



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS
Institut Régional de Formation
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

MÉMOIRE

UNITÉ D'ENSEIGNEMENT 28

**Place et enjeux de la kinésithérapie
préopératoire dans la reconstruction
mammaire post-cancer du sein**

Année 2024-2025

MARCHAND Louna



45, Rue Cognacq Jay - 51092 Reims Cedex
Tél. : 03.26.78.73.72 – 03.26.78.73.00
E-mail : ifmk@chu-reims.fr



Remerciements

Par ces quelques lignes, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie mon experte mémoire pour son suivi attentif, son expertise et ses précieuses recommandations, qui ont été essentielles tout au long de ce travail.

Je tiens également à adresser un grand merci à ma directrice de mémoire pour son accompagnement bienveillant, ses relectures, ses conseils et ses encouragements constants qui m'ont guidée jusqu'à l'aboutissement de ce projet.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la formation complète dispensée durant ces quatre années, qui nous prépare à devenir les futurs professionnels.

Merci aux femmes que j'ai eues la chance de rencontrer lors de mes stages et qui, par leurs témoignages, ont éveillé en moi un réel intérêt pour la prise en charge en sénologie.

Je remercie également les masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté de participer à cette étude. Leur disponibilité et la qualité de nos échanges, à la fois sur le plan professionnel et humain, ont grandement contribué à l'avancée de ce travail.

Je souhaite aussi remercier mon beau-père, pour ses relectures attentives et son regard extérieur, qui m'ont été précieux.

Enfin, je remercie profondément ma famille et mes amis, et tout particulièrement ma mère et mon père, pour leur présence constante, leur soutien au quotidien tout au long de mes études, et pour avoir, chacun à leur manière, accompagné mon parcours.

Liste des abréviations

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

HER2 : Human Epidermal growth factor Receptor-2

TRAM : Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous

DIEP : Deep Inferior Epigastric Perforator

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

SPIDER : Sample size, Phenomenon of Interest, study Design, Evaluation, Research type

PICO : Population, Intervention, Comparaison, Outcome

RAPACE : Recherche, Approche, Phénomène d'Analyse, Concept, Echantillon

MK : Masseur Kinésithérapeute

IPA : Analyse Interprétative Phénoménologique

GTM : Grounded Theory Method

RKS : Réseau Kinés du Sein

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

URCA : Université Reims Champagne Ardenne

DU : Diplôme Universitaire

EBP : Evidence Based Practice

Sommaire

<i>Introduction</i>	4
1. Cadre conceptuel	5
1.1. Le cancer du sein	5
1.1.1. Rappels anatomiques.....	5
1.1.2. La pathologie.....	5
1.1.3. La prévention.....	6
1.1.4. Le diagnostic	7
1.1.5. Les traitements	8
1.1.6. Les conséquences des traitements	10
1.1.7. Les soins de support	10
1.2. La reconstruction mammaire	11
1.2.1. La temporalité	11
1.2.2. Les procédures.....	12
1.2.3. Les suites opératoires	14
1.3. La prise en charge kinésithérapique dans le cancer du sein	15
1.3.1. La prise en charge initiale.....	16
1.3.2. La prise en charge péri-reconstruction mammaire	16
2. Méthodologie de la recherche	18
2.1. Cadre de la recherche	18
2.1.1. Recherche de littérature préliminaire.....	18
2.1.2. Problématique	19
2.2. Méthode utilisée	19
2.2.1. Choix de la méthode	19
2.2.2. Théorisation ancrée constructiviste	20
2.2.3. Échantillonnage raisonné et théorique	21
2.2.4. Clôture de l'échantillon et saturation	22
2.3. L'étude	22
2.3.1. Préparation des entretiens	22
2.3.2. Recrutement des participants	23
2.3.3. Déroulement des entretiens.....	24
2.3.4. Traitement des données par retranscription	24
2.3.5. Aspect réglementaire et éthique.....	25
2.4. Méthode d'analyse des données	26
3. Résultats	27
3.1. Échantillonnage	27
3.1.1. Inclusion des participants	27
3.1.2. Profil des participants	27
3.1.3. Saturation théorique.....	27
3.2. Présentation des résultats	28
3.3. Du cancer du sein à la reconstruction mammaire	29
3.3.1. Vivre après un cancer du sein	29
3.3.2. Chemin de la reconstruction	29
3.3.3. Facteurs influençant le choix de la reconstruction.....	30
3.3.4. Sensibilisation et perception du cancer du sein dans la société	31
3.4. Transmission d'informations	32
3.4.1. Formation initiale	32
3.4.2. Formation continue.....	32

3.4.3. Limites d'accès aux ressources scientifiques.....	33
3.4.4. Partage d'informations entre professionnels.....	34
3.4.5. Médiatisation de la santé	35
3.5. Structuration de la prise en charge	36
3.5.1. Organisation de la prise en charge.....	36
3.5.2. Ingénierie du protocole de rééducation.....	37
3.5.3. Financement	38
3.5.4. Contraintes liées aux conditions de travail	39
3.6. Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire.....	40
3.6.1. Principes de la prise en charge.....	40
3.6.2. Personnalisation de la prise en charge	41
3.6.3. Bilan	41
3.6.4. Objectifs	42
3.6.5. Actes	44
3.6.6. Outils	45
3.6.7. Informations et éducation	46
3.6.8. Accompagnement et soutien.....	46
3.6.9. Relation soignant-soigné	47
3.7. Collaboration interprofessionnelle	48
3.7.1. Réseaux de santé.....	48
3.7.2. Prise en charge pluridisciplinaire.....	48
3.7.3. Freins interprofessionnels	49
3.7.4. Évolution de la collaboration et de la reconnaissance interprofessionnelle	51
3.8. Approche biopsychosociale	52
3.8.1. Motivation des patientes	52
3.8.2. Obstacles à la participation des patientes.....	52
3.8.3. Approche holistique.....	53
3.8.4. Impact de la sphère sociale	54
3.8.5. Lien social entre les patientes	54
3.9. Investissement personnel du MK.....	54
3.9.1. Capacités individuelles	54
3.9.2. Bien-être du MK	55
3.9.3. Barrières du MK à l'exercice de sa pratique.....	56
3.9.4. Facteurs influençant l'évolution de la pratique.....	57
3.10. Enjeux de la prise en charge	58
3.10.1. Bénéfices des séances de kinésithérapie préopératoire	58
3.10.2. Impact de la non réalisation de séances de kinésithérapie en préopératoire	58
3.10.3. Perspectives et améliorations.....	58
4. Discussion	60
4.1. De l'idée à la pratique.....	60
4.1.1. Cancer du sein et reconstruction mammaire.....	60
4.1.2. Kinésithérapie préopératoire d'une reconstruction mammaire.....	61
4.1.3. Élaboration de la prise en charge.....	62
4.1.4. Approche biopsychosociale.....	63
4.1.5. Pluridisciplinarité	65
4.2. Analyse de la méthode	65
4.2.1. Scientificité et triangulation.....	65
4.2.2. Saturation et suffisance des données	66
4.2.3. Forces et limites	66
4.3. Perspectives.....	67
Conclusion	69

<i>Bibliographie</i>	<i>70</i>
<i>Table des illustrations</i>	<i>77</i>
<i>Table des annexes.....</i>	<i>78</i>

Introduction

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Si les progrès médicaux ont considérablement amélioré le pronostic et la prise en charge thérapeutique, la question de la reconstruction mammaire demeure secondaire. Pourtant, cette intervention fait partie intégrante du parcours de soins, souvent même considérée comme l'aboutissement de la guérison pour de nombreuses femmes (1).

Lors de précédents stages, j'ai eu l'opportunité d'observer et de participer à diverses séances de kinésithérapie avec des femmes touchées par un cancer du sein. C'est la prise de conscience de l'importance accordée par ces femmes à la place de la kinésithérapie, en termes de soutien psychologique, de bien-être physique et d'amélioration de la qualité de vie, qui a fait naître en moi un intérêt certain envers cette pathologie. En effet, les défis auxquels sont confrontées ces femmes sont multiples, tant physiques et psychologiques, que sociaux (2). Mon questionnement sur la reconstruction mammaire a émergé de la lecture d'un ouvrage, soulignant l'importance de la kinésithérapie en amont et en aval des diverses interventions chirurgicales pratiquées dans un contexte de cancer du sein (3). Malgré la notification du rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention et la gestion des complications postopératoires ainsi que la participation à l'amélioration des résultats par J.C.FERRANDEZ, J.GIPSON et J.B.OLIVIER (2-4), l'établissement du cadre conceptuel m'a permis de constater un manque de connaissances et de données sur le sujet. L'importance de ces soins et les grands axes de travail sont mentionnés, mais nous ne pouvons pas trouver davantage de précisions concernant ces informations. Il n'existe à ce jour aucune source scientifique de haut niveau de preuve ni de consensus concernant cet aspect de la kinésithérapie. Cela engendre alors une sous-estimation du rôle de la kinésithérapie dans cette phase cruciale du parcours de soins des patientes.

On peut alors s'interroger sur ce qui permet aux kinésithérapeutes de composer leurs prises en charge préopératoires d'une reconstruction mammaire ; on peut aussi se demander quelles sont les composantes de leurs séances. C'est pourquoi j'ai choisi d'aborder « L'élaboration de la prise en charge kinésithérapique préopératoire d'une reconstruction mammaire dans le cadre d'un cancer du sein » auprès de masseurs-kinésithérapeutes formés dans le domaine afin d'analyser les fondements des pratiques actuelles et le contenu des séances mises en place. Pour y parvenir, nous commencerons par une revue de littérature, permettant d'explorer le cancer du sein, la reconstruction mammaire ainsi que la kinésithérapie en sénologie. Nous poursuivrons avec la présentation et la justification de la

méthodologie de recherche employée. La troisième partie exposera les résultats obtenus, qui seront ensuite analysés et mis en perspective dans la discussion, en les confrontant aux données existantes. Enfin, nous conclurons cette étude par un examen critique du travail réalisé et proposerons des perspectives pour de futures recherches sur ce sujet.

1. Cadre conceptuel

1.1. Le cancer du sein

1.1.1. Rappels anatomiques

Le sein est un organe glanduleux en forme de demi-sphère, situé à la partie antérieure et supérieure du thorax. Il est séparé des muscles petit et grand pectoral par un fascia superficiel et de l'aponévrose. Il se compose principalement d'une enveloppe cutanée, d'une enveloppe cellulo-graissée et de la glande mammaire. En son centre se trouve un mamelon lui-même localisé au milieu d'une région pigmentée appelée l'aréole. La glande mammaire est composée de plusieurs lobes, eux-mêmes divisés par les ligaments de Cooper contribuant au soutien de l'organe. Chacun de ces lobes est composé de lobules qui permettent la production de lait en période d'allaitement. Celui-ci sera ensuite transporté vers le mamelon par les canaux galactophores, d'où il sera excrété par de petits orifices [ANNEXE I] (5-7). Les lésions cancéreuses se développent majoritairement dans les canaux galactophores ou dans les lobules. (8)

L'apport d'oxygène, de nutriments et l'évacuation des déchets sont assurés par un réseau vasculaire comprenant les artères thoraciques internes, thoraciques externes, thoraciques supérieures, et intercostales ainsi qu'un réseau veineux superficiel et profond portant les mêmes dénominations. Le sein est également drainé par un système lymphatique constitué de vaisseaux transportant la lymphe et de ganglions jouant un rôle de filtre. Les réseaux lymphatiques superficiels sous-cutanés et glandulaires ainsi que les ganglions axillaires, mammaires internes, sus et sous-claviculaires composent cet ensemble, élément clé du système immunitaire contribuant à la défense de notre organisme. Cependant, celui-ci est en conséquence également impliqué dans la propagation de certaines affections. (9)

Enfin, sont responsables de l'innervation du sein, trois groupes de nerfs issus des nerfs intercostaux (antérieurs, latéraux et postérieurs). (5)

1.1.2. La pathologie

Un cancer survient suite à la dysfonction d'une cellule initialement normale. En temps normal, quand une anomalie cellulaire est détectée par le corps, un processus d'apoptose ou

de correction est mis en place pour l'éliminer ou la réparer. Dans certains cas, ce phénomène n'a pas lieu, et entraîne l'accumulation de mutations au niveau de l'ADN (Acide DésoxyriboNucléique) qui conduit à la formation d'une tumeur cancéreuse dites « malignes ». Ces cellules pathologiques viennent alors à se multiplier et à proliférer de manière anarchique. Initialement, la tumeur est localisée, mais avec le temps, elle peut se propager à d'autres parties du corps et former des métastases. (3,10–13)

Le cancer du sein incarne actuellement un réel problème de santé publique, s'inscrivant parmi les pathologies chroniques (14). Il constitue le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme avec une prévalence mondiale de 2.3 millions. Les hommes peuvent également être touchés par ce cancer, mais leur prévalence est nettement plus faible, ils représentent 1 % des cas (8,15). Malgré un taux de mortalité en baisse permis par les progrès réalisés en termes de dépistage et de traitement, son incidence est en augmentation avec 61 214 nouveaux cas en France en 2023 (16). Cela peut s'expliquer par une exposition croissante aux facteurs de risque et l'accroissement de l'espérance de vie. La survie nette à 5 ans est de 87 % et atteint 76 % à 10 ans. (3,17)

Les symptômes d'une maladie se définissent par « toute manifestation anormale provoquée par cette maladie » (18). Dans le cas du cancer du sein, plusieurs signes tels qu'une masse indolore dans le sein ou au niveau de l'aisselle, un changement de taille, de forme ou d'apparence du sein ou encore un écoulement anormal ou sanguin peuvent alerter les patientes. Si le cancer n'est pas pris en charge rapidement d'autres symptômes comme des nausées ou une perte de poids peuvent également être ressentis (8,18,19).

