



HAL
open science

Connaissances des oncologues et chirurgiens du sein brestois sur la pratique masso-kinésithérapique et la prescription

Mary Ragobert

► **To cite this version:**

Mary Ragobert. Connaissances des oncologues et chirurgiens du sein brestois sur la pratique masso-kinésithérapique et la prescription. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04278519

HAL Id: dumas-04278519

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04278519>

Submitted on 8 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.



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Connaissances des oncologues et
chirurgiens du sein brestois sur la
pratique masso-kinésithérapique et
la prescription**

RAGOBERT Mary

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

Promotion 2019-2023

Session « Juin 2023 »

REMERCIEMENTS

Je remercie ma directrice de mémoire, Madame Lauriane COUM-MENSLER, pour son expertise dans le domaine de cancérologie, ses conseils et le temps accordé.

Je remercie également mon formateur référent de l'IFMK, Monsieur Ronan LESTIDEAU, pour sa patience et ses conseils avisés.

Je tiens à remercier les professionnels qui ont accepté de participer aux entretiens de recherche menés au cours de ce mémoire.

Je remercie également les masseur-kinésithérapeutes qui m'ont accueillie lors de mon clinicat en cabinet libéral et notamment Madame Maryline PENN qui m'a permis d'avoir une idée concrète de la prise en charge masso-kinésithérapique des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Je remercie également ma famille et plus particulièrement ma maman qui m'a toujours soutenue et encouragée pendant toutes mes études malgré les doutes.

Enfin, je remercie mes amis de m'avoir encouragée et soutenue lors de l'écriture de ce projet et des grandes échéances des études.

I. Table des matières

I.	Situation d'appel	7
II.	Cadre conceptuel	8
II.1.	Le cancer du sein	8
II.1.1.	Epidémiologie	8
II.1.2.	Anatomopathologie et classification	8
II.1.3.	Facteurs de risque	11
II.1.4.	Dépistage, diagnostic et évaluation du degré	12
II.1.5.	Traitements	13
II.2.	La prise en charge masso-kinésithérapique du cancer du sein	16
II.2.1.	La prise en charge post-opératoire	16
II.2.2.	La prise en charge en cours de traitements.....	21
II.2.3.	La prise en charge en phase de rémission	22
II.2.4.	La prise en charge après chirurgie réparatrice ou de reconstruction	23
II.3.	L'encadrement de la pratique de la masso-kinésithérapie	26
II.3.1.	La prescription médicale.....	26
II.3.2.	La cotation des actes.....	27
III.	Problématique et hypothèses de recherche	29
IV.	Méthode de recherche	31
IV.1.	Type d'étude	31
IV.1.1.	Justification du choix de l'entretien.....	31
IV.1.2.	La détermination du cadre de l'entretien	31
IV.2.	Détermination de la population	32
IV.2.1.	Choix de la population	32
IV.2.2.	Critères d'inclusion des participants.....	32
IV.2.3.	Le mode de recrutement des participants.....	32
IV.3.	Guide d'entretien	33
IV.3.1.	La construction du guide d'entretien	33
IV.3.2.	Les différents thèmes abordés	34

IV.4.	La méthodologie d'analyse.....	34
V.	Résultats.....	36
V.1.	Trois mots qui représentent l'intérêt de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge du cancer du sein pour la population.	36
V.2.	Intérêt de la masso-kinésithérapie dans les différentes phases du traitement médical	36
V.2.1.	Avant la chirurgie	36
V.2.2.	Après la chirurgie	37
V.2.3.	Le plus tôt possible	37
V.2.4.	A toutes les phases	38
V.2.5.	Conclusion de la partie	38
V.3.	Les effets secondaires traités par les masseurs-kinésithérapeutes ?	38
V.3.1.	Les troubles lymphatiques.....	38
V.3.2.	Les raideurs articulaires.....	39
V.3.3.	L'aspect psychologique	39
V.3.4.	La cicatrice	40
V.3.5.	Les adhérences tissulaires	40
V.3.6.	La douleur	40
V.3.7.	Certains troubles peu décrits.....	40
V.3.8.	Conclusion de la partie	41
V.4.	Les techniques utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes	41
V.5.	La part des oncologues et chirurgiens brestois spécialisés en sénologie informés sur la pratique masso-kinésithérapique.....	43
V.6.	Ressenti personnel des interrogés quant à leurs connaissances.....	44
V.7.	Les freins à l'information	45
V.8.	Consignes et/ou conseils post-opératoires ou post-radiothérapie	45
V.8.1.	Utiliser le bras	45
V.8.2.	Les automassages.....	46
V.8.3.	La prévention du lymphœdème.....	46
V.9.	La prescription, à quel moment ?.....	47

V.10.	Les leviers de motivation à la prescription	47
V.11.	Les freins à la prescription	48
V.12.	Le contenu de la prescription	49
VI.	Discussion	51
VI.1.	Confrontation des hypothèses de recherches aux résultats de l'étude	51
VI.1.1.	Habitudes de prescription des oncologues et chirurgiens brestois	51
VI.1.2.	Connaissance des oncologues et chirurgiens brestois sur l'activité des masseurs-kinésithérapeutes	52
VI.1.3.	Méfiance des oncologues et chirurgiens brestois envers l'activité des masseurs-kinésithérapeutes	56
VI.2.	Les biais de l'étude.....	56
VI.3.	Projections futures.....	57
VII.	Conclusion	58
	Références.....	59
	Annexes	63

Liste des abréviations

DIEP : Deep Inferior Epigastric Perforator

Dr. : Docteur

MIRMK : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Masso-Kinésithérapie

MK : Masso-kinésithérapie

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

RKS : Réseau des Kinésithérapeutes du Sein

Index des figures

Figure 1 : Anatomie du sein

Figure 2 : Classification des cancers du sein

Figure 3 : Stratégies des thérapies ciblées et de l'immunothérapie

Figure 4 : Thromboses lymphatiques superficielles

Index des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Tableau 2 : Trois mots qui représentent la MK pour la population interrogée

Tableau 3 : A quelles phases du traitement médical

Tableau 4 : Les effets secondaires traités

Tableau 5 : Les techniques et outils utilisés

Tableau 6 : La population pense-t-elle que leurs confrères sont informés ?

Tableau 7 : Ressenti personnel des interrogés sur leurs connaissances

Tableau 8 : Les frein à l'information

Tableau 9 : Les conseils post-opératoires

Tableau 10 : Habitudes de prescription des participants

Tableau 11 : Les leviers de motivation à la prescription

Tableau 12 : Les freins à la prescription

Tableaux 13 : Le contenu de la prescription

I. Situation d'appel

Lors du Congrès International Francophone pour les Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie (CIFEPK) 2022, j'ai eu l'occasion d'assister à la conférence de Mme Le Guével-Dausse, masseur-kinésithérapeute diplômée d'Etat spécialisée dans le cancer du sein et à l'origine de l'unique D.U. de spécialisation en sénologie français. Cette conférence portait sur la prise en charge masso-kinésithérapique des femmes atteintes d'un cancer du sein. J'y ai appris énormément sur cette prise en charge et notamment qu'elle est possible et généralement conseillée lors de la totalité du parcours de soin de la patiente atteinte d'un cancer du sein.

La pratique de la masso-kinésithérapie est soumise à la prescription. Dans sa conférence, Mme Le Guével-Dausse soulignait le fait que les médecins prescrivent souvent de manière non adaptée les séances de masso-kinésithérapie après cancer du sein.

Mon questionnement s'est alors porté sur les raisons de ce défaut dans la pratique de la prescription chez les médecins. Sont-ils mal informés sur les aspects de la rééducation après cancer du sein ? Sont-ils méfiant envers cette rééducation ? Ou bien sont-ils mal informés sur les informations à inscrire sur la prescription ?

Dans ce travail de recherche, seront tout d'abord établi les connaissances scientifiquement admises sur le cancer du sein et sa prise en charge masso-kinésithérapique. À la suite de la mise en place de ce cadre conceptuel, une problématique de recherches et ses hypothèses seront posées. Une méthodologie de recherche sera ensuite décrite. Puis les résultats de recherche seront exposés et analysée afin d'en discuter. Pour terminer, de nouvelles pistes de recherches ainsi qu'une synthèse mettront fin à ce travail.

II. Cadre conceptuel

Le cancer est une maladie causée par le regroupement de cellules proliférant rapidement et de manière excessive jusqu'à la formation d'une masse, la tumeur. Une tumeur maligne se différencie d'une tumeur bénigne par sa taille, sa forme, ses contours et sa fonction indifférenciée. Aides de prolifération, les cellules de la tumeur maligne envahissent les tissus voisins et peuvent atteindre un ou plusieurs autres organes pour y former une autre masse que l'on appellera métastase. (1,2)

II.1. Le cancer du sein

II.1.1. Epidémiologie

Le cancer du sein est un problème de santé publique. En effet, il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme et la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Il devance le cancer colorectal et le cancer du poumon. (3)

Depuis les années 1990, l'incidence du cancer du sein chez la femme augmente de 1,1% par an alors que le taux de mortalité diminue d'environ 1,3% par an en France. En 2018, on retrouve alors 99,9 nouveaux cas pour 100 000 femmes et 14,0 décès par cancer du sein pour 100 000 femmes. Cette augmentation de nouveaux cas peut être attribuée au programme de dépistage du cancer du sein généralisé en 2004. (3) Cependant, le taux de survie à 5 ans a également augmenté, atteignant en 2015 les 89%. (4)

II.1.2. Anatomopathologie et classification

Le cancer du sein touche la région mammaire de la femme, principalement, mais également de l'homme. On peut discerner deux types principaux : les carcinomes in situ et les carcinomes infiltrants. (5)

Le **carcinome in situ** peut être canalaire ou lobulaire. Il s'agit d'un carcinome canalaire lorsque les cellules tumorales se trouvent à l'intérieur des canaux et on parle de carcinome lobulaire si les cellules tumorales se trouvent dans les lobules (figure 1). Le carcinome in situ est à l'intérieur de l'arbre galactophorique.

Les différents **carcinomes infiltrants** concernent les tumeurs ayant infiltrées la membrane basale. Ils présentent un risque métastatique. Ils sont divisés selon une classification histologique. Du plus fréquent au moins fréquent on retrouve, les

carcinomes de type non spécifique ou canalaire (80% des cas), lobulaire (15% des cas), papillaire, tubuleux, mucineux, et cribriforme.

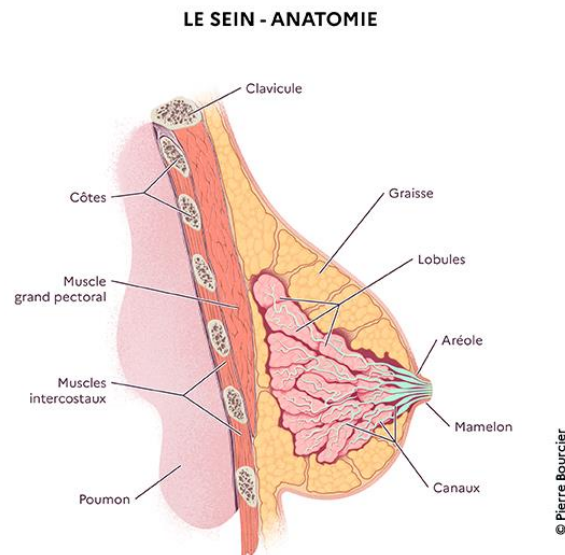


Figure 1 : Anatomie du sein (6)

L'anatomopathologie permet également de déterminer le stade et le grade de la tumeur.

La classification TNM (Tumor, Node, Metastasis) donne le stade de la tumeur. Elle est déterminée par :

- La taille de la tumeur. Elle est classée de T1, inférieure ou égale à un centimètre, à T4, supérieure à sept centimètres.
- L'envahissement des ganglions. Il est classé de N0, absence de métastase ganglionnaire régionale, à N3, envahissement ganglionnaire multiple.
- La présence de métastases. Elle est classée de M0, absence de métastase à distance, à M1c, multiples métastases dans un ou plusieurs organes.

Ces données sont regroupées afin de définir le stade de la tumeur entre le stade I et le stade IV. Cette classification permet d'évaluer son étendue et sa propension à métastaser. (7)

La classification d'Elston et Ellis donne le grade de la tumeur. Elle évalue trois facteurs : la différenciation tubuloglandulaire, le pléomorphisme nucléaire et le compte mitotique. Ces facteurs obtiennent chacun un score sur 3 qui sont additionnés pour donner le grade final de la tumeur. Le grade I correspond à un score entre 3 et 5, entre 6 et 7 pour le grade II et entre 8 et 9 pour le grade III. Cette classification permet d'évaluer l'agressivité de la tumeur. (5)

L'examen anatomopathologique permet également de définir la tumeur plus précisément par ses caractéristiques membranaires.

Le cancer du sein est dit hormonodépendant lorsque 10% ou plus des cellules tumorales possèdent un ou plusieurs récepteurs aux hormones sexuelles. Les récepteurs aux hormones sexuelles présents sur la paroi de ces cellules sont, du plus fréquent au plus rare, le récepteur à l'**estrogène** (RE), le récepteur à l'**androgène** (RA) et le récepteur à la **progestérone** (RP).

Dans 10 à 15% des cancers du sein, on note une surexpression des récepteurs membranaires **HER2**. Leur rôle est de favoriser la survie et la prolifération cellulaire. On a donc une majoration de la prolifération des cellules tumorales en lien avec cette surexpression. La découverte de traitements nommés « thérapies ciblées », bloquant ces récepteurs a permis de modifier le pronostic auparavant sombre des cancers du sein HER2 positifs.

Il est également possible d'évaluer le degré de prolifération d'une cellule tumorale par la présence en plus ou moins grande quantité de cellules exprimant la protéine **Ki67**. Ce taux supérieur ou égal à 20% détermine un facteur de mauvais pronostic.

Ces facteurs immunohistochimiques ont permis de classer les cancers du sein en six classes phénotypiques (figure 3) selon leur degré d'expression sur les cellules tumorales.

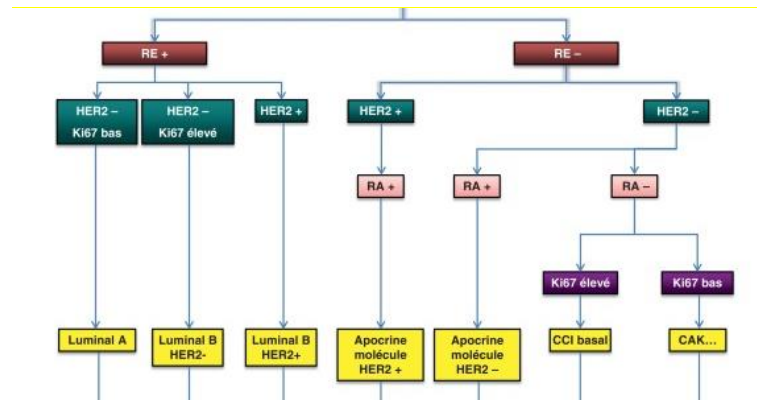


Figure 2 : Classification des cancers du sein (5)

- Le **phénotype luminal A** correspond à un carcinome infiltrant de grade I ou II, non prolifératif, avec surexpression des récepteurs à l'estrogène, à la progestérone.
- Le **phénotype luminal B HER2 négatif** correspond à un carcinome infiltrant de grade II ou III, prolifératif, avec surexpression des récepteurs d'estrogènes et de progestérone.
- Le **phénotype luminal B HER2 positif** correspond à un carcinome infiltrant de grade II ou III avec surexpression des récepteurs d'estrogène et de progestérone et de la protéine HER2.
- Le **phénotype non luminal HER2 positif** (ou **phénotype moléculaire apocrine HER2 positif**) correspond à un carcinome infiltrant de grade II ou III avec surexpression de la protéine HER2 et des récepteurs à l'androgène.
- Le **phénotype moléculaire apocrine HER2 négatif** correspond à un carcinome infiltrant de grade I, II ou III avec surexpression des récepteurs à l'androgène.
- Le **phénotype basal** correspond à un carcinome infiltrant quadruple négatif. Il y a absence d'expression des récepteurs à l'estrogène, la progestérone et à l'androgène ainsi que de la protéine HER2. Il est peu fréquent et apparaît surtout chez les patientes avec des mutations BRCA1.

II.1.3. Facteurs de risque

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Il existe de nombreux facteurs de risque. Cependant, il n'y a pas de lien de causalité entre la présence d'un facteur de risque et le développement d'un cancer du sein. Il convient de faire attention aux facteurs de risque modifiable afin de diminuer le risque relatif de chaque femme de développer un cancer du sein. (8)

Il existe des facteurs de risques démontrés de cancer du sein. Il s'agit des facteurs pour lesquels le risque relatif est supérieur ou égal à 4. (9)

- L'**âge** : 78% des cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes de plus de 50 ans.
- Le **sexe** : Le cancer du sein survient surtout chez les femmes. Moins de 1% des cas sont retrouvés chez l'homme.
- Les **antécédents personnels de cancer du sein** : Le risque de cancer du sein controlatéral augmente s'il y a un antécédent de cancer du sein apparu avant l'âge de 40 ans.
- Les **antécédents familiaux** de cancer invasif.
- Les **prédispositions génétiques** : la présence d'une mutation génétique du BRCA1 ou du BRCA2 augmente le risque de développer un cancer du sein. 5 à 10% des cancer du sein sont liés à une mutation génétique. Cependant, toutes les femmes porteuses de ces mutations ne développent pas de cancer du sein.
- Les antécédents d'**irradiation thoracique** (radiothérapie) à haute dose.
- Les antécédents de **lésion mammaire avec atypie**.

D'autres facteurs de risque semblent avoir un impact dans le développement du cancer du sein mais sont encore discutés, tels que la densité mammaire, les antécédents de traitement hormonal substitutif à la ménopause, le travail de nuit et les horaires décalés, le mode alimentaire ou encore un mode de vie sédentaire. (9)

II.1.4. Dépistage, diagnostic et évaluation du degré

Depuis 2004 en France, le cancer du sein fait l'objet d'un dépistage organisé afin de diminuer la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer l'information et la qualité des soins. Ce dépistage concerne les femmes de 50 à 74 ans, même s'il est recommandé de continuer les examens après 74 ans hors dépistage organisé. Les femmes ayant un risque élevé à très élevé bénéficient d'une surveillance spécifique avec une mammographie annuelle. Le dépistage du cancer du sein est entièrement pris en charge par la sécurité sociale afin d'être accessible à toute la population.

