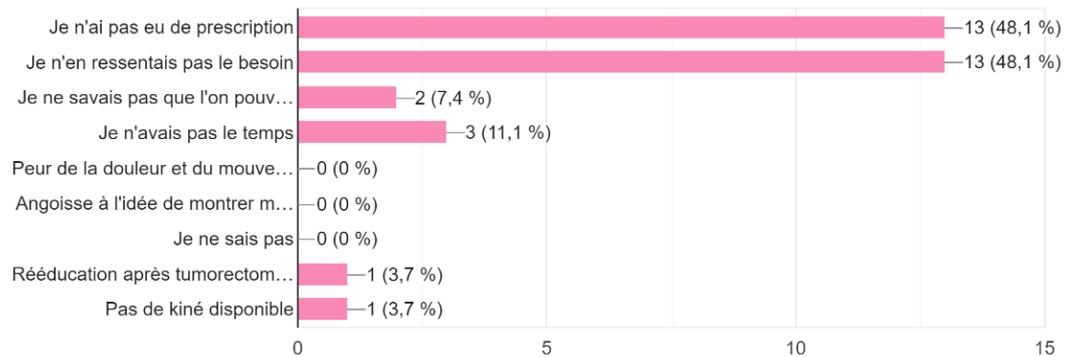


Tableau 6-Raisons pour lesquelles les femmes du Gr2 n'ont pas fait de rééducation

72% des femmes ayant répondu au questionnaire ont bénéficié de kinésithérapie depuis la fin de leur traitement. On a tout de même, 28% des femmes qui n'en ont pas eu, faute de prescription à 48,1%. Les autres raisons sont qu'elles n'en ressentent pas le besoin à 48,1% et qu'elles ne savaient pas qu'elles pouvaient en bénéficier à 7,2%.

## VI.2 Etat des lieux de la rééducation en sénologie

### Q7. Par quels moyens avez-vous eu accès à la kinésithérapie ?

Modalité de réponses	Nombre de répondantes	Pourcentage
Chirurgien.ne	39	57,4%
Oncologue	16	23,5%
Médecin généraliste	13	19,1%

Tableau 7-Moyens d'accès à la kinésithérapie

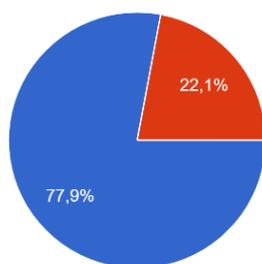
On peut voir que les chirurgiens sont les principaux prescripteurs.

**Q8.** Votre kinésithérapeute est-il (elle) spécialisé(e) dans la prise en charge du cancer du sein ?

La légende pour le graphique suivant :



68 réponses

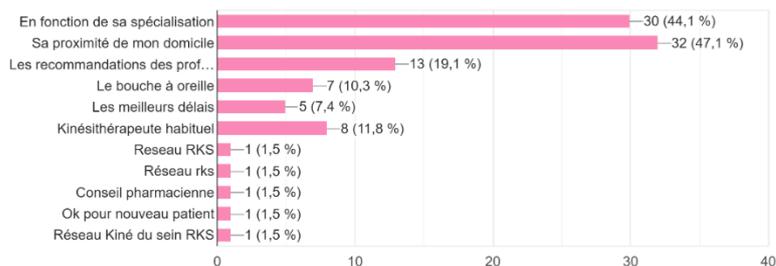


*Diagramme 1- Le pourcentage de femmes ayant eu un kinésithérapeute spécialisé*

77,9% des femmes du groupe 1 ont été prises en charge par un.e kinésithérapeute spécialisé.e.

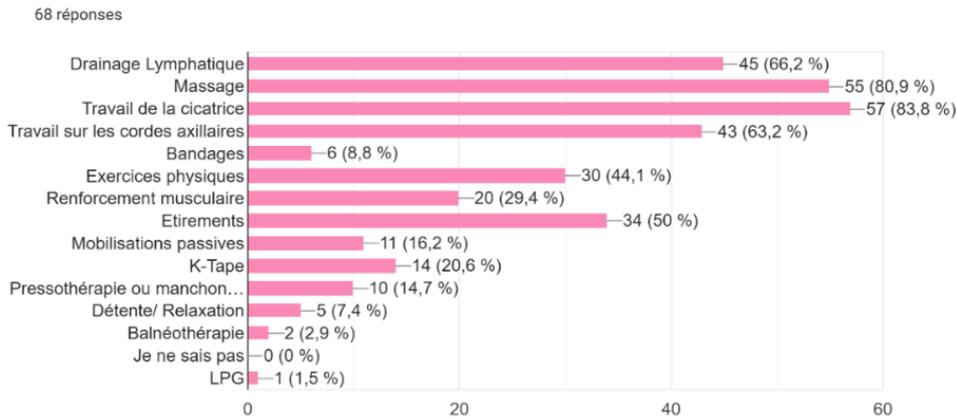
**Q9.** Comment avez-vous choisi votre kinésithérapeute?

68 réponses



*Graphique en barre 1- Les raisons concernant le choix de leur kinésithérapeute*

**Q10.** Quels sont les moyens de traitement dont vous avez bénéficiés?



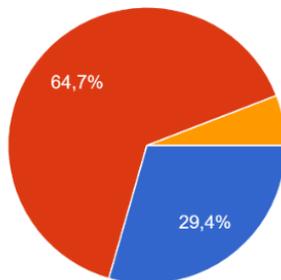
*Graphique en barre 2-Les moyens de traitements dont elles ont bénéficié*

**Q11.** Combien de fois par semaine avez-vous ou avez-vous eu vos séances de rééducation?

La légende pour le graphique suivant :



68 réponses



*Diagramme 2-Nombre de séances de kinésithérapie par semaine*

Avec les différents résultats, nous pouvons voir que ce sont les chirurgiens qui prescrivent en grande majorité les soins de kinésithérapie avec 57,4 %, derrière se trouvent les oncologues avec 23,5% et les médecins généralistes avec 19,1%.

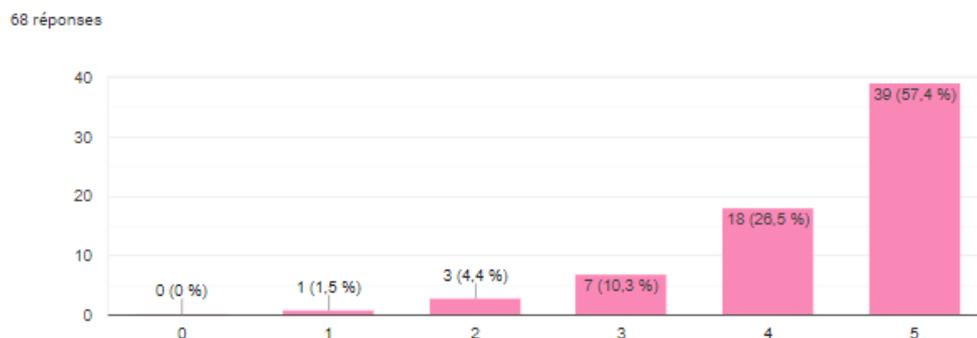
77,9% des femmes ont été rééduquées par un kinésithérapeute spécialisé en

sénologie, en effet les femmes ont principalement choisi leur kinésithérapeute en fonction de sa spécialisation à 44,1% et de sa proximité de leur domicile à 47,1%. On constate que les moyens de traitements les plus utilisés sont le DLM (66,2%), le massage (80,9%), le travail de la cicatrice (83,8%) et le travail sur les cordes axillaires (83,8%). Les étirements (50%) et les exercices physiques (44,1%) sont aussi utilisés sur presque la moitié des patientes. A noter que les mobilisations passives (16,2%), la pressothérapie (14,7%) et les bandages (8,8%) sont peu utilisés. Les patientes ont des séances de kinésithérapie 1 à 2 fois par semaine à 64,2% , 1 fois par semaine à 29,9% et 3 fois ou plus à 5,9%.

### VI.3 Etat des lieux de l'impact positif de la kinésithérapie sur la qualité de vie

L'impact positif de la kinésithérapie a été évalué avec des échelles linéaires allant de 0 « pas d'impact » à 5 « beaucoup d'impact ».

**Q12.** Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez-vous l'impact positif de la kinésithérapie sur vos séquelles physiques (raideur d'épaule, perte de force, cicatrice adhérente, corde axillaire, œdème...)?

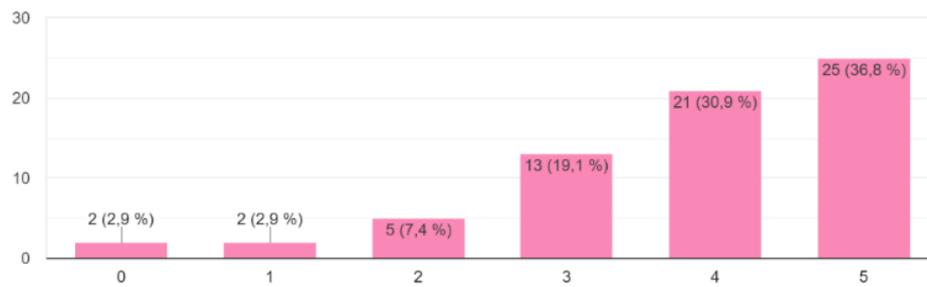


*Graphique en barre 3-L'impact positif de la kinésithérapie sur les séquelles physiques*

- Les résultats concernant l'**impact positif** de la kinésithérapie sur les **séquelles physiques** ont une moyenne de **4,3/5** avec **83,9 %** des réponses **supérieures ou égales à 4/5**.

**Q13.** Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez-vous l'impact positif de la kinésithérapie sur vos douleurs ?

68 réponses

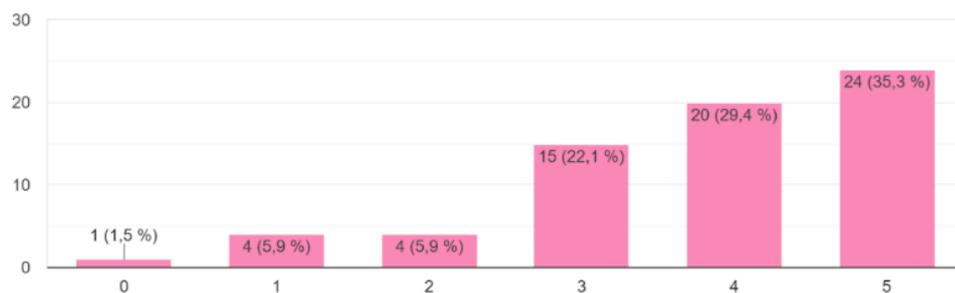


*Graphique en barre 4-L'impact positif de la kinésithérapie sur les douleurs*

- Les résultats concernant l'**impact positif** de la kinésithérapie sur les **douleurs** ont une moyenne de **3,8/5** avec **67,7%** des réponses **supérieures ou égales à 4/5**.

**Q14.** Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez-vous l'impact positif de la kinésithérapie sur votre autonomie ?

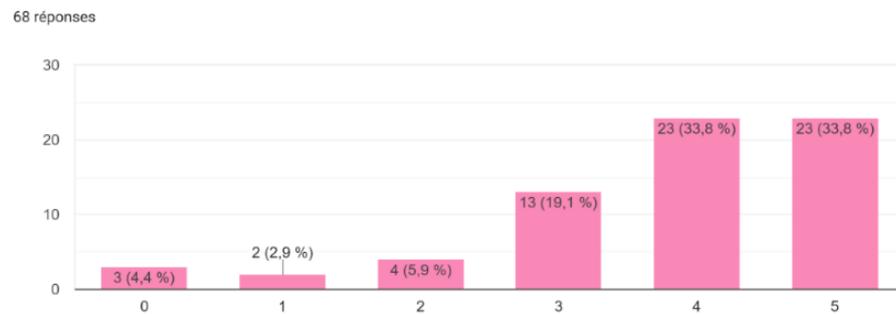
68 réponses



*Graphique en barre 5-L'impact positif de la kinésithérapie sur l'autonomie*

- Les résultats concernant l'**impact positif** de la kinésithérapie sur l'**autonomie** ont une moyenne de **3,8/5** avec **64,7%** des réponses **supérieures ou égales à 4/5**.

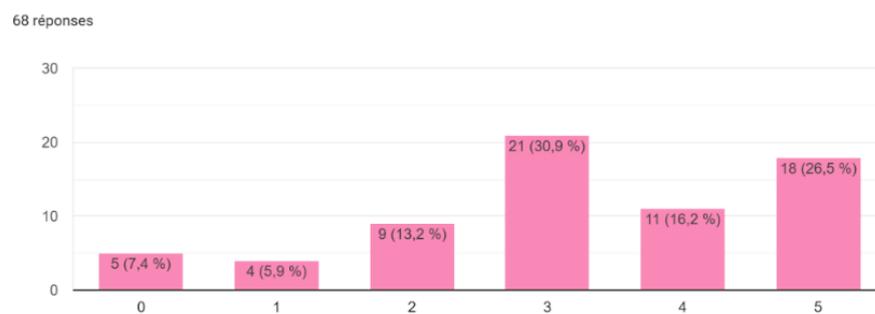
**Q15.** Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez-vous l'impact positif de la kinésithérapie sur votre santé mentale ?



*Graphique en barre 6-L'impact positif de la kinésithérapie sur la santé mentale*

- Les résultats concernant **l'impact positif** de la kinésithérapie sur **la santé mentale** ont une moyenne de **3,8/5** avec **67,6 %** des réponses **supérieures ou égales à 4/5**.