1.1.3. La prévention

La prévention primaire du cancer du sein passe par une bonne compréhension des divers facteurs pouvant influencer la mutation de l'ADN des cellules. Ceux-ci peuvent être divisés en facteurs de risque modifiables et non modifiables (3,17,20). Afin de limiter l'impact des facteurs de risque modifiables, les recommandations sont dans un premier temps dirigées vers l'éducation des femmes à un mode de vie sain. Cela passe par l'adoption d'une bonne hygiène alimentaire, d'une consommation limitée d'alcool et de tabac, de la pratique d'une activité physique régulière ainsi que par l'évitement maximal des expositions aux polluants environnementaux et aux perturbateurs endocriniens. Dans un second temps, il est également important que les médecins soient sensibilisés à une prescription raisonnée des traitements hormonaux et « d'irradiations thoraciques inutiles » (20,21).

Il est prouvé qu'un cancer précocement détecté a davantage de chances de guérison et nécessite des soins moins importants. En ce sens, à la lumière de la prévalence de cancer chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, une invitation à participer à un dépistage organisé leur est envoyée tous les deux ans (19,21,22). Cette action, qui consiste en un examen clinique des seins et en une mammographie, permet d'identifier précocement les patientes avec des résultats pouvant être évocateurs d'un cancer avant même l'apparition des symptômes (19,23). En raison d'antécédents de cancers, d'affections du sein, d'exposition à des radiations à hautes doses ou de prédispositions génétiques, certaines femmes présentent un niveau de risque plus élevé de développer un cancer du sein. Dans leur cas, un suivi spécifique individuel et régulier sera réalisé en dehors du programme de dépistage organisé (22,23). Dans le cas où une anomalie serait révélée au cours d'un de ces actes de dépistage, d'autres examens seront prescrits afin de dresser le diagnostic. Dans le cas où celui-ci serait positif, la personne est redirigée vers une équipe de soins spécialisée.

1.1.4. Le diagnostic

L'établissement du diagnostic du cancer du sein passe par plusieurs examens. Pour commencer, l'examen clinique est composé d'un interrogatoire visant à récolter des informations sur les antécédents de la patiente ainsi que sur ses facteurs de risque, suivi d'une palpation des seins et des aisselles. Puis, un examen d'imagerie dans lequel on retrouve une mammographie et une échographie des deux seins, est réalisé. Dans certains cas, notamment en présence de seins denses, une IRM (imagerie par résonance magnétique) mammaire est nécessaire à l'interprétation des radiologues. Enfin, une biopsie mammaire est effectuée pour permettre l'analyse anatomopathologique. C'est celle-ci qui confirme la nature cancéreuse de la lésion et qui détermine les différentes caractéristiques du cancer, réputé pour avoir « une grande hétérogénéité clinique morphologique et biologique » (19,24,25). Dans 95 % des cas, les cancers du sein sont des adénocarcinomes se développant à partir des cellules épithéliales de la glande mammaire. Lorsque l'affection est localisée de façon limitée aux canaux ou aux lobules sans avoir infiltré les tissus voisins, on parle d'« adénocarcinome in situ ». Dans le cas contraire, en cas de propagation vers d'autres parties du corps, c'est le terme d'« adénocarcinome infiltrant » qui sera employé. Il existe également d'autres formes plus rares de carcinomes parmi lesquelles on peut citer le carcinome médullaire, le carcinome mucineux, le carcinome tubuleux et le carcinome papillaire (26). Le stade du cancer est déterminé en fonction de son étendue au moment du diagnostic (19). Pour cela, les médecins s'appuient sur la classification TNM (Tumor, Nodes, Metastasis), qui prend en compte la

taille, l'atteinte des ganglions lymphatiques et la présence de métastases (27). Le grade pronostique Scarff Bloom et Richardson permet quant à lui l'appréciation de la nature aggressive du cancer (28).

Les cancers du sein invasifs sont ensuite classés en fonction des types de récepteurs présents à leur surface. Cette classification est utile lors du choix de traitements spécifiques aux statuts des cellules cancéreuses (19). La plupart d'entre elles possèdent des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone, qualifiés d'« hormonosensibles ». Quand c'est le proto-oncogène HER2 (Human Epidermal growth factor Receptor-2) qui est surexprimé, on parle de « cancer HER2 positif ». Dans quelques situations, plus rares, aucune surexpression, ni de HER2 ni des récepteurs hormonaux, n'est retrouvé. Ce sont les cancers « triple-négatifs » (8,19,29). Des examens complémentaires peuvent être réalisés dans le cas où le bilan initial conduirait à une suspicion de propagation de métastases. Il s'agit notamment de radiographie du thorax, d'échographie abdominale, ou encore de scintigraphie osseuse. Un bilan sanguin et cardiaque complet est également effectué pour permettre l'établissement d'un traitement optimal (19,24).

1.1.5. Les traitements

Selon le profil des patientes et de la spécificité de leur cas, différentes options thérapeutiques sont disponibles afin de répondre à cette affection. Bien qu'efficace, le processus de soins est agressif et susceptible d'être responsable de multiples effets secondaires. Les traitements ont divers objectifs qui consistent en la suppression de la tumeur, la réduction du risque de récidive, le ralentissement du développement de la maladie, l'arrêt ou le ralentissement de la propagation des métastases ainsi que l'amélioration du confort et de la qualité de vie de la patiente (15,30). Le choix des traitements est influencé par plusieurs paramètres, notamment le type de cancer, son stade, son grade, son emplacement, la présence de récepteurs hormonaux au niveau des cellules cancéreuses, l'état général de la personne ainsi que ses antécédents et ses préférences. Ils peuvent être utilisés individuellement, mais dans la majorité des cas une association de plusieurs d'entre eux est nécessaire à la prise en charge. Lorsqu'ils sont administrés avant la chirurgie, on parle de traitements « néoadjuvants », ceux prescrits après l'intervention sont qualifiés de traitements « adjuvants » (3,8). Une fois établi au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, le plan personnalisé de soins est présenté à la patiente afin qu'elle puisse le valider (31).

La chimiothérapie est un traitement systémique reposant sur l'utilisation de médicaments qui visent à endommager les cellules cancéreuses et à éviter leur division (8).

Elle peut également être utilisée pour réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie, notamment dans le cas où elle serait initialement trop importante pour permettre une intervention immédiate (30,31). L'inconvénient majeur de la chimiothérapie est qu'elle peut également endommager des cellules saines provoquant ainsi de nombreux effets secondaires avec des répercussions sur la qualité de vie (15). La thérapie ciblée est également un traitement systémique particulièrement utilisé dans les cancers HER2 positifs. Contrairement à la chimiothérapie, elle possède des molécules spécifiques ciblant directement les récepteurs mis en cause dans la croissance et la survie des cellules tumorales (8,15). La sélectivité de ce traitement permet de limiter les effets secondaires (31). L'hormonothérapie a une action semblable à celle de la thérapie ciblée, mais est quant à elle spécifiquement destinée aux cancers hormono-dépendants (15,30). Dans ce type de cancer, les hormones féminines favorisent la croissance et la prolifération des cellules pathologiques. Les traitements médicamenteux administrés visent à bloquer les récepteurs hormonaux, afin d'altérer la production d'hormones (3,8,31).

La radiothérapie s'appuie sur l'application de rayons ionisants à haute énergie afin d'endommager l'ADN des cellules de façon locale. Souvent associée à la chirurgie conservatrice ainsi qu'à la chimiothérapie, elle peut être utilisée en traitement néoadjuvant pour réduire la taille de la tumeur ou en traitement adjuvant pour limiter le risque de récidives locales (3,8,32). Les rayons doivent être dirigés de façon minutieuse vers la zone à traiter afin de minimiser les dommages infligés aux tissus sains (15).

La chirurgie peut être réalisée à des fins de diagnostic, de pronostic ou de traitement. Le choix entre une chirurgie conservatrice ou une mastectomie est pris par l'équipe pluridisciplinaire, en accord avec la patiente. Cette décision est influencée par la taille, la localisation, la propagation de la tumeur ainsi que par la morphologie des seins ipsilatéraux et contralatéraux (15). La chirurgie oncologique doit garantir la combinaison d'une marge de sécurité oncologique et d'un résultat esthétique satisfaisant (33). Si la taille de la tumeur le permet, le chirurgien peut pratiquer une tumorectomie consistant en l'exérèse de la tumeur avec une marge saine, permettant ainsi la préservation de la majeure partie du sein. Cette procédure est systématiquement associée à de la radiothérapie (3,30). Toutefois, dans 35 à 40 % des cas, lorsque la tumeur est trop étendue ou inflammatoire, en cas de contre-indication à la radiothérapie, d'indication préventive ou d'impossibilité d'un traitement conservateur, une mastectomie est réalisée (3,34,35). Celle-ci consiste en l'ablation totale du sein, y compris de la plaque aéro-mamelonaire (31). Certaines femmes font le choix de cette technique afin

d'éviter la radiothérapie généralement associée à la chirurgie conservatrice (35). Lors de ces interventions, le ganglion sentinelle peut également être excisé afin de permettre son analyse anatomo-pathologique (36). Dans le cas où les cellules cancéreuses auraient envahi les ganglions axillaires, le chirurgien procédera à un curage dans un but de limitation de la propagation (31,37).

1.1.6. Les conséquences des traitements

Ces traitements ne sont pas sans conséquences. La chirurgie peut être responsable de douleurs, de fatigue persistante, de séquelles esthétiques, fonctionnelles et psychologiques ainsi que de complications telles que l'œdème, les thromboses veineuses, la raideur de l'épaule ou encore des cicatrices pathologiques (3,14). Les traitements médicamenteux présentent un risque de toxicité pulmonaire pouvant entraîner des pathologies respiratoires (3). Ils engendrent également une grande fatigabilité, des dysfonctionnements physiques, posturaux et cognitifs, des douleurs, ainsi qu'une atteinte du schéma corporel et de l'estime de soi. La chimiothérapie peut provoquer des douleurs neuropathiques, des tendinopathies, des troubles digestifs, une chute des cheveux, des perturbations du cycle menstruel et des altérations cutanées. La radiothérapie, peut quant à elle causer des modifications musculo-cutanées, circulatoires et lymphatiques, entraînant inflammations et fibroses (2). Enfin, les bouffées de chaleur et les douleurs articulaires sont les effets secondaires fréquents associés à l'hormonothérapie. D'un point de vue général, le cancer et ses traitements multimodaux altèrent significativement la qualité de vie sur les plans physique, psychologique et social, limitant ainsi la participation aux activités de la vie quotidienne (14,15,31,38,39).