Le programme de dépistage du cancer du sein est organisé de la façon suivante. Un courrier d'invitation personnalisé est adressé à chaque femmes concernées. Ensuite, les femmes le souhaitant réalisent une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé, et ce tous les deux ans. Puis, les clichés sont lus à deux reprises par deux radiologues différents afin de n'oublier aucune anomalie. S'ensuit un

bilan diagnostique par le radiologue si une anomalie est décelée, avant la prise en charge spécialisée. (10)

Ce dépistage organisé permet de conduire à un diagnostic. Ce dernier est réalisé en deux étapes distinctes : l'imagerie et le prélèvement. (5)

L'imagerie permet de faire coïncider les signes cliniques avec les signes radiologiques. Elle est composée d'une mammographie de diagnostic et d'une échographie repérant les caractéristiques visibles de la lésion. Dans certains cas, une IRM (imagerie par résonance magnétique) peut être réalisée pour guider la biopsie et localiser d'éventuelles métastases. (11)

Le prélèvement par biopsie est réalisé afin de déterminer l'anatomopathologie de la lésion afin, ensuite, de mettre en place un projet de traitement. La biopsie est guidée sous échographie, stéréotaxie ou IRM. Il existe plusieurs techniques de prélèvement comme la ponction cellulaire, la microbiopsie ou la macrobiopsie. (5)

II.1.5. Traitements

Pour traiter un cancer, l'équipe médicale utilise de nombreuses méthodes complémentaires afin d'obtenir une guérison ou un contrôle de la tumeur. Le choix du traitement varie en fonction du type, des caractéristiques et du degré d'invasion du cancer, de la présence ou non de métastases et de l'état général de la patiente.

Les différents traitements sont la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et l'hormonothérapie.

La chirurgie :

Il s'agit généralement de la première étape du traitement. Elle peut être conservatrice ou radicale.

Les chirurgies conservatrices ont pour principe de retirer uniquement la tumeur (tumorectomie) ou une partie de l'organe (*zonectomie* ou *quadrantectomie*). Elle est indiquée dans le cas de tumeurs isolées et de petites tailles.

La chirurgie radicale du sein, de son autre nom mastectomie ou mammectomie, est définie par l'ablation totale de la glande mammaire.

Dans le cadre de la chirurgie curative, le chirurgien pratique souvent curage ganglionnaire de la zone axillaire même si la technique du ganglion sentinelle a tendance à diminuer le taux de curages réalisés. Cette dernière permet de retirer les premiers ganglions de la chaîne lymphatique afin de les analyser et de préserver le reste de la chaîne si ceux-ci ne présentent pas de cellules tumorales. (12,13)

La chimiothérapie :

La chimiothérapie a pour objectif de provoquer la mort cellulaire des cellules tumorales par inhibition de leur synthèse ou en induisant des lésions irréversibles de l'ADN. Ce traitement est aspécifique, il agit sur toutes cellules à croissance rapide. Il agit donc sur les cellules tumorales mais également sur certaines cellules saines à renouvellement rapide, entraînant de nombreux effets indésirables (cellules digestives, hématologiques...). Ce traitement peut être injecté en intra-veineuse ou ingéré per os.

La chimiothérapie peut être néoadjuvante, afin de réduire la taille de la tumeur en vue d'une chirurgie curative ou bien adjuvante en complément de la chirurgie. (12)

La radiothérapie :

Elle consiste à exposer les cellules à un rayonnement ionisant délivrés par des accélérateurs sur une zone définie. Seules les cellules en division sont radiosensibles. Or, les cellules tumorales ont une capacité de division cellulaire très rapide, ce qui explique qu'elles puissent être altérées par les radiations.

La dose administrée est exprimée en Gray (Gy). Elle est fixée au début de la prise en charge par ce traitement et divisée en plusieurs fractions ou séances. Cette dose est généralement fixée aux alentours de 45-50 Gy divisée en 25 fractions. Il est possible de délivrer une dose complémentaire, ou « boost », à l'endroit de la tumeur dans le cas d'une chirurgie conservatrice. (14)

Les thérapies ciblées :

Plus récemment les thérapies ciblées ont vu le jour. Contrairement à la chimiothérapie, les thérapies ciblées sont, comme leur nom l'indique, spécifiques aux caractéristiques de la cellule tumorale.

Elles agissent sur des récepteurs membranaires de croissance, des antigènes de surface ou de kinases intracellulaires. L'exemple typique dans le cadre du cancer du sein est l'inhibiteur HER2, qui se fixe sur les récepteurs membranaires de croissance HER2 inhibant la croissance, la division et la différenciation cellulaire.

Les thérapies ciblées peuvent également agir sur l'environnement de la tumeur et notamment sur les facteurs de croissance des vaisseaux sanguins. En se liant au facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF), les thérapies ciblées inhibent l'angiogenèse et donc la croissance des cellules tumorales, très consommatrices d'oxygène. (15)

L'immunothérapie :

Sur les cellules tumorales, les lymphocytes T, permettant la destruction des cellules anormales, sont inhibés par des antigènes propres à la cellule tumorale. L'immunothérapie permet de reconnaître et inhiber ces antigènes afin d'activer les lymphocytes T. Ainsi activés, ils prolifèrent et s'infiltrent dans la cellule tumorale permettant sa destruction. (15)

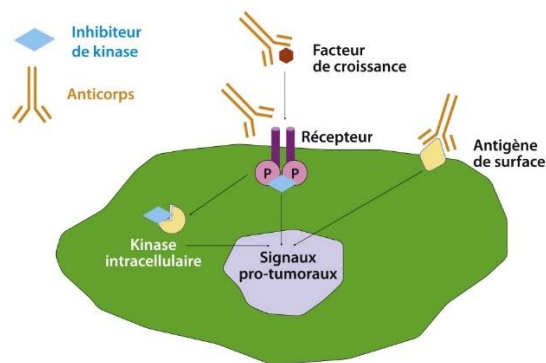


Figure 3 : Stratégies des thérapies ciblées et de l'immunothérapie (15)

L'hormonothérapie :

L'hormonothérapie a pour objectif principal de réduire le risque de récurrence tardive des cancers du sein hormono-dépendants et donc d'augmenter la survie à long terme des patients. Il s'agit généralement d'un traitement de longue durée allant de 5 à 10 ans. Les tumeurs hormono-dépendantes possèdent, sur leur membrane, des récepteurs à l'œstrogène et/ou à la progestérone. Les différents types de traitement de l'hormonothérapie sont : les anti-œstrogènes, les anti-aromatases et les agonistes LH-RH. (16,17)

Les **anti-œstrogènes**, comme leur nom l'indique se fixe sur les récepteurs des œstrogènes des cellules tumorales et ainsi bloque l'action des œstrogènes endogènes. Ce traitement est généralement prescrit pour des femmes non ménopausées. (17,18)

Les enzymes aromatase synthétisent des œstrogènes à partir de l'androgène. Les **anti-aromatase**, ou inhibiteurs d'aromatase, vont bloquer l'enzyme aromatase l'empêchant ainsi de jouer son rôle dans la synthèse d'œstrogène. Ce traitement

est généralement prescrit pour des femmes ménopausées dont la production d'œstrogène par la voie classique à diminuée. (17,18)

Les **agonistes LH-RH** se fixent sur les récepteurs hypothalamiques empêchant la régulation des hormones gonadique et donc l'interruption de la synthétisation d'estrogène. Ce traitement est généralement prescrit pour des femmes non ménopausées. (18,19)

Par leur action et les conséquences qu'elles entraînent, les effets indésirables sont nombreux. (16,17,19)

Tous ces traitements entraînent de nombreux effets indésirables aux court et long termes tels que la fatigue, la douleur, des œdèmes périphériques, des nausées et vomissements, des troubles digestifs, des troubles cutanés (radiodermite, érythème, desquamation) et l'ostéoporose. De ce fait, une réunion de concertation pluridisciplinaire obligatoire pour le choix du traitement a été mise en place. (12)

II.2. La prise en charge masso-kinésithérapique du cancer du sein

La rééducation intervient à toutes les étapes du parcours de soin et même à distance des traitements. Les séances doivent être individuelles, personnalisées et adaptées à la patiente. (20) L'objectif de la masso-kinésithérapie est de diminuer et/ou éliminer les complications et séquelles des traitements médicamenteux.

II.2.1. La prise en charge post-opératoire

Les complications lymphatiques immédiates :

- Le lymphocèle :

Le lymphocèle est défini comme un épanchement lymphatique localisé Cet épanchement est le résultat de la collection des nœuds lymphatiques au cours de l'intervention. Il vient se loger dans l'espace de dissection chirurgical afin de le combler. Sa localisation dépend donc de l'acte opératoire : il peut se trouver au niveau du creux axillaire, du sein, de la paroi thoracique ou au niveau dorsal. Sa présence semble moins fréquente lorsque le chirurgien pratique la technique du ganglion sentinelle. (21,22)

L'augmentation du volume crée une poche liquidienne par distension de la peau. Le lymphocèle peut devenir douloureux par l'augmentation de la pression sur les structures avoisinantes. (22)

La rééducation des lymphocèles consiste à drainer celui-ci vers les nœuds sous-claviculaires, les nœuds axillaires étant engorgés, par des techniques de drainage lymphatique manuel (DLM). La mise en place d'un bandage de compression permet de garder les bénéfices du DLM et d'éviter l'écoulement de lymphes supplémentaires. La poche liquidienne peut se fibroser à moyen terme. La kinésithérapie par des méthodes de mobilisations des différents plans sous-cutanés peut prévenir la formation de ce tissu anarchique ou à défaut redonner de la souplesse à la zone fibrosée. (22)

- La lymphorrhée ou lymphorragie :

Les lymphorrhées sont des écoulements de lymphes en dehors du corps. Elles proviennent, généralement, d'un lymphocèle préexistant. Le traitement consiste en la compression au niveau de la brèche, le temps de la cicatrisation. Il convient également de surveiller le risque infectieux. (22)

- La thrombose lymphatique superficielle :

La thrombose lymphatique superficielle, ou corde axillaire, est définie comme la formation d'un caillot et d'une fibrose dans les vaisseaux lymphatiques après une chirurgie du creux axillaire. Cette thrombose entraîne un durcissement des vaisseaux lymphatiques sous-cutanés, laissant apparaître, à l'œil nu ou à la palpation, des cordes fibreuses au niveau du creux axillaire homolatéral à la chirurgie, de la face antérieure du bras et du tronc. Celle-ci convergent généralement vers la face interne du bras (cf. Figure 4). Généralement, cette complication survient dans les 8 premières semaines après la chirurgie axillaire. Elles peuvent disparaître spontanément mais il arrive qu'elles persistent sur une longue durée. (23,24)

Ces cordes axillaires sont douloureuses et avec la formation d'adhérences aux tissus alentours, elles entraînent une réduction de l'amplitude de l'épaule en flexion et abduction. (23,25)

La rééducation a pour objectif de diminuer les limitations d'amplitude de l'épaule et la douleur. Il est possible d'utiliser des techniques de drainage, de mobilisation des tissus mous par massage des adhérences, des étirements en abduction de l'épaule ainsi que des exercices contre résistance. L'utilisation combinée de ces différentes techniques semble être la plus efficace dans le traitement conservateur des cordes axillaires. (23,24,26)

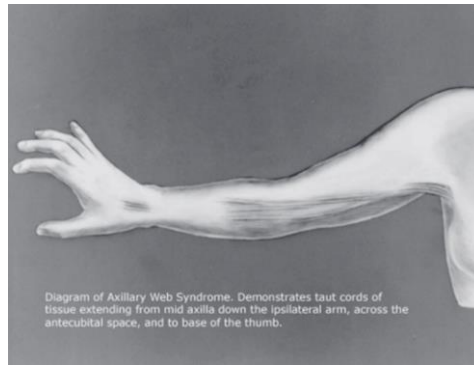


Figure 4 : Thromboses lymphatiques superficielles (24)

La cicatrice :

Les différentes chirurgies du sein, curatives ou de reconstruction, laisse place à des cicatrices plus ou moins grandes sur la région mammaire et/ou sur les régions dorsales et abdominales. La plupart des cicatrices régressent naturellement vers les caractéristiques initiales de la peau. Cependant, pour certaines cicatrices, cette régression spontanée n'a pas lieu. La cicatrisation est alors dite anormale ou pathologique.

La prise en charge masso-kinésithérapique des cicatrices intervient dans plusieurs complications telles que les cicatrices fibrosées, rétractiles, hypertrophiques et adhérentes. Les techniques et outils utilisés dépendent de la typologie de la cicatrice.

La cicatrice fibrosée entraîne une raideur non fonctionnelle due à un excès de collagène et une contraction excessive du myofibroblaste. De ce fait, le pétrissage et les étirements orthodermiques de Morice semblent être les techniques de rééducation les plus appropriées.

De son côté, une cicatrice rétractile peut apparaitre lorsque la cicatrice n'est pas parallèle aux lignes de Langer. Elles subissent des contraintes en excès ce qui induit une production en excès de collagène par les fibroblastes et une contraction excessive du myofibroblaste. Les techniques utilisées seront les étirements manuels ainsi que les étirements en automassage à partir de J15 et les mobilisations douces dans l'amplitude.

Les cicatrices hypertrophiques sont différenciables par leur aspect inflammatoire et en relief. Elles sont dues à une vascularisation excessive en fin de cicatrisation empêchant l'apoptose des fibroblaste et myofibroblastes. Le traitement est basé sur la compression manuelle ou par un pansement siliconé pour interrompre le flux sanguin autour de la cicatrice. Il semble également évident que la vacuothérapie, le pétrissage et le palper-rouler ne sont pas indiqués par rapport à leur effet hyperémiant.

Enfin, les cicatrices adhérentes diminuent la mobilité inter-tissus de la peau. Le masseur-kinésithérapeute utilise des techniques de massage manuel visant à mobiliser les tissus cutanés les uns par rapport aux autres, la vacuothérapie semble également être intéressante. (27)

Les limitations articulaires :

La phase post-opératoire laisse apparaître des dysfonctions de l'épaule, liées à l'abord chirurgical et/ou à une sous-utilisation à postériori du membre supérieur par peur du mouvement. Les limitations d'amplitudes peuvent être dues à des contractures, des rétractions musculaires, des brides, la cicatrice, une capsulite rétractile, un décentrage de l'articulation gléno-humérale. Les causes étant multiples, le premier rôle du masseur-kinésithérapeute est d'identifier la ou les causes de la raideur articulaire.

La rééducation post-opératoire immédiate est préventive sur les éléments déjà abordés ci-dessus, tels que le lymphocèle, les cicatrices pathologiques et les thromboses lymphatiques superficielles pouvant limiter les mouvements de l'épaule.

Les moyens utilisés sont multiples, il est possible de citer de manière non exhaustive : l'éducation thérapeutique, le protocole Concept Global d'Epaule (CGE), le renforcement musculaire, le travail des tâches complexes, de la coordination et de la chaîne fermée. (28)

Les effets de la rééducation sur la dysfonction de l'épaule dans un contexte de cancer du sein sont bénéfiques autant sur des critères physiques que psychologiques. (29)

La douleur :

Après l'opération chirurgicale, certaines femmes sont susceptibles de ressentir des douleurs neuropathiques liées à la lésion du nerf inter-costo-brachial, nommés syndromes douloureux post-mastectomie. Les douleurs neuropathiques sont prises en charge en masso-kinésithérapie par des exercices aérobie d'intensité modérée et du renforcement musculaire. (28,30)

Les douleurs ressenties peuvent, également, être dues aux thromboses lymphatiques superficielles, au lymphocèle, à la cicatrice, aux limitations articulaires dont la rééducation a été vue précédemment. De ce fait, le bilan diagnostique kinésithérapique est essentiel pour comprendre l'origine de la douleur. (23)

La posture de protection :

Les traitements du cancer du sein et notamment la chirurgie engendrent des modifications négatives de la posture chez les femmes atteintes de cette affection. (31) Schématiquement, la posture observée se compose d'une hypercyphose thoracique, d'une latéralisation de la tête et d'une élévation de l'épaule avec une position asymétrique des scapulas, d'une latéralisation du tronc du côté opéré due à la perte de masse et donc à une différente répartition du poids du corps. (32)

Ces changements augmentent la douleur post-opératoire ainsi que le déséquilibre musculaire entre le côté opéré et non opéré et entre les faces antérieure et postérieure. (32)

Il a été démontré qu'une rééducation précoce, voire préopératoire, permet de diminuer les conséquences posturales de la chirurgie. Les moyens utilisés peuvent être des exercices permettant l'alignement du tronc et le contrôle postural. Selon Mangone et al., la rééducation de la posture devrait également se baser sur la réadaptation des habitudes de posture. (33)

De plus, le port d'une prothèse externe pourrait permettre de résoudre les problèmes musculaires et de déséquilibre de la posture et améliorer l'image de soi des femmes après une mastectomie totale. (32)

La perte de **force et d'endurance** :

On observe une perte de force du membre supérieur homolatéral consécutive à la chirurgie en lien avec l'abord chirurgical et la sous-utilisation du membre supérieur homolatéral en post-opératoire. (28)

Le traitement consiste à proposer un renforcement global adapté à la condition physique de la patiente. L'utilisation de chaînes cinétiques permet une meilleure réintégration du schéma fonctionnel du membre supérieur. Ainsi, le masseur-kinésithérapeute favorisera le travail en coordination, en chaîne cinétique et des tâches complexes plutôt que le travail analytique. (28)

L'**image corporelle** :

L'image corporelle correspond à l'image mentale consciente et/ou inconsciente qu'une personne se fait de son corps. Cette image peut être altérée lorsque le corps actuel perçu entre en contradiction avec l'image mentale du corps idéal. (34)

Lors de la mastectomie partielle ou totale, la femme subit une amputation du sein pathologique. Or le sein est un symbole de féminité, de sexualité et de maternité. Cette épreuve peut donc être vécue comme la perte de l'identité de « femme » et un effondrement de l'image corporelle. Il devra s'en suivre un processus de deuil au cours duquel, la patiente acceptera ses nouvelles formes et sensations. (35)

L'écoute constitue une part importante de la prise en charge d'une patiente avec une altération de l'image corporelle. Il est important de lui laisser l'occasion de verbaliser son trouble. L'objectif principal est de permettre à la patiente de se réapproprier son corps. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées telles que le toucher, la visualisation, les thérapies cognitivo-comportementales, l'activité physique et/ou la balnéothérapie. (34,36,37)

II.2.2. La prise en charge en cours de traitements

Pendant la chimiothérapie :

Les différentes chimiothérapies induisent de nombreux effets indésirables. Le plus important est la fatigue. En effet, la chimiothérapie provoque une anémie par destruction des globules rouges sanguins et une fonte musculaire tout deux responsables d'une augmentation de la fatigue. La chimiothérapie provoque également des douleurs articulaires et musculaires importantes ainsi qu'une prise de masse grasseuse. (20)

Les objectifs de la rééducation sont donc de limiter la fonte musculaire et la prise de masse grasseuse, de lutter contre la douleur, la fatigue et la chute des fonctions cognitives. Pour atteindre ces objectifs, la rééducation propose une réadaptation physique avec un retour progressif vers l'activité physique adaptée. En effet, l'activité physique a un effet bénéfique sur la fonction physique, l'état cardio-respiratoire, la fatigue et l'anxiété, ce qui augmente la qualité de vie globale de ces patientes. (20,38–40) De plus l'activité physique pourrait améliorer les fonctions cognitives, telle que la mémoire, altérées par les traitements de chimiothérapie. (41)

Pendant la radiothérapie :

La radiothérapie nécessite à la patiente de pouvoir placer son bras en flexion et abduction d'épaule de sorte que la main soit au-dessus de la tête. Cela demande une amplitude de flexion d'épaule quasiment complète. De ce fait la rééducation des limitations articulaires, vue précédemment, doit pouvoir permettre ce mouvement avant le début de la radiothérapie. (28)

Au cours de la radiothérapie, il est important de veiller à ce qu'aucun corps gras et alcools ne soit appliquée sur la zone irradiée. Les massages de la zone sont également proscrits. La kinésithérapie jouera donc un rôle de conseil pour la patiente, de gestion de la douleur, de limitation des enraidissements par des mobilisations passives et actives et un travail de la posture. (22)

En cours de radiothérapie, l'activité physique adaptée permet d'améliorer la qualité de vie des patients en diminuant l'asthénie, l'anxiété et la dépression, la fatigue liée au traitement et en augmentant les capacités cognitives. (37)

II.2.3. La prise en charge en phase de rémission

Pendant l'hormonothérapie :

L'hormonothérapie impose de nombreux effets secondaires tels que l'ostéoporose, les bouffées de chaleur, les douleurs articulaires et musculaires, la fatigue, l'augmentation de la masse grasse et la diminution de la masse musculaire. Ces effets secondaires diminuent la qualité de vie de la patiente et augmentent le risque d'arrêt du traitement.