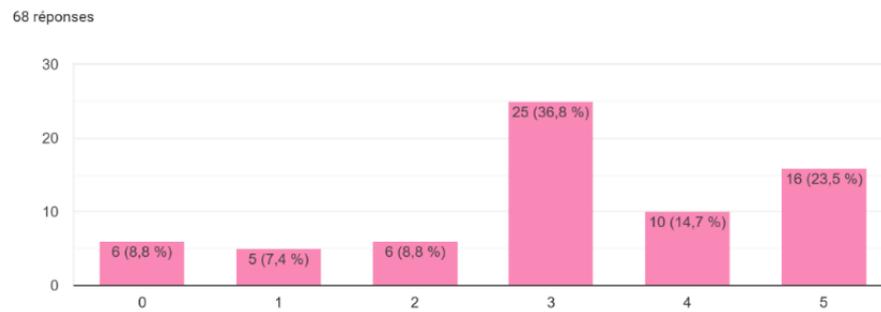
**Q16.** Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez-vous l'impact positif de la kinésithérapie sur votre image corporelle ?



*Graphique en barre 7-L'impact positif de la kinésithérapie sur l'image corporelle*

- Les résultats concernant **l'impact positif** de la kinésithérapie sur **l'image corporelle** ont une moyenne de **3,2/5** avec **42,7 %** des réponses **supérieures ou égales à 4/5**.

**Q17.** Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez-vous l'impact positif de la kinésithérapie sur votre estime de soi ?



*Graphique en barre 8-L'impact positif de la kinésithérapie sur l'estime de soi*

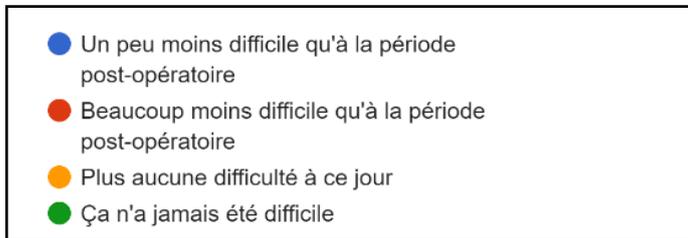
- Les résultats concernant **l'impact positif** de la kinésithérapie sur **l'estime de soi** ont une moyenne de **3,1/5** avec **38,2 %** des réponses **supérieures ou égales à 4/5**.

La moyenne totale de l'impact positif de la kinésithérapie est de **3,67/5**.

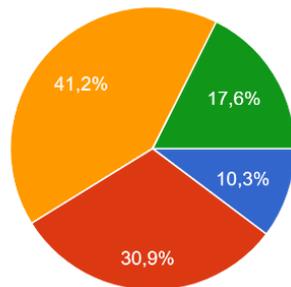
## VI.4 Etat des lieux de l'impact de la kinésithérapie sur les séquelles physiques

**Q18.** Depuis votre opération, comment aujourd'hui évalueriez-vous votre facilité à effectuer le mouvement de lever le bras devant soi ?

La légende pour les graphiques suivants :

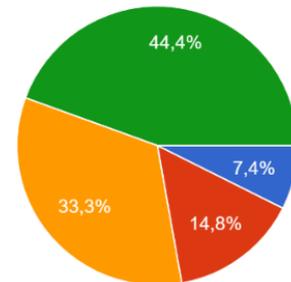


68 réponses



*Diagramme 3- Lever le bras devant soi-Résultat du Gr1*

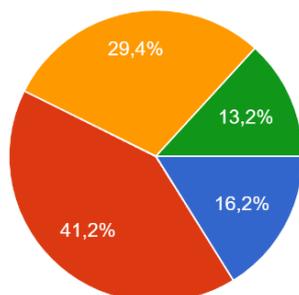
27 réponses



*Diagramme 4- Lever le bras devant soi-Résultat du Gr2*

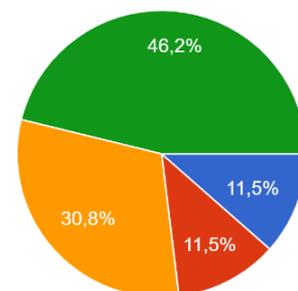
**Q19.** Depuis votre opération, comment aujourd'hui évalueriez-vous votre facilité à effectuer le mouvement de lever le bras sur le côté ?

68 réponses



*Diagramme 5- Lever le bras sur le côté-Résultat du Gr1*

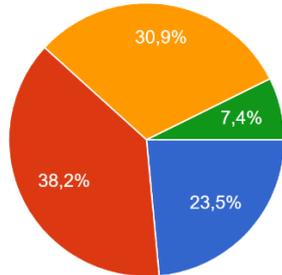
26 réponses



*Diagramme 6- Lever le bras sur le côté-Résultat du Gr2*

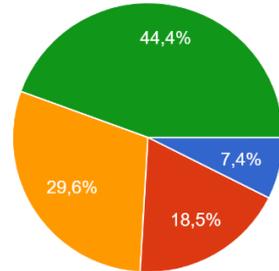
**Q20.** Depuis votre opération, comment aujourd'hui évalueriez-vous votre facilité à effectuer le mouvement de main dans le dos ?

68 réponses



*Diagramme 7-Mettre la main dans le dos-Résultat du Gr1*

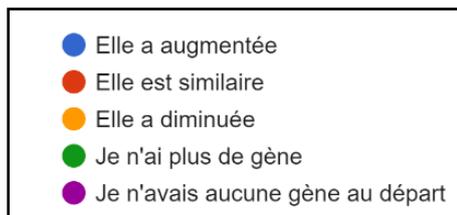
27 réponses



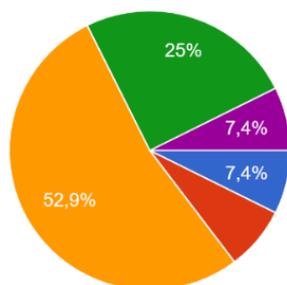
*Diagramme 8- Mettre la main dans le dos-Résultat du Gr2*

**Q21.** Depuis votre opération, comment aujourd'hui qualifieriez-vous la gêne ressentie au niveau de la cicatrice?

La légende pour les graphiques suivants :

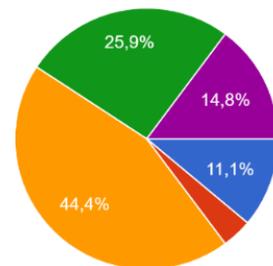


68 réponses



*Diagramme 9-Gêne au niveau de la cicatrice-Résultat du Gr1*

27 réponses



*Diagramme 10- Gêne au niveau de la cicatrice-Résultat du Gr2*

Concernant les séquelles physiques, les résultats nous montrent que pour les trois mouvements évalués, les femmes du Gr1 ont pour les  $\frac{3}{4}$  « plus aucune difficulté à ce jour » ou « beaucoup moins de difficultés qu'à la période post-opératoire ». Pour les

femmes du Gr2, la réponse majoritaire est que « ça n'a jamais été difficile » pour elles. Concernant la gêne au niveau de la cicatrice, nous pouvons constater que pour 52,9% des femmes du Gr1 « elle a diminué » contre 44,4% des femmes du Gr2. Néanmoins, ces deux graphiques ont des résultats qui sont très proches surtout concernant le pourcentage de femmes n'ayant « plus de gênes ».

## VI.5 Résultats des questionnaires

### Résultats du questionnaire « Body Image Scale »

Les résultats varient entre 1 correspondant à « pas du tout » et 4 à « très souvent ».

Question du BIS	Moyenne du Gr1	Moyenne du Gr2
<b>Q22.</b> Vous êtes-vous sentie gênée par votre apparence physique?	<b><u>2,55</u></b>	<b>2</b>
<b>Q23.</b> Vous êtes-vous sentie moins séduisante du fait de la maladie et de ses traitements?	<b><u>2,77</u></b>	<b>2,37</b>
<b>Q24.</b> Vous êtes-vous sentie mécontente de votre apparence, une fois habillée?	<b>2,27</b>	<b>2,25</b>
<b>Q25.</b> Vous êtes-vous sentie moins féminine, du fait de la maladie ou de ses traitements?	<b>2,58</b>	<b>2,37</b>
<b>Q26.</b> Avez-vous eu du mal à vous regarder nue ?	<b>2,39</b>	<b>2,14</b>
<b>Q27.</b> Vous êtes-vous sentie sexuellement moins attirante du fait de la maladie ou du traitement ?	<b><u>2,90</u></b>	<b>2,33</b>
<b>Q28.</b> Avez-vous évité les gens parce que votre apparence vous gênait?	<b>1,83</b>	<b>1,74</b>
<b>Q29.</b> Avez-vous ressenti le traitement comme une atteinte à votre corps ou une mutilation ?	<b><u>2,9</u></b>	<b>2,4</b>
<b>Q30.</b> Vous êtes-vous sentie	<b>2,58</b>	<b>2,25</b>

mécontente de votre corps ?		
<b>Q31.</b> Avez-vous été mécontente de la cicatrice laissée par l'opération ?	<b>1,79</b>	<b>1,55</b>
<b>TOTAL</b>	<b><u>2,456</u></b>	<b>2,14</b>

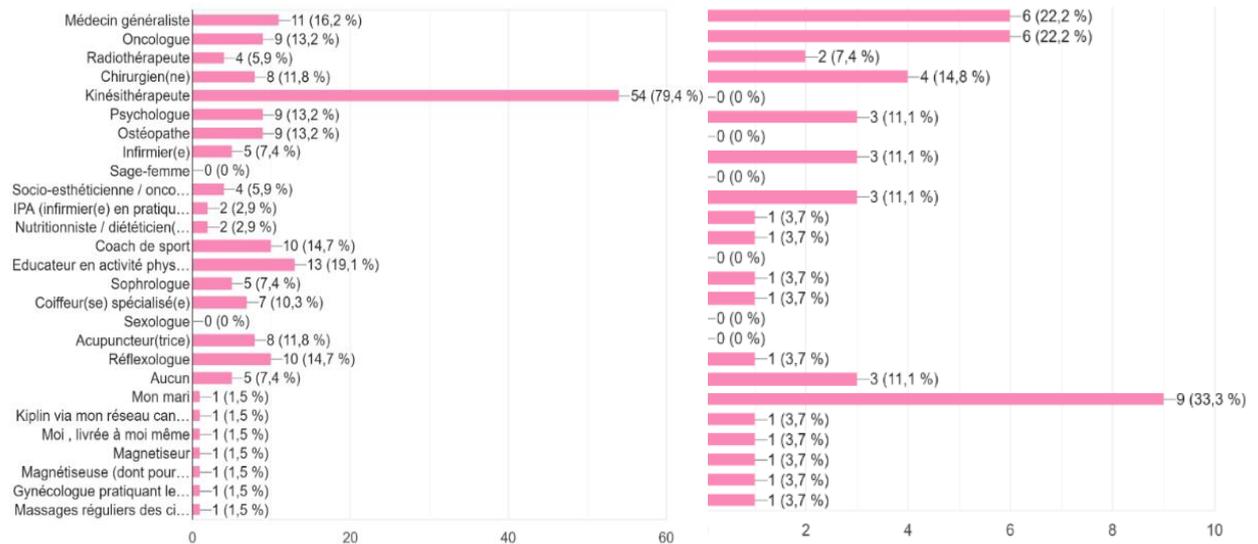
Le questionnaire de qualité de vie « Body Image Scale », nous permet de constater que les femmes ayant eu une prescription de kinésithérapie ont davantage de problèmes au niveau de leur image corporelle. Les femmes du Gr1 sont globalement plus gênées par leur apparence physique, se sentent moins séduisantes, moins attirantes sexuellement et ont davantage ressenti le traitement comme une mutilation, par rapport aux femmes du Gr2.

#### **Résultats du questionnaire « EQ-5D-5L »**

Le questionnaire de qualité de vie « EQ-5D-5L » (Annexe III) est légèrement meilleur pour les patientes n'ayant pas eu de prescription de kinésithérapie également. Ces résultats seront expliqués et discutés dans la partie « VII.3 Des résultats à nuancer ». De plus, « EQ-VAS » qui évalue la propre représentation de sa santé, sur une échelle de 0 à 100 a une moyenne de 58/100 chez les femmes du groupe 1 et de 66/100 chez les femmes du groupe 2. Néanmoins, concernant l'état d'esprit actuel face à la maladie, allant de 0 correspondant à « très insatisfait » et 5 à « très satisfait » les résultats des deux groupes sont quasiment similaires avec une moyenne de 2,9/5 pour les femmes bénéficiant de kinésithérapie et de 2,8/5 pour les femmes n'en bénéficiant pas (Annexe III).

## VI.6 Le kinésithérapeute, un acteur majeur dans l'amélioration de la qualité de vie

**Q32.** Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de vos séquelles physiques depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ?