1.1.7. Les soins de support

Pour aider les femmes à faire face à l'ensemble des conséquences induites par le cancer ainsi que ses traitements, des soins de support peuvent être proposés pendant et après les traitements (40). Ils désignent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie en dehors des soins spécifiques » (41). L'instruction du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer décrit un « panier des soins oncologiques de support » avec un socle de base composé de la prise en charge de la douleur, la prise en charge diététique et nutritionnelle, la prise en charge psychologique ainsi que la prise en charge sociale, familiale et professionnelle (42). À cela, cinq soins de support complémentaires ont été intégrés : l'activité physique, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité ainsi que la prise en charge des troubles de la

sexualité. Tant par ses interventions physiques que par son écoute attentive et son soutien moral, le kinésithérapeute trouve une place essentielle dans l'accompagnement et le bien-être général de ses femmes (15,39).

1.2. La reconstruction mammaire

La chirurgie ablatrice entraîne des répercussions tant sur le plan somatique que psychologique (43). Elle peut induire une altération du bien-être psychologique, social et sexuel, altérant la qualité de vie des patientes. Dans ce contexte, la reconstruction mammaire s'inscrit comme une étape essentielle dans la prise en charge, en participant à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie de ces femmes (43,44). Cependant, cette démarche ne doit en aucun cas être systématique, mais doit découler d'un choix personnel et réfléchi. Certaines femmes en éprouvent le besoin, et d'autres, choisissent pour diverses raisons, de garder leur poitrine en l'état (31). Il est important de préciser que la procédure ne peut pas rendre aux patientes leur sein et qu'elle ne restitue ni la sensibilité, ni la contractibilité du mamelon, ni la fonction de lactation. Elle ne dispense donc pas la patiente du processus de deuil du sein perdu et du travail de réappropriation corporelle (3,45). Elle doit être davantage considérée comme « un nouveau départ que comme un retour en arrière » (43). Le choix de la reconstruction concerne environ 1 femme sur 4 ayant subi une mastectomie (3). Les principales sources de motivation évoquées sont le désir de se sentir plus à l'aise dans son corps, de porter les vêtements souhaités et de tourner la page du cancer (1). Effectuée par un chirurgien plastique, cette chirurgie réparatrice consiste en la reconstruction d'un sein proche du sein controlatéral, avec pour principaux objectifs la restauration du volume, de la symétrie et de la plaque mamelonnaire (2,4,43).

1.2.1. La temporalité

La reconstruction mammaire peut être réalisée selon deux temporalités : de façon immédiate, en simultané avec la chirurgie oncologique initiale, ou différée lors d'une seconde intervention. La reconstruction immédiate a pour avantages la limitation du nombre d'interventions, un temps de récupération diminué, de meilleures chances en termes de résultat esthétique et l'absence de période « sans sein » rendant la situation moins stressante et traumatisante (1,34,45). Cependant, dans la majorité des cas, celle-ci se fera en différé, à distance de la chirurgie initiale (1,36). Bien que cette démarche implique un nouveau passage au bloc opératoire et une période plus ou moins longue sans sein, la présence de comorbidités ou de traitements oncologiques associés augmentant le risque de complications postopératoires rendent impossible la reconstruction immédiate. En effet, la chimiothérapie

entrave la cicatrisation et la radiothérapie modifie la qualité cutané-trophique, compromettant un résultat satisfaisant (1,3). Il convient alors d'attendre la fin des traitements pour corriger les séquelles et préparer les tissus à la future intervention (2,43). De plus, certaines patientes ne sont pas aptes à prendre une décision concernant la reconstruction au moment de la chirurgie initiale (44). Il est primordial qu'elles soient conscientes qu'elles ne retrouveront pas leur sein d'origine et qu'elles en aient fait leur « deuil » (43). Enfin, certaines femmes préfèrent simplement prendre le temps d'y réfléchir, d'en parler avec leurs proches ou d'attendre de se remettre de leurs traitements initiaux (1,45).

1.2.2. Les procédures

Qu'elle soit immédiate ou différée, la reconstruction mammaire est permise par deux grandes méthodes que sont la mise en place de prothèse mammaire et la reconstruction par tissu autologue (1,36). Le choix de la technique doit être réfléchi en collaboration avec la patiente selon plusieurs facteurs : sa morphologie, ses activités physiques et professionnelles, ses comorbidités ainsi que ses souhaits et attendus personnels. Certaines contraintes liées aux traitements tels que la chirurgie initiale ou les effets de la radiothérapie peuvent cependant restreindre le choix de la méthode. Le but final est de garantir à la patiente un résultat esthétique et fonctionnel optimal. (2,3,35)

La reconstruction mammaire par prothèse peut se faire de façon directe si l'état cutané, trophique, vasculaire et musculaire de la patiente le permet. Dans le cas où la peau et les muscles manqueraient de souplesse ou si la patiente souhaite une augmentation mammaire, un expandeur est utilisé en phase intermédiaire. Celui-ci est progressivement rempli de sérum physiologique jusqu'à créer un étui suffisant pour le futur implant définitif (1,45,46). Les prothèses peuvent être introduites en rétro-pectoral, ce qui implique un important délabrement musculaire, mais offre un meilleur résultat esthétique, ou en pré-pectoral, excluant ce délabrement musculaire, mais présentant un risque de complications supérieur et des critères de sélection plus stricts (3,46). Cette méthode par implant peut être envisagée seulement si les tissus locaux sont de bonne qualité. Elle a pour avantages une cicatrice unique, une absence de prélèvement tissulaire sur d'autres parties du corps et une possibilité d'ajuster le volume souhaité (43). Cependant, le rendu est plus figé et artificiel, pouvant engendrer un vieillissement asymétrique avec le temps (45). De plus, le remplacement de la prothèse est nécessaire tous les dix à quinze ans (3,43). Bien que des techniques utilisant des matrices acellulaires soient en cours de développement afin de diminuer les complications, le risque de formation de coques péri-prothétiques dans cette procédure n'est pas négligeable (3,46).

La reconstruction par tissu autologue repose sur l'utilisation de tissus prélevés sur d'autres parties du corps de la patiente pour restaurer le volume et la forme du sein (1). Elle autorise un résultat plus naturel, souple et mobile qui s'adapte à l'évolution du corps. Cependant, l'intervention est plus lourde avec un temps de récupération augmenté et l'implication de nouvelles cicatrices et potentielles séquelles au niveau des sites donneurs (45). Plusieurs lambeaux peuvent être utilisés, chacun présentant ses avantages et ses inconvénients (35). Le lambeau Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous (TRAM) utilise le muscle grand droit de l'abdomen, ainsi que la graisse et la peau sous ombilicale, réalisant une abdominoplastie simultanée (3,43). Elle permet de reconstituer un volume important sans apport supplémentaire de graisses ou de prothèse. Elle offre de très bons résultats chez les femmes en légère surcharge pondérale (3). Néanmoins, elle entraîne un affaiblissement significatif de la paroi abdominale, augmentant le risque de complications telles que les hernies ou l'éventration. La possible nécrose partielle du lambeau est également une complication non-négligeable (3,43). La cicatrice abdominale est importante, et la récupération plus longue que dans les autres techniques (3,47). Elle est déconseillée aux femmes très minces ou obèses (45). Le lambeau libre Deep Inferior Epigastric Perforator (DIEP) a pour principe l'utilisation d'un lambeau « déplacé de son site donneur avec une section de son pédicule vasculaire puis revascularisation par anastomose vasculaire » (3), afin d'assurer la viabilité du prélèvement. Le tissu extrait au niveau de la paroi abdominale est essentiellement graisseux et cutané. Cette procédure, qui réalise à la fois une reconstruction mammaire et une plastie abdominale, offre un bon résultat esthétique et la préservation de la solidité abdominale. Elle est cependant plus complexe et ne peut être réalisée qu'en différé, chez des patientes exemptes de pathologies vasculaires et répondant aux critères morphologiques (3). Le lambeau du grand dorsal représente la méthode la plus utilisée en 2022 (3). Ce lambeau musculo-cutanéo-graisseux laisse une discrète cicatrice au niveau du soutien-gorge (43,47). Cependant, il ne permet de réaliser qu'un petit bonnet, un ajout de graisse ou de prothèse sera nécessaire en cas de volume supérieur souhaité (3,47). Par ailleurs, le prélèvement de cet important muscle peut provoquer un déséquilibre de la statique rachidienne. Une récente variante, nommée « mini-dorsal », permet de limiter les séquelles fonctionnelles en prélevant une portion plus réduite du muscle (3). D'autres techniques utilisant le muscle Gracile ou les fessiers existent, mais celles-ci sont peu utilisées en raison des importantes cicatrices et asymétries qu'elles peuvent engendrer (3).

Le lipofilling ou « greffe autologue de graisse », est une technique qui « consiste à prélever des cellules graisseuses par liposuccion dans des zones du corps où il existe une réserve de graisse et à les réinjecter dans le sein reconstruit après les avoir purifiées par centrifugation » (1). Cette technique peut être appliquée seule, après une chirurgie conservatrice ou chez les femmes ayant des seins de petit volume. Toutefois, elle est le plus souvent utilisée en complément d'une reconstruction par prothèse ou lambeau (1,3). Son utilisation combinée permet d'augmenter le volume mammaire, d'améliorer l'esthétique du sein reconstruit et de restaurer la symétrie (48). Le lipofilling favorise également l'amélioration de la trophicité, de la souplesse et de la forme du sein. De surcroît, cette procédure, qui a permis d'améliorer les résultats esthétiques et fonctionnels des reconstructions mammaires, présente peu de contraintes postopératoires et n'engendre guère de séquelles au niveau du site de prélèvement (3,43).

La reconstruction du mamelon et de l'aréole constitue l'ultime étape du processus de reconstruction mammaire. Elle vise à redonner au sein un aspect complet et harmonieux, favorisant l'acceptation de l'image corporelle. Elle peut être réalisée une fois le volume et la forme du sein reconstruit stabilisés et lorsque la patiente est satisfaite du résultat. L'aréole peut être reconstruite par dermopigmentation ou greffe de peau issue de la cuisse ou de l'aréole controlatérale. La reconstruction du mamelon est quant à elle possible par dédoublement mamelonnaire, greffe de peau, lambeau local ou tatouages. (43,49,50)

1.2.3. Les suites opératoires

Les suites de la chirurgie reconstructrice varient en fonction des patientes et de la technique employée. La durée d'hospitalisation oscille entre trois et sept jours. La douleur est généralement présente pendant les trois premiers jours puis diminue progressivement. Une fatigue persistante peut se faire ressentir jusqu'à trois mois en fonction de la procédure. La reprise des activités quotidiennes doit se faire de façon graduelle avec un délai d'environ six semaines pour retrouver une vie normale. Il est ordinaire que la sensibilité du sein ne revienne pas immédiatement après l'intervention. Celle-ci va réapparaître progressivement et peut continuer d'évoluer jusqu'à trois ans après l'intervention. Les cicatrices, quant à elles, s'estomperont petit à petit avec le temps, mais ne s'effaceront jamais totalement. L'acceptation du nouveau sein est un processus qui demande du temps, il est possible que les patientes soient confrontées à une « période d'ambivalence » marquée par des doutes. C'est pourquoi la satisfaction complète de la reconstruction mammaire n'est généralement atteinte qu'après plusieurs mois. (43)

Au-delà des complications propres à chaque technique, des complications générales peuvent survenir après l'intervention et doivent être rigoureusement surveillées, certaines nécessitant une reprise chirurgicale. Les complications précoces concernent principalement les infections, les hématomes, les troubles de la cicatrisation et la perte d'implant (3,35,43,44). L'une des complications postopératoires les plus fréquentes est la formation de sérome, une accumulation de liquide sous la peau, qui peut persister plusieurs mois (43,44,51). D'autres complications exacerbées par la radiothérapie peuvent compromettre le résultat esthétique et fonctionnel, notamment la fibrose cutanée, la rétraction et l'induration de la peau (34,35). Une diminution de la mobilité et des douleurs chroniques au niveau des différents sites opératoires et de l'épaule sont également à anticiper (52). Enfin, la patiente peut se trouver insatisfaite par le résultat, notamment en raison d'une asymétrie.(3)

L'évaluation définitive du résultat ne peut être réalisée qu'après trois à cinq mois, notamment après la reconstruction du mamelon et de l'aréole. Les principaux critères de réussite sont l'absence de douleurs chroniques, un résultat esthétique satisfaisant ainsi que l'acceptation et l'appropriation du sein reconstruit par la patiente (2). Le succès de la reconstruction ne repose pas uniquement sur l'aspect esthétique, mais intègre également la qualité de vie des patientes qui englobe les dimensions physique, psychologique et sociale (44).