La rééducation de ces effets secondaires est basée sur la mise en place d'une activité physique adaptée. Pour que celle-ci soit efficace, elle doit être réalisée sur le long terme, il est alors essentiel de déterminer les freins à la pratique pour les écarter mais aussi les motivations et les envies de la patiente en termes d'activité.

L'activité physique permet de maintenir ou améliorer le taux de masse musculaire. Une activité aérobie permet de diminuer la fatigue liée à l'hormonothérapie. De plus une prise en charge mêlant exercice en aérobie et renforcement musculaire permet le maintien de la densité osseuse, limitant ainsi l'ostéoporose et les douleurs articulaires induite par les traitements hormonaux. (36,42)

L'effet à retardement de la radiothérapie :

L'effet à retardement de la radiothérapie est aussi bien physique que psychologique. Il existe des effets indésirable aigues tels que les érythèmes du sein, l'hypersensibilité mammaire, le lymphœdème mammaire et la détresse émotionnelle, et des effets indésirables tardifs comme les fibroses mammaires, des signes dermatologiques (xérose) la fatigue, l'augmentation du risque cardio-vasculaire, le lymphœdème du membre supérieur, les limitations de la mobilité d'épaule et la baisse de la qualité de vie. (37)

Au cours de la radiothérapie les patientes sont susceptibles de ressentir des douleurs mammaires et/ou de la paroi de la cage thoracique. Dans l'objectif de réduire ces douleurs, le masso-kinésithérapeute peut utiliser des techniques dérivées des thérapies cognitivo-comportementales telles que, la restructuration cognitive, l'imagerie mentale, la relaxation musculaire ou bien encore la cohérence cardiaque. Il peut également conseiller aux patientes la pratique du Tai Chi Chuan qui permet de diminuer les douleurs à environ 12 semaines de pratique. (37)

Le lymphœdème du sein est une accumulation de liquide lymphatique dans le sein homolatéral. Il peut être liquidien ou fibreux et devenir très douloureux. Le traitement masso-kinésithérapique est constitué du drainage lymphatique manuel en étoile de l'aréole vers la base du sein en contournant le barrage cicatriciel et de la mise en place de mousse à petit plots, contention et/ou K-tape dans le but de drainer la lymphe vers les nœuds lymphatiques encore actifs. Le masseur-kinésithérapeute joue également un rôle dans le conseil lié au port de soutien-gorge adapté qui ne bloquerait la circulation lymphatique. (22)

Le lymphœdème du membre supérieur correspond à l'accumulation de lymphe dans le réseau lymphatique du membre supérieur et ainsi à l'augmentation du volume du membre. Il survient dans 20% des cas et le risque augmente en cas de radiothérapie post-chirurgicale. Cependant, ce risque tend à diminuer depuis l'instauration de la technique du ganglion sentinelle. (43) L'activité physique utilisant le bras homolatéral tend à diminuer le risque de lymphœdème du membre supérieur alors que le drainage lymphatique manuel préventif ne présente pas d'intérêt. (44) Dans le cas où le lymphœdème du membre supérieur se développe, la rééducation est basée sur des mobilités du bras, de l'activité physique et une thérapie décongestive combinée comprenant du drainage lymphatique manuel couplé à la pose de bandes de contention et plus ou moins l'utilisation de K-tape. (45)

Les techniques citées ci-dessus ainsi que la balnéothérapie et la masso-kinésithérapie classique peuvent également avoir des effets bénéfiques sur la détresse émotionnelle, l'érythème du sein (sauf la balnéothérapie), les limitations d'amplitude, la fatigue, le risque cardiovasculaire et la qualité de vie. (37)

II.2.4. La prise en charge après chirurgie réparatrice ou de reconstruction

Ce mémoire s'intéressant à une population en région brestoise, cette partie se concentrera sur les chirurgies de reconstruction utilisées dans la région : la prothèse mammaire, le lambeau du grand dorsal, le lambeau DIEP et le lipomodelage.

En cas de reconstruction par **prothèse** :

Il s'agit de la seule reconstruction non-autologue. L'implant peut être pré- ou rétro-pectoral. (46)

Les conséquences de cette chirurgie sont la douleur et la restriction d'amplitude du membre supérieur homolatéral, l'anarchie du tissu cicatriciel post-opératoire, les coques péri-prothétiques et l'œdème mammaire. Dans le cadre d'une prothèse rétro-pectorale, des répercussions sur le muscle grand pectoral sont retrouvées telles que la mise en tension de l'éventail pectoral qui entraîne une gêne lors des amplitudes extrêmes de l'épaule et des contractures cervico-dorsales. (46,47)

La rééducation combine la mobilisation active du membre supérieur homolatéral et la correction de la posture antalgique posturale. Le massage, la mise en place de k-tape et le drainage lymphatique manuel sont des techniques souvent utilisées mais pour lesquelles il manque d'étude, elles sont donc à utiliser en complément de l'activité du membre supérieur. (46)

En cas de reconstruction par **lambeau du grand dorsal** :

Cette opération consiste à prélever une portion du muscle grand dorsal homolatéral au sein opéré pour former le galbe du sein. Il est parfois associé à un lipomodélage qui permet d'obtenir le volume nécessaire à l'harmonisation bilatérale. Il s'agit d'un lambeau pédiculé, en effet le lambeau est basculé en avant vers le thorax pour recréer le sein sans section du paquet vasculo-nerveux. (48,49)

Le travail post-opératoire précoce de kinésithérapie a pour objectif d'éviter les troubles du décubitus, d'autonomiser la patiente, de conserver la mobilité du membre supérieur homolatéral et de rassurer la patiente quant à l'aspect œdématié du sein. Les techniques utilisées seront les postures et les mobilités passives et actives du membre supérieur dans toutes les directions en restant infradouloureux. Une posture antalgique de l'épaule et du tronc est observée après cette chirurgie. La patiente présente une posture de protection du sein comme précédemment décrite dans la chirurgie curative. La posture de l'épaule est également associée à un enroulement et une inclinaison homolatérale du tronc. (48)

En post-opératoire secondaire, après la sortie de l'hôpital, on observe généralement, un œdème du sein, une sensibilité superficielle perturbée, un lymphocèle en regard de la zone prélevée, des tensions cutanées en raison des difficultés de glissements des différents plans aponévrotiques entre eux, une cicatrice plus ou moins pathologique, une posture antalgique qui entraîne des douleurs musculaires au niveau

du rachis cervical et de la ceinture scapulaire (petit pectoral, grand pectoral, grand dorsal, scalènes, sterno-cléido-mastoïdien, trapèze supérieur) et une perte de force du grand dorsal. Les techniques utilisées peuvent être le drainage pour les complications vasculaires, le massage, les mobilisation active, le travail de la posture, les exercices de respiration pour redonner au nouveau sein des informations sensorielles et de la mobilité, des manœuvres d'étirements cutanés et des pressions pulpaies alternées pour le travail des plans de glissement, le traitement de la cicatrice tel que décrit dans le point II.2.1, le massage, les levées de tension et les mobilisation passives et actives pour les douleurs musculaires ainsi que le renforcement du grand dorsal et de ses muscles synergiques.(48)

En cas de reconstruction par lambeau DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) :

La reconstruction par lambeau DIEP consiste à prélever la peau de la partie sous-ombilicale et les vaisseaux épigastriques inférieurs profonds qui l'alimentent. Il s'agit d'un greffon non pédiculé. (50)

Il s'agit d'une longue intervention et la patiente reste alitée plusieurs jours après l'opération due à l'opération lourde qui entraîne des douleurs importantes au niveau abdominal et thoracique. De plus, il y a généralement de fortes douleurs dans la région abdominale. De ce fait, il est important de réaliser une kinésithérapie respiratoire afin d'éviter les atélectasies et l'encombrement bronchique. Il est également important de rester vigilant quant aux risques de thrombose veineuse superficielle. L'objectif de la kinésithérapie sera de rendre la patiente le plus autonome possible en lui apprenant les auto-postures infradouloureuses en ouverture et en lui apprenant les transferts assis-debout. La correction des postures antalgiques permet à long terme d'éviter les douleurs musculaires secondaires. (46)

A moyen terme, on observe un déficit de force de la paroi abdominal qui peut entraîner un déficit de la balance antéro-postérieure. La rééducation par renforcement musculaire semble la plus indiquée. (46)

Les complications au niveau du site receveur comprennent celles précédemment décrites pour la reconstruction par lambeau du grand dorsal mais également le risque accru de nécrose dû au rejet du greffon car celui-ci est non pédiculé. De plus, dans ce cas-ci, la posture antalgique retrouvée sera plutôt en enroulement vers l'avant avec une rétroversion du bassin. (46,51)

En cas de lipomodelage :

Le lipomodélage peut être utilisé en complément d'une reconstruction par lambeau du grand dorsal ou par lambeau DIEP. Il consiste à greffer du tissu adipeux préalablement prélevé dans un site donneur (région abdominale, région trochantérienne ou face médiale du genou) par lipoaspiration. (48)

Le prélèvement de graisse a pour conséquence des ecchymoses et un œdème post-opératoire, généralement important, au niveau du site donneur. Le kinésithérapeute peut aider à accélérer la résorption de l'œdème par des techniques de drainage manuel, des manœuvres pulpaire en périphérie de la zone concernée et par l'apport d'une contention souple. Cependant, il ne faut pas masser la zone receveuse pendant les six premières semaines post-opératoires, au risque de détruire le tissu graisseux injecté. L'activité physique, en tenant compte de la douleur, est également un moyen de diminution de l'œdème. (22,48)

Les chirurgies reconstructrices, qu'importe le type, entraînent de grand changement physique pouvant entraîner une détresse émotionnelle chez les patientes concernées. Le masseur-kinésithérapeute, membre de l'équipe thérapeutique doit être vigilant quant aux signes de détresse émotionnelle de ses patientes. (46)

II.3. L'encadrement de la pratique de la masso-kinésithérapie

II.3.1. La prescription médicale

La pratique de la masso-kinésithérapie est soumise à la prescription médicale lorsque que celle-ci est pratiquée dans un but thérapeutique selon le code de la santé publique. (52)

La prescription de masso-kinésithérapie répond à un cadre réglementaire. Depuis le 22 février 2000, il ne doit pas figurer d'indication qualitative ou quantitative sur la pratique clinique du thérapeute. De ce fait, le masseur-kinésithérapeute est libre du choix de ses techniques et du nombre de séances nécessaires au rétablissement du patient à la suite de la réalisation du bilan diagnostic kinésithérapique initial. Le nombre de séance est codifiée par la sécurité sociale pour une liste de pathologies ou d'un traumatisme spécifique dont ne fait pas parti le cancer du sein. (53,54)

La prescription médicale doit comporter les éléments suivants : l'identité précise du prescripteur (nom, spécialité, coordonnées, numéro RPPS), la date de consultation, le nom et prénom du patient, la mention « indication de kinésithérapie » (acte et région à traiter), la mention éventuelle d'urgence, la mention éventuelle de réalisation « à domicile », la mention éventuelle de soins quotidiens (avec jours fériés et week-end).

En complément de l'ordonnance, le médecin a la possibilité de fournir une lettre à part dans laquelle il précise le diagnostic, le tableau clinique du patient et les éventuelles contre-indications. Cela permet de garder le secret médical par rapport aux fonctionnaires de la sécurité sociale.

II.3.2. La cotation des actes

La prescription doit également prendre en compte la nomenclature des actes de masso-kinésithérapie pour la mention « indication thérapeutique ». Pour cela, il est possible d'utiliser la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), afin de coller au mieux aux termes de la sécurité sociale et ainsi aider à la reconnaissance du soin, ainsi qu'à son remboursement aux tarifs indiqués par la sécurité sociale. (54)

Ainsi le médecin a le choix entre différentes désignations d'acte pour réaliser sa prescription selon les besoins liés à la patiente.

Dans le cadre des conséquences orthopédiques, liées au traitement, citées précédemment, la NGAP désigne les actes de la façon suivante : « *Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée* » ou bien « *Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres* ». Dans le cadre de la prise en charge d'une femme atteinte d'un cancer du sein, les conséquences orthopédiques concernent généralement le membre homolatéral et le tronc, la deuxième désignation sera donc préférable. (54)

Dans le cadre des conséquences vasculaires, tel que le lymphœdème du membre supérieur, la NGAP propose la désignation suivante : « *Rééducation pour lymphœdème vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdème congénitaux) par drainage manuel pour un membre ou le cou et la face* ». Si le lymphœdème concerne les deux membres l'indication thérapeutique doit l'indiquer pour que le masseur-kinésithérapeute soit remboursé à la juste valeur de ses actes. (54)

Récemment, la sécurité sociale a créé une désignation d'acte spécifique intitulée « *Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer*

du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale la phase intensive du traitement du lymphœdème ». Cette cotation comporte de nombreux inconvénients tels que la réalisation des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandage au cours d'une séance de minimum 60 minutes. (54)

Dans le cadre d'une reconstruction par lambeau DIEP, la patiente peut accéder à une rééducation de la paroi abdominale. Ici, le médecin peut indiquer l'indication thérapeutique suivante s'il ne nécessite pas une prise en charge du membre supérieur conjointement : « *Rééducation abdominale préopératoire ou post-opératoire* ». (54)

De plus, il convient d'ajouter que le travail de la cicatrice n'est pas mentionné dans la grille de la NGAP. Il s'agit donc d'une indication non remboursable bien que les cicatrices pathologiques fassent parti des effets secondaires des chirurgies du sein, favorisant les limitations articulaires comme expliqué ci-dessus. (54)

III. Problématique et hypothèses de recherche

D'après l'enquête VICAN5, étudiant la vie cinq ans après le diagnostic d'un cancer, les personnes atteintes d'un cancer du sein gardent des séquelles importantes et impactant leur qualité de vie. Quelques-unes de ces séquelles peuvent être prise en charge en masso-kinésithérapie, telles que les douleurs les douleurs aux bras, les douleurs articulaires et musculaires et les déficits de mobilités. (55)

Alors, comment pourrais-t-on expliquer que ces femmes gardent des séquelles 5 ans après leur diagnostic de cancer du sein. La pratique de la masso-kinésithérapie étant soumise à la prescription médicale, on cherche à s'intéresser au taux de prescription dans ce champ médical.

Une étude qualitative de ministère de la santé de 2009, rapporte que la part de prescription de masso-kinésithérapie par les médecins gynécologues ne touche que 1,2% du total de prescription. Aucun chiffre n'a été retrouvé pour les médecins oncologues. (56)

Cette étude présente également de manière qualitative une certaine ignorance des médecins quant à la pratique de la masso-kinésithérapie. Cette méconnaissance serait due à une absence de champ de formation au cours de la formation initial. Avec ce manque de connaissances, il se retrouvent souvent perdu face à la manière de prescrire. Cependant, cette étude s'intéresse principalement au comportement des médecins généralistes et rhumatologues. Il serait intéressant de connaître l'état des connaissances des médecins oncologues et chirurgiens gynécologues, principaux médecins naviguant autour de la femme atteinte dans cancer du sein, quant à la pratique de masso-kinésithérapie et d'évaluer les potentielles raison à une certaine ignorance. (56)

La question de recherche est donc la suivante : **Quelles sont les connaissances des oncologues et chirurgiens du sein brestois sur la prise en charge masso-kinésithérapique des femmes atteintes d'un cancer du sein et qu'elles sont leurs habitudes de prescription ?**

Hypothèses de recherche :

Hypothèse principale (HP) : Les oncologues et chirurgiens brestois ne prescrivent pas toujours des séances de masso-kinésithérapie à leurs patientes atteintes d'un cancer du sein.

Hypothèse secondaire 1 (HS1) : Les oncologues et chirurgiens ne savent pas quand et comment prescrire des séances de masso-kinésithérapie pour la rééducation des complications liées aux traitements du cancer du sein.

Hypothèse secondaire 2 (HS2) : Les oncologues et chirurgiens brestois manquent d'information sur l'activité et les possibilités de traitement des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Hypothèses secondaire 3 (HS3) : Les oncologues et chirurgiens brestois sont méfiants envers l'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein

IV. Méthode de recherche

IV.1. Type d'étude

IV.1.1. Justification du choix de l'entretien

L'entretien semi-directif permet de recueillir des informations nombreuses et qualitatives autour d'un sujet, tels que les opinions, les représentations et les croyances des personnes interrogées. (57)

La recherche réalisée ici demande des résultats qualitatifs quant aux connaissances des médecins sur la prise en charge masso-kinésithérapique des femmes atteintes d'un cancer du sein. De ce fait, l'entretien semi directif centré semble être la méthode la plus adaptée à cette problématique.

IV.1.2. La détermination du cadre de l'entretien

Selon Hervé Fenneteau, trois facteurs sont indispensables à la détermination du cadre de l'entretien. Il s'agit du lieu, du moment et des liens contractuels. (57)

Le lieu et le moment

Le lieu de l'entretien choisi est le lieu de travail du professionnel. Cela permet aux participants de garder un certain contrôle sur ce qui va se produire puisqu'ils ne connaissent pas les questions qui vont leur être posées. Le lieu de travail permet également une situation en présentiel qui permet d'analyser le langage non-verbal si besoin. Cependant, en raison du contexte sanitaire actuel, le port du masque était obligatoire au sein des hôpitaux et des cliniques, l'analyse des expressions du visage a donc été complexifiée.

La date et l'heure de l'entretien ont été choisies en concertation avec le professionnel interrogé. Cela permet d'avoir une meilleure adhésion à l'entretien puisque le professionnel ne sera pas pressé par le temps. La durée de l'entretien est estimée entre 20 et 30 minutes.