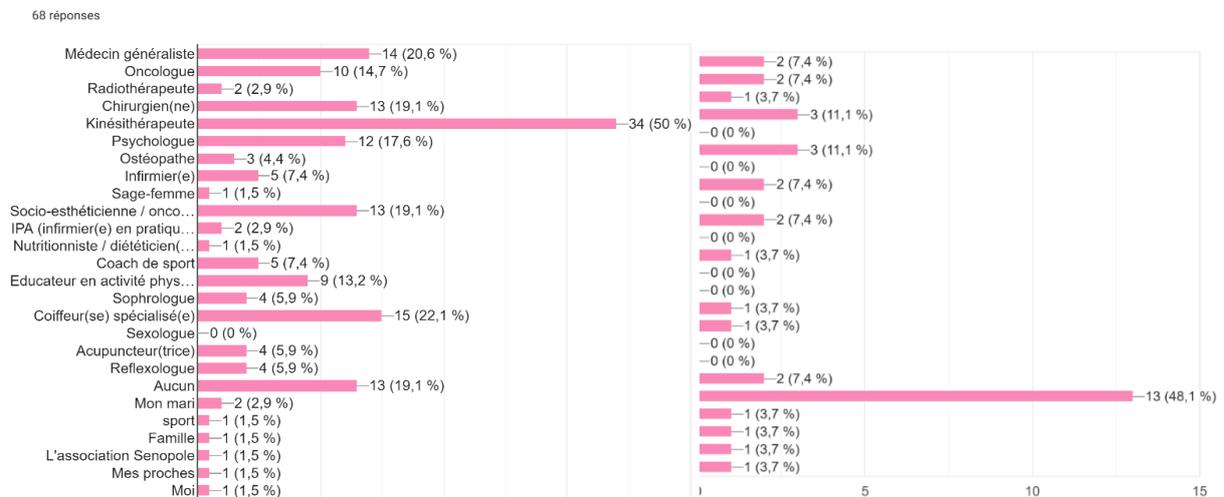


*Graphique en barre 10-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration des séquelles physiques-Résultat du Gr1*

*Graphique en barre 9-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration des séquelles physiques-Résultat du Gr2*

Pour **79,4% des femmes** du Gr1, le kinésithérapeute fait partie des acteurs ayant le plus contribué à l'**amélioration des séquelles physiques**, derrière se trouvent l'APA avec 19,1% et le médecin généraliste à 16,2%. La réponse majoritaire pour les femmes du Gr2 correspond à « aucun » 33,3%.

**Q33.** Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de votre image corporelle depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ?

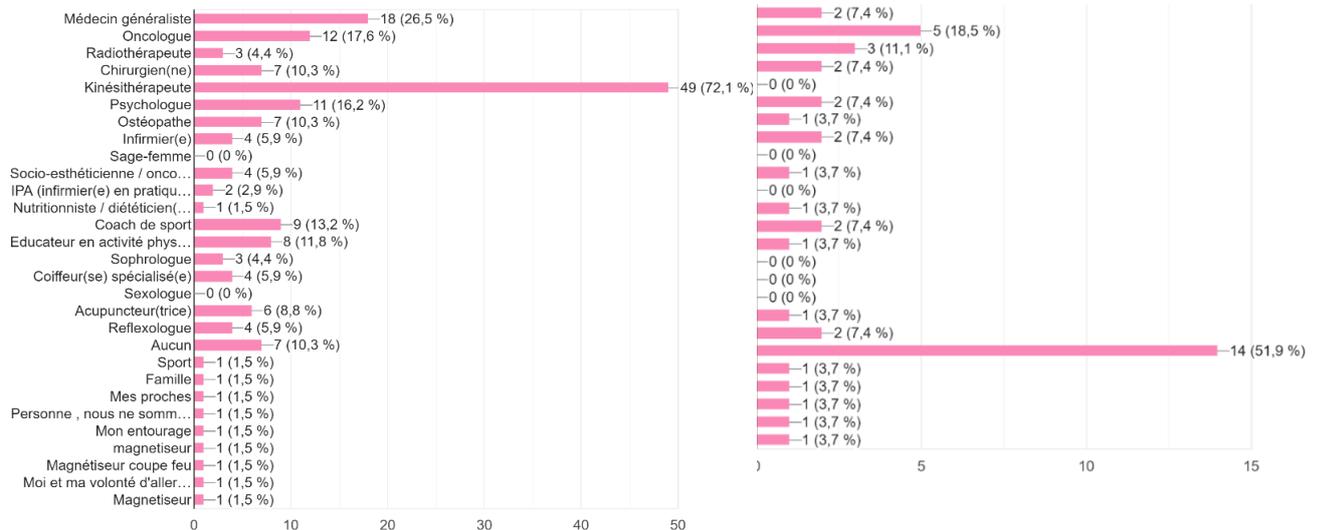


*Graphique en barre 11- Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'image corporelle- Résultat du Gr1*

*Graphique en barre 12- Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'image corporelle Résultat du Gr2*

Pour **50 % des femmes** du Gr1, le kinésithérapeute fait partie des acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de leur image corporelle. Derrière se trouvent le coiffeur.e spécialisé.e à 22,1%, le médecin généraliste à 20,6% ainsi que le chirurgien.ne, le socio-esthéticien.ne, et « aucun » à 19,1%. La réponse majoritaire pour les femmes du Gr2 correspond à « aucun » à 48,1%.

**Q34.** Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de votre autonomie depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ?

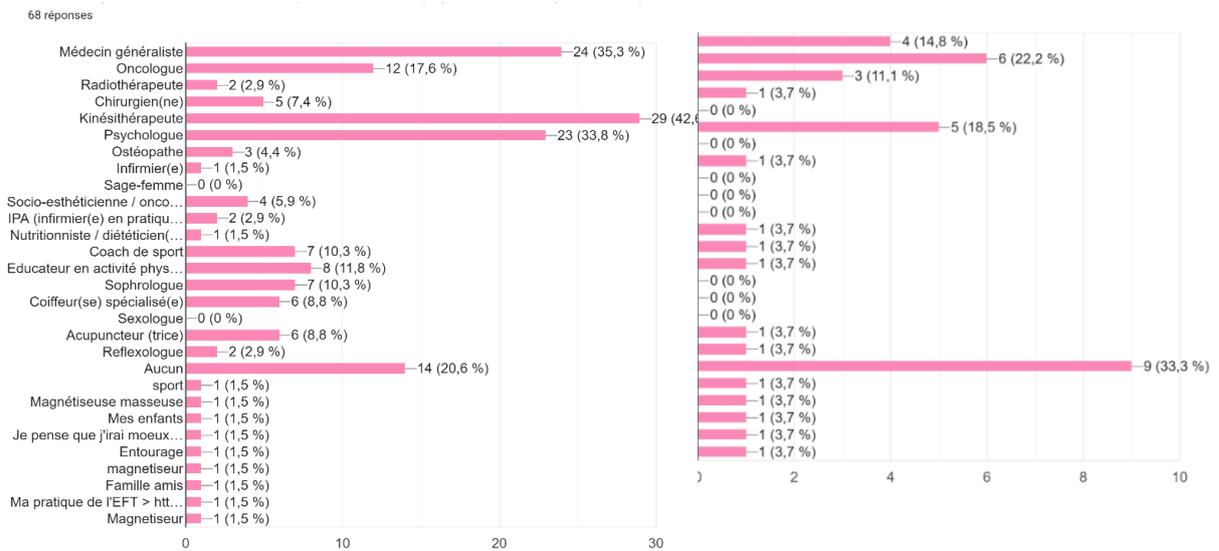


*Graphique en barre 13-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'autonomie-Résultat du Gr1*

*Graphique en barre 134-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de l'autonomie-Résultat du Gr2*

Pour **72,1 % des femmes** du Gr1, le kinésithérapeute fait partie des acteurs ayant le plus contribué à l'**amélioration** de l'**autonomie**, derrière se trouvent le médecin généraliste à 26,5%, l'oncologue à 17,6% et le psychologue à 16,2%. La réponse majoritaire pour les femmes du Gr2 correspond à « aucun » à 51,9%.

**Q35. Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de votre santé mentale depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ?**



*Graphique en barre 14-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de la santé mentale-Résultat du Gr1*

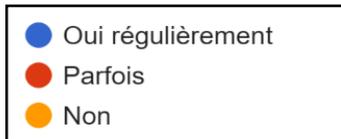
*Graphique en barre 15-Les acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de la santé mentale-Résultat du Gr2*

Pour **42,6 % des femmes** du Gr1, le kinésithérapeute fait partie des acteurs ayant le plus contribué à l'amélioration de leur **santé mentale**, derrière se trouvent le médecin à 35,3%, le psychologue à 33,8% et « aucun » à 20,6%. La réponse majoritaire pour les femmes du Gr2 correspond à « aucun » à 33,3%.

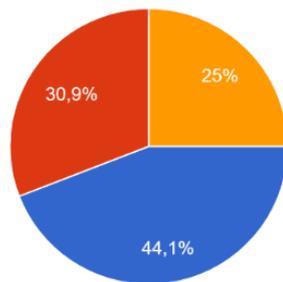
## VI. 7 Etat des lieux de l'influence du kinésithérapeute sur la reprise sportive

**Q36.** Pratiquez-vous une activité physique avant l'opération?

La légende pour les graphiques suivants :

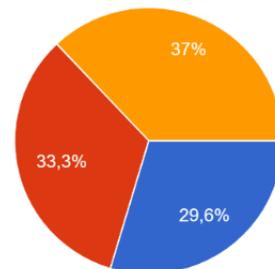


68 réponses



*Diagramme 11-Pratique d'une AP avant l'opération-Résultat du Gr1*

27 réponses



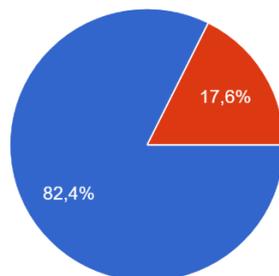
*Diagramme 12- Pratique d'une AP avant l'opération-Résultat du Gr2*

**Q37.** Avez-vous commencé une activité physique depuis l'opération ?

La légende pour les graphiques suivants :

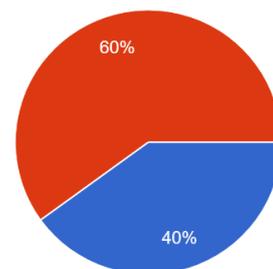


17 réponses



*Diagramme 13-Commencement d'une AP depuis l'opération-Résultat du Gr1*

10 réponses

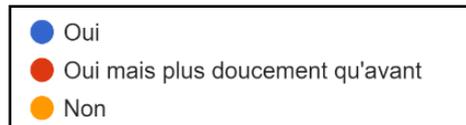


*Diagramme 14-Commencement d'une AP depuis l'opération-Résultat du Gr2*

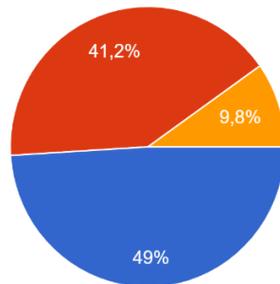
Les femmes qui ne faisaient pas d'activités physiques avant l'opération, en ont commencé une à 82,4% pour le Gr 1 et à seulement 40% pour le Gr 2.

**Q38. Avez-vous repris depuis l'opération?**

La légende pour les graphiques suivants :

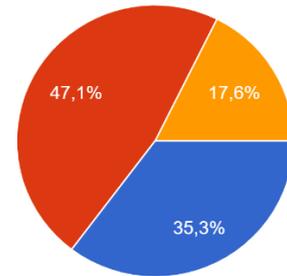


51 réponses



*Diagramme 15-Reprise sportive depuis l'opération-Résultat du Gr1*

17 réponses

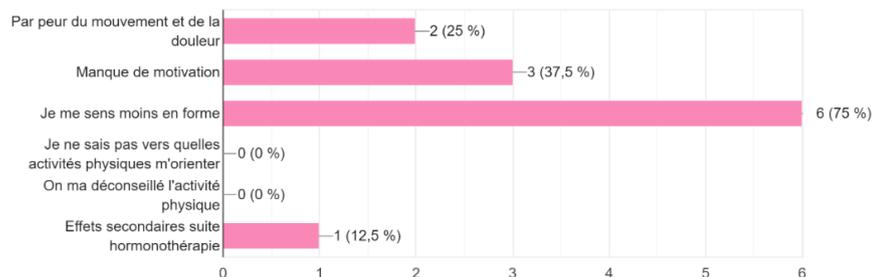


*Diagramme 16- Reprise sportive depuis l'opération-Résultat du Gr2*

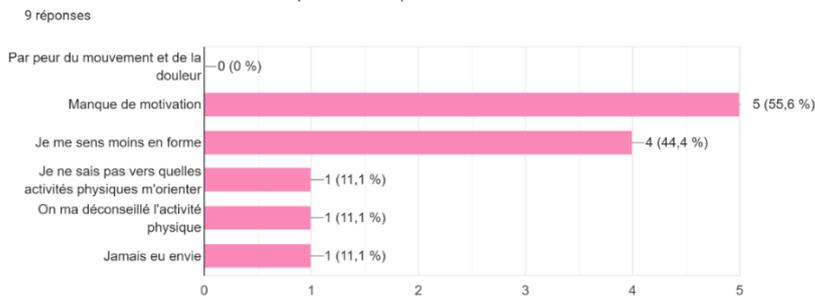
Concernant les femmes qui pratiquaient une AP avant l'opération, 90,2% des femmes ayant eu de la kinésithérapie ont repris contre 82,4% des femmes n'ayant pas eu.

**Q39. Pourquoi n'avez-vous pas repris ou commencé une AP ? Quelle est la raison ?**

8 réponses



*Graphique en barre 16-Les raisons de la non reprise sportive-Résultat du Gr1*

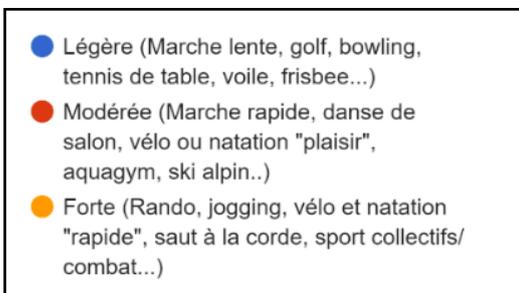


*Graphique en barre 17- Les raisons de la non reprise sportive-Résultat du Gr2*

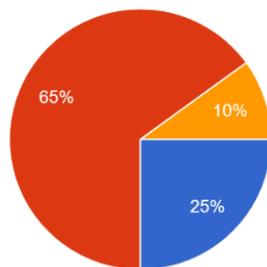
Les raisons principales concernant l'absence de reprise sportive sont « je me sens moins en forme » et « le manque de motivation » pour les deux groupes.