1.3. La prise en charge kinésithérapique dans le cancer du sein

La kinésithérapie sénologique est une discipline essentielle, reconnue comme une spécificité par le Conseil National de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. En développement depuis les quarante dernières années, elle permet de répondre aux divers besoins spécifiques des patientes, au-delà de la prise en charge du lymphœdème longtemps considéré comme unique champ d'application (53). Occupant une place centrale dans les soins de support, la kinésithérapie contribue à la gestion de la douleur et à l'amélioration de la qualité de vie des patientes (3). Les techniques employées au cours de cette prise en charge nécessitent un apprentissage approfondi, permis par l'intermédiaire des formations continues, afin d'être capable de s'adapter aux différents tableaux cliniques et de proposer un traitement personnalisé (53). Le respect de l'intimité, la bienveillance et l'écoute sont des principes fondamentaux dans cette approche de la kinésithérapie. La kinésithérapie sénologique est indiquée aux différentes étapes du traitement du cancer du sein, s'étendant sur l'ensemble du processus de guérison et de réadaptation (53).

1.3.1. La prise en charge initiale

Bien que peu développée, une consultation préopératoire de la chirurgie oncologique peut être proposée aux patientes afin de prévenir les complications, optimiser leur condition physique et les informer sur la chirurgie ainsi que sur la future prise en charge kinésithérapie (53). En postopératoire, la kinésithérapie favorise la récupération fonctionnelle et limite les complications. En effet, après la chirurgie initiale, la prise en charge inclut plusieurs axes thérapeutiques visant à réduire la gêne fonctionnelle, diminuer les douleurs, éviter les barrages circulatoires et améliorer la cicatrisation (39). Les techniques sont à adapter en fonction des besoins de chaque patiente. Parmi elles, on retrouve la mobilisation des membres supérieurs, la lutte contre la position antalgique ainsi que la prise en charge des cicatrices, lymphocèles, lymphœdèmes, thromboses lymphatiques superficielles et troubles sensitifs (3,53,54). Une attention particulière est dédiée à la récupération des amplitudes articulaires physiologiques de l'épaule (55). Tout au long des traitements, la kinésithérapie a également un rôle dans la prévention de la fonte musculaire et dans la lutte contre la fatigue, raideurs et douleurs (15,39). Les techniques d'éducation thérapeutique et d'auto-rééducation visent à rendre la patiente actrice de sa prise en charge (39). À plus long terme, les kinésithérapeutes accompagnent les patientes dans leur réadaptation et contribuent à leur bien-être général. C'est pourquoi, il est fondamental d'accompagner les patientes dans un retour vers leurs activités quotidiennes et la pratique d'activité physique adaptée (39,55). Au-delà de la rééducation physique, le kinésithérapeute joue un rôle essentiel sur le plan psychologique grâce à son écoute active, son soutien et sa présence régulière tout au long du parcours de soins (2).

1.3.2. La prise en charge péri-reconstruction mammaire

Les œdèmes, les problèmes cutanés et musculo-aponévrotiques ainsi que les douleurs sont les principaux problèmes rencontrés avant et après une reconstruction mammaire (2). Selon les recommandations de l'Association of Breast Surgery (ABS) et de l'Association britannique des chirurgiens plasticiens reconstructeurs et esthétiques (BAPRAS), il est important que les patientes subissant une chirurgie de reconstruction aient accès à des soins kinésithérapiques précoce, et ce également en préopératoire (56), avis partagé par J.GIPSON, qui écrit que « la rééducation a toute sa place dans la prise en charge des patientes avant et après reconstruction mammaire » (2). L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes met en évidence le fait que la mise en application d'une kinésithérapie précoce autour de la chirurgie de reconstruction mammaire, constituée notamment de mobilisations des membres supérieurs

et de la cicatrice, permettrait comme lors de la chirurgie initiale, de « limiter la gêne fonctionnelle, diminuer les douleurs, éviter les barrages circulatoires et améliorer la cicatrisation. » (39). Elle permettrait également la prévention et le traitement des complications ainsi qu'une facilitation du travail du chirurgien (2,56). Mais les bénéfices ne sont pas uniquement physiques. En effet, la rééducation est impliquée dans l'optimisation du résultat esthétique, mais également dans la prise en charge psychologique et informative (2,4). La qualité de la reconstruction ainsi que la prévention des séquelles douloureuses engendrées par celle-ci dépend en partie de la qualité de la mastectomie. Ainsi, la kinésithérapie est fondamentale dès l'excision du sein (2,39). De la même manière, la collaboration chirurgien-patiente-kinésithérapeute est indispensable à la réussite de la reconstruction mammaire (2). Cependant, malgré ces directives, seulement 7 % des femmes sont dirigées vers des soins kinésithérapeutiques préopératoires et postopératoires (56). Un tel constat peut notamment s'expliquer par un manque de preuves concernant cet aspect de la kinésithérapie qui engendre des discordances entre les différents modèles de soins (56).

Légèrement plus documentée que la prise en charge préopératoire, la prise en charge post-reconstruction mammaire, adaptée à chaque procédure, se compose principalement de mobilisations actives des membres supérieurs, de la gestion des douleurs, du travail de la cicatrice, de la récupération de la trophicité cutanée et musculaire, de la prise en charge d'un éventuel œdème, de la restauration de l'amplitude articulaire de l'épaule, d'un travail postural et d'un accompagnement fonctionnel vers le retour aux activités de la vie quotidienne. (2,3,56)

D'après les articles, bien qu'elle soit négligée, la prise en charge avant une reconstruction mammaire aurait une influence sur la qualité de la rééducation postopératoire et l'incidence des complications (2,3,57). Celle-ci offrirait divers avantages généraux et spécifiques en fonction de la procédure choisie. Les séances réalisées en amont de la procédure permettent l'identification des facteurs de risque (3,56), ainsi que l'optimisation de la préparation de la patiente par la « vérification des aspects anatomiques et morphologiques des sites donneurs et receveurs » (57). La qualité des tissus cutanés et tégumentaires ainsi que l'intégrité du complexe de l'épaule sont des critères indispensables à la réussite de la chirurgie (3). Un défaut de prise en charge des éventuelles problématiques cutanées, cicatricielles et musculo-aponévrotiques préopératoires pourrait entraîner une complexification de la réalisation de la chirurgie reconstrucente (2). En effet, d'après l'Ordre des kinésithérapeutes, en préopératoire, le professionnel se doit d'œuvrer sur la reprise de la mobilité et

l'assouplissement des cicatrices (39). Certaines spécificités sont également à notifier en fonction de la technique opératoire. La reconstruction par lambeau implique un site donneur dans le processus de reconstruction. Une prise en charge préventive, composée de massage, de drainage et de techniques respiratoires est alors conseillée pour préparer la zone et faciliter le prélèvement afin de limiter de potentielles séquelles à ce niveau (3). Dans le cadre d'une reconstruction par lambeau Deep Inferior Epigastric Perforator, les auteurs mettent en avant des conséquences positives du renforcement abdominal préopératoire sur le bien-être des patientes avant leur intervention (58). En cas de reconstruction mammaire par prothèse, la qualité de la peau et des muscles thoraciques est un prérequis pour l'aboutissement de la chirurgie. Les différents auteurs soulèvent le rôle de la kinésithérapie à cette phase du traitement pour aider à la préparation de la loge rétromusculaire destinée à accueillir l'implant et à faire face à une cicatrice pathologique ou encore à une rétraction du grand dorsal associée à une raideur de l'épaule (4,46). Bien que ces informations soient notifiées dans quelques revues et ouvrages, elles manquent de précisions et de preuves scientifiques fiables sur le sujet. En outre, on peut aussi remarquer une absence de soins kinésithérapeutiques préopératoires dans le protocole de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) effectif (59,60). À ce jour, aucun consensus concernant la prescription et la réalisation de rééducation en amont d'une reconstruction mammaire ne subsiste.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Cadre de la recherche

2.1.1. Recherche de littérature préliminaire

Afin d'approfondir le thème général de notre étude qui porte sur les soins gravitant autour de la reconstruction mammaire après un cancer du sein, nous avons d'une part investigué les sources présentes à la bibliothèque universitaire et d'autre part interrogé la base de données MEDLINE par l'intermédiaire des moteurs de recherche Google Scholar, PubMed et Science Direct. Les mots-clés « rehabilitation », « breast neoplasm », « breast cancer », « breast reconstruction » et « mammoplasty » ont permis de formuler l'équation de recherche suivante : « (rehabilitation) AND ("breast neoplasms" OR "breast cancer") AND ("breast reconstruction" OR mammoplasty) ». Les investigations ont été menées entre juillet et décembre 2024. Dans un travail de recherche, l'emploi des sources de plus haut niveau de preuve est important pour assurer fiabilité et validité (61). C'est pourquoi nous nous sommes questionnées sur le type et la date de publication des articles dans le but d'inclure dans la recherche les sources nous offrant l'accès à des données probantes. La rédaction du cadre

conceptuel a contribué à mieux cerner la pathologie, le processus de reconstruction mammaire ainsi que la prise en charge kinésithérapique autour de cette chirurgie.

2.1.2. Problématique

La formulation standardisée de notre questionnement est indispensable au recueil de données pertinentes (62). Pour ce faire, différents outils sont à notre disposition. L'outil le plus approprié dans le cadre d'une recherche qualitative est l'outil SPIDER. Il est inspiré de l'outil « PICO » davantage propice à la recherche quantitative (63). « SPIDER » est l'acronyme de « Sample size, Phenomenon of Interest, study Design, Evaluation, Research type » (64), que l'on peut traduire en français par l'acronyme « RAPACE » signifiant « Recherche, Approche, Phénomène d'Analyse, Concept, Echantillon ». Cette méthode nous permet alors d'affirmer que nous allons effectuer une recherche qualitative, basée sur l'approche de la théorisation ancrée constructiviste par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs interrogeant un échantillon raisonné de masseurs-kinésithérapeutes (MK) diplômés d'état [ANNEXE II].

Beaucoup de femmes vont faire le choix d'une reconstruction mammaire. Cependant, il existe des complications possibles en amont et en aval de cette intervention. La littérature mentionne l'importance de la kinésithérapie en amont afin de diminuer les complications postopératoires, optimiser les résultats ainsi que la qualité de vie. Or, ils sont peu répandus dans la pratique réelle et il n'existe à ce jour aucun consensus ou même recommandation officielle concernant cette dimension de la kinésithérapie. Notre recherche est en ce sens consacrée à l'analyse de l'élaboration de la prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire. La présentation du participant, la place de kinésithérapie préopératoire, l'organisation des séances, l'ingénierie du protocole de rééducation et les perspectives et améliorations sont les concepts que nous avons choisi d'aborder.

La question de recherche découlant de cette problématique est la suivante : « Par quels moyens les kinésithérapeutes élaborent-ils leur prise en charge de rééducation préopératoire d'une reconstruction mammaire dans un contexte de cancer du sein ? »

2.2. Méthode utilisée

2.2.1. Choix de la méthode

Quand la recherche quantitative s'intéresse à des données objectives, la recherche qualitative est quant à elle davantage tournée vers des données subjectives. Elle tente de comprendre et d'analyser les désaccords, incohérences ou zones d'ombres de différents

phénomènes afin d'y apporter une nouvelle réflexion (65,66). Cette démarche peut être phénoménologique, ethnographique ou tirée de sources directement récoltées sur le terrain (67). L'entretien, le questionnaire, et l'observation sont les principales techniques qualitatives disponibles pour mener à bien ce type de recherche.

Par la construction d'une relation entre l'investigateur et l'interviewé, l'entretien constitue le moyen le plus adapté pour recueillir, par la parole, les pensées, sentiments et points de vue des participants sur un sujet précis (67,68). Un entretien est « une situation de face-à face, où l'enquêteur interroge un individu ayant/déttenant des informations spécifiques » (69,70). Il permet de « saisir la singularité de l'expérience que des individus ou groupes d'individus ont de leurs relations avec les autres, avec les institutions, ou plus largement celle qu'ils ont de phénomènes sociaux » (71). Les entretiens peuvent être collectifs (permettant des interactions et la collecte d'un grand nombre de données) ou individuels (laissant davantage de place à l'expression de la personne interrogée) (65). Selon BARIBEAU et al. « l'entretien individuel, plus que tout autre dispositif, permet de saisir [...] le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné » (67). Le degré de liberté accordé au chercheur varie en fonction du type d'entretien. L'entretien dirigé possède un cadre rigide à respecter avec des questions fermées sans possibilité d'approfondissement du discours ou d'ouverture à de nouvelles hypothèses. L'entretien semi-dirigé offre un plan plus souple avec des questions ouvertes et de relances. L'entretien libre est quant à lui dénué de structure, seul le thème général est suggéré par le chercheur, le risque étant ici de s'éloigner de la problématique initiale (67,70).