Les liens contractuels

Les liens contractuels permettent d'établir une relation de confiance afin d'obtenir un échange le plus sincère et spontané possible. Afin d'établir cette relation de confiance, chaque entretien à débiter par un rappel de la recherche effectuée et la signature d'un formulaire de consentement (cf. Annexe I) visant à autoriser l'enregistrement et à respecter l'anonymat de la personne interrogée. (58)

Pour finir, il a été proposé à tous les médecins interrogés de recevoir la version numérique de ce MIRMK une fois celui-ci terminé. Cela donne un contrôle à l'interrogé sur les résultats de recherche, leur garantissant notamment le respect de l'anonymat, ce qui permet de construire une relation de confiance. (58)

IV.2. Détermination de la population

IV.2.1. Choix de la population

Les participants à l'étude sont choisis en fonction de leur spécialité et de leur situation géographique. (58) Le choix de la proximité a été réalisé pour faciliter le déroulement des entretiens dans le temps imparti pour déposer le MIRMK. Le territoire choisi pour l'étude est la ville de Brest. La taille du territoire a été définie en fonction du nombre d'entretien envisagé. Cela permet également d'obtenir un résultat plus significatif par rapport à la population globale du territoire choisi.

Le recensement des oncologues spécialisés en sénologie et des chirurgiens gynécologiques spécialisés dans la chirurgie du sein dans le cadre du cancer du sein a été réalisé en collaboration avec Madame Lauriane COUM-MENSLER, MKDE, directrice de ce mémoire et membre du Réseau des Kinés du Sein (RKS).

IV.2.2. Critères d'inclusion des participants

Pour être inclus dans cette étude les participant devait être titulaire d'un doctorat en oncologie ou en chirurgie gynécologique et avoir une patientèle atteinte d'un cancer du sein. D'autres critères ont permis de créer une hétérogénéité de l'échantillon et donc une diversité des profils (cf. Tableau 1) :

- L'année d'obtention du diplôme
- Le lieu d'exercice
- La spécialité (5 oncologues, 5 chirurgiens)

IV.2.3. Le mode de recrutement des participants

Pour les participants dont le lieu d'exercice est le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest, l'adresse électronique a été déterminé grâce au prénom et au nom de

chaque participant. Les participants des autres établissements ont été contacté de manière indirecte, via la boîte électronique du secrétariat médical.

Les participants ont été recruté de manière directe par mail ou bien de manière indirecte via la boîte mail du secrétariat médical.

Participants	Mode de recrutement	Sexe	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'exercice	Spécialité	Durée de l'entretien
A	Indirect	F	1992	□	Oncologie (radiothérapie)	22 minutes
B	Direct	F	2000	○	Chirurgie gynécologique	24 minutes
C	Direct	F	2016	○	Chirurgie gynécologique	10 minutes
D	Direct	F	2018	○	Chirurgie gynécologique	18 minutes
E	Direct	F	2020	○	Oncologie	15 minutes
F	Direct	F	2019	○	Oncologie	19 minutes

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

IV.3. Guide d'entretien

IV.3.1. La construction du guide d'entretien

L'entretien a été construit en collaboration avec Madame Lauriane COUM-MENSLER, MKDE et membre du Réseau des Kinésithérapeutes du Sein (RKS). Il est divisé en 4 axes qui sont : la présentation du participant, les connaissances du participant sur les pratiques de MKDE, la prescription médicale et la conclusion de l'entretien.

L'entretien semi-directif centré mêle le cadre à la liberté. Pour cela, un guide d'entretien est nécessaire pour cadrer l'entretien. Cependant, les questions posées seront, le plus souvent possible, ouvertes afin de permettre au participant de répondre

en développant son idée et de limiter au maximum les réponses binaires. Au sein de ce guide d'entretien, des relances ont été préparées afin de prévenir les non-réponses ou les incompréhensions aux questions. (57)

IV.3.2. Les différents thèmes abordés

Le guide de l'entretien (cf. Annexe II) comprend les 4 axes suivants :

Un axe sur la présentation du médecin, sa spécialité au sein du corps médical et sa place dans la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein. Ce premier axe permet la mise en confiance de l'interrogé par une question à laquelle il est simple de répondre. Ce point permet également d'obtenir les caractéristiques de chaque participant.

Un axe sur les connaissances des médecins (oncologues et chirurgien gynécologiques) à propos de la prise en charge masso-kinésithérapique des femmes atteintes d'un cancer du sein. L'objectif est de recueillir les représentations et les croyances à propos de la pratique masso-kinésithérapique mais aussi d'avoir une idée des sources d'informations à disposition de ces professionnels.

Un axe sur la prescription médicale des séances de masso-kinésithérapie. L'objectif ici est de recueillir les habitudes de prescription des participants.

Le dernier axe correspond à la conclusion de l'entretien. L'objectif de ce point est de recueillir toute donnée que l'interrogé n'aurait pas eu l'occasion de donner au cours de l'entretien. Il permet donc de prendre en considération chaque participant et de mettre fin de manière moins abrupte à l'échange.

IV.4. La méthodologie d'analyse

Tous les entretiens ont été retranscrits sur un logiciel de traitement de texte et anonymisés (cf. Annexe III). Les éléments permettant de reconnaître un professionnel comme son nom ou son lieu d'exercice ont été censurés.

Les idées importantes de chaque entretien ont été mises en évidence et numérotées puis regroupées dans un tableau de restitution (cf. Annexe IV) commun à l'ensemble des entretiens.

Les idées convergentes, divergentes et uniques ont été identifiées à l'aide d'un code couleur, ce qui a permis de donner une structure à l'analyse des données et donc un plan structuré et ce pour chaque axe de l'entretien.

V. Résultats

V.1. Trois mots qui représentent l'intérêt de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge du cancer du sein pour la population.

Cette première partie a pour but de déterminer les préjugés/croyances des interrogés sur la pratique masso-kinésithérapique dans le cadre du cancer du sein.

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Prévention	2	2	0
Mobilité	4	2	2
Douleur	3	0	2
Drainage/œdème	2	1	1
Psychologie	3	2	1
Adhérence	1	0	1
Efficacité	1	0	1
Autonomie	1	1	0

Tableau 2 : Trois mots qui représentent la MK pour la population interrogée

V.2. Intérêt de la masso-kinésithérapie dans les différentes phases du traitement médical

Cette partie a pour objectif de se faire une idée des moments où les médecins oncologues et chirurgiens du sein sont susceptibles de prescrire des séances de masso-kinésithérapie, à partir de leur connaissance sur les phases de prise en charge.

V.2.1. Avant la chirurgie

Dans cette partie, deux citations reviennent pour apporter des indications différentes. Dans la première Dr. A précise que les séances préopératoires constituent un moyen de rendre la patiente autonome après la chirurgie en lui expliquant d'emblée

comment utiliser son bras. « En pré-op pour expliquer à la patiente comment bouger son bras en post-opératoire »

Alors que le second avis, du Dr. B est plus axé sur les tissus. « [...] pour préparer une chirurgie ». Dans ce contexte, le Dr. B évoque principalement, la préparation tissulaire avant la chirurgie curative ou réparatrice. Elle précise également le besoin de réaliser ces séances le plus proche possible de l'opération « en préparation, plusieurs séances avant le jour du bloc et le plus près de... du bloc, pas des mois avant »

V.2.2. Après la chirurgie

L'ensemble des médecins interrogés sont d'accord pour dire qu'il y a une prise en charge « après la chirurgie » selon le Dr. E. Le Dr. F rajoute que cette prise en charge est prescrite en fonction de chaque patiente « avant la chirurgie et puis après, ben, on fait en fonction des besoins ».

D'après le Dr. B cette prise en charge doit être réaliser 1 mois après la chirurgie, afin de respecter le temps de cicatrisation des tissus. « Mais pas avant un mois post-op, le temps que ça soit bien cicatrisé »

Ensuite, 2 médecins indiquent une différence entre une chirurgie avec curage axillaire et une chirurgie avec la technique du ganglion sentinelle. Le Dr C envisage donc les prescriptions de la manière suivante : « Quand je sais qu'elles ont un curage axillaire j'anticipe le... la prise en charge par le kiné [...] et sinon, par exemple, pour les ganglions axillaires sentinelles, j'attends le post-opératoire de voir comment les dames ont récupéré et après j'adapte en fonction de chaque patiente ».

V.2.3. Le plus tôt possible

Les Dr B et C sont d'accord pour dire que les séances de mass-kinésithérapies doivent être commencé le plus rapidement possible, surtout après un curage axillaire. Dr C : « Et bien rapidement [...] le curage axillaire c'est rapidement, en fait dès la chirurgie ». Cependant le Dr. B apporte quelques précisions : « Le plus tôt possible [...] on va dire maximum un mois après parce qu'au départ il peut y avoir un petit hématome, une petite douleur ». D'après lui, il y a un laps de temps de 1 mois avant le début des séances en cas de douleur ou d'hématome ».

V.2.4. A toutes les phases

Pour le Dr. F il parait évident que la rééducation concerne toutes les phases du traitement : « Oh bah tout le temps ! ». Le Dr E. rajoute que la prise en charge masso-kinésithérapique est possible à tout moment même à distance des traitements pour le cas des patientes en rémission. « Il y a plusieurs moments euh alors surtout après euh une chirurgie ou une radiothérapie mais ça peut être aussi à tous les stades de la maladie pour moi. Une patiente [...] qui a toujours... des gênes, moi je trouve ça important encore d'avoir des séances de kiné [...] même quand les patientes sont en suivies en rémission ».

V.2.5. Conclusion de la partie

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Avant la chirurgie	3	2	1
Après la chirurgie	6	3	3
Différence curage axillaire/ganglion sentinelle	2	0	2
Dès que possible	2	0	2
A toutes les phases du traitement	2	2	0
A distance des traitements	1	1	0

Tableau 3 : A quelles phases du traitement médical

V.3. Les effets secondaires traités par les masseurs-kinésithérapeutes ?

V.3.1. Les troubles lymphatiques

Le traitement des troubles lymphatiques secondaires aux traitements est un élément important de la prise en charge masso-kinésithérapique selon les médecins interrogés. Ils peuvent être multiples selon le Dr. F et présent à des étapes différentes de la prise en charge médicale : « Tout ce qui est cordes enfin voilà, tout ce qui est adhérence, les lymphœdèmes (NdA : du membre supérieur) bon ça à vrai dire c'est plus tardif [...] tout ce qui est œdème et séquelles mammaires au niveau de la

radiothérapie ». Le Dr. C ajoute un autre trouble lymphatique : « Les œdèmes localisés aussi qu'on peut avoir voilà, des lymphocèles » On s'aperçoit d'une réelle hiérarchie temporelle entre les différents troubles lymphatique qu'on pourrait classer comme suit : les cordes lymphatiques et les lymphocèles en post-opératoire immédiat, les œdèmes mammaires à la suite de la radiothérapie et les lymphœdèmes du membre supérieur plus tardivement.

A la question du traitement préventif des lymphœdèmes du membre supérieur l'avis est plus incertain comme pour le Dr. B : « Je ne sais pas, par contre, si les séances de... de massage contre le lymphœdème ont un effet préventif ».

Cependant, le Dr. A met en garde contre l'abus du drainage lymphatique : « les trois quarts des kinés font du drainage lymphatique abusif ».

V.3.2. Les raideurs articulaires

Encore une fois, la récupération des amplitudes articulaire fait entièrement partie de la rééducation pour les médecins du sein et ce de manière unanime. Pour le Dr F, il s'agit même d'une des parties les plus importantes. « C'est surtout bah pour l'amplitude la, la base ».

Le Dr E précise que ces limitations articulaires sont dues à l'acte chirurgicale « les limitations de mobilité suite à l'opération » Le Dr B ajoute encore une précision « elles ont le bras un peu coincé parce qu'il y a une cicatrice (de chirurgie) sur le bras »

V.3.3. L'aspect psychologique

Selon le Dr A, l'aspect psychologique prend une grande place dans la prise en charge. Pour le Dr F cela paraît évident « il y a une partie clairement support psychologique »

Elle détail ensuite le sujet. Tout d'abord, elle évoque la possibilité du masseur-kinésithérapeute de rassurer la patiente sur des caractères physiques ressentis par la patiente. « Pour pouvoir aussi savoir ce qui est normal ou pas parce que les patientes souvent, quand elles ont eu un diagnostic de cancer du sein, la grande crainte après quand elles ont des douleurs c'est de savoir si c'est parce que la maladie récidive ou pas ». Puis elle ajoute « et il y a une grande partie des dames qui ne touchent pas leur corps qui ne veulent pas le regarder et donc la kiné ça permet aussi souvent de rétablir le contact physique ».

Le support psychologique prend ainsi plusieurs formes, selon les interrogés, tant dans le soutien aux craintes que dans l'aide à la réappropriation corporelle.

V.3.4. La cicatrice

Quatre interrogés sur les six évoque la prise en charge de la cicatrice, tel que le Dr. B « Pour lever les cicatrices séquellaires de notre chirurgie ». Le Dr. E enrichit le sujet en évoquant les cicatrices rétractiles : « Les cicatrices qui sont un peu rétractés ».

V.3.5. Les adhérences tissulaires

Les adhérences tissulaires apparaissent dans la moitié des entretiens tel que celui du Dr. F : « Tout ce qui est adhérence ». Ces adhérences font suite à la chirurgie mais sont amplifiées par la radiothérapie d'après le Dr. E : « Puis, associée à la radiothérapie souvent aussi c'est pire pour ces patientes-là quoi. Il y a des rétractions tissulaires ». Le Dr B confirme et ajoute que la prise en charge de cette séquelle pourrait permettre de préparer une chirurgie reconstructrice : « Pour préparer une chirurgie, un lipofilling, des adhérences cutanées sur la peau. On sait que la peau après radiothérapie est collée au thorax »

V.3.6. La douleur

Le traitement de la douleur est un élément qui revient dans 50% des entretiens. Il paraît évident comme pour le Dr. D « Et puis, bah, douleur quoi ». Et pourtant, les médecins restent évasifs à ce sujet et le Dr B pointe certains doutes quant à cet aspect : « Au niveau douleur aussi je pense qu'il y a une bonne... soit parce que ça lève les adhérences, soit parce que... je ne sais pas ça doit donner de la... au niveau des tissus, au niveau du bien-être... Je ne sais pas, il y a quelque chose »

V.3.7. Certains troubles peu décrits

Certains aspects de la rééducation n'ont été cités qu'une seule fois sur six entretiens. C'est le cas du déséquilibre postural lié à l'ablation du sein chez une femme avec un important volume mammaire comme le décrit le Dr E : « Et puis même certaines patientes sont un petit peu déséquilibrées quand elles ont un gros volume mammaire donc aussi là-dessus »

Et le Dr. D évoque le traitement des complications liées à l'hormonothérapie :
 « La tolérance à l'hormonothérapie qui est souvent quand même assez catastrophique surtout ces raideurs articulaires et douleurs articulaires ».

V.3.8. Conclusion de la partie

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Troubles lymphatiques	6	3	3
Mobilités articulaires	6	3	3
Aspect psychologique	3	2	1
Cicatrice	4	2	2
Adhérences tissulaires	3	2	1
Douleur	3	0	2
Déséquilibre postural	1	1	0
Tolérance à l'hormonothérapie	1	0	1

Tableau 4 : Les effets secondaires traités

V.4. Les techniques utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes

Quatre interrogés évoque le drainage lymphatique qu'il soit manuel ou instrumental pour la lutte contre les troubles lymphatiques. Dr D : « Le drainage enfin après je sais qu'il y a des machines ou sans machine [...] la lutte contre la stase lymphatique »

Trois interrogés évoque, ensuite, la rééducation du complexe scapulo-humérale par le biais de mobilisation articulaire et de l'autonomisation de la patiente avec l'aide d'auto-exercices. Dr D : « La mobilisation articulaire avec l'apprentissage d'auto-exercice »

Le massage est une technique citée au cours des six entretiens. Pour les médecins, il a différents rôles. Pour le Dr. A il a une action « défibrosante » qui devra être couplé à des automassages selon le Dr. B : « Je pense que pour que ça soit efficace, il faut que ça soit fait au moins 2 fois par jour donc je pense que ce sont vraiment les automassages ». Pour les Dr. C et E, il a une action sur le système lymphatique « J'imagine qu'il y a des massages de pressothérapie qu'on peut utiliser ». Alors que pour le Dr. D, le massage peut agir sur la cicatrice : « Et massage de cicatrices, lever des cordes, des brides chirurgicales ».

Deux interrogés évoquent l'activité physique adaptée. Le Dr D souligne que les patientes ont une prescription d'activité physique adaptée : « Elles ressortent avec APA c'est même prescrit en RCP ». Le Dr. F évoque les programmes d'activité physique de Ty Ann et de Perharidy : « On a Ty Yann qui fait son programme là pour qu'ensuite les patientes puissent dans les associations continuer. Il y a Roscoff aussi qui a lancé son programme ». Le Dr F souligne que c'est une technique de rééducation qui peut être utilisée en masso-kinésithérapie mais qu'il s'agirait plus du manque de temps des MK qui mènerait les patientes à se diriger plutôt vers les associations ou les centres de rééducation : « Il y a des personnes qui font chez le kiné aussi ça dépend alors je sais que le réseau des kinés du sein étant spécialement débordés [...] Je sais pas si elles font l'activité physique en plus mais je pense qu'elles ont pas 1000 bras non plus »

Trois autres instruments sont simplement cités sans précision supplémentaire par le Dr F : « il y a tout ce qui est le strap il y a toutes les balles à picots il y a le mobiderm là dans le dans le soutien-gorge »

C'est une liste de techniques qui est donnée au cours des entretiens mais le Dr C soulève un point intéressant : « Mais ce sont des choses qui sont un peu nébuleuses parce que je n'ai jamais vu faire ». Selon elle et ... autres interrogés, les noms des techniques employées sont globalement connus mais ils n'en connaissent pas réellement les effets et/ou le mode d'application.

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Drainage lymphatique	4	2	2
Mobilisation articulaire	3	1	2
Massage	6	3	3
Activité physique adaptée	2	1	1
Strap	2	1	1
Balle a picot	1	1	0
Mobiderm	1	1	0
Doutes quant à la manière de les utiliser	4	2	2

Tableau 5 : Les techniques et outils utilisés

V.5. La part des oncologues et chirurgiens brestois spécialisés en sénologie informés sur la pratique masso-kinésithérapique

50% des interrogés pensent que leur confrère sont suffisamment informés sur le rôle des masseur-kinésithérapeute dans le cadre de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. Le Dr B explique ce point de vue du fait qu'il y ait de plus en plus de masseur-kinésithérapeutes présents aux congrès de chirurgie et donc que l'information circule de plus en plus : « De plus en plus, surtout qu'on voit maintenant, à nos congrès de chirurgie du sein, il y a des présentations faites par les kinés ». Tandis que le Dr. C l'explique du point de vue de l'expérience « il faudrait bêta pour pas se rendre compte de l'efficacité et du bien-être que ça apporte aux patientes »

A contrario, deux interrogés sont plus dubitatifs quant aux connaissances de leurs collègues du secteur à propos de la masso-kinésithérapie. Le Dr E. indique une certaine connaissance qui pourrait être approfondie par une coordination directe avec les masseur-kinésithérapeute du secteur : « Je pense qu'on a tous une idée un peu

vague [...] je n'ai jamais eu de contact directement avec les kinés pour venir m'expliquer exactement ce qu'il faisait »

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Oui	3	1	2
Non	2	1	1
Ne se prononce pas	1	1	0

Tableau 6 : La population pense-t-elle que leurs confrères sont informés ?