**Q40.** Si vous pratiquez une AP, quelle est son intensité ?

La légende pour les graphiques suivants :

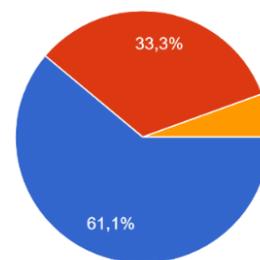


60 réponses



*Diagramme 5- Intensité de l'AP- Résultat du Gr1*

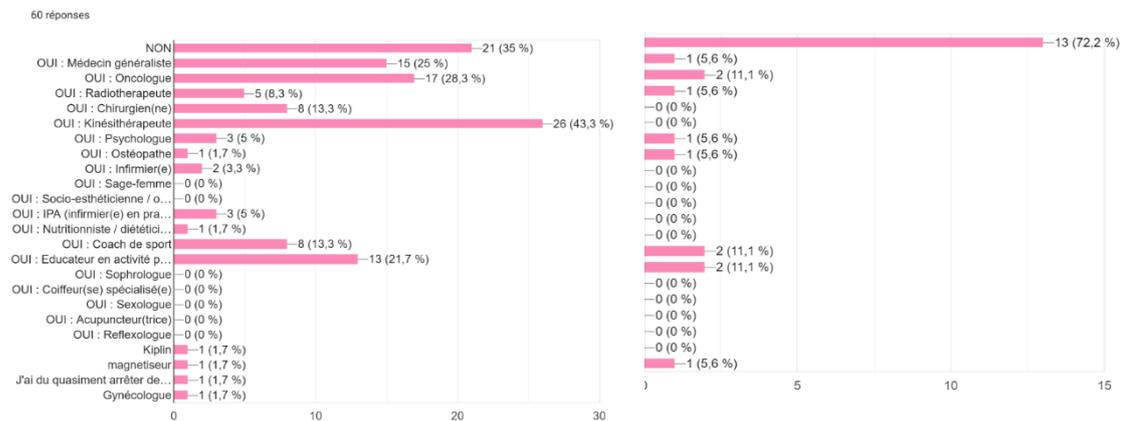
18 réponses



*Diagramme 18 -Intensité de l'AP- Résultat du Gr2*

65% des femmes du Gr1 ont repris une AP modérée, 25% une AP légère et 10% une AP forte. 61,1% des femmes du Gr 2 ont repris une AP légère, 33,3% une AP modérée et 5,6% une AP forte. On constate donc que les femmes ayant eu de la kiné ont une reprise d'AP plus intense que celle n'ayant pas eu de séances.

**Q41. Avez-vous été aidée/conseillée par un(e) professionnel(le) de santé concernant votre reprise sportive?**



*Graphique en barre 18- Les professionnels ayant participé à la reprise d'AP- Résultat du Gr1*

*Graphique en barre 19- Les professionnels ayant participé à la reprise d'AP Résultat du Gr2*

On remarque que le professionnel de santé qui a le plus aidé et conseillé les femmes dans leur reprise sportive est le kinésithérapeute à 43%, devant « aucun » à 35%, l'oncologue à 28,3% et le médecin généraliste à 25% pour le Gr1. Les femmes du Gr2, n'ont pas été conseillées pour 72,2% d'entre elles. Seulement, 11,1% ont été conseillées par l'oncologue, le coach de sport ou encore l'APA.

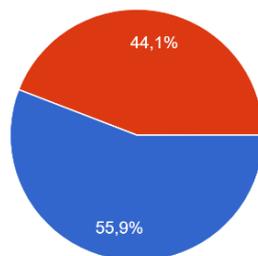
## VI. 8 Etat des lieux de l'influence du kinésithérapeute sur l'adhésion à une association

**Q42.** Faites-vous partie d'une ou plusieurs association(s) (sportive, entraide...) ?

La légende pour les graphiques suivants :

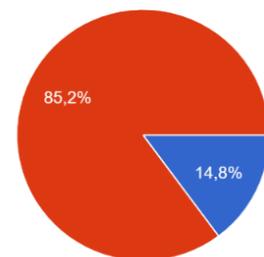


68 réponses



*Diagramme 197-Adhésion à une association-Résultat du Gr1*

27 réponses

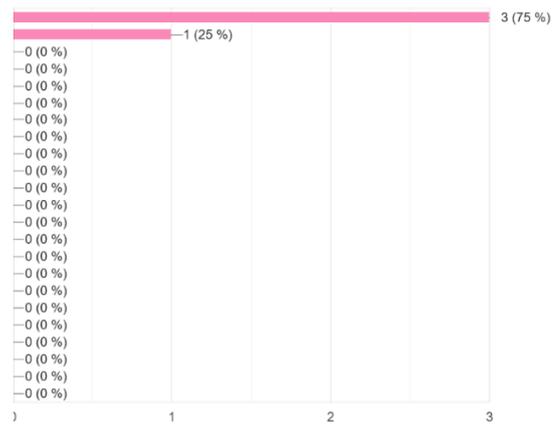
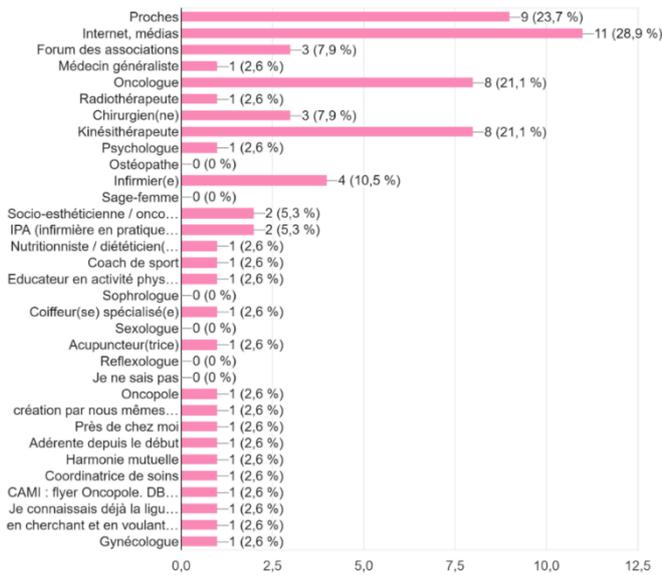


*Diagramme 206- Adhésion à une association-Résultat du Gr2*

**Q43.** Quels sont le ou les noms de vos associations?

« Yoga Grisolles », « Foyer rural de Mondonville », « Le repaire Lauragais », « Les dragons ladies » etc.

#### Q44. Comment avez-vous connu la ou les association(s) ?



Graphique en barre 21- Les professionnels ayant participé à la découverte d'une association- Résultat du Gr1

Graphique en barre 20- Les professionnels ayant participé à la découverte d'une association- Résultat du Gr2

On remarque que 55,9% des femmes ayant eu de la kinésithérapie sont adhérentes à une association contre seulement 14,8% pour l'autre groupe. Les deux moyens principaux qui ont permis aux femmes de connaître les associations sont « les proches » et « internet et les médias ». Il y a tout de même 21,1% des femmes du Gr1 qui ont été conseillées par leur kinésithérapeute.

## **VII. Discussion**

### **VII.1 Rappel des éléments principaux et interprétations**

L'objectif de ce travail de recherche est de répondre à la problématique suivante : « Quel est l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes opérées par chirurgie mammaire conservatrice, dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) ? ». Ce travail permet de voir sur quels aspects la kinésithérapie a le plus d'impact, mais aussi de déterminer si le kinésithérapeute fait partie des acteurs participant le plus à l'amélioration de la QDV. Secondairement, ce travail permet de constater si le fait d'être suivi par un kinésithérapeute a un impact dans la reprise sportive et dans l'adhésion associative.

### **VII.2 Analyse des résultats et retour sur les hypothèses**

#### **Les chiffres clés concernant la rééducation en sénologie**

Comme énoncé ultérieurement, la qualité de vie est grandement altérée après une chirurgie conservatrice, particulièrement lors de l'année suivant la fin des traitements. D'après les résultats obtenus lors de l'étude, 71,6% des femmes ont eu de la kinésithérapie après leur cancer du sein. On constate qu'elle est majoritairement prescrite par les chirurgiens à 57,4 %. Il y a donc plutôt une bonne connaissance de la rééducation par le corps médical. De plus, on constate que les femmes s'orientent à 77,9% vers des kinésithérapeutes spécialisés.

#### **L'impact positif de la kinésithérapie**

Nous allons répondre à l'hypothèse « H1 : La kinésithérapie après une chirurgie mammaire conservatrice a un impact positif sur la qualité de vie, dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) ».

Cette étude met en avant les bénéfices de la kinésithérapie sur les aspects physiques et psychologiques de la qualité de vie, après une chirurgie conservatrice. Les résultats nous montrent que 83,9% des patientes estiment que la kinésithérapie a eu un impact positif (4/5 ou plus) sur leurs séquelles physiques, 67,7% sur leurs douleurs, 64,7% sur leur autonomie, 67,6% sur leur santé mentale, 42,7% sur leur image corporelle et enfin 38,2% sur leur estime de soi.

On retrouve des résultats similaires dans l'étude de Un De Groef et al., qui examine l'efficacité de la kinésithérapie post-opératoire pour les atteintes des membres

supérieurs. En effet, elle est efficace sur les douleurs et sur l'amélioration de l'amplitude des mouvements altérés par les traitements (61). Ces résultats sont également en corrélation avec l'étude de Pilot Barbara Katarzyna et al, menée sur un groupe de 100 femmes, qui démontre que la prise en charge kinésithérapique après une mastectomie totale améliore positivement les séquelles physiques, ainsi que la santé mentale et émotionnelle (62). Concernant l'impact positif sur l'image corporelle, l'étude de Bernardino Rezende Maués Felipe et al, réalisée sur 16 femmes après mastectomie totale ou partielle, conforte pareillement les résultats de notre étude. En effet, les patientes ont été évaluées avant et après 20 séances de kinésithérapie et rapportent une amélioration significative de leur image corporelle (63).

On peut conclure que l'hypothèse principale H1 est validée.

### **Le kinésithérapeute, un acteur essentiel**

Nous allons répondre à l'hypothèse « H2 : Les patientes ayant eu de la kinésithérapie après une chirurgie mammaire conservatrice, dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) considèrent le kinésithérapeute comme l'un des acteurs apportant le plus de bénéfices en rapport avec l'amélioration de leur qualité de vie ».

Les résultats nous prouvent aisément les bénéfices du kinésithérapeute. En effet, 79,4% des femmes du Gr1 ont choisi le kinésithérapeute parmi tous les acteurs cités, comme étant celui qui a le plus contribué à l'amélioration de leurs séquelles physiques. Tandis que pour les femmes du Gr 2, le résultat en tête est qu' « aucun » acteur n'a participé à l'amélioration de leurs séquelles physiques.

Concernant l'amélioration de leur image corporelle, 50% des femmes interrogées ont choisi le kinésithérapeute comme étant également l'acteur ayant le plus participé à cette amélioration. En comparaison, les médecins généralistes ont obtenu un score de 20,6% et « aucun » de 19,1%. Il faut par ailleurs souligner l'importance des coiffeur.ses spécialisé.es et des socio-esthéticien.nes. En comparaison, les femmes du Gr 2 ont majoritairement trouvé qu' « aucun » acteur n'a participé à l'amélioration de leur image corporelle.

Le kinésithérapeute est également un acteur clé dans l'amélioration de leur autonomie. En effet, 72,1% d'entre elles estiment qu'il est l'acteur ayant le plus contribué à cette amélioration, tandis que 51,9% des femmes de l'autre groupe trouvent qu'« aucun » acteur n'y a contribué.

Concernant le bénéfice sur la santé mentale, les résultats sont plus variés, néanmoins le kinésithérapeute reste en tête avec 42,6% des votes. Les deux autres acteurs principaux sont le médecin et le psychologue. Il est intéressant de constater que le kinésithérapeute a un impact supérieur au psychologue dans ces statistiques. On pourrait imaginer que ce résultat est lié au manque de consultations psychologiques en raison du coût élevé que cela engendre, contrairement à la kinésithérapie qui est, elle, prise en charge par la sécurité sociale. Néanmoins, il y a tout de même des psychologues dans les services d'oncologie et à La Ligue où les séances sont gratuites. On peut donc imaginer qu'il y a aussi une forme de réticence à suivre une psychothérapie en raison de la peur de l'inconnu et de la stigmatisation. Pourtant, on sait qu'après une chirurgie mammaire conservatrice les patientes auraient besoin d'une intervention psychosociale intensive en raison de l'impact que la radiothérapie primaire engendre sur la santé psychologique et l'image corporelle (8).

Dans tous les domaines évalués, le kinésithérapeute est l'acteur ayant le plus d'impact sur l'amélioration de la qualité de vie des patientes du premier groupe. Dans le deuxième groupe, la réponse « aucun » est en tête dans toutes les catégories. Il est donc intéressant de constater qu'en l'absence de kinésithérapeute, aucun autre acteur ne peut le substituer.

L'hypothèse secondaire H2 est donc validée.

### **L'impact du kinésithérapeute sur la reprise sportive**

Nous allons répondre à l'hypothèse «H3 : La kinésithérapie après une chirurgie mammaire conservatrice, dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) a une influence positive sur la reprise sportive et l'adhésion à une association ».