Les deux principales méthodologies visant à comprendre un phénomène social en recherche qualitative sont la théorisation ancrée et l'analyse interprétative phénoménologique (IPA). Notre question de recherche a pour objectif de comprendre les cheminements mis en place par les kinésithérapeutes pour élaborer leur prise en charge. Nous avons alors fait le choix de la théorisation ancrée qui se prête au développement d'une théorie concernant les processus sociaux autour d'un même phénomène. En comparaison avec l'approche par IPA, qui s'intéresse davantage aux expériences de vie et aux ressentis des individus (65).

2.2.2. Théorisation ancrée constructiviste

L'approche par la théorisation ancrée est une méthode inductive inspirée de la Grounded theory method (GTM) développée en 1967 par GLASER et STRAUSS (72). L'objectif premier de cette méthode est de produire un modèle explicatif basé sur l'analyse de

phénomènes sociaux dans une population définie (65). En santé, il est rare de respecter à la perfection l'ensemble des instructions de l'approche de GLASER et STRAUSS, ce qui justifie le fait qu'elle ait été adaptée pour permettre un travail de recherche en santé à durée déterminée. En ce sens, il convient de dire que nous utilisons une méthode « inspirée de la méthode par la théorisation ancrée ». Tout en respectant les notions essentielles de la GTM, CHARMAZ a développé une approche « constructiviste » dérivée de l'approche originale. Dans cette approche constructiviste, les participants et le chercheur construisent ensemble les réalités auxquelles ils sont confrontés. Elle permet de tenir compte de la subjectivité, présente dans de nombreuses situations du domaine de la santé, dans l'analyse et l'interprétation des données (73).

Cette organisation repose sur le principe d'itération. Du début à la fin de son étude, le chercheur doit procéder par cycles concomitants de recueil et d'analyse des données. Cela permet la familiarisation, la compréhension et l'interprétation des données faisant alors émerger des hypothèses intermédiaires. Ici, chaque entretien sera réalisé dans son entièreté, transcrit et analysé avant de permettre la réalisation du suivant (65). Le cycle s'arrête lorsque la saturation, moment où les entretiens ne fourniront plus de nouvelles informations, a été atteinte (74–76). Associé à un échantillonnage théorique, à l'utilisation de mémos pour la conception des catégories et à une analyse par comparaison constante, ce procédé offre l'intégration des données et leurs interactions dans un modèle explicatif utile aux soins (65,73).

2.2.3. Échantillonnage raisonné et théorique

L'échantillonnage est « l'action de prélever pour analyse des individus au sein de la population générale ou d'intérêt » (65). Contrairement à la recherche quantitative, l'objectif de la recherche qualitative n'est pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée, mais de choisir des participants avec une diversité d'expérience utile à l'éclairage du phénomène (65,77).

La méthodologie inspirée de la théorisation ancrée suggère l'établissement d'un échantillonnage théorique jusqu'à saturation. Cela signifie que l'émergence progressive de la théorie guide le recrutement des participants. Le recueil de données s'élabore en fonction des catégories et des thèmes émergeants. L'achèvement du précédent entretien engendre de nouvelles questions, entraînant la sélection d'un professionnel susceptible de répondre à ces nouvelles interrogations. Nous ne pouvons définir à l'avance combien d'entretiens seront nécessaires avant d'atteindre cette saturation (65,77,78).

L'échantillon se construit au sein d'une population qui possède les aptitudes lui permettant de répondre à notre question de recherche (65,78). En ce sens, le premier individu devra être un masseur-kinésithérapeute francophone diplômé d'état, lequel devra avoir pris en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein ou y être formé. Un refus de l'enregistrement rendra impossible l'inclusion du participant dans l'étude.

2.2.4. Clôture de l'échantillon et saturation

En atteignant la saturation, l'échantillonnage est défini comme adéquat. Il existe donc une relation réciproque entre l'échantillonnage théorique et la saturation des données (79). Selon BRYANT et CHARMAZ, la saturation fait référence au « point auquel la collecte de plus de données sur une construction théorique ne révèle aucune nouvelle propriété ni n'apporte d'autres idées théoriques sur la théorie ancrée émergente » (80). Le chercheur cesse alors ses recherches quand il estime que le phénomène qu'il étudie a été suffisamment traité et caractérisé, c'est ce qu'on appelle « la suffisance » (65). À ce stade, tous les concepts sont adéquatement développés, les catégories ont atteint la saturation, la théorie émergente est désormais « complète et crédible ». (79,80)

Nous avons exploité la méthode présentée par GUEST et al. qui facilite la quantification de la saturation théorique. Pour commencer, nous avons déterminé le nombre d'entretiens qui constituera notre base. Ainsi, nos deux premiers échanges nous serviront de référence dans lesquels nous identifierons le nombre total de catégories qui représenteront nos « catégories de base ». Puis, il s'agit de déterminer la longueur de course correspondant au nombre de nouveaux entretiens à réaliser, avant de procéder à une analyse comparative avec le groupe témoin. Nous avons fait le choix d'inclure les nouvelles données tous les deux entretiens. Le calcul du ratio entre le nombre de nouvelles catégories entrantes et celui des catégories de base nous permet d'obtenir le pourcentage de saturation théorique atteint. On considère que celle-ci est atteinte lorsque le ratio de nouvelles informations est égal à 0 %. (74)

2.3. L'étude

2.3.1. Préparation des entretiens

À la lumière de l'objectif de notre étude qui vise l'exploration des pratiques actuelles des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi qu'à celle de notre faible niveau d'expérimentation dans le domaine de la recherche, l'entretien semi-directif individuel est la technique de recherche répondant au mieux à nos besoins. En effet, les questions ouvertes favorisent l'expression et le développement des pensées et connaissances des participants. L'approfondissement de

certains points précis est permis par les questions de relance. Ce type d'entretien s'appuie davantage sur un modèle de discussion plus que sur un questionnaire (71,81). La réalisation d'un guide d'entretien offre un environnement rassurant pour l'investigateur, « le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble de vos questions à poser ou vos thèmes à aborder lors d'une entrevue. Il permet d'avoir un cadre général ordonné » (82). Il est élaboré à partir des hypothèses initiales et sera évolutif et enrichi au vu des nouvelles interrogations soulevées par la recherche (65). Dans l'entretien semi-dirigé, le guide contient des questions ouvertes qui permettent un discours libre, et des questions de relance présentes pour aider l'interviewé à développer ses pensées ou approfondir certains aspects de ses réponses. Il est composé d'une introduction qui rappelle les modalités de l'entretien, du corps de l'entretien avec les différents concepts à aborder, ainsi que d'une conclusion contenant la suggestion de notions non abordées et les remerciements (81) [ANNEXE III]. La structure n'est pas rigide, l'étudiant peut naviguer au sein de son guide, changer l'ordre des questions ou insister sur un concept avant de revenir sur un autre. Des questions supplémentaires peuvent également être ajoutées si le cours de la discussion le nécessite (65). Il faut veiller à l'utilisation d'un vocabulaire professionnel adapté à la population interrogée (68).

Nous avons ensuite entrepris les démarches de conformité en regard des exigences légales et éthiques. En ce sens, une lettre d'information et un formulaire de consentement ont été rédigés afin de garantir la transparence de l'étude et la sécurité des participants. (65)

Enfin, nous avons réalisé un entretien exploratoire pour nous familiariser avec la conduite de l'entretien semi-dirigé. Cet exercice nous a permis de vérifier la clarté des questions, d'identifier les ambiguïtés et d'apporter les ajustements nécessaires. (65)

2.3.2. Recrutement des participants

Le recrutement des participants a été initié en décembre 2024. La plateforme du « réseau kinés du sein » (RKS) contient un annuaire référençant les masseurs-kinésithérapeutes dans chaque département (83). Celui-ci nous a donc facilité la recherche de professionnels formés dans le domaine et susceptibles d'être intéressés par notre recherche. Les kinésithérapeutes présélectionnés ont par la suite été sollicités par mail ou Short Message Service (SMS). Un mot a également été publié sur le groupe Facebook « La Rose kiné/ RKS : kinésithérapie pour le cancer du sein ».

2.3.3. Déroulement des entretiens

Nous avons fait le choix d'entretiens individuels dans lesquels nous prenons le rôle d'interviewer en tant qu'étudiante en masso-kinésithérapie novice en réalisation de recherche qualitative. La date et le lieu de ces entretiens sont définis en accord avec les participants, ils sont réalisés en présentiel ou en visioconférence selon les impératifs de temps et de localisation. Un lieu calme et adapté sera choisi dans le but de prévenir toute perturbation pouvant parasiter l'échange. Nous avons estimé la durée moyenne d'un entretien à 45 minutes (67). La lettre d'information et le formulaire de consentement libre et éclairé sont envoyés en amont aux kinésithérapeutes afin de leur rappeler la finalité de l'étude, leurs droits et leurs engagements [ANNEXE IV]. Une grille avec des mots-clés à cocher lorsqu'ils ont été abordés, nous assure de n'avoir rien oublié [ANNEXE V]. Les questions ne doivent pas être posées de façon à pouvoir influencer les réponses de l'interrogé. Nous veillerons à faire preuve d'une attitude professionnelle et d'une écoute active laissant libre cours au discours du MK (68,78). L'enregistrement, permis par deux dispositifs prévus à cet effet, commence dès le début de l'entrevue. Des notes sont prises manuellement sur un carnet au cours de l'entretien. À l'image du guide d'entretien, nous commençons dans un premier temps par une rapide présentation de l'étudiante puis rappelons l'objectif et les modalités de l'échange, nous abordons ensuite les concepts suivants :

- Présentation du participant ;
- Généralités autour de la prise en charge du cancer du sein ;
- Protocole de séance préopératoire ;
- Ingénierie du protocole ;
- Perspectives et améliorations.

Enfin, l'entretien se termine par la suggestion de notions supplémentaires ou précisions à apporter ainsi que par les remerciements. Une fois que nous nous sommes assurées d'avoir obtenu l'ensemble des informations dont nous avons besoin, l'enregistrement prend fin (67). L'entretien achevé, nous rédigeons un compte-rendu avec notre ressenti, nos suggestions d'améliorations, nos premières impressions et hypothèses. (65,67)

2.3.4. Traitement des données par retranscription

Les entretiens sont retranscrits manuellement, dans un document Word propre à chaque entretien, en intégralité et sans modification (67). Les interactions non-verbales, onomatopées, hésitations, rires, soupirs ainsi que les silences sont également notifiés dans la retranscription. Cet ensemble porte le nom de « verbatim » (65).

Afin de respecter leur anonymat, chaque participant bénéficie d'un pseudo (MK1, MK2...). Leur lieu d'exercice ainsi que toute autre information pouvant les rendre identifiables sont anonymisés lors de la retranscription. Pour faciliter l'exercice de l'analyse et le repérage dans le document, une numérotation de lignes est ajoutée (65,67).