V.6. Ressenti personnel des interrogés quant à leurs connaissances

Quatre interrogés sur six se sentent personnellement pas assez informés sur la pratique masso-kinésithérapique. Le Dr C précise que cela peut avoir une incidence sur sa prescription : « Oui moi j'aimerais bien être un peu plus pour... c'est toujours pareil on est à l'aise dans ce qu'on prescrit quand on comprend exactement ce qu'il en est et puis je serais intéressé de savoir comment ça se passe ».

Au contraire, deux interrogés sur six se sentent assez informés selon leur besoin quotidien, tel que le Dr. F : « Oui ça, pour pouvoir prescrire il n'y a pas de soucis »

Les moyens d'informations cités sont le plus souvent des conférences ou des présentations par des masseur-kinésithérapeutes spécialisés dans le domaine. Dr. A « Il y a un congrès sur le traitement des cancers mais c'est très dense avec des sessions doubles donc souvent la kinésithérapie n'est pas la priorité ». Dr D : « on avait eu un cours avec une je crois qu'elle était kiné au DU de sénologie sur le lymphœdème je crois que c'était une kiné » Dr. F « J'avais eu la présentation de Lauriane (NdA : Lauriane Coum-Mensler, MKDE, membre du RKS) à une journée de leur réseau qui était très, très bien [...] c'est parce que surtout c'est imagé » Le Dr. F évoque également une grande communication : « le réseau donc, via Lauriane en fait, communique beaucoup avec nous, on échange des mails, elle nous met à jour les listes si besoin, elle nous a envoyé les flyers. Il y a quand même une bonne communication si besoin ».

Pour les Dr. C, D et E, la visualisation est une part importante de l'acquisition de nouvelles connaissances, notamment sur la pratique des masseur-kinésithérapeutes. Dr

E « on n'a pas l'occasion d'aller voir comment ça se passe en kiné et c'est dommage parce qu'on visualise pas du tout ce qu'on prescrit » Pour, le Dr C, cela peut encore se faire après la prise de fonction « Donc mon objectif c'est d'aller voir une consultation ». Tandis que le Dr D, propos une formation dans laquelle les techniques sont présentées à l'ensemble de l'équipe médicale : « alors ce que j'aimerais, peut-être que, un jour on ait une formation de service avec quelqu'un qui vient présenter [...] ce qu'il fait, des activités, le matériel éventuellement... »

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Oui	2	1	1
Moyennement	4	2	2

Tableau 7 : Ressenti personnel des interrogés sur leurs connaissances

V.7. Les freins à l'information

Le frein revenu le plus souvent est le manque de temps, Dr. C : « Le fait qu'on travaille tous beaucoup que ce n'est pas évident [...] d'arriver à se trouver un rendez-vous ». Pour le Dr. D, au manque de temps se rajoute le problème organisationnel : « Le fait que les médecins tournent des fois dans les *blanc* des assistants qui ne restent pas et donc du coup que bah finalement il faudrait faire régulièrement cette information c'est peut-être un peu chronophage pour les personnes qui le font [...] si c'était peut-être de façon régulière tous les 3, 4 ou 5 ans ».

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Le temps	6	3	3
L'organisation	1	0	1

Tableau 8 : Les frein à l'information

V.8. Consignes et/ou conseils post-opératoires ou post-radiothérapie

V.8.1. Utiliser le bras

Quatre interrogés sur six déclarent demander à la patiente de continuer à utiliser leur bras comme habituellement. Dr. D « Je leur dis juste de se mobiliser afin de garder

une mobilisation normale ». Cependant il n'y a pas d'exercice précis de donner selon les Dr D. et F. « Moi tout spécifiquement, des mouvements à faire, je ne me lance pas là-dedans parce que ce n'est pas ma formation ».

Deux interrogés précisent également de ne pas porter de charge lourdes. Dr B : « ne pas porter de charges lourdes au début ou en tout cas en attendant d'avoir l'avis du kiné ».

On voit ainsi que les interrogés ont plutôt tendance à influencer les femmes à continuer de mobiliser leur bras côté opéré mais qu'en cas de limitations articulaires ils auraient tendances à communiquer vers un autre professionnel de santé.

V.8.2. Les automassages

Du côté des chirurgiens, les Dr B et D donne des consignes d'automassage pour l'assouplissement de la cicatrice. Dr B : « On a des feuilles d'automassage. Donc on leur dit d'utiliser ça et moi je leur dis souvent que c'est l'effet des doigts qui assouplit les tissus ».

V.8.3. La prévention du lymphœdème

La dernière catégorie de conseils donnés par les chirurgiens concerne la gestion des lymphœdèmes secondaires à l'opération. On y retrouve le choix de soutien-gorge pour la gestion des complications lymphatiques immédiates selon le Dr C : « Par exemple quel type de port de soutien-gorge ». Et les blessures ainsi que les prises de sang dans le bras côté opéré dans le cadre du lymphœdème du membre supérieur, selon le Dr D : « Pour le lymphœdème, éviter de se blesser dans le bras c'est typique du lymphœdème ou éviter les prises de sang encore que ce n'est pas interdit mais à préférer éventuellement l'autre bras »

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Utiliser les bras	4	2	2
Les automassages	2	0	2

La prévention du lymphœdème	2	0	2
-----------------------------	---	---	---

Tableau 9 : Les conseils post-opératoires

V.9. La prescription, à quel moment ?

La totalité des participants déclarent prescrire sur apparitions des symptômes, tel que le Dr. D : « Dans le suivi, si je revois la patiente et qu'elle me dit qu'elle ne se mobilise pas très bien ou alors que sa cicatrice elle ne la trouve pas très jolie ou alors qu'elle a un bras qui se met à gonfler là, à ce moment-là on réenclenche une prise en charge ».

Cinq interrogés sur les six peuvent prescrire sur demande de la patiente, tout comme le décrit le Dr. E « Si elle demande et qu'elle éprouve le besoin je le prescris aussi ». Le Dr. C rajoute que ces patientes sont généralement celles qui ont déjà eu des séances de masso-kinésithérapie : « Oui, oui ce sont souvent des dames qui, enfin, qui ont déjà eu des séances et qui veulent être prolongées parce que ça leur fait trop de bien et après le kiné adapte »

Cinq interrogé sur six disent prescrire de manière très fréquente les séances de masso-kinésithérapie. La fréquence tend à être plus importante en cas de curage axillaire lors de la chirurgie. Dr. C : « Très fréquemment, constant dans les curages et très fréquemment sur les ganglions sentinelles »

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Sur symptômes	6	3	3
A la demande de la patiente	5	2	3
Très fréquemment	5	2	3

Tableau 10 : Habitudes de prescription des participants

V.10. Les leviers de motivation à la prescription

Dans cette parties les réponses se rapprochent pour tous les interrogés. Chaque médecin cite certains symptômes tels que pour le Dr B : « Les raisons c'est d'améliorer le résultat esthétique ou soit la douleur quand il y a des cordes lymphatiques ». Le Dr D résume bien la partie en mentionnant qu'il s'agit de tous les effets secondaires évoqués lors des questions précédentes : « des symptômes, voilà, dont on vient de parler ».

Les interrogés ajoutent qu'il leur arrive de prescrire sur demande des patientes et le Dr F ajoute qu'il est aisé de prescrire puisque c'est une thérapeutique bien reçue par les patientes : « Et puis c'est vrai qu'en plus, comme c'est souvent très efficace et non médicamenteux, les dames s'en saisissent quand même vraiment bien. ».

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Les symptômes	6	3	3
Le souhait des patientes	2	2	0

Tableau 11 : Les leviers de motivation à la prescription

V.11. Les freins à la prescription

Les résultats de cette partie sont plus disparates. Quatre interrogés trouvent des freins contre deux qui n'en voient pas, tel que le Dr. C : « Non je n'ai pas de frein ».

Concernant les freins retrouvés par les interrogés, ils sont principalement en rapport avec l'accès au soin par les patientes. Le Dr. A évoque le refus de la patiente en raison de l'éloignement géographique des masseur-kinésithérapeutes : « Ça m'est arrivé une patiente qui m'a dit « de toute façon il n'y en a pas vers chez moi donc du coup ça ne sert à rien » et je crois que là du coup je n'ai pas prescrit ». Tandis que le Dr. E évoque le manque de masseur-kinésithérapeute spécialisé dans le soin des patientes atteintes d'un cancer du sein et donc un délai de prise en charge allongé : « Ce qui limite plus en fait, c'est plus le délai parfois pour avoir un rendez-vous et puis des kinés spécialisés ».

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Refus de la patiente en raison de l'éloignement géographique	3	2	1

Manque de kinésithérapeutes spécialisés	2	2	0
Pas de frein	2	1	2

Tableau 12 : Les freins à la prescription

V.12. Le contenu de la prescription

Trois interrogés sur les six possèdent une ordonnance préremplie par le Réseau des Kinés du sein (RKS), tel que le Dr F : « Je fais l'ordonnance que Lauriane (NdA : Lauriane Coum-Mensler, MKDE membre du RKS) m'a donné *rire* donc c'est ordonnance Coum-Mensler et c'est celle-là que j'envoie »

Concernant le contenu, les interrogés indiquent deux zones géographiques comme d'après le Dr B : « massage en post-opératoire, après chirurgie du sein, du thorax et de l'épaule ou du bras par exemple » ou le Dr E : « rééducation de l'épaule, de l'aisselle et du tronc dans la suite d'une chirurgie du sein ». Ensuite on aperçoit trois notions qui reviennent régulièrement : la récupération des amplitudes articulaires, le drainage lymphatique, le massage antalgique ou de la cicatrice. « Récupération ou maintien des amplitudes articulaires du bras en question, massage antalgique [...] et puis drainage lymphatique » Dr. C.

Dans le cadre de la récupération le Dr D ajoute l'apprentissage d'auto-exercice sur l'ordonnance « en 3^e tiret apprentissage d'auto-exercices ». Alors que dans un cadre des complications lymphatiques les Dr. E et F ajoutent la « détection des thromboses lymphatiques axillaires ou du membre sup ».

Les interrogés n'inscrivent pas de nombre de séance, ni de fréquence comme le Dr. E : « Nombre de séance à l'appréciation du kinésithérapeute » et le Dr C : « Maintenant je sais que je ne mets plus le nombre de séances hebdomadaires parce que on m'avait dit qu'il ne fallait pas ». Cependant, le Dr A inscrit la fréquence des séances dans les cas urgents, tels qu'une radiothérapie imminente : « J'indique de temps en temps pour le caractère urgent, de réaliser si possible une séance par jour avant la radiothérapie ».

Cependant on s'aperçoit qu'il reste un doute important pour 50% des interrogés sur le contenu de l'ordonnance tel que le démontre le Dr. D : « Quand je rédige mon ordonnance je me dis toujours, bon ça se trouve il va se moquer un peu de moi parce

que j'ai écrit un peu n'importe quoi ». Mais, les interrogés semblent en demande de moyen pour améliorer leur prescription, comme le montre le Dr C : « Je suis preneuse de de mettre autre chose s'il y avait besoin de rajouter autre chose ».

	Nombre total de mention	Nombre de mention par les oncologues	Nombre de mention par les chirurgiens
Ordonnance préremplie	3	3	0
Deux zones géographiques	2	1	1
Drainage lymphatique	5	3	2
Récupération des amplitudes articulaires	5	3	2
Massage antalgique	3	1	2
Travail de la cicatrice	1	0	1
Pas de nombre de séances/fréquence	6	3	3
Fréquence sur caractère urgent	1	1	0
Doute sur le contenu de la prescription	3	1	2

Tableaux 13 : Le contenu de la prescription

VI. Discussion

VI.1. Confrontation des hypothèses de recherches aux résultats de l'étude

VI.1.1. Habitudes de prescription des oncologues et chirurgiens brestois

La fréquence :

La population indique prescrire les séances de masso-kinésithérapie de manière très fréquente. Pour une minorité, il semble qu'elle devrait être systématique pour permettre au masseur-kinésithérapeutes de déterminer la nécessité de la prise en charge. (Cf. Tableau 10).

A quel moment de la prise en charge :

Indépendamment de la phase de traitement des patientes, la population à tendance à prescrire des séances de masso-kinésithérapie lorsque la patiente présentes des symptômes (cf. Tableau 11).

De plus, une partie de la population (cf. Tableau 3) indique prescrire le plus tôt possible. Or, il a été vu ci-dessus que la prise en charge masso-kinésithérapique concerne notamment les effets secondaires post-opératoires immédiat ainsi qu'au cours de la chimiothérapie. Il est donc important de prescrire des séances de kinésithérapie dès le début de la prise en charge médicale qu'elle débute par une opération ou une chimiothérapie néoadjuvante. (22,23,41)

Le contenu :

La moitié de la population interrogées utilise l'exemple de prescription du RKS ce qui permet d'obtenir des ordonnances en accord avec la nomenclature des actes professionnels. De plus la majorité de la population indique deux zones anatomiques sur l'indication thérapeutique. (Cf. Tableau 13) Or, comme vu ci-dessus, la prise en charge masso-kinésithérapique concerne plusieurs zones du corps et la NGAP propose une cotation intégrant deux le tronc et un membre ou bien deux membres. (54)

Il a également été montré que les interrogés n'inscrivent pas la fréquence ni le nombre de séance afin de laisser le choix au masseur-kinésithérapeute, sauf dans les cas d'urgence pour un interrogé (cf. Tableau 13), comme le préconise la NGAP. (54)

Mais, la mention du travail de la cicatrice est inscrite dans la majorité des cas. (Cf. Tableau 13) Or, il s'agit d'une conséquence de la chirurgie non prise en compte par la NGAP. (54)

On voit donc que la population interrogée a tendance à utiliser les bons outils pour rédiger une ordonnance cohérente avec les préconisations de la NGAP.

Cependant, il se dégage une fébrilité de la moitié de la population quant à la justesse de leur ordonnance. (Cf. Tableau 13)

Conclusion :

Les hypothèses de recherche étaient les suivantes :

- Les oncologues et chirurgiens brestois ne prescrivent pas toujours des séances de masso-kinésithérapie à leurs patientes atteintes d'un cancer du sein. (HP)
- Les oncologues et chirurgiens ne savent pas quand et comment prescrire des séances de masso-kinésithérapie pour la rééducation des complications liées aux traitements du cancer du sein. (HS1)

Selon la description ci-dessus, l'hypothèse principale (HP) semble infirmée par les résultats de recherche. En effet, la délivrance d'ordonnance de masso-kinésithérapie semble très fréquente pour la population interrogée.

Cependant, la réponse à l'hypothèse secondaire 1 (HS1) est plus mitigée. En effet, la description ci-dessus montre l'utilisation des outils apportés par le RKS pour la rédaction des ordonnances mais des doutes quant à la bonne rédaction de ceux-ci.

VI.1.2. Connaissance des oncologues et chirurgiens brestois sur l'activité des masseurs-kinésithérapeutes

Les phases de traitement :

Comme il a été démontré précédemment, la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein en masso-kinésithérapie a un intérêt à de nombreux moments de leur parcours médical. Plus précisément, en post-opératoire de mastectomie partielle ou totale ou de chirurgie reconstructrice, en cours de traitement de chimiothérapie et de radiothérapie, en phase de rémission, pendant la prise de l'hormonothérapie et en action contre les conséquences à long terme de la radiothérapie. (Cf. II.2)

Les interrogés ont évoqué à l'unanimité l'intérêt de la masso-kinésithérapie en post-opératoire certains ont même émis la différence entre un curage axillaire complet et la méthode du ganglion sentinelle. (Cf. Tableau 3) En effet, comme il a été dit plus haut, la méthode du ganglion sentinelle diminue les risques d'apparition de lymphocèles

secondaire composant une part de la prise en charge masso-kinésithérapique. (21) Dans cette catégorie entre également les réponses concernant les chirurgies réparatrices ou de reconstruction.

Uniquement 2 interrogés semblent penser que la masso-kinésithérapie a un intérêt à toutes les phases de traitement et notamment lors des phases de traitement médicamenteux tels que la radiothérapie et l'hormonothérapie ainsi qu'à distance des traitements. (cf. Tableau 3) En effet, il a été démontré que la masso-kinésithérapie a des effets bénéfiques en cours de radiothérapie (28,37) et d'hormonothérapie (36,42) ainsi que sur les effets secondaires à long terme de la radiothérapie (37,43,44). Ces phases ont été citées uniquement par les oncologues interrogés (cf. Tableau 3), on peut donc penser que les chirurgiens ont moins cet aspect de la prise en charge des patients à long terme, mis à part la reconstruction mammaire en différée et donc qu'il visualise moins l'état du patient au cours des traitements médicamenteux.

Cependant, les interrogés ne semblent pas évoquer l'intérêt de la masso-kinésithérapie en cours de traitement de chimiothérapie. Or comme explicité dans le cadre conceptuel, la masso-kinésithérapie peut permettre aux femmes sous chimiothérapie de limiter la fonte musculaire et la prise de masse graisseuse, de lutter contre la douleur, la fatigue et la chute des fonctions cognitives. (20,38-40)

Les complications traitées :

Comme a pu le démontrer le cadre conceptuel, les traitements chirurgicaux et médicamenteux du cancer du sein sont susceptibles d'entraîner de nombreux effets secondaires dont certains peuvent être traités en masso-kinésithérapie.