Avec cette étude, nous pouvons constater que 82,4% des femmes du Gr 1, qui ne faisait pas d'AP avant l'opération, ont commencé une AP depuis, contre 40% des femmes du Gr 2. La reprise sportive est également plus élevée chez les femmes du Gr 1, avec 90,2% contre 82,4% des femmes du Gr 2. Ces résultats mettent donc en avant l'impact positif de la kinésithérapie.

Les deux raisons principales expliquant la non reprise sportive sont « le manque de motivation » et la sensation d'être « moins en forme ». Derrière, on trouve la « la peur du mouvement et de la douleur », mais qui reste moindre. On peut également constater une réponse étonnante du Gr 2 : « on m'a déconseillé l'activité physique ». C'est l'une

des principales idées reçues après un cancer du sein, qu'il ne faut absolument pas répandre. Fort heureusement, dans notre étude, seulement une femme a dû faire face à cette idée, montrant qu'aujourd'hui les professionnels de santé sont plutôt bien informés sur les bienfaits de l'AP.

On remarque également une différence dans l'intensité de cette reprise sportive. En effet, 65,5% des femmes du Gr 1 pratiquent une AP modérée contre 33,3% des femmes du Gr 2. De plus, 10% des femmes du Gr 1 pratiquent une AP forte contre 5,6% des femmes du Gr 2. Ces dernières pratiquent majoritairement une AP légère à 61,1%. On peut donc remarquer que la kinésithérapie a une influence positive dans la reprise sportive.

En effet, les kinésithérapeutes, par leurs champs de compétences, sont capables de dispenser des activités physiques adaptées, cela est régi par l'article D1172-3 : « Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de 14 l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical » (64). Ils ont également un rôle d'éducateur pour réaliser une reprise sportive adaptée et pour inculquer les bienfaits que peut apporter l'AP.

Dans ces prochaines statistiques, l'impact du kinésithérapeute est important. En effet, à la question « Avez-vous été aidée/conseillée par un.e professionnel.le de santé concernant votre reprise sportive ? », les réponses du Gr 1 correspondent au kinésithérapeute à 43,3%, devant « non » à 35%, l'oncologue à 28,3% et le médecin généraliste à 25%. Tandis que pour les résultats du Gr 2, 72,2% des femmes n'ont pas été conseillées dans leur reprise sportive. Ce dernier chiffre est bien trop élevé lorsque l'on sait, grâce aux nombreuses études, que l'AP a des bienfaits pour diminuer le risque de récurrences et qu'elle permet d'améliorer la qualité de vie lors de la période post-cancer en diminuant les effets secondaires des traitements (46).

### **Impact du kinésithérapeute sur l'adhésion associative**

On remarque également une différence concernant l'adhésion associative, en effet 85,2% des femmes du Gr1 sont dans une association contre 44,1% des femmes du Gr 2. Les femmes du Gr 1 ont principalement connu leur association via internet et les médias à 28,9%, leurs proches à 23,7% et leur kinésithérapeute à 21,1% tandis que les femmes du Gr 2 ont connu leur association à 75% par leurs proches et à 25% par internet et les médias.

On peut donc remarquer la place majeure qu'a le kinésithérapeute contrairement aux autres acteurs de santé. En effet, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il partage beaucoup de temps avec les patientes, lui permettant de présenter plus facilement les différentes associations possibles. On remarque que la plupart des associations citées sont des associations d'activités physiques adaptées comme les « Dragons ladies » ou « Vista-gym » par exemple.

À la suite des conclusions concernant l'impact positif du kinésithérapeute sur la reprise sportive et sur l'adhésion associative, nous pouvons confirmer que l'hypothèse secondaire H3 est validée.

### **VII.3 Des résultats à nuancer**

On pourrait se demander pourquoi les femmes n'ayant pas eu de kinésithérapie ont d'après les résultats « beaucoup moins de difficultés » à bouger leur bras ou n'en ont « jamais eu » et ont un meilleur score aux questionnaires « Body Image Scale » et « EQ-5D-5L ».

Cela pourrait s'expliquer par le choix du chirurgien de ne pas prescrire systématiquement de la kinésithérapie. Il le ferait en fonction du type d'opération et selon la gravité des séquelles induites, afin de prioriser la rééducation aux cas les plus lourds. On peut également imaginer que les 66,2% de femmes du Gr1 ayant bénéficié de DLM comme moyen de traitement ont potentiellement un lymphœdème du membre supérieur ou du sein. On sait que le lymphœdème du membre supérieur est selon l'HAS, une grande source de morbidité psychologique et physique (26). On sait également qu'un lymphœdème du sein à un stade II ou III peut dégrader particulièrement la QDV au niveau de l'image corporelle et du quotidien (29). De ce fait, les scores du Gr1 aux deux questionnaires seront forcément impactés.

On peut donc imaginer que les patientes du Gr 1 ont des séquelles plus lourdes que celles du Gr 2, entraînant une plus grande altération de la QDV et donc de moins bons résultats aux questionnaires. En effet, de premier abord avec ces derniers, on pourrait se questionner sur les bienfaits de la kinésithérapie. Néanmoins, lorsque l'on comprend que le Gr1 est davantage concerné par les fortes séquelles et que l'on regarde les résultats de l'impact positif que permet la kinésithérapie sur les différents domaines de la QDV, mais aussi qu'il apparaît comme étant l'acteur participant le plus à cette amélioration, on

comprend alors que la kinésithérapie est très importante.

Il faut également nuancer les résultats du Gr2 concernant la réponse majoritaire, qu'« aucun » acteur n'a participé à l'amélioration de leur qualité de vie. On peut imaginer qu'elles ne ressentent pas forcément le besoin de consulter des professionnels car elles ont eu de moindres difficultés post-traitements, mais aussi parce qu'on ne les a pas forcément orientées en raison de la forte demande ne pouvant pas toujours être absorbée, en raison du manque de kinésithérapeutes formés dans le domaine.

#### **VII.4 Limites et biais de l'étude**

##### **Echantillon recueilli**

Une des limites de ce mémoire de recherche, correspond à la taille de l'échantillon, qui ne correspond pas aux 382 réponses idéales, néanmoins il permet de faire apparaître les tendances. Une des kinésithérapeutes spécialisées ayant permis la diffusion des flyers a fait remonter que la mention « *chirurgie conservatrice* » sur ces derniers ne parlait pas à certaines patientes qui pensaient que cela était lié aux chirurgies de reconstruction. Ce constat a donc pu être un frein dans le recueil optimal de l'échantillon. Néanmoins, afin d'éviter toute confusion lors du questionnaire, la première question est « *Avez-vous eu recours à une chirurgie conservatrice /mastectomie partielle?* » afin de bien faire comprendre que les deux termes correspondent à la même opération.

Une autre limite correspond au fait que les femmes répondantes n'ont pas toutes les mêmes séquelles (19). On imagine bien que l'impact du kinésithérapeute sera différent en fonction de la gravité de celles-ci. De plus, le fait de ne pas avoir mentionné les patientes sous immunothérapie dans l'inclusion de la population cible peut provoquer un biais. En effet, seulement les patientes ayant terminé leurs traitements de chimiothérapie et/ou de radiothérapie depuis moins d'un an sont mentionnées. Néanmoins, ce biais est limité car peu de femmes sont traitées par immunothérapie et ces effets secondaires n'impactent pas significativement la qualité de vie sur les critères étudiés (20,24).

Il y a également un biais concernant le pourcentage de femmes ayant eu de la kinésithérapie après leur chirurgie conservatrice, correspondant à 72,1% . Ce nombre est à nuancer par différents facteurs. Premièrement, certaines associations ayant permis la diffusion du questionnaire sont liées et en contact avec les kinésithérapeutes du réseau RKS. Secondairement, on peut imaginer que les 77,8% de femmes ayant répondu via les

groupes Facebook, sont aussi plus susceptibles d'être informées des bienfaits que la kinésithérapie peut apporter, grâce aux nombreuses informations et conseils y circulant. De ce fait, elles y seraient potentiellement plus exposées.

### **Méthodologie**

Nous retrouverons un biais d'information dans la méthodologie, car les données recueillies sont purement qualitatives, en se basant sur le ressenti des femmes. Néanmoins, afin de limiter ce biais, cette étude contient deux questionnaires standardisés et validés. Lors de l'élaboration du questionnaire, il a également fallu être prudent de ne pas notifier le fait, que l'enquêtrice était étudiante en kinésithérapie, car cela aurait pu fausser les réponses. L'appellation « étudiante en santé » a donc été utilisée pour la diffusion via Internet ainsi que sur les flyers.

### **Diffusion du questionnaire**

Dans cette étude, il y aura un biais de sélection, car le questionnaire est diffusé numériquement via les réseaux sociaux ou bien grâce au code QR présent sur les flyers. Il faut donc disposer d'outils technologiques et y être familiarisé pour pouvoir y répondre. Ce biais aurait pu être diminué en mettant à disposition des questionnaires papiers pour les personnes n'ayant pas accès à Internet, mais cela était compliqué à mettre en place au vu de sa longueur. De plus, afin de ne pas limiter la diffusion qu'aux femmes inscrites sur les réseaux sociaux, de nombreux professionnels de santé et associations ressources ont pu également permettre sa diffusion, via les flyers.

Il faut aussi ajouter le biais de désirabilité sociale, car les femmes qui ont eu le questionnaire via les kinésithérapeutes spécialisé.e.s pourraient avoir tendance à vouloir mettre la kinésithérapie en avant. Néanmoins, ce biais est limité puisque de nombreux autres acteurs ainsi que les réseaux sociaux ont permis sa diffusion.

Il y a également un autre biais potentiel qui correspond au fait qu'on ne peut pas être totalement sûr que les professionnels rencontrés, chargés de distribuer les flyers, aient fait attention de ne pas notifier que ce travail était réalisé par une étudiante kinésithérapeute. Néanmoins, ce biais est à minimiser, car peu de répondantes ont eu leur flyer directement via un professionnel. Généralement, ils étaient dans les salles d'attentes à disposition ou directement diffusés via les réseaux sociaux, avec la mention « étudiante en santé ».

## VII. 5 Etat des lieux : le manque de reconnaissance de cet acte

Cette étude permet de mettre en avant l'impact positif de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes autant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Elle leur permet également de reprendre plus intensément l'activité physique et de leur faire connaître des associations.

Pourtant aujourd'hui, la nomenclature des kinésithérapeutes, ne décrit aucun acte pour la prise en charge globale des affections post-cancer du sein. Le seul acte décrit correspond à une prise en charge très précise et s'intitule ainsi : « *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.* » avec un AMK 15,5. Son premier problème est la limitation du nombre de séances. En effet, cet acte est restreint à 10 séances, 5 jours sur 7, pendant 14 jours de suite, alors que l'on sait grâce à l'étude de Jia Qiao et al, que la réduction du volume du lymphœdème est atteinte lorsque le nombre de séances est supérieure à 20 ou que la durée du traitement est supérieure à 2 semaines (26,33). Le second problème est qu'il a des indications très précises ne permettant pas d'englober toutes les prises en charge post cancer du sein. En effet, les indications sont les suivantes : « *Être à la phase intensive du traitement du lymphœdème sous réserve de l'existence des critères suivants :*

*-Une différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral,*

*-Une asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein,*

*-Une compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages)*

*-Une répercussion fonctionnelle importante due au lymphœdème et à la raideur de l'épaule. (5) »*

Les kinésithérapeutes prennent donc majoritairement ces patientes avec un autre libellé qui s'intitule ainsi « *Massage et rééducation de l'épaule du membre supérieur et du thorax* » qui n'est donc pas spécifique à la prise en charge du cancer du sein.

Il existe encore un manque de reconnaissance de cette prise en charge, malgré des kinésithérapeutes formés dans le domaine. En effet, nombreux d'entre eux ont fait le choix de ne prendre que ce type de patientes car il y a une grande nécessité de soins. Il devient donc crucial de donner de l'importance à cette spécialité, en facilitant sa cotation et en lui donnant plus de reconnaissance.

## **VII. 6 Perspective d'étude**

Ce travail ouvre des pistes de réflexion, notamment sur la connaissance de la profession auprès des médecins. En effet, il y a 28,4% des femmes de notre étude qui n'ont pas bénéficié de kinésithérapie, faute de prescriptions médicales, pour 48,1% d'entre elles. Il serait donc intéressant d'interroger les raisons. Est-ce un choix des chirurgiens en connaissance des séquelles induites par l'opération ou il y a-t-il une réelle méconnaissance ou méfiance envers la profession ? Néanmoins, par ce travail, on peut remarquer que la kinésithérapie est de plus en plus prescrite, essentiellement par les chirurgiens à 57,4%, ce qui est très encourageant vers une meilleure reconnaissance de la profession.

## **VII.7 Projection professionnelle**

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de mettre en avant l'impact positif de la kinésithérapie dans la prise en charge du cancer du sein. Il m'a également permis d'en apprendre plus sur le sujet et de faire un état des lieux des ressentis des femmes sur leur qualité de vie, après une chirurgie conservatrice dans l'année suivant la fin des traitements. Les résultats des questionnaires « Body Image Scale » et « EQ-5D-5L », nous montre que leur image corporelle ainsi que leur santé mentale et physique sont grandement altérées. On voit également par les résultats, que le kinésithérapeute est l'acteur ayant le plus contribué à l'amélioration de leur qualité de vie. Ces résultats très positifs m'encouragent fortement à me tourner vers cette spécialité.