2.3.5. Aspect réglementaire et éthique

Notre projet porte sur l'exploration des pratiques des professionnels de santé, nous n'aurons pas accès aux dossiers des patients et notre intervention n'aura pas d'influence sur leur prise en charge. En ce sens, notre recherche est exclue d'une Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH) ainsi que d'une Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH). Selon l'article R1121-1 du Code de la Santé Publique notre étude n'est en conséquence pas dépendante de la Loi Jardé qui concerne la recherche impliquant la personne humaine (65,84–86). La procédure réglementaire à suivre dans notre situation impose le dépôt de dossiers à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et l'engagement de la conformité à la méthodologie de référence MR004 dédiée aux "Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé". Notre mémoire est également soumis au règlement général sur la protection des données (RGPD). Nous nous sommes alors assurées du respect de ces démarches auprès du délégué de la protection des données (DPO) de l'Université Reims Champagne Ardenne (URCA). (87)

Les données personnelles correspondent à « toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable » (87). Les données de santé font partie de ces données personnelles. Le RGPD entre en vigueur dès lorsque l'on récupère, consulte, traite et communique des informations permettant l'identification d'une personne physique, des informations concernant les résultats de ses bilans ou examens, ou encore les informations à propos de sa maladie (88). Avant la mise en œuvre des entretiens, conformément aux recommandations, les personnes interrogées recevront une lettre d'information comprenant l'identité de l'investigateur, les conditions et la finalité du recueil de leurs données, ainsi que le rappel de leurs droits. Les participants ont toute la maîtrise sur leurs données. S'ils souhaitent consulter, s'opposer, modifier ou supprimer une donnée, leur demande pourra être transmise par adresse électronique et l'action sollicitée sera réalisée dès la réception de la demande. Les kinésithérapeutes pourront avoir accès à la retranscription de leur entretien et au mémoire final s'ils le souhaitent (89,90). Nous récolterons également leur consentement

libre, spécifique, éclairé et univoque par le biais d'un formulaire. Ils sont informés de la possibilité qui leur est offerte de se retirer du projet à n'importe quel moment (91).

Afin de garantir l'anonymisation des interviewés, ils seront nommés MK1, MK2... Leur lieu d'exercice ainsi que toute autre information pouvant les rendre identifiables seront remplacés par des « X ». Seules les informations nécessaires à notre étude seront collectées. Les données ne peuvent être conservées que sur la durée nécessaire à la constitution de la recherche (92). Elles seront stockées dans le disque dur de l'ordinateur sur lequel un antivirus et un logiciel « pare feu » auront été installés ainsi que sur une clé USB jusqu'en décembre 2025. Nous garantissons la sécurité des données par un mot de passe (93). Seules l'investigatrice, sa directrice et son experte mémoire auront accès aux données non anonymisées.

2.4. Méthode d'analyse des données

Dans l'approche inspirée de la théorisation ancrée, l'analyse des données se conduit par comparaison constante selon trois étapes : l'analyse ouverte, l'analyse axiale et l'analyse sélective. Selon J.P.LEBEAU « Analyser, c'est identifier ce que les données disent du phénomène étudié » (65). Les instructions de la méthodologie impliquent que chaque entretien doit être analysé par le chercheur à la lumière du précédent.

La première étape, consiste tout d'abord en l'étiquetage des données issues du verbatim. Cela permet de donner, en quelques mots, du sens à l'expérience du patient. Il faut être vigilant à ne pas tomber dans le piège de l'indexation, en étiquetant ce qu'exprime l'interrogé et non pas ce dont il parle. Puis, ces étiquettes vont être transformées en propriétés par l'identification du concept général qu'elles caractérisent. Enfin, l'émergence des catégories sera permise par l'organisation des propriétés entre elles. Cette procédure doit être réalisée après chaque retranscription avant de permettre la mise en œuvre de l'entretien suivant. Pour faciliter cet exercice d'analyse, nous réaliserons sur une page Word, pour chaque entretien, un tableau contenant les colonnes : verbatim, étiquette expérientielle, propriété, catégorie et thème. Les hypothèses émises par l'échange précédent permettent la construction du profil du prochain participant (65,75,94). À l'issue de chaque analyse ouverte, l'analyse axiale offre la comparaison et l'articulation des propriétés et catégories des différents entretiens entre elles, donnant ainsi naissance à différents thèmes (65,75,95). Une fois la saturation théorique atteinte, la recherche par entretien est clôturée. Nos résultats permettent l'émergence d'un modèle explicatif, favorisant non seulement la visualisation des

interactions entre les différentes catégories, mais aussi la synthèse de notre théorie. (65,75,94,95)

3. Résultats

3.1. Échantillonnage

3.1.1. Inclusion des participants

Comme l'impose la méthode inspirée de la théorisation ancrée, précédemment décrite dans la partie « méthode », l'inclusion des participants s'est faite de manière progressive, en fonction des entretiens. L'échantillon a été constitué au fur et à mesure, chaque analyse ouverte permettant de mettre en lumière de nouvelles catégories et ainsi d'orienter la sélection des prochains participants dans le but d'enrichir les données recueillies. Au total, neuf masseurs-kinésithérapeutes ont été contactés. Parmi eux, six ont accepté de participer et de prendre part aux entretiens. Nous sommes restées sans réponse des autres professionnels sollicités.

3.1.2. Profil des participants

La collecte des entretiens s'est déroulée sur une période comprise entre le 7 janvier et le 19 février auprès de six participantes féminines. Diplômées de diverses écoles, entre 1982 et 2024, ces masseurs-kinésithérapeutes libérales exercent en cabinet et/ou en institutions oncologiques. L'une d'entre elles est actuellement à la retraite. Leur patientèle est variable, la sénologie décrivant entre 10 et 98 % de leur pratique. La prise en charge péri-reconstruction mammaire est quant à elle plus limitée, oscillant entre 0 et 11 % de l'exercice de ces professionnelles. Les participantes ont suivi des formations en lien avec leur pratique, comprenant principalement la prise en charge spécifique du cancer du sein, le drainage lymphatique, la gestion du lymphœdème et la gestion des cicatrices. L'une d'entre elles détient également un diplôme universitaire (DU) en sénologie [ANNEXE VI].

Les entretiens ont été réalisés en présentiel pour cinq MK, sur leur lieu de travail ou dans un espace extérieur, et à distance via Zoom pour une d'entre elles. La durée moyenne des entretiens était de 43 minutes et 10 secondes [ANNEXE VII].

3.1.3. Saturation théorique

La saturation théorique a été quantifiée en suivant la méthode décrite par GUEST et al (74), précédemment caractérisée dans la partie « méthode ». Les analyses des deux premiers entretiens de référence ont mis en évidence 33 catégories de base. Le pourcentage de

saturation a été recalculé tous les deux entretiens, en indiquant le nombre de nouvelles catégories identifiées.

L’analyse des entretiens a montré qu’aucune nouvelle catégorie n’a émergé après le quatrième entretien, les entretiens 5 et 6 n’ayant apporté aucune catégorie supplémentaire. Ainsi, nous envisageons nous être approchées de la saturation théorique des données dès le quatrième entretien, suggérant qu’il aurait été possible d’envisager un arrêt à ce stade sans compromettre les résultats.

Tableau 1 : Estimation du pourcentage de saturation théorique atteinte.

Nombre d’entretiens	1	2	3	4	5	6
Nombre de catégories	28	29	28	36	33	27
Catégories de base	33					
Nouvelles catégories abordées			6		0	
Pourcentage de saturation théorique = 100 – ((ratio de nouveauté/base) x 100)			82%		100%	

3.2. Présentation des résultats

Chaque entretien a été analysé manuellement par l’étudiante, en transformant chaque verbatim issu des retranscriptions (exemple intégré en annexe [ANNEXE VIII]) en étiquettes thématiques puis expérientielles, et ensuite en propriétés. Ces dernières ont été organisées et réparties en plusieurs catégories. Les données ont été traitées à l’aide d’un tableur numérique, un extrait d’analyse est disponible en annexe [ANNEXE IX]. L’analyse des six entretiens a permis de définir un total de 401 propriétés, rassemblées dans 39 catégories. L’ensemble des propriétés et des catégories a été regroupé dans un tableau récapitulatif des analyses [ANNEXE X]. Les 39 catégories ont été organisées en neuf thèmes :

- le cancer du sein et la reconstruction mammaire ;
- la transmission d’informations ;
- la structuration de la prise en charge ;
- la prise en charge préopératoire d’une reconstruction mammaire ;
- la collaboration interprofessionnelle ;
- l’approche biopsychosociale ;
- l’investissement personnel du masseur-kinésithérapeute ;
- les enjeux de la prise en charge ;
- la prise en charge postopératoire initiale et de la reconstruction.

3.3. Du cancer du sein à la reconstruction mammaire

3.3.1. Vivre après un cancer du sein

Dans ce cancer essentiellement féminin « *dans 99% des cas le cancer du sein sont chez la femme.* » (MK2), lorsque l’ablation est nécessaire, celle-ci peut être unique ou bilatérale, notamment en raison de prédispositions génétiques « *Elle avait un gène. Donc, elle risquait de refaire d’autres cancers du sein.* » (MK5). Confrontées à leur maladie sur le long terme ces femmes développent une expertise sur leur pathologie et leur corps « *Et puis bon, la patiente, comme c'est une pathologie où elle vit depuis plusieurs mois avec, elles sont quand même assez expertes de son propre corps.* » (MK2). Cependant, l’acceptation du nouveau corps mutilé représente un processus complexe entraînant une ambivalence du rapport à la nudité selon les patientes « *Parce qu'il y a des femmes qui acceptent [...] qui acceptent le fait d'avoir été opérée, d'avoir soit une tumorectomie, mais un petit morceau de sein en moins, soit carrément la mastectomie et ça ne les dérange pas. Autant, j'ai des patientes qui se sentent très très mal et qui ont beaucoup de mal à enlever leur t-shirt.* » (MK6).

L’établissement du profil des participantes nous permet de constater que la prise en charge péri-reconstruction mammaire ne concerne qu’un faible pourcentage de leur pratique. En effet, la reconstruction mammaire n’est pas systématique. Dans un premier temps, il faut tenir compte du fait qu’une partie des femmes opérées dans le cadre d’un cancer du sein subissent une chirurgie conservatrice ne nécessitant pas de reconstruction complète par la suite « *Alors, on a quand même beaucoup de patientes qui ont une tumorectomie [...] alors peut-être un geste reconstructif, mais pas au sens où il n'y a plus de sein et il faut vraiment une reconstruction.* » (MK5). Dans un second temps, nous rappelons que le choix de la reconstruction mammaire revient entièrement aux patientes, certaines d’entre elles ne souhaitent pas recourir à cette procédure « *Donc après pour la reconstruction, moi, j'en ai qui ne voulaient pas, ne voulaient pas reconstruire.* » (MK4).

3.3.2. Chemin de la reconstruction

Avant d’aboutir à la reconstruction, il est important de respecter la temporalité des différents traitements « *On avait beaucoup de dames [...] qui n'en étaient pas à la phase de traitement où on pouvait envisager forcément tout de suite une reconstruction.* » (MK2), et de laisser le temps de réflexion nécessaire à la patiente « *Elles ne savent pas encore si elles vont la reconstruire dans un deuxième temps.* » (MK5). La deuxième participante mentionne le fait que se faire reconstruire implique de « *réaccepter des fois de repasser sur le billard.* » (MK2), et de devoir appréhender un nouveau corps par la suite. Elle souligne également que les

patientes faisant le choix de la reconstruction sont dans une démarche d'avancer avec leur maladie et de faire le deuil de leur vie d'avant « *Les patientes qui sont déjà dans une démarche de reconstruction sont aussi déjà dans une démarche d'avancer avec la maladie [...] de faire le deuil de leur vie d'avant, d'avancer.* » (MK2).

Les femmes optant pour la reconstruction mammaire peuvent bénéficier d'une intervention immédiate « *Alors ça dépend, y en a qui sont en reconstruction immédiate.* » (MK3), ou différée « *Et celles qui reviennent en reconstruction après.* » (MK3).