Les interrogés évoquent à l'unanimité les troubles lymphatiques (cf. Tableau 4). Ils développent également les différents troubles lymphatiques tels que les lymphocèles et les cordes lymphatiques. Sont cités, également, les œdèmes mammaires successifs à la radiothérapie et les lymphœdèmes du membre supérieur d'apparition plus tardive. En effet, il a été démontré plus haut qu'il s'agit de complications chirurgicales pouvant être traitées en masso-kinésithérapie. (23,24,26) Cependant, il ressort un doute quant à la prévention du lymphœdème du bras par le drainage lymphatique : « Je ne sais pas, par contre, si les séances de... de massage contre le lymphœdème ont un effet préventif ». Or, l'effet du drainage, expliqué plus haut, démontre que le drainage lymphatique n'a aucune action préventive contre le lymphœdème du membre supérieur au contraire de l'activité physique adaptée. (44)

Les limitations de mobilité articulaires secondaires à la chirurgie curative du sein sont également évoquées à l'unanimité (cf. Tableau 4). Comme expliqué précédemment, les troubles de mobilités peuvent être dus à de nombreux facteurs tels que des contractures, des rétractions musculaires, des brides, la cicatrice, une capsulite rétractile, un décentrage de l'articulation gléno-humérale. Les causes étant multiples, le premier rôle du masseur-kinésithérapeute est d'identifier la ou les causes de la raideur articulaire. De plus il a été montré que la rééducation de ces troubles est bénéfique sur le plan de l'épaule dans le cadre d'un cancer du sein. (29)

Le travail de la cicatrice a été abordé par quatre participants sur six (cf. Tableau 4). Comme expliqué précédemment, des troubles de la cicatrice peuvent être retrouvés en post-opératoire. Ces troubles peuvent être pris en charge les masso-kinésithérapeutes. Cependant, parmi les différentes cicatrices pathologiques, uniquement les cicatrices rétractiles ont été abordées. En effet, il n'est pas mentionné des cicatrices adhérentes, hypertrophiques et fibrosées. (27)

La gestion de la douleur revient dans la moitié des entretiens (cf. Tableau 4). Comme expliqué précédemment, la douleur peut être multifactorielle et venir de nombreuses causes telles que les cordes lymphatiques, les tensions musculaires, les raideurs articulaires, des neuropathies post-opératoires, elles peuvent être post-opératoires ou due aux traitements de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hormonothérapie. (20,23,28,30,32,36,37,42)

L'aspect psychologique de la prise en charge revient dans la moitié des entretiens. Cette notion est abordée autant pour le support psychologique apporté par les masseur-kinésithérapeute que pour la nouvelle image corporelle des patientes. En effet, il s'agit d'un point important de la prise en charge puisqu'il s'agit de patientes qui subissent la perte d'un symbole important du corps de la femme. Le masseur-kinésithérapeute pourra ainsi aider à la réappropriation corporelle par de multiples techniques (le toucher, la visualisation, les thérapies cognitivo-comportementales, l'activité physique). (34,35)

Certains troubles tels que le déséquilibre postural et les troubles liés à l'hormonothérapie (raideur articulaire et douleur musculaire) n'ont été cités qu'une fois (cf. Tableau 4). Or, ces deux troubles ont été développés dans le cadre conceptuel comme faisant partie intégrante de la prise en charge masso-kinésithérapique. (32,33,36,42)

Les troubles suivants n'ont pas été cités au cours des entretiens : la perte de force en post-opératoire ainsi que les troubles liés à la chimiothérapie (fatigue, fonte

musculaire, prise de masse grasseuse, douleur, chute des fonctions cognitives. Or il a été vu dans le point II.2, ces effets secondaires font partie intégrante de la prise en charge masso-kinésithérapique.

Les outils et techniques utilisées :

Les résultats montrent que le drainage lymphatique, les mobilisations articulaires, les auto-exercices ainsi que les massages sont des techniques connues de la moitié ou plus des interrogés (cf. Tableau 5). Ces techniques ont été citées ci-dessus, chacune pour plusieurs indications. (Cf. II.2)

Cependant, moins de la moitié des interrogés évoquent les techniques et outils suivants : l'activité physique adaptée, le strap, la balle à picots, le Mobiderm. (Cf. Tableau 5).

De plus plusieurs outils tels que les étirements, le renforcement musculaire, l'éducation thérapeutique, le toucher, la visualisation, les thérapies cognitivo-comportementales, l'écoute attentive et les exercices de contrôle postural n'ont pas été cités au cours des entretiens, malgré les preuves quant à leur utilité dans la littérature scientifique. Ceci ne justifie pas que la population interrogée ne connait pas ces techniques mais celles-ci leur utilisation semble suffisamment floue pour ne pas être citées. (Cf. II.2)

Malgré l'énumération de nombreux outils ou techniques par les interrogés, plus de la moitié d'entre eux semblent ne pas en connaître précisément leur application et les résultats possibles. (Cf. Tableau 5).

Conclusion :

L'hypothèse de recherche était la suivante : Les oncologues et chirurgiens brestois manquent d'information sur l'activité et les possibilités de traitement des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. (HS2)

D'après la description ci-dessus, l'hypothèse semble confirmée. Malgré les nombreuses informations données par la population interrogées, certaines ne reviennent que dans une minorité d'entretiens et d'autres sont inexistantes. De plus, une majorité d'entretien montrent qu'il existe des zones d'ombre sur l'application concrète des outils dans la prise en charge des effets secondaire.

Cependant la population semble être intéressée pour faire évoluer ses connaissances par le biais de rencontres avec les acteurs régionaux.

VI.1.3. Méfiance des oncologues et chirurgiens brestois envers l'activité des masseurs-kinésithérapeutes

Lors des entretiens, il a été noté une certaine confiance envers les masseur-kinésithérapeute puisque la population interrogée indique à l'unanimité ne pas inscrire de nombre de séance et de fréquence et donc laisser ainsi la capacité au masseur-kinésithérapeute de déterminer les besoins de la patiente. (Cf. Tableau 13)

A l'exception d'un interrogé qui indique la fréquence pour les patientes avec des séances de radiothérapie approchant. En effet il a été montré ci-dessus que les séances de radiothérapie nécessitent une posture du bras en flexion et abduction d'épaule, or cette posture est compliquée après chirurgie du sein et nécessite donc une prise en charge précoce afin de ne pas retarder la radiothérapie. (28)

Ce même interrogé note également une utilisation abusive du drainage lymphatique en comparaison aux méthodes de traitement des limitations articulaires « *Les trois quarts des kinés font du drainage lymphatique abusif* ». Ce point peut entrer en corrélation avec le manque de masseur-kinésithérapeute spécialisé sur le territoire rapporté par deux interrogés sur six (cf. Tableau 12). En effet, des masseur-kinésithérapeutes non formés spécifiquement à cette prise en charge sont susceptibles de passer à côté de point important.

Conclusion :

L'hypothèse de recherche était la suivante : Les oncologues et chirurgiens brestois sont méfiants envers l'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. (HS3)

D'après la description ci-dessus la réponse à l'hypothèse semble mitigée. On s'aperçoit d'une certaine confiance envers les masseur-kinésithérapeutes spécialisés de la région. Cependant, le manque potentiel de masseur-kinésithérapeutes spécialisé pourrait engendrer une diminution de cette confiance.

VI.2. Les biais de l'étude

Le nombre d'entretien réalisé ne permet pas d'obtenir des résultats significatifs. De plus, il existe un biais de sélection car les informations sur la spécialisation en sénologie des participants ont été données par un tiers. Les biais affectifs et de confirmation semblent inévitables dans cette situation, puisque l'humeur et les idées préconçues de l'enquêteur peuvent être mis en jeu lors de l'interprétation des résultats.

Cependant, les biais seront évités au maximum par un travail rigoureux et soigné. Les résultats obtenus ne pourront être généralisés à l'ensemble de la population mais ils pourront indiquer une tendance à la région brestoise et être utilisés comme base d'une nouvelle réflexion.

VI.3. Projections futures

Ce mémoire a permis de mettre en lumière certaines lacunes en termes d'information sur la prise en charge masso-kinésithérapeute par les médecins prescripteurs interrogés. Malgré les soirées d'information déjà réalisées dans la région, il serait intéressant de réaliser une ou plusieurs interventions de services dans lesquelles seraient expliquées les outils et techniques utilisées et leur intérêt dans chacune de leur indication afin de continuer d'informer les médecins prescripteurs sur la pratique réelle des masseurs-kinésithérapeutes. De plus, la visualisation aidant l'apprentissage, il serait intéressant de convier les médecins prescripteurs à des séances de masso-kinésithérapie afin qu'ils se projettent mieux dans les soins qu'ils prescrivent.

Cependant, ce mémoire laisse également plusieurs zones d'ombres qui mériteraient d'être éclaircies dans le cadre de futures recherches.

Ainsi, il serait intéressant de faire évoluer cette étude à l'échelle nationale afin d'obtenir des résultats significatifs au système de soin français. Cette étude pourrait également intégrer les médecins généralistes qui font également parti des médecins prescripteurs des femmes atteintes d'un cancer du sein.

D'autres points spécifiques sont remontés, dans ce mémoire, concernant le manque de masseur-kinésithérapeute spécialisés en cancérologie et plus spécifiquement en sénologie. Il serait donc intéressant de conduire une étude auprès des masseur-kinésithérapeute non spécialisé en cancérologie afin de déterminer leurs connaissances sur cette prise en charge et de leur apporter si nécessaire un outil adapté à leur besoin visant à améliorer leur pratique.

Enfin, une étude, moins spécifique, sur les habitudes prescription des séances de masso-kinésithérapie de l'ensemble des médecins du territoire français pourrait être mise en place afin de comparer les résultats avec les préconisations de la sécurité sociale.

VII. Conclusion

Le cancer du sein et ses traitements médicaux entraînent de nombreux changements physiques, physiologiques et psychologiques chez les femmes atteintes de cette pathologie. De nombreuses études ont montré l'intérêt de la masso-kinésithérapie et de ses outils et techniques dans la prise en charge d'une grande partie des affections liées aux traitements médicaux. Il semblait ainsi intéressant de déterminer les connaissances des médecins prescripteurs quant à ces pratiques.

Dans cette étude plusieurs tendances ont été retrouvées dans la population observée. Parmi lesquelles, un réel intérêt pour la masso-kinésithérapie dans la prise en charge globale des femmes atteintes d'un cancer du sein par les oncologues et chirurgiens du sein brestois. Avec, malgré tout, un manque d'information globale sur les techniques et outils utilisés ainsi que leur impact réel. Cependant, la population semble ouverte à la communication et à la découverte plus approfondie de la pratique. Cela montre, donc, qu'il faut continuer de communiquer entre masseur-kinésithérapeute et médecins prescripteur.

De futures recherches permettraient d'obtenir des résultats significatifs à l'ensemble du territoire français. Il serait, également, intéressant d'étoffer la population avec la prise en compte des médecins généralistes, eux aussi prescripteurs dans ce contexte. De plus, d'autres recherches sur les connaissances des masseur-kinésithérapeutes non formés spécifiquement sont nécessaires afin d'évaluer leur compétence dans ce domaine dans le but de faire évoluer les pratiques.

Références

1. INCa. Cancer [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer>
2. INCa. Les maladies du sein [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein>
3. INCa. Le Plan cancer 2003-2007 [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>
4. Santé publique France. Cancer du sein [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
5. Classe JM, Campone M, Lefebvre C. Cancer du sein: dépistage et prise en charge. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. (Pratique en gynécologie-obstétrique).
6. Anatomie du sein - Cancer du sein [Internet]. [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
7. Berghmans T, Grigoriu B, Giroux-Leprieur E, Revel MP. La classification TNM en pratique. Rev Mal Respir Actual. 1 oct 2019;11(3):218-25.
8. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024559/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-sein
9. Espié M, Nguyen O, Douchet G. Épidémiologie du cancer du sein. Masson. 18 oct 2019;35(1):1-18.
10. INCa. Le programme de dépistage organisé [Internet]. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
11. INCa. IRM [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/IRM>
12. Clere N. Les traitements du cancer du sein. Actual Pharm. 1 sept 2016;55(558):20-5.
13. Fitoussi A. Chirurgie du cancer du sein et reconstruction mammaire. Elsevier Masson. 2023. 448 p.
14. Hennequin C, Barillot I, Azria D, Belkacémi Y, Bollet M, Chauvet B, et al. Radiothérapie du cancer du sein. Cancer/Radiothérapie. 1 sept 2016;20:S139-46.
15. Faure S. Thérapies ciblées anticancéreuses (1/2). Actual Pharm. 1 mai 2015;54(546):57-61.
16. Saltel-Fulero A, Donnadiou A, Lemans-Detours S, Cottu P. Nouvelles options en hormonothérapie adjuvante des cancers du sein. Bull Cancer (Paris). 1 janv 2016;103(1):104-12.

17. de Cremoux P. Hormonothérapie des cancers du sein. Bull Cancer (Paris). 1 nov 2011;98(11):1311-9.
18. Buxeraud J, Fougere É. Les médicaments du cancer du sein. Actual Pharm. 1 sept 2020;59(598, Supplement):14-7.
19. Espié M, Hamy AS. Hormonothérapie adjuvante des cancers du sein. Lett Sénologique. mars 2013;59:16-39.
20. La kinésithérapie, un soin de support essentiel pour les malades atteints de cancer [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/la-kinesitherapie-un-soin-de-support-essentiel-pour-les-malades-atteints-de-cancer/>
21. Bijek JH, Aucouturier JS, Doridot V, Ghemari T, Nos C. Lymphocèles axillaires après curage ou prélèvement du ganglion sentinelle en cas de cancer du sein. Bull Cancer (Paris). 1 févr 2005;92(2):179-83.
22. Ferrandez JC, Serin D. Cancer du sein : rééducation, réadaptation, qualité de vie. Elsevier Masson. 2022. 248 p.
23. Lippi L, de Sire A, Losco L, Mezian K, Folli A, Ivanova M, et al. Axillary Web Syndrome in Breast Cancer Women: What Is the Optimal Rehabilitation Strategy after Surgery? A Systematic Review. J Clin Med. janv 2022;11(13):3839.
24. Harris SR. Axillary Web Syndrome in Breast Cancer: A Prevalent But Under-Recognized Postoperative Complication. Breast Care. 2018;13(2):129-32.
25. Dinas K, Kalder M, Zepiridis L, Mavromatidis G, Pratilas G. Axillary web syndrome: Incidence, pathogenesis, and management. Curr Probl Cancer. 1 déc 2019;43(6):100470.
26. Koehler L, Haddad T, Hunter D, Tuttle T. Axillary web syndrome following breast cancer surgery: symptoms, complications, and management strategies. Breast Cancer Targets Ther. 20 déc 2018;11:13-9.
27. Varaud N, Weill F. Cicatrices et kinésithérapie après cancer du sein : mise au point kinésithérapique pour ne pas nuire. Kinésithérapie Rev. 1 nov 2020;20(227):11-5.
28. Marc T, Ferrandez JC. Kinésithérapie et prévention des pertes d'amplitudes et des douleurs de l'épaule après chirurgie du cancer du sein. Kinésithérapie Rev. 1 nov 2020;20(227):28-36.
29. Physiotherapists' experiences of treating upper limb dysfunction due to breast cancer treatment. Physiotherapy. 1 déc 2017;103:e58.
30. Giacalone A, Alessandria P, Ruberti E. The Physiotherapy Intervention for Shoulder Pain in Patients Treated for Breast Cancer: Systematic Review. Cureus. 18 déc 2019;11(12).
31. Malicka I, Barczyk K, Hanuszkiewicz J, Skolimowska B, Woźniewski M. Body posture of women after breast cancer treatment. Ortop Traumatol Rehabil. 1 juill 2010;12(4):353-61.

32. Lopera-Muñeton C, Valencia-Legarda F, Bedoya-Bedoya OM, Correa-Castaño D, Páramo-Velásquez CA. Body posture and biomechanics in women after mastectomy. *J Phys Conf Ser.* déc 2019;1418(1):012009.
33. Mangone M, Bernetti A, Agostini F, Paoloni M, De Cicco F, V C, et al. Changes in Spine Alignment and Postural Balance After Breast Cancer Surgery: A Rehabilitative Point of View. *BioResearch Open Access.* 30 juill 2019;
34. Schilder P. *L'Image du corps. Etude des forces constructives de la psyché.* Gallimard. Autriche; 1980. 366 p. (Tel).
35. Reich M. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *Inf Psychiatr.* 2009;85(3):247-54.
36. Drillon P, Desvergée A, Prevost V, Blaizot X. Impact de l'activité physique adaptée sur les douleurs articulaires induites sous hormonothérapie adjuvante du cancer du sein : une revue de la littérature. *Ann Pharm Fr.* 18 juin 2022;
37. Lognos B, Glondu-Lassis M, Senesse P, Gutowski M, Jacot W, Lemanski C, et al. Interventions non médicamenteuses et cancer du sein : quel bénéfice en complément d'une radiothérapie ? *Cancer/Radiothérapie.* 1 juin 2022;26(4):637-45.
38. Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Ramírez-Vélez R. Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer.* 21 févr 2015;15(1):77.
39. Mostafaei F, Azizi M, Jalali A, Salari N, Abbasi P. Effect of exercise on depression and fatigue in breast cancer women undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Heliyon.* 1 juill 2021;7(7):e07657.
40. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(1).
41. Koevoets EW, Schagen SB, de Ruiter MB, Geerlings MI, Witlox L, van der Wall E, et al. Effect of physical exercise on cognitive function after chemotherapy in patients with breast cancer: a randomized controlled trial (PAM study). *Breast Cancer Res.* 26 mai 2022;24(1):36.
42. Saghatchian M, Lesur A. Gestion des effets secondaires de l'hormonothérapie du cancer du sein chez la femme jeune. *Bull Cancer (Paris).* 1 déc 2019;106(12, Supplement 1):S37-42.
43. Rouzier R, Hini JD, Bonneau C. Le concept du ganglion sentinelle : une révolution dans la prise en charge de l'envahissement ganglionnaire – revue avec focus sur le cancer du sein. *Bull Académie Natl Médecine.* 26 févr 2022;
44. Vignes S. Les lymphoedèmes secondaires sont-ils en voie de disparition ? *JMV-J Médecine Vasc.* 1 oct 2021;46(5, Supplement):S40.
45. Eliana Srur A, Ablo Toro O, Marianela Leiva C, Muriel Valdivia L, Gabriela Vargas J. Efficacité du traitement par physiothérapie combinée du lymphoedème. Expérience de l'Instituto Angiológico Montpellier à Santiago du Chili. *J Mal Vasc.* 1 oct 2014;39(5):349-50.

46. Nevola Teixeira LF, Sandrin F. The role of the physiotherapy in the plastic surgery patients after oncological breast surgery. *Gland Surg.* févr 2014;3(1):43-7.
47. Rolland J. Techniques de prise en charge de l'épaule dans le cadre d'une chirurgie pour cancer du sein (1ère partie). *Kinésithérapie Scientifique.* oct 2012;(536):81-6.
48. Meyer D. La kinésithérapie après une reconstruction mammaire par le minidorsal lipofillé. *Kinésithérapie Rev.* 1 nov 2020;20(227):21-7.
49. Piat JM, Giovinazzo V, Talha A, Dubost V, Maiato AP, Quoc CH. La reconstruction mammaire par le minidorsal lipofillé. *Kinésithérapie Rev.* 1 nov 2020;20(227):16-20.
50. Hivelin M, Lantieri L. Reconstruction mammaire autologue microchirurgicale par lambeau libre perforant aux dépens de l'artère épigastrique inférieure profonde (DIEP) : techniques classique et mini-invasive extra-péritonéale par laparoscopie. *Ann Chir Plast Esthét.* 9 oct 2018;63(5-6):457-72.
51. Meresse T, Chaput B, Grolleau JL, Gangloff D. Complication des lambeaux en reconstruction mammaire. *Ann Chir Plast Esthét.* 1 nov 2019;64(5):594-619.
52. Article L4321-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031/
53. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins - Légifrance [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000581393>
54. NGAP [Internet]. [cité 18 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>
55. INCa. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer [Internet]. 2018 juin [cité 28 févr 2022]. (Etat des lieux et des connaissances / Recherche). Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer>
56. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et les rhumatologues libéraux. déc 2009;
57. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire [Internet]. DUNOD. 2015 [cité 11 nov 2022]. 128 p. (Les Topos). Disponible sur: <https://www.dunod.com/entreprise-et-economie/enquete-entretien-et-questionnaire>
58. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;102(3):23-34.