Dans ma pratique future, je mettrai un point d'honneur à travailler en interdisciplinarité afin de faire connaître l'importance et les bienfaits de la profession, en particulier auprès du corps médical. D'un point de vue plus technique, ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'améliorer la maîtrise de divers outils tels que Google Form ou encore PubMed. Ce dernier me permettra d'avoir une pratique régulièrement actualisée avec des articles scientifiques, dans une démarche EBP.

Enfin, il faut souligner que la profession de kinésithérapeute est sans cesse en train d'évoluer, il est donc important de continuer à mettre avant nos compétences, afin d'en avoir la juste reconnaissance.

## VIII. Conclusion

Aujourd'hui, le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente chez les femmes. Fort heureusement, la survie augmente de plus en plus grâce aux dépistages précoces et aux différents moyens de traitements. On sait que les séquelles de la chirurgie mammaire conservatrice, pratiquée majoritairement, impactent fortement la qualité de vie durant l'année qui suit la fin des traitements. On sait également que la kinésithérapie possède une spécialité autour du cancer du sein, pouvant aider les femmes lors de cette période. Cependant, il y a peu d'études qui démontrent son impact sur la qualité de vie après une chirurgie mammaire conservatrice. Le but était donc de faire un état des lieux des bienfaits qu'elle pouvait apporter.

La problématique de ce travail était donc la suivante : Quel est l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes opérées par chirurgie mammaire conservatrice, durant l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) ?

L'hypothèse principale était la suivante : « La kinésithérapie après une chirurgie mammaire conservatrice a un impact positif sur la qualité de vie, dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) ».

La méthode employée afin d'y répondre était l'étude transversale analytique par questionnaire avec comme population cible, des femmes opérées par chirurgie mammaire conservatrice, se trouvant dans l'année qui suit la fin de leurs traitements.

Les résultats de ce travail d'initiation à la recherche mettent en lumière l'impact positif de la kinésithérapie sur toutes les dimensions de la QDV, en particulier sur les séquelles physiques, les douleurs, l'autonomie et la santé mentale. Ils démontrent aussi que le kinésithérapeute est l'acteur participant le plus à l'amélioration de la QDV pour les femmes en bénéficiant et qu'aucun acteur ne peut le substituer en son absence. Ils permettent également de confirmer que les femmes ayant eu de la kinésithérapie ont davantage commencé une AP ou l'ont reprise plus intensément et qu'elles sont beaucoup plus nombreuses à être adhérentes à une association. Toutes les hypothèses de ce travail ont donc été validées. Cependant, ce mémoire contient évidemment quelques limites et biais, mais il permet d'avoir une idée générale de l'impact que peut avoir la profession durant cette période.

Ces nombreux résultats très positifs, m'encouragent grandement à me tourner vers cette spécialité dans mon futur professionnel. Pour élargir le sujet, il serait intéressant de

réaliser un état des lieux de la prescription de kinésithérapie, afin de mieux comprendre le point de vue des médecins sur les bienfaits que peut apporter la profession.

Enfin, nous espérons que ces résultats pourront contribuer à une meilleure connaissance de la profession auprès des patientes et du corps médical.

## IX. Bibliographie

1. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents-INCA [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
2. L'activité hospitalière en cancérologie - Les chiffres du cancer en France [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Activite-hospitaliere>
3. La kinésithérapie, un soin de support essentiel pour les malades atteints de cancer [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/la-kinesitherapie-un-soin-de-support-essentiel-pour-les-malades-atteints-de-cancer/>
4. Le Réseau des Kinés du Sein [Internet]. Réseau des Kinésithérapeutes du Sein. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.reseaudeskinesdusein.fr/>
5. Nomenclatures : la NGAP et la LPP [Internet]. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-lpp>
6. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment for breast cancer: a comparison of partial and total mastectomy. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8):765-71.
7. Pozo C, Carver CS, Noriega V, Harris SD, Robinson DS, Ketcham AS, et al. Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery. :7.
8. Les Irwig. Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. *Aust NZ J Surg*. 1997;67:750-4.
9. Tout savoir sur le cancer du sein [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.frm.org/recherches-cancers/cancer-du-sein/focus-cancer-sein>
10. García-Solbas S, Lorenzo-Liñán MÁ, Castro-Luna G. Long-Term Quality of Life (BREAST-Q) in Patients with Mastectomy and Breast Reconstruction. *Int J Environ Res Public Health*. 15 sept 2021;18(18):9707.
11. Anatomie du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.depistagesein.ca/anatomie-du-sein/#.YyGDdnZBzIU>
12. Anatomie du sein - Cancer du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
13. Cancers du sein - Les maladies du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
14. Les grades du cancer - Cancer du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-grades-du-cancer>
15. Lee S. Stades du cancer du sein [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/staging>
16. Les stades du cancer - Cancer du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-stades-du-cancer>

17. Symptômes - Cancer du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Symptomes>
18. Facteurs de risque - Cancer du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
19. Clough KB, Nos C, Fitoussi A, Couturaud B, Inguenault C, Sarfati I. Séquelles esthétiques du traitement conservateur des cancers du sein : une classification pour les reconstructions après tumorectomie Partial reconstruction after conservative treatment for breast cancer: classification of sequelae and treatment options. :14.
20. Traitements - Cancer du sein [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Traitements>
21. La radiothérapie dans le traitement du cancer du sein [Internet]. VIDAL. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein/radiotherapie.html>
22. Effets secondaires généraux - Effets secondaires [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Radiotherapie/Effets-secondaires/Effets-secondaires-generaux>
23. Jodar M, Jacquin JP, Vallée J. Perception des effets indésirables de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie par les femmes prises en charge pour un cancer du sein. *Therapies*. juin 2016;71(3):263-73.
24. Lee S. Immunothérapie du cancer du sein [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/treatment/immunotherapy>
25. Ferrandez JC. Kinésithérapie après cancer du sein. *EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt*. janv 2010;6(3):1-13.
26. Haute Autorité de Santé. Prise en charge massokinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/rapport\\_lymphoedeme\\_2012-12-20\\_09-18-24\\_35.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/rapport_lymphoedeme_2012-12-20_09-18-24_35.pdf)
27. Bellaïche A, Dacquin M, Pallot A. Lymphœdème après cancer du sein : quels traitements efficaces pour les patientes ? *Kinésithérapie Rev*. avr 2017;17(184):56-7.
28. Verbelen H, Gebruers N, Beyers T, De Monie AC, Tjalma W. Breast edema in breast cancer patients following breast-conserving surgery and radiotherapy: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. oct 2014;147(3):463-71.
29. Ferrandez J-C, Serin D. Lymphœdème du sein. Remarques et propositions thérapeutiques. *Ann Kin Ésithér*. 1995;22(2):72-8.
30. Richmond H. Development of an exercise intervention for the prevention of musculoskeletal shoulder problems after breast cancer treatment: the prevention of shoulder problems trial (UK PROSPER). 2018;12.
31. Thierry Marc, Jean-Claude Ferrandez. Kinésithérapie et prévention des pertes d'amplitudes et des douleurs de l'épaule après chirurgie du cancer du sein. 18 oct 2020; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/medecine/article/1399006/kinesitherapie-et-prevention-des-pertes-d-amplitud>
32. L'INCA. Traitements locorégionaux des cancers du sein infiltrants non métastatiques - Synthèse [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Traitements-locoregionaux-des-cancers-du-sein-infiltrants-non-metastatiques-Synthese>
33. Qiao J, Yang L ning, Kong Y han, Huang X, Li Y, Bai D qun. Effect of Manual Lymphatic Drainage on Breast Cancer–Related Postmastectomy Lymphedema: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Cancer Nurs*. mars 2023;46(2):159-66.

34. L A Koehler. Axillary web syndrome following breast cancer surgery: symptoms, complications, and management strategies. 20 déc 2018; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304256/>
35. Varaud N, Weill F. Cicatrices et kinésithérapie après cancer du sein : mise au point kinésithérapique pour ne pas nuire. *Cancer Sein*. :5.
36. Brousse C, Boisaubert B. La qualité de vie et ses mesures Quality of life and scales measuring. *Rev Médecine Interne*. 2007;5.
37. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie)
38. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? *World Health Forum* 1996 174 354-356 [Internet]. 1996 [cité 14 sept 2022]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>
39. Brédart A, Swaine Verdier A, Dolbeault S. Traduction/adaptation française de l'échelle "Body Image Scale" (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncol*. mars 2007;1(1):24-30.
40. EQ-5D [Internet]. [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://euroqol.org/>
41. Schraub S, Mercier M, Conroy T. Quality of life measurement in cancer survivors. *Bull Cancer (Paris)*. mars 2002;89(3):267-74.
42. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-conditions-de-vie-des-patients-atteints-du-cancer-deux-ans>
43. Zehra S, Doyle F, Barry M, Walsh S, Kell MR. Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*. juill 2020;27(4):534-66.
44. Aerts L. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast*. 2014;8.
45. Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Determinants of satisfaction with life and self-esteem in women with breast cancer. *Qual Life Res*. févr 2019;28(2):379-87.
46. Inca. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer des connaissances scientifiques aux repères pratiques. 2017.
47. Wilson DJ. Exercise for the Patient after Breast Cancer Surgery. :8.
48. Spence RR, Heesch KC, Brown WJ. Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. *Cancer Treat Rev*. 2010;10.
49. Borch KB. Physical activity before and after breast cancer diagnosis and survival - the Norwegian women and cancer cohort study. 2015;10.
50. Rangel J. Physical activity and physiotherapy: perception of women breast cancer survivors. *Breast Cancer*. :6.
51. Rolland Jocelyne. Belle et en forme après un cancer du sein : La méthode Rose Pilates. Ellébore; 2016. 256 p.
52. Avirose [Internet]. Se Reconstruire en douceur. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sereconstruireendouceur.com/avirose/>
53. N. Massin , V. Demange , E. Bourgard. Études épidémiologiques transversales. *Inst Natl Rech Sécurité INRS*. 20 oct 2010;
54. Eyebiyi EP. Serge Paugam, L'enquête sociologique. *Lectures [Internet]*. 24 juin 2010 [cité 26 sept 2022]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1055>

55. Lee S. Effets secondaires de l'hormonothérapie [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/treatments/treatment-types/hormone-therapy/side-effects-of-hormone-therapy>
56. Hervé Fenneteau. Enquête : entretien et questionnaire. 2015;128.
57. Ganassali S. Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par Internet. Association Française du Marketing. 2004;63.
58. J Wengrzik, Bosnjak M, Manfreda K. Web Surveys Versus Other Survey Modes: An Updated Meta-analysis Comparing Response Rates. Am Assoc Public Opin Res AAPOR 71st Annu Conf 2016. 2016;
59. Peytchev A, P. Couper M, McCabe S, Crawford S. Web Survey Design Paging Versus Scrolling. The Public Opinion Quarterly. 2006;596-607.
60. Quand publier sur Facebook et Instagram pour booster la visibilité de son point de vente ? [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://localmarketing.fr/mag/reseaux-sociaux/quand-publier-facebook>
61. De Groef A, Van Kampen M, Dieltjens E, Christiaens MR, Neven P, Geraerts I, et al. Effectiveness of Postoperative Physical Therapy for Upper-Limb Impairments After Breast Cancer Treatment: A Systematic Review. Arch Phys Med Rehabil. juin 2015;96(6):1140-53.
62. Pilot B, Sulowska-Daszyk I. Effects of physiotherapy on improving quality of life in women after mastectomy. Physiother Rev. 2022;26(4):64-75.
63. Felipe Bernardino Rezende Maués, Saul Rassy Carneiro, Thalita da Luz Costa. The impact of physical therapy on the quality of life of women after breast surgery. Mastology. 2017;oct-deC(27):300-6.
64. Chapitre II : Prescription d'activité physique (Articles D1172-1 à D1172-5) - Légifrance [Internet]. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000033826290/2017-03-01>

## **X. Sommaire des annexes**

- Annexe I. Les résultats généraux
- Annexe II. Le flyer avec le QR code
- Annexe III. Questionnaire de QDV « EQ-5D-5L » et état d'esprit face à la maladie

## Annexe I. Le questionnaire

**Ce questionnaire concerne les femmes opérées d'une chirurgie mammaire conservatrice dont les traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) sont terminés depuis moins d'un an.**



Bonjour à toutes,

Je suis étudiante en santé et je réalise à l'occasion de ma dernière année, mon mémoire sur le cancer du sein. Mon thème porte sur **la qualité de vie des femmes, opérées par chirurgie mammaire conservatrice, dans l'année suivant la fin des traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie).**

Je vous serais vraiment reconnaissante si vous pouviez répondre aux questions suivantes. Les réponses seront **anonymes** et **le questionnaire ne vous prendra qu'entre 5 et 10 minutes.**

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il vous suffit de répondre par rapport à votre situation et vos ressentis.

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont anonymes et strictement confidentielles. De plus, votre mail ne sera pas collecté.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

*Si vous voulez avoir les résultats de l'enquête veuillez me contacter sur mon mail:  
marinecoroller23@gmail.com*

Avez-vous eu recours à une chirurgie conservatrice /mastectomie partielle?

- oui
- non (si vous avez coché cette case le questionnaire ne vous concerne pas)

De quelle tranche d'âge faites-vous partie? \*

- 25 ans
- 25-35 ans
- 36-49 ans
- 50-74 ans
- 75 ans ou +

Habitez-vous actuellement en France? \*

- oui
- non

Actuellement, quelle est votre catégorie professionnelle ? \*

- Agricultrice exploitante
- Employée
- Cadre ou profession intellectuelle
- Artisane, commerçante ou cheffe d'entreprise
- Ouvrière
- Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, assistante sociale, etc)
- Retraitée
- Sans activité (étudiante incluse)
- Autre...