3.3.3. Facteurs influençant le choix de la reconstruction

Bien qu'il soit totalement dédié à la patiente « *C'est elle qui fait son choix.* » (MK5), de nombreux facteurs conditionnent le choix de la reconstruction mammaire. Les motivations personnelles des patientes sont liées à la volonté de reconquérir leur image corporelle féminine « *Leur attente en fait, c'est surtout de retrouver entre guillemets un corps de femme.* » (MK6) et une apparence esthétique « *Comme la poitrine chez une femme est quand même plus développée que chez l'homme, il y a aussi des questions d'esthétique qui reviennent beaucoup de leurs part.* » (MK2). Des éléments externes peuvent également influencer la décision. Selon la troisième participante, une prise en charge structurée et une bonne communication sur le parcours de soins encouragent les patientes à passer le cap de la chirurgie réparatrice « *La reconstruction c'était 30 % au niveau national. Et chez eux, c'est 70 %. Tu vois, c'est énorme parce que y a plus de communication, plus de trucs pour les patientes, elles sont plus rassurées, elles ont bien envie de le faire.* » (MK3). De plus, les progrès médicaux proposent des techniques de moins en moins invasives et plus esthétiques, favorables à la réflexion des femmes « *Et puis, la chirurgie se fait de mieux en mieux. On propose des choses moins délabrantes. Et la reconstruction est beaucoup plus esthétique [...] donc, elles hésitent moins. Donc, il y a plus de demandes.* » (MK4). En revanche, le manque de communication et de sensibilisation autour de la reconstruction mammaire « *Mais ouais, je pense qu'il y a un gros manque de communication là-dessus quoi.* » (MK3), l'ambiguïté des informations « *C'est vraiment quelque chose où on a l'impression qu'il y a pas trop d'infos que c'est un peu [...]. Donc l'info générale elle est un peu [mimiques dubitatives du visage].* » (MK3), le manque d'humanité « *un peu d'humanité auprès de ces médecins, là aussi on entend que les gens sont baladés comme ça [...] c'est pas sympa, ça devrait plus jamais se faire, ça se fait encore, c'est honteux.* » (MK4) et le manque d'écoute des professionnels sur le type de procédure souhaité « *Et j'ai des patients qui se battent aussi pour avoir le type de reconstruction qu'elles veulent.* » (MK6) accroissent la complexité du

parcours. Le retour au bloc opératoire accompagné d'un sentiment de retour à zéro sont également des freins majeurs à la procédure réparatrice comme en témoignent les troisièmes et quatrièmes interviewés : « *Parce que y a beaucoup de, de stress en plus de retourner en plus, là si c'est de la reconstruction, c'est retourner sur le..., se refaire opérer et recommencer un petit peu tout.* » (MK3), « *J'en ai encore qui ne veulent pas « Moi, retourner sur le billard jamais. Je ne veux plus refaire cette épreuve »* » (MK4). L'influence de la famille et les préoccupations du partenaire entrent également en jeu, en encourageant la reconstruction « *Une, c'est pour que son fils soit fier de sa maman.* » (MK4) ou en confortant la patiente dans l'acceptation de son corps après la mastectomie « *Je ne vais pas me refaire charcuter pour ma poitrine. Mon mari le vit très bien, je le vis très bien.* » (MK6). Enfin, l'âge est un élément clé dans la prise de décision, les femmes âgées étant moins disposées à éprouver une nouvelle chirurgie « *C'est bon, c'est bon, j'ai 70 ans.* » (MK6).

3.3.4. Sensibilisation et perception du cancer du sein dans la société

La sensibilisation et la perception du cancer du sein dans la société évoluent positivement grâce aux associations « *Je pense que globalement, on parle plus du cancer du sein, avec le RKS [...]. Puis il y a aussi l'association X.* » (MK5), aux campagnes de sensibilisation tel qu'Octobre Rose « *Grâce aussi à Octobre Rose qui apporte de l'argent à tout ça, qui fait connaître, les dépistages, les choses comme ça.* » (MK4), et aux campagnes de dépistages « *Je pense qu'on sent qu'il y a quand même des campagnes de dépistage qui essayent quand même de bosser un petit peu là-dessus.* » (MK6). Ces démarches permettent une meilleure visibilité et une meilleure prise en charge de la pathologie « *Avec le groupe X, qui est parti faire la X, c'est passé à Thalassa [...], du coup, il s'est réintéressé un tas de monde, il s'est mis à avoir un tas de choses autour, ça a été un grand élan de reconnaissance [...], pour elles, c'était extraordinaire.* » (MK4). Toutefois, la sensibilisation du grand public n'est pas encore optimale et reste actuellement hétérogène au sein de la population « *Après, je ne suis pas sûre que dans la population générale, le message passe bien. Oui, nan, dans la population globale, je pense que le message ne passe pas forcément...* » (MK6). L'expérience personnelle joue un rôle majeur dans la sensibilisation « *Je pense que tant qu'on n'est pas exposé à quelqu'un de la famille qui a eu un cancer du sein, ça nous passe un petit peu à côté.* » (MK6). En l'absence de symptôme ou d'expérience directe, considérant le risque de cancer du sein comme lointain ou improbable, de nombreuses femmes ne réalisent pas l'importance du suivi préventif « *J'ai encore des patientes qui ne se font pas suivre parce que, pour elles, ça ne leur arrivera jamais. J'ai des patientes ça fait cinq ou dix ans qu'elles n'ont*

pas vu un gynéco, mais c'est pas grave. Pour elles, ça ne leur arrivera pas. [...] Quand je leur parle d'autopalpation, elles ne savent pas ce que c'est. » (MK6).

D'après la sixième participante, le manque de reconnaissance des enjeux féminins dans le système de santé et la sous-reconnaissance du cancer du sein en tant que problème majeur de santé publique sont des obstacles à l'optimisation de la prise en charge générale du cancer du sein : « *Je pense qu'au niveau santé publique, effectivement, la politique de santé publique a des limites et que, oui, ça reste un problème de femmes. » (MK6).*

3.4. Transmission d'informations

3.4.1. Formation initiale

Certaines participantes estiment que les connaissances transmises au cours de leur formation initiale sont suffisantes pour connaître les bases et ainsi assurer une prise en charge correcte de ces femmes « *C'est vrai que du coup, c'est quand même une bonne formation de base, même si tu fais pas de formation supplémentaire. » (MK2).* L'acquisition d'expériences au cours de la formation initiale est également permise par l'intermédiaire des stages et des recherches menées pour le mémoire de fin d'études « *J'ai eu aussi, comme j'avais fait mon mémoire sur ça, j'avais beaucoup lu de littérature. » (MK2).* Cependant, la majorité des MK exprime une sensation de manque de connaissances spécifiques en formation initiale ne leur permettant pas de se sentir compétentes face à la prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire « *Et moi, je vois quand on m'a dit "Tu vas faire des... des consults pré-op", je me suis dit "Bah qu'est-ce que je vais leur dire quoi" enfin. » (MK1).*

3.4.2. Formation continue

Afin de combler ce manque de connaissances initiales, les masseurs-kinésithérapeutes assurent leur formation continue par l'intermédiaire de diverses formations « *Après, si tu veux vraiment pousser un peu plus et tout, là quand même, je pense qu'il faut refaire quelques formations. » (MK2), adaptées à leur pratique « *Mais je fais ce dont j'ai besoin. Ce qui m'est utile pour mes patients. » (MK4).* Le développement professionnel continu (DPC) est une obligation imposée aux masseurs-kinésithérapeutes « *Tu sais les formations obligatoires sur trois ans. » (MK4).* Assurément, la formation continue permet aux professionnels de santé d'enrichir leurs connaissances « *Je me suis bien enrichie là. » (MK4), de réviser des notions clés « *Refaire une formation pour voir si tu n'avais pas trop dévié de la méthode. » (MK4), et de prendre confiance en leurs capacités « *Ça m'a enrichie, confortée, dans tout ce que je savais. » (MK4).* La MK3 mentionne l'importance de la formation spécifique permettant d'offrir aux patientes une prise en charge optimale « *Tout le monde peut pas être spécialisé,****

mais c'est vrai que quand t'as ce genre de patho, c'est pas n'importe quel traitement. » (MK3). Il existe également un diplôme universitaire en sénologie ouvert aux masseurs-kinésithérapeutes leur permettant l'acquisition d'un grand nombre de compétences « *Moi, c'est vraiment ce DU là qui m'a ouvert tout un champs de compétences.* » (MK3).

Au-delà des formations, il est important de mettre à jour ses compétences « *Pour intervenir, il faut se sentir à la page, on est vite dépassé.* » (MK4), et de se renseigner sur les dernières pratiques et recommandations « *Et puis ça évolue. [...] Je cotise toujours. Parce que je veux savoir ce qu'il se fait comme chirurgie tout ça. [...] Savoir où ça en est.* » (MK4), notamment par des recherches scientifiques « *J'avais fait quelques recherches, du coup, je m'étais un peu replongée un peu dedans.* » (MK2), et la participation à des congrès professionnels « *Ensuite, il y a aussi les congrès.* » (MK4). L'adhésion à certains réseaux professionnels offre parallèlement l'accès à divers ressources éducatives « *Grâce à ça, on avait des webinaires gratuits.* » (MK4).

La totalité des participantes interviewées font état d'une formation autodidacte grâce à leurs expériences avec les patientes « *Avec l'expérience, tu apprends à connaître la patiente, on arrive à savoir un petit peu comment ça va se passer.* » (MK2), « *Aussi à force de voir des patientes.* » (MK6). L'ensemble de ces connaissances permet l'évolution de la prise en charge, engendrant une meilleure qualité des soins proposés aux patientes « *Pour les prendre en charge du mieux possible.* » (MK5).

3.4.3. Limites d'accès aux ressources scientifiques

Les professionnelles font face à des limitations dans l'accès aux ressources scientifiques, perturbant l'évolution de leurs pratiques. La problématique majeure réside dans l'absence de formation spécifique à la prise en charge péri-reconstruction mammaire « *C'est vrai que les formations que j'ai faites avant, on parle de beh la cicatrice c'est ça, OK, le cancer du sein il faut travailler ça ça ça. OK, mais on parle pas spécifiquement de la reconstruction.* » (MK3). De plus, la littérature sur le sujet reste limitée en raison du manque de recul et d'études fiables « *Mais comme c'est nouveau, il n'y a pas tellement d'écrits là-dessus, il n'y a pas encore de littérature, il n'y a pas assez de recul.* » (MK4). Les articles existants manqueraient de pratiques concrètes, illustrant le fossé entre les données théoriques et la réalité du terrain « *Parce que des fois, les articles, ça ne nous donne pas forcément toujours des idées d'exercices.* » (MK5), « *Après, ce qu'on trouve dans les livres et ce qui se fait en pratique, ce n'est pas forcément la même chose.* » (MK6).

Les formations ayant un coût, des contraintes financières sont notifiées par les participantes « *Les formations, c'est bien, mais ça coûte cher.* » (MK6). De surcroît, l'accès à certaines ressources est conditionné par une adhésion payante aux réseaux professionnels. La localisation géographique du diplôme universitaire peut également présenter un frein à la participation des MK se trouvant à distance « *J'ai peu de collègues qui ont fait le DU [...]. Donc c'est un DU qui est à Nantes, donc en fait y a plus de gens près de Nantes et après ça se disperse un petit peu.* » (MK3). Enfin, le manque de temps, engendré par l'importante charge de travail limite le temps disponible pour la recherche scientifique et les formations continues « *J'essaie de faire au mieux. Je n'ai pas le temps de faire forcément plusieurs formations sur ce sujet par an.* », « *On essaie toujours un peu de lire des choses, de lire la littérature, mais quand on travaille, on ne peut pas non plus éplucher toute la littérature.* » (MK5).

3.4.4. Partage d'informations entre professionnels

L'apprentissage continu est également permis par la formation entre masseurs-kinésithérapeutes « *Je lui avais promis de lui apprendre les bandages multicouches.* » (MK4). Dans la pratique quotidienne ou par l'intermédiaire des groupes de discussions, les professionnels échangent entre eux, se posent des questions et s'entraident par le partage de leurs savoirs et de leurs expériences « *On a un groupe WhatsApp où on se pose des questions.* » (MK6), « *On a un cabinet de trois, mais on est deux à faire cette rééducation-là. Déjà, on peut communiquer entre nous, on se donne... On peut échanger, ça donne aussi d'autres idées.* » (MK5). En s'engageant dans l'enseignement, les professionnels aguerris étendent la transmission de leurs connaissances à la formation des futurs kinésithérapeutes « *J'ai donné des cours à la fac pendant 9 ans.* » (MK4).

Les échanges interprofessionnels, ont également un rôle clé à jouer dans l'éducation des professionnels de santé. Les médecins et chirurgiens interviennent auprès des MK afin de répondre à leurs questions et de leur transmettre les informations relatives aux différents traitements médicaux et chirurgicaux « *On a aussi les contacts des chirurgiens.* » (MK2), « *Des fois, c'est sur des choses médicales. C'est des médecins, par exemple, qui vont nous parler des traitements, de la radiothérapie.* » (MK5). Réciproquement, les masseurs-kinésithérapeutes ont également leur responsabilité dans l'éducation des autres professionnels aux soins kinésithérapiques « *Il y a des professionnels de santé, qui ne savent pas forcément que la patiente voit un kiné. Ils font « Ah, je ne savais pas », ça permet d'ouvrir l'échange.* » (MK2).