Annexes

Les annexes ci-dessous sont tirées de l'ensemble du travail réalisé pour aboutir au contenu traité précédemment. Les éléments présentés ont été choisis pour leur pertinence.

Sommaire des annexes :

Annexe I.	Formulaire de consentement.....	64
Annexe II.	Guide d'entretien.....	66
Annexe III.	Entretien type.....	70
Annexe IV.	Tableaux de restitution	78

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE EXACT DU PROJET D'INITIATION A LA RECHERCHE

Etat des connaissances des oncologues et chirurgiens brestois sur la prise en charge masso-kinésithérapique des femmes atteintes d'un cancer du sein et évaluation de leurs habitudes de prescription.

PRÉSENTATION DU CHERCHEUR ET DU CONTEXTE

Le chercheur principal est MARY RAGOBERT. Le projet s'effectue dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche en masso-kinésithérapie (MIRMK) sous la direction de LAURIANE COUM-MENSLER.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet d'initiation à la recherche a pour objectif d'évaluer le niveau d'information des oncologues et chirurgien brestois sur la pratique masso-kinésithérapique dans le cadre du cancer du sein et de comprendre leurs habitudes de prescription.

DÉROULEMENT DE LA PARTICIPATION

En participant à ce projet, vous acceptez de témoigner lors d'un entretien présentiel. La durée probable de celui-ci est comprise entre 20 et 30 minutes. Cet entretien sera enregistré.

AVANTAGES, RISQUES OU INCONVÉNIENTS POSSIBLES LIES A LA PARTICIPATION

Le participant ne reçoit aucun avantage lié à sa participation et n'est exposé à aucun risque.

DONNEES COLLECTEES

L'entretien sera retranscrit après enregistrement. Les données recueillies seront utilisées dans le cadre du projet d'initiation à la recherche.

DROIT DE RETRAIT

Le participant peut retirer son consentement à tout moment. Il a également le droit de refuser de répondre à certaines questions sans conséquence pour celui-ci. En cas de retrait de la part du participant, les données collectées seront détruites.

CONFIDENTIALITÉ ET GESTION DES DONNÉES

Mesures d'anonymisation

Une lettre de l'alphabet sera utilisée à la place du nom du participant. Les noms de ville ou d'établissement seront remplacés par des symboles (carré, triangle...).

Accès aux données

Seuls le chercheur principal et son directeur de mémoire auront accès aux documents permettant l'identification du participant (formulaire de consentement, enregistrement).

Sécurisation

Les données au format numérique ne sont accessibles qu'après connexion nécessitant un mot de passe.

Conservation des données

Les données recueillies seront conservées pendant deux ans à la suite du rendu de mémoire.

Clause de divulgation

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par les lois françaises.

COORDONNÉES DU CHERCHEUR

Pour toute question concernant le projet de recherche, votre participation, l'utilisation de vos données, ou bien pour être retiré de l'étude, le participant peut contacter le chercheur principal à l'adresse suivante : ragobertmary@gmail.com

ATTESTATION DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à ce projet de recherche. J'ai pris connaissance du projet et je comprends son but, sa nature, ses avantages et ses risques.

Date et heure : _____

Signature (précédée de la mention

« Lu et approuvé »)

Guide d'entretien MIRMK

Bonjour, je suis étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Brest. Dans le cadre de mon mémoire de recherche de fin d'études, je m'intéresse aux connaissances des oncologues et des chirurgiens gynécologues sur les pratiques des MKDE dans le cadre de la prise en charge des femmes atteintes d'un cancer du sein ainsi que qu'à la prescription des séances de masso-kinésithérapie dans le cadre du cancer du sein. En effet en tant que MK, nous dépendons, dans n'importe quel domaine, de la prescription médicale pour exercer. Pour cela, je me suis permise de vous contacter pour échanger avec vous autour de ce sujet. Pour cela, je vous demanderai de répondre le plus spontanément et honnêtement possible aux questions qui suivront. Etes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? Il sera ensuite retranscrit et analysé de manière anonyme.

Thèmes	Questions	Relances
Présentation	Pouvez-vous vous présenter succinctement avec votre année de diplôme, votre spécialité au sein du corps médical ainsi qu'à la place du cancer du sein dans votre pratique ?	Quel est votre lieu d'exercice ? A quel moment de la PEC recevez-vous ces patientes ? Avez-vous réalisé des formations spécifiques du cancer du sein ? Si oui, lequel ?
Connaissances sur la PEC MK	Pourriez-vous me donner 3 mots qui représentent, pour vous, l'intérêt de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge du cancer du sein ? Selon vous, à quel moment de la prise en charge de la patiente atteinte d'un cancer du sein la masso-	A quelles phases du traitement ? (Chirurgie, chimiothérapie,

	<p>kinésithérapie a-t-elle un intérêt ?</p> <p>Quelles sont, selon vous, les effets secondaires traités par le masseur-kinésithérapeute ?</p> <p>Selon vous, quelles techniques peuvent-être utilisée dans ce contexte ?</p> <p>Pensez-vous que la majorité des oncologues et chirurgiens intervenant dans la prise en charge du cancer du sein sont informés sur le rôle des MK dans le cadre du cancer du sein ?</p> <p>A ce jour, vous sentez-vous assez informé(e) sur les pratiques MK ?</p> <p>Selon vous, quels pourraient être les freins à un manque d'information ?</p>	<p>radiothérapie, hormonothérapie, chirurgie reconstructrice)</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Quelles sont les méthodes d'informations auxquelles vous avez eu l'occasion de participer ? (Soirée informations, conférences, flyer...)</p>
<p>Prescription médicale</p>	<p>Donnez-vous des consignes ou conseils post-opératoires</p>	

	<p>ou post-radiothérapie ? Si oui lesquels ?</p> <p>Quand prescrivez-vous de la kinésithérapie à ces patientes ?</p> <p>Quelles pourraient être les raisons qui vous motiveraient à prescrire des séances de kinésithérapie dans le cadre du cancer du sein ?</p> <p>Quelles pourraient être les raisons qui vous freineraient à prescrire des séances de kinésithérapie dans le cadre du cancer du sein ?</p> <p>Pouvez-vous donner, par oral, un exemple de prescription de kinésithérapie ?</p>	<p>A quel moment de la prise en charge ?</p> <p>Lorsque la patiente le demande ?</p> <p>Lorsque vous la jugez utile ?</p> <p>A quelle fréquence ? (Systématiquement, fréquemment, peu fréquemment, jamais ?)</p> <p>Comme des contre-indications médicales ou chirurgicales...</p> <p>Quel motif, nombre de séance, fréquence des séances, et techniques indiquez-vous sur la prescription de kinésithérapie ?</p>
<p>Conclusion</p>	<p>Avez-vous quelque chose à ajouter ? Un élément non abordé ?</p>	

Annexe III. Entretien type

Entretien du Dr F, oncologue

Mary : Donc, tout d'abord, est-ce que vous pouvez vous présenter succinctement avec votre année de diplôme et votre spécialité au sein du corps médical.

Dr F : De diplômes, la thèse (oui) euh pour nous le, la prise de fonction ?

Mary : Oui voilà.

Dr F : Du coup moi je suis le docteur F je suis en oncologue du coup à ◦ de Brest et je prends en charge des patients du coup qui ont eu des cancers du sein ou qui ont des cancers gynécologiques et des sarcomes. Et alors ma date de prise en fonction c'est mai 2019 et je suis actuellement praticien hospitalier.

Mary : D'accord. Quelle est la place du cancer du sein dans votre pratique ? C'est... en pourcentage à peu près.

Dr F : Je pense qu'on est autour de 60%, je pense... Actuellement, je pense peut-être un peu moins mais oui (dans ces eaux-là) je pense oui (c'est une grande part) oui oui *rire*

Mary : Euh du coup, est-ce que vous avez réalisé des formations spécifiques sur le cancer du sein ?

Dr F : Pas spécialement non. Au cours de l'internat et après non c'est plutôt comme ça que ça s'est orienté du point de vue de la prise de poste et de du contenu de la consultation.

Mary : D'accord.

Dr F : Mais pas je n'ai pas de DU de capacité particulière en sénologie.

Mary : D'accord. Pour passer à la partie plus sur la kinésithérapie, est-ce que vous pourriez me donner 3 mots qui représentent pour vous l'importance de la kiné pour ces patientes ?

Dr F : Trois mots ? Euh, la, euh si c'est que des mots (ou une expression, ça me va aussi) fonction, antalgie, autonomie.

Mary : D'accord. Euh, selon vous, à quel moment la prise en charge la patiente peut venir en séance de kinésithérapie ?

Dr F : Oh bah tout le temps. L'idéal alors euh nous on commence... Dans le cancer du sein on a les patientes qui commencent par la chimiothérapie ou les patients qui commencent par la chirurgie quand elles sont en curatif sinon après il y a tout ce qui est métastatique ou reconstruction qui est encore autre chose mais, pour la partie on va dire qui est le gros de la primo prescription de kiné, moi en général je les adresse au moment où se profilent la chirurgie quand elles ont la chimiothérapie avant parce que souvent au début ça fait beaucoup et elles ont beaucoup de rendez-vous et beaucoup de voilà donc avant la chirurgie et puis après bah on fait en fonction des besoins.

Mary : Donc pour commencer avant la chirurgie ?

Dr F : Ouais en général la première prescription c'est à ce moment-là on est fin de chimiothérapie néoadjuvante quand la date de bloc opératoire est posée quand on sait quand va être la chirurgie ce qui permet ensuite d'appeler le kiné pour euh bloquer quoi.

Mary : Tout à fait. Euh et, pour vous, ce serait pour traiter quels effets secondaires ?

Dr F : Bon déjà c'est pour retrouver plus rapidement une autonomie, pour pouvoir travailler ses amplitudes, pour pouvoir aussi savoir ce qui est normal ou pas parce que les patients souvent quand elles ont eu un diagnostic de cancer du sein ont la grande crainte après quand elles ont des douleurs de savoir si c'est parce que la maladie récidive ou pas et puis souvent quand il y a les lymphœdèmes la cytotéatonecrose tout ça bah elles ont peur que ce soit une récidive de la maladie. (D'accord) Et il y a une grosse partie des dames qui ne touchent pas leur corps qui ne veulent pas le regarder et donc la kiné ça permet aussi souvent de rétablir le contact physique, nous on les examine mais c'est pas du tout la même le même type de contact et de réappropriation. Et souvent du coup, la kinésithérapie moi je le vois après chez les dames ça leur permet de s'autoriser plus de mouvements et d'envisager de se dire que ce n'est pas normal d'avoir une épaule à 90° et qu'on peut gagner plus quoi. (Oui) Donc euh quelle était déjà la question ? *rire*

Mary : Les effets secondaires...

Dr F : Donc c'est surtout pour l'amplitude la... la base. Après, tout ce qui est cordes enfin voilà tout ce qui est adhérence, les lymphœdèmes, bon ça à vrai dire c'est plus tardif, quand je me place dans la prise en charge initiale au tout début de la chirurgie mais, après tout ce qui est lymphœdème, tout ce qui est œdème et séquelles mammaires au niveau de la radiothérapie enfin voilà, tout ce qui est œdème euh essentiellement ça quoi. Après, j'ai des dames, qui vont aussi, où il y a une partie clairement support psychologique.

Mary : Psychologique aussi

Dr F : Clairement hein, ah oui oui ! Ça fait partie de, dans les acteurs j'ai des dames je pense qu'il y a une partie qui continuent d'y aller ou l'amplitude est très bien mais euh... Je vois très bien chez certaines patientes qui ont exactement le même type de, on va dire séquelles qui restent (au niveau corporel) voilà, qui n'ont pas besoin de kiné et ça va très bien et d'autres dames qui ont toujours ce besoin là mais où... et elle le verbalisent très bien d'ailleurs, que ça leur fait du bien aussi de, d'avoir encore ce rendez-vous là (qui est hebdomadaire finalement) c'est ça ouais qui est fixe une fois par semaine ou après quand on espace toutes les 3 semaines tous les mois mais...

Mary : D'accord. Selon vous quelles techniques peut-on utiliser en kinésithérapie ?

Dr F : Alors pour votre enfin pour les choses ? (oui) Alors de ce que j'ai compris il y a tous les massages à la main quoi, il y a les gants là avec l'électricité, il y a tout ce qui est le strap, il y a toutes les balles à picots, il y a le Mobiderm là dans le dans le soutien-gorge, il y a les compressions, il y a moins les machines avec compression j'ai l'impression que souvent c'est quand même plus à la main ou plus souvent ce qui est plus efficace pour les patients c'est quand même quand ça reste euh... (manuel ?) très manuel ouais j'ai l'impression euh en général les machines de compression sont surtout aussi pour les membres inférieur que pour... Ce sont aussi des patients que j'envoie moi dans le cadre de sarcome de membre... dans les jambes aussi ou dans le cadre de curage gynécologique euh voilà c'est déjà pas mal j'en oublie sûrement. *rire*

Mary : C'est normal c'est un peu moins votre pratique.

Dr F : C'est ça moi c'est surtout ce que les patientes me retournent, ce que j'en sais au bout d'un moment.

Mary : Euh du coup est-ce que vous sentez que vous avez un manque de connaissances par rapport à ce qui est fait en kinésithérapie ?

Dr F : Pour pouvoir prescrire il n'y a pas de souci, après on a assez l'habitude dans notre profession d'avoir des paramédicaux qui, oui voilà de faire appel à des compétences complémentaires. J'avais eu la présentation de Lauriane à une journée de, alors ce n'est pas le GHT, mais de leur réseau voilà qui était très, très bien, c'était sur le réseau du kiné c'était sur la communauté commune de Saint Renan, je crois enfin voilà. Donc du coup il y avait l'activité physique adaptée et la kiné mais, du coup c'est parce que, surtout c'est imagé en fait, elle donne des images. Nous ça nous parle un peu plus mais après on le voit au quotidien parce que on examine des dames au quotidien, on voit très bien les effets avant après et tout ça donc c'est toujours chouette de voir les photos et de voir

ce qu'elle fait exactement d'avoir le détail mais j'ai absolument aucune forme de limite de prescription déjà d'avant quoi (d'accord) c'est, c'est chouette quand on voit mais on... les patientes nous racontent aussi ce qui se passe.

Mary : Oui. Vous venez de parler d'activité physique euh, si je peux me permettre de rebondir, pour vous c'est une part importante aussi ? Ça ferait partie de la prise en charge kiné ou ce serait à part ?

Dr F : Alors on a les 2, après pour le moment on a la chance mais visiblement ça va bouger dans les moments à venir d'avoir pour la région d'ici. On a Ty Yann qui fait son programme là pour qu'ensuite les patients puissent dans les associations continuer, il y a Roscoff aussi qui a lancé son programme donc ça va peut-être virer vers le Cap Horn je ne sais pas trop on va voir dans les dans les mois qui viennent là euh... Et après il y a tout ce qui est associations, il y a des personnes qui font chez le kiné aussi ça dépend. Alors je sais que le réseau des kinés du sein étant spécialement débordés parce que voilà, on y reviendra peut-être là-dessus, je ne sais pas si elles font l'activité physique en plus mais je pense qu'elles n'ont pas 1000 bras non plus. Mais euh et puis il y a une partie où on sent aussi si elle... Il y a deux types de patientes hein. Il y a les patientes qui veulent pas du tout traîner dans tout ce qui est en lien avec le cancer (Associations) voilà, qui veulent retourner chez soi et qui veulent faire des activités physiques dans des clubs normaux en dehors et des dames qui vraiment même des années plus tard sont encore très, très dedans et des fois on se demande si c'est très bon d'ailleurs psychologiquement pour elle parce qu'il y a un côté ruminant des fois. Il y a des dames pour qui ça fait beaucoup de soutien de savoir, d'être avec des personnes qui partagent les mêmes traumatismes qu'elles et tout ça et il y a des dames ou des fois c'est même un peu trop. (D'accord) Donc c'est vrai que pour la partie activité physique, moi je les envoie dans les programmes de rééducation ou si, parce que ça reviendra aussi, ça dépend où elles habitent hein. Les patientes du centre de Bretagne c'est la cata, donc si elles ont aussi, j'envoie dans le programme AVEC. C'est le réseau de soins en ville en fait, qui fait un programme qui s'appelle AVEC donc il y en a différents, il y a Finistère Nord qui prend Crozon je crois, Finistère sud, Morlaix, nous pour notre zone de rayonnement c'est essentiellement ça. Et en fait ils prennent en compte un certain nombre de séances gratuites mais il faut qu'ils trouvent des acteurs locaux et j'ai des patients par exemple à Carhaix ils n'ont pas trouvé où il y a activité physique diète et psycho et en fait ils ont pris en charge 2 de ces items et donc il y a des dames que j'envoie aussi. Mais malheureusement, parce qu'elles disent qu'elles ne trouvent pas mais souvent en fait c'est parce qu'il n'y a pas. [...] Donc en fait, moi mon truc c'est vraiment de les injecter dans les, les mettre face aux interlocuteurs et puis après ça suit

son cours ou pas quoi, on en reparle aux dames mais voilà. [...] Après, de plus en plus, ça communique hein, pour le coup le cancer du sein ce sont des dames qui communiquent beaucoup entre elles par rapport à d'autres localisations tumorales il y a quand même une circulation de l'information d'autant plus de plus en plus là ces dernières années avec les réseaux sociaux et tout ça qui est quand même assez fluide, c'est-à-dire quelqu'un qui cherche l'info trouvera rapidement quand même.

Mary : Euh vous avez parlé d'une réunion avec Lauriane pour l'information est-ce que vous avez eu d'autres informations par rapport à la kiné via d'autres moyens d'information ?

Dr F : Non bah le réseau donc, via Lauriane en fait, communique beaucoup avec nous, on échange des mails, elle nous met à jour les listes si besoin, elle nous a envoyé les flyers. Il y a quand même une bonne communication si besoin ouais. On donne aux patientes le flyer, le site web et puis la liste mais on leur dit qu'elle peut être mise à jour sur le site.

Mary : On va passer une partie un peu plus sur la prescription. Est-ce que vous donnez des consignes ou des conseils pré ou post-opératoires ?

Dr F : Sur l'ordonnance ?

Mary : Pas forcément sur l'ordonnance mais directement aux patientes

Dr F : Non moi je leur dis que la kiné va leur donner la feuille avec les exercices et tout ça. Mais moi tout spécifiquement, des mouvements à faire, je ne me lance pas là-dedans parce que ce n'est pas ma formation. Je dis que le/la kiné fera faire des choses au cabinet qu'il y aura peut-être aussi des feuilles de choses à faire à l'hôpital ou à la maison et tout ça mais ce n'est pas moi qui... non je donne pas les...