Quel est votre statut matrimonial ?

- Célibataire
- Union libre (concubinage, vie en couple)
- Mariée ou pacsée
- Séparée ou divorcée
- Veuve
- Autre...

Comment avez-vous eu accès au questionnaire ? \*

- Internet
- Médecin généraliste
- Chirurgien(ne)
- Radiothérapeute
- Oncologue
- Radiologue
- Gynécologue
- Kinésithérapeute
- Sage-femme
- Infirmier(e)
- APA
- Associations sportives
- La Ligue
- Sexologue
- Autre...

Combien de temps s'est écoulé depuis la fin de vos traitements (chimiothérapie et/ou radiothérapie) ?

- 1 à 3 mois
- 3 à 6 mois
- 6 à 9 mois
- 9 à 12 mois

Avez-vous eu ou avez-vous actuellement de la **kinésithérapie en rapport avec votre cancer du sein** depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ? \*

- oui
- Non

Vous avez répondu oui à la question précédente,

Description (facultative)

Par quels moyens avez-vous eu accès à la kinésithérapie ? \*

- La prescription du chirurgien(ne)
- La prescription de l'oncologue
- La prescription de mon médecin généraliste
- Autre...

Votre kinésithérapeute est-il (elle) spécialisé(e) dans la prise en charge du cancer du sein ? \*

- oui
- non

Comment avez-vous choisi votre kinésithérapeute? \*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- En fonction de sa spécialisation
- Sa proximité de mon domicile
- Les recommandations des professionnels de santé
- Le bouche à oreille
- Les meilleurs délais
- Kinésithérapeute habituel
- Autre...

Quels sont les **moyens de traitement** dont vous avez bénéficié? \*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- Drainage Lymphatique
- Massage
- Travail de la cicatrice
- Travail sur les cordes axillaires
- Bandages
- Exercices physiques
- Renforcement musculaire
- Etirements
- Mobilisations passives
- K-Tape
- Pressothérapie ou manchon de drainage
- Détente/ Relaxation
- Balnéothérapie
- Je ne sais pas
- Autre...

Combien de fois par semaine avez-vous ou avez-vous eu vos séances de rééducation?

- 1 fois
- 1 à 2 fois
- 3 fois ou +

Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez vous **l'impact positif de \***  
**la kinésithérapie** sur vos **séquelles physiques** (raideur d'épaule, perte de force, cicatrice adhérente, corde axillaire, œdème...)?

0      1      2      3      4      5

Pas d'impact                            Beaucoup d'impact

Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez vous **l'impact positif de \***  
la kinésithérapie sur **vos douleurs**?

0      1      2      3      4      5

Pas d'impact                            Beaucoup d'impact

---  
Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez vous **l'impact positif** de \*  
la kinésithérapie sur **vosre autonomie**?

0 1 2 3 4 5  
Pas d'impact       Beaucoup d'impact

---  
Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez vous **l'impact positif** de \*  
la kinésithérapie sur votre **santé mentale**?

0 1 2 3 4 5  
Pas d'impact       Beaucoup d'impact

Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez vous **l'impact positif** de \*  
la kinésithérapie sur votre **image corporelle** (= la perception de votre propre  
corps) ?

0 1 2 3 4 5  
Pas d'impact       Beaucoup d'impact

---  
Depuis la fin de vos traitements, comment noteriez vous **l'impact positif** de \*  
la kinésithérapie sur votre **estime de soi**?

0 1 2 3 4 5  
Pas d'impact       Beaucoup d'impact

---  
Pourquoi n'avez-vous pas fait de rééducation après votre opération? \*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- Je n'ai pas eu de prescription
- Je n'en ressentais pas le besoin
- Je ne savais pas que l'on pouvait avoir de la kinésithérapie
- Je n'avais pas le temps
- Peur de la douleur et du mouvement
- Angoisse à l'idée de montrer mon corps
- Je ne sais pas
- Autre...

Concernant vos séquelles physiques

Les 3 prochaines questions portent sur la mobilité de votre bras côté opéré.

---

Depuis votre opération, comment **aujourd'hui** évalueriez-vous votre facilité \*  
à effectuer le mouvement de lever le bras devant soi.

- Un peu moins difficile qu'à la période post-opératoire
- Beaucoup moins difficile qu'à la période post-opératoire
- Plus aucune difficulté à ce jour
- Ça n'a jamais été difficile

Depuis votre opération, comment **aujourd'hui** évalueriez-vous votre facilité \*  
à effectuer le mouvement de lever le bras sur le côté.

- Un peu moins difficile qu'à la période post-opératoire
- Beaucoup moins difficile qu'à la période post-opératoire
- Plus aucune difficulté à ce jour
- Ça n'a jamais été difficile

\*\*\*

Depuis votre opération, comment **aujourd'hui** évalueriez-vous votre facilité \*  
à effectuer le mouvement de mettre la main dans le dos.

- Un peu moins difficile qu'à la période post-opératoire
- Beaucoup moins difficile qu'à la période post-opératoire
- Plus aucune difficulté à ce jour
- Ça n'a jamais été difficile

Depuis votre opération, comment **aujourd'hui** qualifieriez-vous la gêne ressentie au niveau de la cicatrice? \*

- Elle a augmentée
- Elle est similaire
- Elle a diminuée
- Je n'ai plus de gêne
- Je n'avais aucune gêne au départ

Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de vos **séquelles physiques** depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ? \*

Plusieurs réponses sont possibles

- Médecin généraliste
- Oncologue
- Radiothérapeute
- Chirurgien(ne)
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Ostéopathe
- Infirmier(e)
- Sage-femme
- Socio-esthéticienne / onco-esthéticienne
- IPA (infirmier(e) en pratique avancée)
- Nutritionniste / diététicien(ne)
- Coach de sport
- Educateur en activité physique adaptée APA
- Sophrologue
- Coiffeur(se) spécialisé(e)
- Sexologue
- Acupuncteur(trice)
- Réflexologue
- Aucun

La prochaine partie va s'intéresser à la **satisfaction** à l'égard de votre **image corporelle**. Les 10 prochaines questions correspondent au questionnaire de qualité de vie "**Body Image Scale**". ✕

Veuillez s'il vous plaît cocher la réponse qui correspond le mieux à votre sentiment, **DURANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER**:

1) Vous êtes vous sentie **gênée par votre apparence** physique? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

2) Vous êtes vous sentie **moins séduisante** du fait de la maladie et de ses traitements? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

3) Vous êtes vous sentie **mécontente de votre apparence, une fois habillée?** \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

4) Vous êtes vous sentie **moins féminine**, du fait de la maladie ou de ses traitements?

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

5) Avez-vous eu du **mal** à vous **regarder nue** ? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

6) Vous êtes-vous **sentie sexuellement moins attirante** du fait de la maladie ou du traitement ? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

7) Avez-vous **évité les gens** parce que votre apparence vous gênait? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

8) Avez-vous **ressenti le traitement** comme une atteinte à votre corps ou une **mutilation** ? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

9) Vous êtes-vous sentie **mécontente de votre corps** ? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

10) Avez-vous été **mécontente de la cicatrice** laissée par l'opération ? \*

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très souvent

Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de votre image corporelle depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ?

Plusieurs réponses sont possibles

- Médecin généraliste
- Oncologue
- Radiothérapeute
- Chirurgien(ne)
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Ostéopathe
- Infirmier(e)
- Sage-femme
- Socio-esthéticienne / onco-esthéticienne
- IPA (infirmier(e) en pratique avancée)
- Nutritionniste / diététicien(ne)
- Coach de sport
- Educateur en activité physique adaptée APA
- Sophrologue
- Coiffeur(se) spécialisé(e)
- Sexologue
- Acupuncteur(trice)
- Reflexologue
- Aucun

Les 6 prochaines questions font parties du questionnaire de qualité de vie "EQ-5D-5L": Pour chaque rubrique, veuillez **cocher UNE case**, celle qui décrit le mieux votre santé **AUJOURD'HUI**

Description (facultative)

1) Concernant votre **mobilité** \*

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

2) Concernant votre **autonomie** \*

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller toute seule
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller toute seule
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller toute seule
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller toute seule
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller toute seule

3) Concernant vos **activités courantes** (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs) \*

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

4) Concernant vos **douleurs/inconforts** (douleurs, rigidité, tiraillements au niveau de la poitrine) \*

- Je n'ai ni douleur ni inconfort
- J'ai des douleurs ou un inconfort léger(ères)
- J'ai des douleurs ou un inconfort modéré(es)
- J'ai des douleurs ou un inconfort sévère(s)
- J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s)

5) Concernant **l'anxiété et la dépression**: \*

- Je ne suis ni anxieuse ni déprimée
- Je suis légèrement anxieuse ou déprimée
- Je suis modérément anxieuse ou déprimée
- Je suis sévèrement anxieuse ou déprimée
- Je suis extrêmement anxieuse ou déprimée

6) Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre **santé** est bonne ou mauvaise **AUJOURD'HUI** sur une **échelle de 0 à 100**. \*

100 = la meilleure santé que vous puissiez imaginer    0 = la pire santé que vous puissiez imaginer.

*Veillez indiquer le numéro dans l'espace ci-dessous. (une seule réponse possible)*

Comment qualifieriez votre état d'esprit **actuel** face à la maladie? \*

0    1    2    3    4    5

Très insatisfaisant                            Très satisfaisant

Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de votre autonomie depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ? \*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- Médecin généraliste
- Oncologue
- Radiothérapeute
- Chirurgien(ne)
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Ostéopathe
- Infirmier(e)
- Sage-femme
- Socio-esthéticienne / onco-esthéticienne
- IPA (infirmier(e) en pratique avancée)
- Nutritionniste / diététicien(ne)
- Coach de sport
- Educateur en activité physique adaptée APA
- Sophrologue
- Coiffeur(se) spécialisé(e)
- Sexologue
- Acupuncteur(trice)
- Reflexologue
- Aucun
- Autre...

Quel(s) acteur(s) a (ont) selon vous le plus contribué à l'amélioration de votre état de santé mentale depuis la fin de vos traitements (radiothérapie et/ou chimiothérapie) ? \*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- Médecin généraliste
- Oncologue
- Radiothérapeute
- Chirurgien(ne)
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Ostéopathe
- Infirmier(e)
- Sage-femme
- Socio-esthéticienne / onco-esthéticienne
- IPA (infirmier(e) en pratique avancée)
- Nutritionniste / diététicien(ne)
- Coach de sport
- Educateur en activité physique adaptée APA
- Sophrologue
- Coiffeur(se) spécialisé(e)
- Sexologue
- Acupuncteur (trice)
- Reflexologue
- Aucun
- Autre...

Pratiquiez-vous une activité physique avant l'opération? \*

- Oui régulièrement
- Parfois
- Non

Avez-vous commencés une activité physique depuis l'opération ? \*

- Oui
- Non

Avez-vous repris depuis l'opération? \*

- Oui
- Oui mais plus doucement qu'avant
- Non

Quelle est la raison ? \*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- Par peur du mouvement et de la douleur
- Manque de motivation
- Je me sens moins en forme
- Je ne sais pas vers quelles activités physiques m'orienter
- On ma déconseillé l'activité physique
- Autre...

Vous avez répondu "oui" à la question précédente concernant la reprise d'une activité physique

Description (facultative)

A quelle intensité est votre activité physique? \*

- Légère (Marche lente, golf, bowling, tennis de table, voile, frisbee...)
- Modérée (Marche rapide, danse de salon, vélo ou natation "plaisir", aquagym, ski alpin..)
- Forte (Rando, jogging, vélo et natation "rapide", saut à la corde, sport collectifs/combat...)

Avez-vous été aidée/conseillée par un(e) professionnel(le) de santé concernant votre reprise sportive?

*Plusieurs réponses sont possibles*

- NON
- OUI : Médecin généraliste
- OUI : Oncologue
- OUI : Radiothérapeute
- OUI : Chirurgien(ne)
- OUI : Kinésithérapeute
- OUI : Psychologue
- OUI : Ostéopathe
- OUI : Infirmier(e)
- OUI : Sage-femme
- OUI : Socio-esthéticienne / onco-esthéticienne
- OUI : IPA (infirmier(e) en pratique avancée)
- OUI : Nutritionniste / diététicien(ne)
- OUI : Coach de sport
- OUI : Educateur en activité physique adaptée (APA)
- OUI : Sophrologue
- OUI : Coiffeur(se) spécialisé(e)
- OUI : Sexologue
- OUI : Acupuncteur(trice)
- OUI : Reflexologue
- Autre

Faites-vous partie d'une ou plusieurs association(s) (sportive, entraide...)?

- Oui
- Non

Quels sont le ou les noms de vos associations? \*

Réponse longue

---

Comment avez-vous connu la ou les association(s) ? \*

*Plusieurs réponses sont possibles*

- Proches
- Internet, médias
- Forum des associations
- Médecin généraliste
- Oncologue
- Radiothérapeute
- Chirurgien(ne)
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Ostéopathe
- Infirmier(e)
- Sage-femme
- Socio-esthéticienne / onco-esthéticienne
- IPA (infirmière en pratique avancée)
- Nutritionniste / diététicien(ne)
- Coach de sport
- Educateur en activité physique adaptée (APA)
- Sophrologue
- Coiffeur(se) spécialisé(e)
  
- Sexologue
- Acupuncteur(trice)
- Reflexologue
- Je ne sais pas
- Autre...

**Je vous remercie grandement d'avoir participé au questionnaire!**  
Cliquez sur "Envoyer"

## Annexe II. Le flyer avec le QR code



*Vous avez eu une  
chirurgie conservatrice  
avec vos traitements (radiothérapie  
et/ou chimiothérapie) terminés  
depuis moins d'un an*

**J'ai besoin de vous !**

Si vous souhaitez **aider une étudiante en santé**  
dans la réalisation de son **mémoire** et que vous  
souhaitez faire **avancer la recherche** :

il vous suffit de **scanner ce code QR** \* avec la caméra de  
votre téléphone ou bien de **m'envoyer un mail** à  
l'adresse suivante : **marinecoroller23@gmail.com** pour  
que je vous envoie directement le lien



Merci par  
avance pour  
votre réponse !



**\*Ouvrez votre appareil photo intégré et faites le point sur le code QR  
Une notification vous invitant à aller sur une page internet s'affiche, cliquez et  
le questionnaire s'ouvre automatiquement. Durée estimée entre 5 et 10 min.**

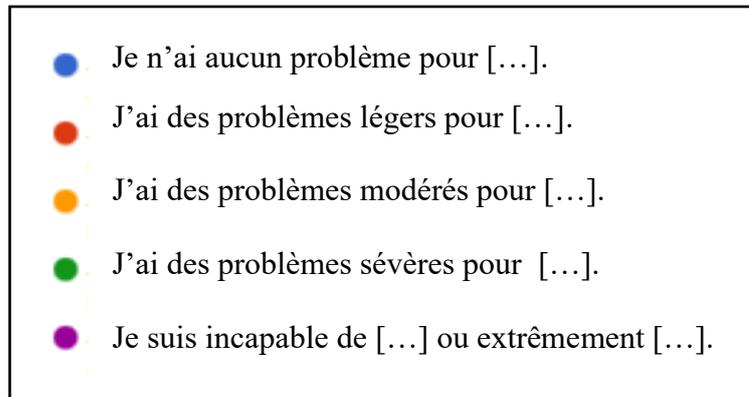
**Ne pas jeter sur la voie publique**  
*Flyer avec code QR créé sur Canva*

## Annexe III. Questionnaire de QDV « EQ-5D-5L » et état d'esprit face à la maladie

### Questionnaire de QDV « EQ-5D-5L »

« Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI »

La légende pour les graphiques suivants :



1) Concernant votre mobilité  
68 réponses

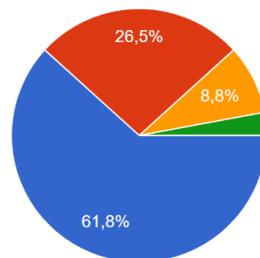


Diagramme 218-« EQ-5D-5L »  
mobilité-Résultat du Gr1

27 réponses

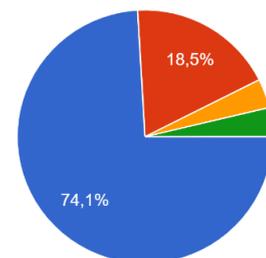


Diagramme 229-« EQ-5D-5L »  
mobilité-Résultat du Gr2

2) Concernant votre autonomie

68 réponses

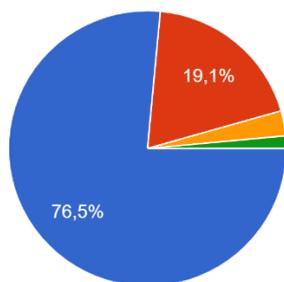


Diagramme 113-« EQ-5D-5L »  
autonomie-Résultat du Gr1

27 réponses

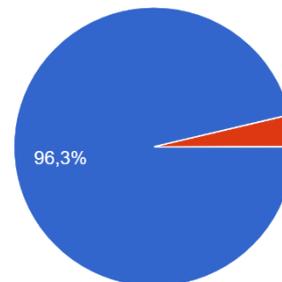


Diagramme 2410-« EQ-5D-5L »  
autonomie-Résultat du Gr2

3) Concernant vos activités courantes (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

68 réponses

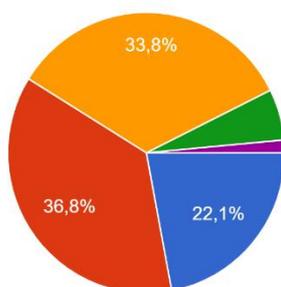


Diagramme 25-« EQ-5D-5L » AVQ-  
Résultat du Gr1

27 réponses

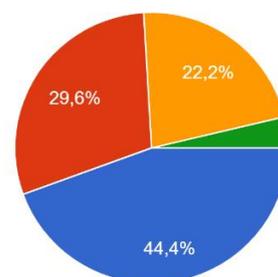


Diagramme 2612-« EQ-5D-5L » AVQ-  
Résultat du Gr2

4) Concernant vos douleurs/inconforts (douleurs, rigidité, tiraillements au niveau de la poitrine)

68 réponses

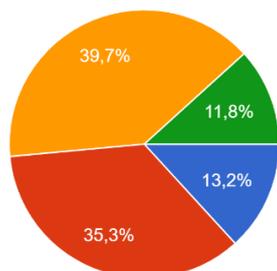


Diagramme 27-« EQ-5D-5L »  
douleurs et inconforts-Résultat du  
Gr1

27 réponses

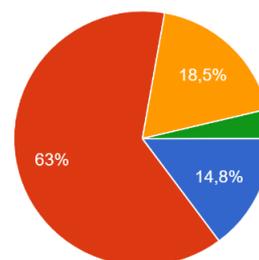


Diagramme 28-« EQ-5D-5L »  
douleurs et inconforts-Résultat du Gr2

5) Concernant l'anxiété et la dépression:  
68 réponses

27 réponses

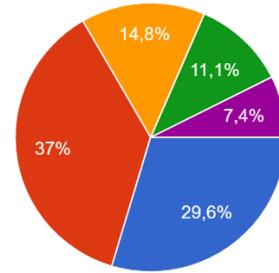
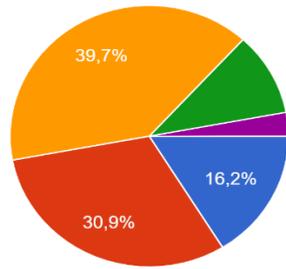
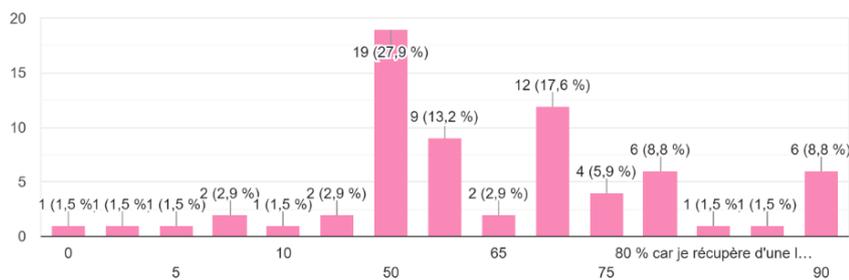


Diagramme 29 -« EQ-5D-5L » anxiété et dépression-Résultat du Gr1

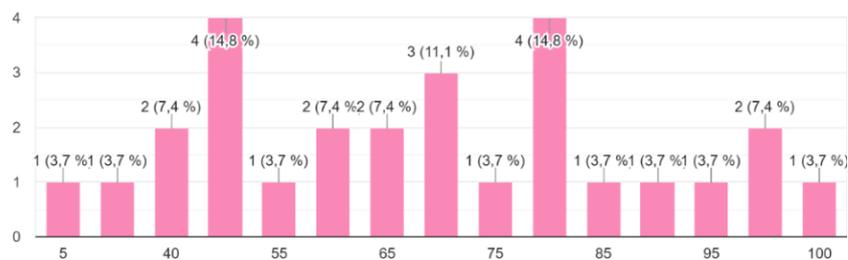
Diagramme 30 -« EQ-5D-5L » anxiété et dépression-Résultat du Gr2

6) Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI sur une échelle de 0 à 100. 100 = la meilleure santé ...l'espace ci-dessous. (une seule réponse possible)  
68 réponses



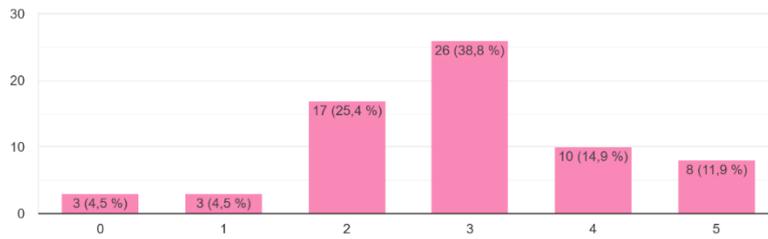
Graphique en barre 22-« EQ-5D-5L » Auto-évaluation de sa santé-Résultat du Gr1

6) Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI sur une échelle de 0 à 100. 100 = la meilleure santé ...l'espace ci-dessous. (une seule réponse possible)  
27 réponses



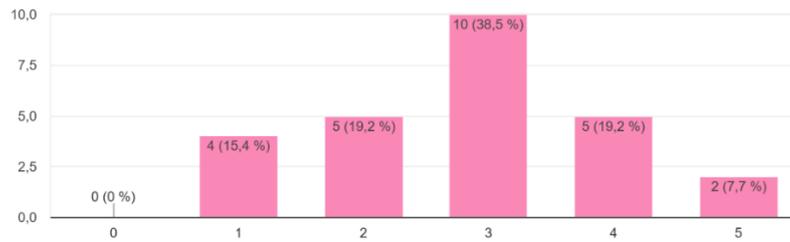
Graphique en barre 23-« EQ-5D-5L » Auto-évaluation de sa santé-Résultat du Gr2

**« Comment qualifieriez votre état d'esprit actuel face à la maladie? »**



*Graphique en barre 24- Etat d'esprit face à la maladie-Résultat du Gr1*

26 réponses



*Graphique en barre 25- Etat d'esprit face à la maladie-Résultat du Gr2*

<b>Surname:</b> COROLLER <b>Name:</b> Marine
<b>TITRE :</b> Impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des femmes opérées par chirurgie mammaire conservatrice, durant l'année suivant la fin des traitements.
<b>INTRODUCTION:</b> Breast cancer is the deadliest, but also the most common cancer for women. From literature, we know that women quality of life after a breast-conservative surgery is greatly altered, during the year that follows the end of treatments. However, the impact of physiotherapy during this period is not really well-defined. <b>PURPOSE:</b> The main purpose of this study is to highlight the impact of physiotherapy on these patients quality of life after breast-conservative surgery within one year from the end of treatments. <b>METHODS</b> A self-administered questionnaire was created using the "Google form" application. It was distributed to French women who went through breast-conservative surgery and whose treatments had been completed less than a year prior. The questionnaire was diffused online through social networks but also thanks to a QR code on leaflets available in waiting rooms of the physiotherapists or doctors. <b>RESULTS:</b> 68 women received physiotherapy and 27 did not. The results demonstrated that physiotherapy had truly positive impact on the quality of life on physical sequelae (83.9%), pain (67,7%), autonomy (64.3%) and mental health (67.6%). Among all the actors who could contribute to improve their quality of life, the physiotherapist was the one who had the highest percentages in all these areas. <b>DISCUSSION AND CONCLUSION:</b> The results indicate us that physiotherapy has a very positive impact on these women quality of life. They also indicate that the physiotherapist is a key-actor in the improvement of the quality of life and in his absence no other actor can substitute him. We hope that these results can contribute to a better understanding of the profession by the medical profession
<b>INTRODUCTION :</b> Le cancer du sein est le plus meurtrier, mais aussi le plus fréquent chez la femme. D'après la littérature, nous savons que la qualité de vie des femmes après une chirurgie mammaire conservatrice est fortement altérée pendant l'année qui suit la fin des traitements. En revanche, l'impact de la kinésithérapie pendant cette période est peu connu. <b>OBJECTIF :</b> L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence l'impact de la kinésithérapie sur la qualité de vie des patientes ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice, durant l'année suivant la fin de leurs traitements. <b>MÉTHODE:</b> Un questionnaire auto-administré a été créé à l'aide de l'application "Google form". Il a été distribué à des femmes françaises ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice et dont les traitements étaient terminés depuis moins d'un an. Le questionnaire a été diffusé en ligne via les réseaux sociaux mais aussi grâce à des flyers avec QR code disponibles dans les salles d'attente des kinésithérapeutes ou des médecins. <b>RESULTATS :</b> 68 femmes ont reçu de la kinésithérapie et 27 n'en ont pas reçu. Les résultats ont démontré que la kinésithérapie a eu un impact réellement positif sur la qualité de vie, au niveau des séquelles physiques (83,9%), de la douleur (67,7%), de l'autonomie (64,3%) et de la santé mentale (67,6%). Parmi tous les acteurs susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie, le kinésithérapeute est celui qui obtient les pourcentages les plus élevés dans tous ces domaines. <b>DISCUSSION ET CONCLUSION:</b> Les résultats nous indiquent que la kinésithérapie a un impact très positif sur la qualité de vie de ces femmes. Ils indiquent également que le kinésithérapeute est un acteur clé dans l'amélioration de la qualité de vie et qu'en son absence, aucun autre acteur ne peut le substituer. Nous espérons que ces résultats pourront contribuer à une meilleure connaissance de la profession auprès du corps médical.
<b>Keywords :</b> breast cancer, conservative surgery, quality of life
<b>Mots-clés :</b> cancer du sein, chirurgie conservatrice, qualité de vie
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE 22 avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest CEDEX 3 TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – ANNEE 2023