Mary : D'accord. Tout à l'heure vous disiez que vous prescriviez avant la chirurgie si vous les voyez avant, est-ce que c'est systématiquement ou et... ?

Dr F : Oui quand on arrive à la chirurgie en général c'est rare que j'oublie quand elles sont dans ce sens-là. Après, il y a la majorité que je vois après mais quoique hein de plus en plus avant donc oui quand je suis dans la partie néoadjuvante donc avant la chirurgie oui je leur dis après y aura chirurgie donc kiné quoi (oui d'accord)

Mary : Ça vous est déjà arrivé de prescrire à la demande de la patiente ?

Dr F : C'est-à-dire c'est elle qui dit j'ai pris rendez-vous alors ça arrive. (Si elle ressent un besoin d'aller chez le kiné) Ah oui, mais en général ça fait partie de notre consultation en fait hein, enfin suivi de ça on les examine, on demande où elles en sont de la kiné

enfin oui mais oui. Donc des fois il faut que « je pense qu'il faut que j'y retourne » ou nous on dit je pense qu'il faut que vous y retourniez des fois elles disent « Aaah... » *grimace* si si *rire* et euh mais oui enfin en fait ça fait partie de la consultation hein.

Mary : D'accord. Quelles pourraient être les raisons qui vous motiveraient à prescrire on en a déjà parlé (oui) c'est la chirurgie le déficit...

Dr F : C'est ça, on le voit en fait hein. Ou elles arrivent elles sont comme ça *mime la posture du bras* alors voilà mais oui enfin nous ça fait vraiment partie des outils et puis c'est vrai qu'en plus comme c'est souvent très efficace et non médicamenteux les dames s'en saisissent quand même vraiment bien. Les, on va peut-être en parler mais, l'obstacle principal c'est la géographie, enfin l'autonomie des patients donc la capacité qu'elles ont d'aller au cabinet et la géographie souvent. Ce sont plutôt souvent les personnes isolées socialement qui n'ont pas de voiture ou tout ça qui se retrouvent dans la campagne Carhaisienne et où le kiné soit il n'est pas formé parce qu'il y a très peu de kiné sur le territoire, il en met 5 dans la salle à la chaîne et en fait il n'est pas formé spécifiquement. [...] C'est surtout ça les obstacles principaux, ce n'est pas le fait de ne pas vouloir prescrire, c'est souvent des problèmes logistiques plus souvent ces personnes isolées ou qui a perdu l'autonomie qui sont en campagne et du coup qui ne peuvent pas se rendre au cabinet facilement ou en transport. Il y a vraiment des patients qui n'ont plus de kiné parce qu'il y en a un qui est mort, c'est vraiment ça, ou qui est parti et que et il y a des endroits où il y a des jeunes qui s'installent mais d'autres endroits où c'est le désert médical hein donc c'est plutôt ça les limites d'accès quoi. (Oui exactement, c'était ma question suivante vous avez répondu *rire*) C'est dommage hein, il y a vraiment des patients (qui auraient besoin) oui oui qui porte en fait leur isolement géographique hein c'est triste hein.

Mary : Hum. Est-ce que vous pourriez donner par oral un exemple de prescription ?

Dr F : Oh moi je fais l'ordonnance que Lauriane m'a donné. *rire* Donc je la, c'est Lauriane Coum, c'est ordonnance Coum-Mensler là et c'est celle-là que j'envoie. Donc c'est tout sur le travail de l'épaule si besoin, détection de thrombose si nécessaire, travail des amplitudes. C'est l'ordonnance standardisée (d'accord) voilà.

Mary : Donc j'imagine qu'il n'y a pas de nombre de séances et de fréquence ?

Dr F : Non, non, non, non pas du tout !

Mary : Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter qu'on n'a pas abordé ?

Dr F : Alors, il y a la cette chose-là, que je sais, je pressens mais parce qu'en fait j'ai des patients qui ont d'excellents kinés qui visiblement ont été formés hein parce que clairement on voit la différence mais qui ne sont pas référencés dans le réseau. Alors j'essaie, moi, d'avoir une liste un peu à part pour mes patients, parce que par exemple j'ai des patients qui ont pu se faire avec Lauriane mais qui ont pu se faire refuser par le monde des du réseau des kinés du sein de proximité parce que saturé et qui donc n'ont pas pu être prises en charge à temps et tout ça, alors qu'il y a des kinés de ville et je le vois très bien, qui sont formés mais qui ne se déclarent pas, je pense pour des raisons de pouvoir continuer de faire de la kiné proximité. Parce que clairement, visiblement, si on se déclare dans le réseau on se retrouve saturé et c'est ce que je comprends à travers certaines patientes de leur kiné et tout ça et qui fait vraiment des choses super et donc c'est plutôt ça en fait. C'est comment on peut proposer de la kiné de qualité. Et, j'ai même des patientes, alors là j'ai dû faire jouer le côté c'est l'oncologue qui l'a dit pour qu'il ne se sente pas voilà, donc clairement c'était un kiné qui n'est pas formé et ça n'avancait pas et en fait soit quand il y a des congés maladies ou des vacances et tout, je dis là vous allez voir un autre kiné et vous dites c'est l'oncologue ou alors vous abordez les choses avec votre kiné en disant j'ai l'impression que je n'ai pas de bénéfice, mon oncologue m'a parlé du réseau est-ce que je peux aller. Parce que, souvent les patients du coup quand ils sentent que ça ne marche pas très bien et effectivement si c'est des massages où ils me disent « il m'a touché comme ça » je le voilà euh le patient se sent coupable de d'oser dire à son praticien qui par ailleurs va l'avoir suivi pour ses maux de dos pour ses entorses ou que sais-je ou ses voilà de de de dire bah en gros « vous ne faites pas du bon travail je vais ailleurs ». Oui et ça c'est vrai que c'est une problématique que je vois souvent plutôt d'une patientèle un peu âgée voilà, ceux qui ne remettent pas trop en cause la médecine et tout ça, qui sont disciplinés et qui voilà et j'ai vraiment des patients, d'avoir réussi à les faire changer ça a tout changé au niveau fonctionnel quoi et ça je me retrouve vraiment effectivement régulièrement de temps en temps avec ce avec ce problème là en fait. Alors moi maintenant en fait ce que je leur dis surtout en fonction de où ils habitent c'est, vous prenez mon ordonnance, vous demandez à votre kiné de secteur s'il est formé et si il peut faire ça et si non vous voyez avec le réseau parce que souvent aussi il y a peu de réseaux d'équipes de kiné du sein dans le Finistère et les patients des fois ça leur fait faire quand c'est 3 fois par semaine je sais pas moi une demi-heure 3/4 d'heure aller, c'est trop quoi et ils disent « moi je perds tout si en plus d'aller à la radiothérapie il y a tout le reste ». Je dis vous voyez et si jamais ça persiste et tout ça, on verra peut-être pour aller chez un plus spécialisé. Et l'autre problématique là, c'est qu'à Brest, où il y a le plus gros bassin de population il n'y a pas, c'est soit Bohars et j'ai pas mal de patients en fait qui ne vont pas à Bohars parce que

c'est déjà trop long ou compliqué d'accès, et Zeina ne prend plus enfin, des patients en fait elle aurait dû faire de l'intense 5 fois par semaine et où en fait ça n'a pu être qu'une fois et en fait du coup ça n'a pas donné ce qu'ils attendaient et voilà le fait qu'il n'y ait personne à Brest c'est aussi un problème en fait. Au moins qu'on est une liste de personnes formées, au moins pour certaines personnes. [...] A moins une liste qui soit non officialisée et Zeina ne prend plus enfin quand on me dit l'alternative à Brest c'est Zeina. (Oui) Enfin voilà souvent elle est absente en formation pour faire des formations tout ça souvent c'est des remplaçants ils nous disent que souvent les remplaçants c'est pas... voilà. Et, du coup, d'avoir au moins une liste de gens qui savent faire à Brest et je sais qu'il y en a parce que j'ai des patients où ça se passe très, très bien avec leur kiné (d'accord). Donc, ça on s'aperçoit que c'est bien mais du coup il y a des patients qui se sentent laissés sur le carreau parce que justement ils n'ont pas accès ou un accès trop limité (à un praticien qui soit formé) c'est ça c'est la rançon du succès *rire*

[...]

Annexe IV. Tableaux de restitution

Thème	Connaissances sur la prise en charge masso-kinésithérapique		
Sous-thèmes	Représentations	Phases du traitement	Effets secondaires traités
Entretien A	Prévention, mobilité, psychologique	En préopératoire, en post-opératoire	Lymphœdème dont il faut être modeste, les ¾ des kinés font du drainage abusif, la mobilité de l'épaule, l'aspect psychologique, les cicatrices
Entretien B	Souplesse, adhérence, douleur	Le plus tôt possible, après la cicatrisation, pour préparer une chirurgie, pour assouplir une chirurgie déjà réalisée	Pour préparer une opération, assouplir les tissus, lever les cicatrices séquellaires, préparer la zone à liposucer, la douleur, le lymphœdème, je ne sais pas par contre si les séances de massage contre le lymphœdème ont un effet préventif, la mobilité du bras, la peau après radiothérapie qui est collée au thorax
Entretien C	Efficacité, récupération, bienveillance	Rapidement, après un curage axillaire et si séquelles après la technique du ganglion sentinelle	Les limitations articulaires, lymphœdème, les œdèmes localisés, les lymphocèles, la douleur, les dames sont contentes la kiné devient vraiment centrale dans la prise en charge

Entretien D	Drainage, mobilisation, douleur, cicatrice	Immédiatement après un curage axillaire, si séquelle	Le lymphœdème, la cicatrice, la récupération des amplitudes articulaires, la douleur, la tolérance à l'hormonothérapie (raideurs et douleurs articulaires), sir la chimio après ça je ne sais pas trop
Entretien E	Diminution des séquelles, confort, prévention des complications (lymphœdème)	Surtout après une chirurgie ou une radiothérapie, mais aussi à tous les stades de la maladie, même quand elles sont suivies en rémission	Les cicatrices rétractées, les limitations de mobilité, la prévention du lymphœdème, certaines patientes sont un petit peu déséquilibrées quand elles ont un gros volume mammaire, les rétractions tissulaires post-radiothérapie
Entretien F	Fonction, antalgie, autonomie	Tout le temps, après la chirurgie, avant la chirurgie	Les amplitudes (raideurs articulaires), rétablir le contact physique, les cordes lymphatiques, les adhérences, le lymphœdèmes (plus tardif), œdèmes et séquelles mammaires due à la radiothérapie, support psychologique

Thème	Connaissances sur la prise en charge masso-kinésithérapique			
Sous-thèmes	Techniques et outils	Connaissance des pairs	Connaissance personnelle	Freins à l'information

Entretien A	Drainage lymphatique manuel, rééducation scapulo-humérale, décollement de la cicatrice	Plus oui mais ce n'est pas pour autant qu'il y a moins d'épaule bloquée	Non, lors des congrès la kinésithérapie n'est pas souvent la priorité	Le temps
Entretien B	Drainage manuel ou avec machines, micro-courants, je ne sais pas trop quand on utilise l'un ou l'autre	De plus en plus, surtout qu'on voit maintenant à nos congrès de chirurgie des présentations par les kinés	Je pense être assez informée pour ce dont j'ai besoin	Le manque de temps, le manque de kinés formés
Entretien C	Assez peu en fait parce que je n'ai jamais vu de séance, on se doute qu'il y a des apprentissages de certains mouvements, massages, strap, lymphœdèmes, ce sont des choses un peu nébuleuses parce que je n'ai jamais vu faire	Je pense que oui, il faudrait être bête pour ne pas se rendre compte de l'efficacité et du bien-être que ça apporte aux patientes	J'aimerais être un peu plus, mon objectif c'est d'aller voir une consultation, je serai intéressée de savoir comment ça se passe	Le fait qu'on travaille tous beaucoup
Entretien D	Activité physique adaptée, le drainage avec ou sans machine, mobilisation	Non pas forcément, Je pense qu'on a tous une idée un peu vague	Non probablement après peut-être que ce serait à moi	C'est chronophage, l'organisation de l'emploi du temps, des

	articulaire avec l'apprentissage d'auto-exercice, massage de cicatrice		aussi de faire l'effort, Je me sens suffisamment informée dans des indications très précises de post-opératoire, je sais que ça a un réel intérêt, j'avais eu un cours avec un kiné au DU de sénologie	différents médecins et coordonnées
Entretien E	Pas énormément parce que je n'ai jamais été en stage ou en observation, j'imagine qu'il y a des massages de pressothérapie, peut-être avec des machines	Je ne pense pas dans le secteur	Je me suis toujours dit que ça aurait été intéressant d'avoir une ou deux journées avec un kiné pour voir ça, on n'a pas l'occasion d'aller voir et c'est dommage parce qu'on visualise pas du tout ce qu'on prescrit	Le manque de temps
Entretien F	Les massages à la main, les gants avec l'électricité,	Ne se prononce pas	Pour pouvoir prescrire il n'y a pas de	Le manque de temps

	strap, balles à picots, Mobiderm dans le soutien-gorge, programme d'AP avec Ty Yann et Perharidy, je ne sais pas si elles font l'activité physique en plus mais je pense qu'elles n'ont pas 1000 bras non plus		soucis, J'avais eu la présentation de Lauriane à une journée de leur réseau qui était très, très bien, le réseau donc via Lauriane en fait communique beaucoup avec nous, on échange des mails, elle nous met à jour les listes si besoin, elle nous a envoyé les flyer	
--	--	--	---	--

Thème	Prescription			
Sous-thèmes	Conseils	Moment	Motivations	Freins
Entretien A	La mobilité de l'épaule pour qu'elle se serve normalement de leur bras	Lorsqu'il y a des signes physiques	Symptômes	Refus de la patiente
Entretien B	Des feuilles d'automassages	En post-opératoire, plusieurs années après l'opération,	Symptômes	Ne se prononce pas

		pour préparer une chirurgie, sur demande de la patiente, après observation de séquelles, systématiquement dès qu'il y a un curage		
Entretien C	Le type de soutien-gorge, certains mouvements en attendant l'avis du kiné	Après curage axillaire, en post-opératoire, sur demande de la patiente, Très fréquemment, constant dans les curages	Symptômes	Pas de frein
Entretien D	Automassages, pas d'exercice de mobilisation mais juste continuer à bouger normalement le bras, conseils de prévention du lymphœdème	En post-opératoire immédiat pour les curages axillaires, sur demande de la patiente, si présence de séquelle	Symptômes	Refus de la patiente, éloignement géographique
Entretien E	Une ordonnance pour la gestion des effets secondaires	En post-opératoire, après radiothérapie, très fréquemment	Symptômes, souhait de la patiente	Délai de rendez-vous avec des kinés spécialisés
Entretien F	Je ne me lance pas dans les mouvements à faire parce que ce	En post-opératoire, si présence de séquelles, sur	Symptômes	L'éloignement géographique,

	n'est pas ma formation	demande de la patiente, c'est rare que j'oublie		le manque de kinés formés
--	------------------------	---	--	---------------------------

Thème	Prescription
Sous-thèmes	Contenu
Entretien A	L'exemple du RKS, rééducation scapulo-humérale après chirurgie du cancer du sein, DLM si nécessaire, fréquence sur caractère urgent
Entretien B	Deux endroits anatomiques, pas de nombre de séance
Entretien C	Pas le nombre de séances, antécédents, récupération des amplitudes articulaires, massage antalgique, drainage lymphatique, je suis preneuse de mettre autre chose s'il y a besoin de rajouter
Entretien D	Quand je rédige mon ordonnance je me dis toujours, bon ça se trouve il va se moquer un peu de moi parce que j'ai écrit un peu n'importe quoi, mobilisation articulaire, drainage lymphatique, auto-exercices, massage de la cicatrice, pas de nombre de séance, pas de fréquence
Entretien E	Vous devez bien rigoler quand on vous envoie des ordonnances, j'ai une ordonnance pré-faite, rééducation de l'épaule, de l'aisselle et du tronc, drainage lymphatique manuel si nécessaire, détection des thromboses lymphatique, pas de nombre de séance, pas de fréquence
Entretien F	Ordonnance Lauriane Coum-Mensler, travail de l'épaule, détection de thrombose, travail des amplitudes

NOM : RAGOBERT	PRENOM : Mary
TITRE : Connaissances des oncologues et chirurgiens du sein brestois sur la pratique masso-kinésithérapique et la prescription	
ABSTRACT :	
<p>Breast cancer is a public health problem that affects 1 in 8 women. The side effects can be improved with physiotherapy. However, after 5 years, half of the women with breast cancer still have side effects. A study showed the lack of knowledge of general practitioners and rheumatologists about the practice of physiotherapists and how to prescribe physiotherapy. The aim of this study was to evaluate the knowledge of oncologists and breast cancer surgeons about physiotherapy and its prescription.</p> <p>A qualitative survey was carried out using semi-directive interviews with three oncologists and three surgeons from Brest who have a patient base mainly affected by breast cancer.</p> <p>A real interest in physiotherapy in the overall management of women with breast cancer has been observed. However, a lack of global information on the methods and tools used and their real impact was revealed by the population.</p> <p>Further research is required on a larger scale, including general practitioners and the knowledge of non-specialist physiotherapists about the management of breast cancer patients.</p>	
RÉSUMÉ :	
<p>Le cancer du sein est un problème de santé publique qui touche 1 femme sur 8. Les effets secondaires peuvent être améliorés grâce à la physiothérapie. Cependant, après 5 ans, la moitié des femmes atteintes d'un cancer du sein ont encore des effets secondaires. Une étude a montré le manque de connaissances des médecins généralistes et des rhumatologues sur la pratique des kinésithérapeutes et sur la manière de prescrire la masso-kinésithérapie. Le but de cette étude était d'évaluer les connaissances des oncologues et chirurgiens spécialisés dans le cancer du sein sur la masso-kinésithérapie et sa prescription.</p> <p>Une enquête qualitative a été réalisée à l'aide d'entretien semi-directifs centré auprès de trois oncologues et de trois chirurgiens brestois ayant une patientèle atteinte, majoritairement, d'un cancer du sein.</p> <p>Un réel intérêt pour la masso-kinésithérapie dans la prise en charge globale des femmes atteintes d'un cancer du sein a été observé. Cependant, un manque d'information globale sur les techniques et outils utilisés ainsi que leur impact réel a été révélé par la population</p> <p>De futures recherches sont nécessaires à plus grande échelle, en intégrant les médecins généralistes et sur les connaissances des masseur-kinésithérapeutes non spécialisés sur la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein.</p>	
KEY WORDS : breast cancer, physiotherapy, physiotherapist, oncologist, surgeon, prescription	
MOTS CLES : cancer du sein, masso-kinésithérapie, masseur-kinésithérapeute, oncologue, chirurgien, prescription	
<p>INSTITUT DE FORMATION MASSEURS KINESITHERAPEUTE de Brest</p> <p>Adresse : 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 BREST CEDEX 3</p> <p>TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2019-2023</p>	