En ce qui concerne le suivi des patientes, les différents professionnels impliqués dans la prise en charge communiquent de façon orale ou écrite « *Après, soit il faut les appeler ou soit on renvoie et on fait un petit courrier.* » (MK5), de façon directe ou par l’intermédiaire de la patiente « *Souvent, c'est par l'intermédiaire de la patiente. On se fait des courriers, des choses comme ça à travers la patiente.* » (MK3).

3.4.5. Médiatisation de la santé

Une partie des kinésithérapeutes interrogées nous rapporte une utilisation modérée voire peu fréquente des réseaux sociaux, limitant leur exposition aux contenus spécifiques à la kinésithérapie péri-reconstruction mammaire « *Je ne suis pas forcément très au point sur les réseaux sociaux.* » (MK6), « *Mais j'avoue que c'est peut-être moi qui ne suis pas les pages.* » (MK5). Malgré le développement de la sensibilisation autour de la santé féminine « *Quand tu vois sur les réseaux sociaux [...] Les corps de médecine, des choses comme ça qui font énormément de choses pour la santé féminine, les journées des cancers.* » et une augmentation de la communication autour de la prise en charge du cancer du sein lors d’évènements médiatisés « *C'est passé à Thalassa, donc ça a été connu.* » (MK4), ou d’initiatives telles qu’Octobre Rose « *Mais, par exemple, au moment d'Octobre Rose, j'ai déjà vu quand même des conférences sur YouTube.* » (MK5), le rôle des kinésithérapeutes reste peu mis en lumière dans les médias grand public « *Mais il y a des trucs qui sont encore à la ramasse, ils ont pas parlé du travail des kinés.* » (MK4). La sensibilisation à la kinésithérapie oncologique y est limitée et les contenus spécifiques à la reconstruction demeurent rares « *Il y a quand même des petites vidéos, mais après, ça va être un peu plus large.* » (MK5).

Les réseaux sociaux sont également utilisés par les patientes dans la recherche d’informations relatives à leur pathologie et ses traitements « *Elles se renseignent beaucoup là-dessus.* » (MK6). Cette utilisation des réseaux est influencée par l’âge des patientes, les jeunes populations étant davantage tournées vers les outils numériques « *Après, les patientes jeunes, par contre, elles sont beaucoup plus tournées vers les réseaux sociaux.* » (MK6). Des patientes partagent leurs expériences à travers ces plateformes « *Il y a beaucoup de femmes qui témoignent, je sais, sur Instagram, il y en a pas mal.* » (MK6). Cependant, les témoignages abordant parfois les regrets de ces femmes et les complications rencontrées lors de la reconstruction mammaire, ils peuvent être anxiogènes pour les patientes initialement en quête d’informations « *J'ai l'impression que ça amène plus de peur qu'autre chose, en fait, sur certaines reconstructions.* » (MK6).

3.5. Structuration de la prise en charge

3.5.1. Organisation de la prise en charge

La prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire peut être réalisée en institution « *À X, ça, on en voit quand même pas mal en préopératoire en HDJ* (Hôpital De Jour). » (MK1) ou en cabinet libéral. Dans certains centres spécialisés, des protocoles de soins standardisés comprennent une consultation obligatoire de kinésithérapie en amont de la reconstruction « *C'est un institut d'oncologie. En gros, c'est comme X, sauf que eux, ils ont bien poussé le truc, c'est-à-dire qu'ils ont déjà ça. Ils ont déjà un protocole avec visite obligatoire chez infirmière, visite obligatoire aussi chez le kiné.* » (MK3). Concernant la planification des séances de rééducation, les kinésithérapeutes tentent de faire passer en prioritaire les patientes avec une échéance opératoire proche « *Avec des opérations de prévues, on essaie de les faire passer en urgence.* » (MK2). Ces séances sont flexibles en fréquence et en nombre, selon les besoins des patientes « *Alors après, du coup, selon le besoin, en général, ça peut être deux séances ou une séance par semaine.* » (MK5), et les délais médico-chirurgicaux qui s'imposent « *Donc s'ils me disent, « c'est dans deux semaines », on essaie d'en mettre au moins deux dans la semaine. Contrairement à d'habitude, où des fois, je fais qu'une par semaine.* » (MK3). L'organisation de la kinésithérapie doit être coordonnée avec les autres prises en charge auxquelles la patiente est tenue d'assister « *S'il y a de la radiothérapie, tout ça, pour voir un peu comment on va se caler.* » (MK1).

La plupart des kinésithérapeutes interrogées procèdent à un bilan lors de leur première séance. Cette première rencontre permet également la communication ainsi que l'éducation de la patiente à sa pathologie et aux soins kinésithérapiques en découlant « *On parle beaucoup lors de la première séance, il n'y a pas forcément beaucoup de pratiques.* » (MK6).

Pour les patientes ayant déjà consulté lors de leur première intervention, la prise en charge en kinésithérapie avant la chirurgie réparatrice s'inscrit dans une continuité entre la phase postopératoire oncologique et la phase préopératoire de la reconstruction « *En pré-op de reconstruction, ben justement, tu vois, comme nous on les suit déjà, enfin, en général, on les suit déjà postopératoire oncologiques. Finalement.* » (MK3). La MK6 énonce adapter son plan de traitement avec une priorisation des soins en fonction des symptômes cliniques « *Au départ, si je vois qu'il y a des adhérences au niveau de la cicatrice, je vais commencer par travailler la cicatrice et travailler l'épaule si ça gêne au niveau des amplitudes de l'épaule. Après, si au niveau de la cicatrice, il n'y a pas de souci, je vais me concentrer sur l'épaule.* »

(MK6). Cependant, à l'approche de la chirurgie, les objectifs à plus long terme ne doivent pas être exclus de l'approche thérapeutique « *En gardant à l'esprit qu'il faut quand même que je travaille cette cicatrice parce que l'opération arrive.* » (MK3), avec une répartition possible des différents axes de travail sur plusieurs séances « *Si on a deux séances par semaine, faire peut-être une séance plus qualité de peau, une séance plus amplitude et renforcement.* » (MK2). Le suivi de ces patientes s'effectue tout au long du parcours à court et long terme, avec une réorganisation régulière de la prise en charge en regard des évolutions « *Ça nous laisse aussi le temps du coup comme ça de réadapter.* » (MK2).

3.5.2. Ingénierie du protocole de rééducation

Divers éléments permettent aux kinésithérapeutes de structurer leur prise en charge. Pour commencer, la réalisation du bilan initial, parfois inspiré par des bilans standardisés non spécifiques à la phase préopératoire de la reconstruction « *Les bilans cancer du sein, je peux reprendre ces bilans là.* » (MK2), permet de dresser le profil de la patiente, et de renseigner le type de chirurgie que celle-ci doit recevoir « *On va préparer en fonction du type d'opération aussi qu'elle va avoir.* » (MK3), « *Tout dépend du bilan, comme à chaque fois.* » (MK6). Les apprentissages transmis au cours des formations initiales et continues occupent une place importante dans l'ingénierie des protocoles de soins « *Après, il y a quand même notre formation aussi de base.* », « *Les formations complémentaires, post-diplôme, quand même, ça aide bien.* » (MK5). Cette démarche réflexive est renforcée par les expériences personnelles du MK et par celles partagées par les autres praticiens « *Je me suis du coup, beaucoup appuyée sur l'expérience du coup beh de mes tutrices qui avaient déjà pris en charge des dames atteintes de cancer du sein. [...] Et après, on cible, avec l'expérience [...] on arrive à savoir un petit peu comment ça va se passer [...] t'arrives quand même un peu à prédire comment ça va s'enchaîner.* » (MK2).

Au-delà de l'exercice clinique, les professionnelles s'appuient sur des ressources écrites telles que des ouvrages de collègues expérimentés « *Et il y a des kinés qui ont fait aussi des ouvrages, donc ça redonne des idées.* ». Bien qu'elle possède des spécificités, la prise en charge péri-reconstruction mammaire trouve des similitudes avec d'autres traitements, notamment avec celui de l'épaule, dont les participantes nous disent s'inspirer « *Même s'il y a vraiment des particularités à savoir pour cette rééducation-là, il y a des choses qu'on peut repiocher aussi sur nos rééducations d'épaule.* » (MK5).

Les recommandations interprofessionnelles et objectifs pluridisciplinaires sont intégrés à la construction de l'approche thérapeutique. En effet, certains professionnels de

santé mentionnent dans leurs prescriptions des attendus précis « *Ils nous donnent des axes parfois.* » (MK1), en particulier dans certaines procédures nécessitant une préparation spécifique « *En pré op, c'est souvent alors, au Lipofilling. Là, il y a vraiment des attendus très stricts.* » (MK1). Dans d'autres cas, les prescripteurs indiquent seulement la pathologie et ses grands axes « *Ils mettent « kiné » de la zone et après, c'est nous qui bilantons et savons ce qu'on a à faire.* » (MK5), léguant une totale autonomie aux MK dans l'établissement de leur programme de soins « *Et au moins ça laisse champ libre au kiné avec sa patiente de faire son bilan et leur rééducation.* » (MK2). D'autre part, étant les principales concernées, il est fondamental d'y intégrer les préoccupations, objectifs et attentes des patientes « *Donc ça, ça va dépendre de l'objectif et des attentes de la patiente.* » (MK6). Enfin, une partie des femmes interrogées déclarent parfois laisser leur intuition et leur créativité s'exprimer lors de la conception de leurs séances « *C'est du feeling.* » (MK1), « *Des fois, pourquoi on va plus se proposer cet exercice-là ? On fait un peu aussi avec la créativité, avec ce qui nous vient.* » (MK5). Les kinésithérapeutes multiplient et croisent plusieurs ressources afin d'offrir aux patientes un accompagnement optimal « *C'est plein de sources différentes.* » (MK6), « *J'ai pris des astuces de partout.* » (MK4).

3.5.3. Financement

Plusieurs praticiennes dénoncent un manque de valorisation des actes spécifiques de kinésithérapie « *Je peux le dire, c'est très, très peu payé, pour le temps qu'on prend [...] J'ai même eu un moment où je voulais arrêter, parce que j'ai vu que c'était dévalorisant.* » (MK4). Comme en témoigne la MK4, de nombreux professionnels sont contraints de mettre en place des interventions hors nomenclature pour augmenter leurs revenus « *Donc de là m'est venue l'idée de faire des cours de gym à côté, et ça m'a permis de vivre dignement.* » (MK4). Ainsi, malgré un engagement total et une véritable passion pour la pratique sénologique, les kinésithérapeutes expriment une insatisfaction quant à leur salaire « *Tu es à ce que tu fais, tu ne peux pas galérer partout [...]. C'est pour ça que c'était passionnant, mais pas bien payé. [...] Je faisais beaucoup d'heures, et je m'en sortais pas.* » (MK4).

De plus, dépendant de la rédaction de l'ordonnance, le remboursement des soins péri-reconstruction mammaire demeure incertain « *Suivant comment l'ordonnance est rédigée, la Sécu peut refuser la prise en charge.* » (MK6). Dans les faits, comme l'indique la sixième participante, ces soins sont parfois considérés par la Sécurité sociale comme des « soins de confort », « *Parfois, la Sécu ne va pas vouloir rembourser parce qu'elle va considérer que c'est de l'esthétique.* » (MK6). Cette classification illustre une vision où ces soins sont perçus

comme secondaires face aux impératifs économiques du système de santé « *Il y a aussi le fait que la Sécu essaye de faire des économies un peu partout. Et c'est vrai qu'on voit bien qu'il y a plein de choses au niveau du cancer du sein qui ne sont pas remboursées. Donc, aller repayer des séances de kiné, derrière, vraiment juste pour la reconstruction, pour eux, ce n'est pas forcément le premier objectif nécessaire.* » (MK6). Dans ce contexte, les kinésithérapeutes font face à un dilemme éthique dans la facturation de leurs actes « *Moi ça me gêne d'aller demander à quelqu'un qui se fait reconstruire un sein, après un cancer du sein, de payer des séances.* » (MK6).

3.5.4. Contraintes liées aux conditions de travail

Des contraintes professionnelles et organisationnelles impactent les kinésithérapeutes dans la structuration générale de leur pratique. La contrainte principale réside dans la gestion d'une importante liste d'attente, rendant difficile l'intégration des patientes nécessitant une prise en charge rapide avant leur opération « *Par exemple nous, on a énormément d'attente.* » (MK2), « *C'est plus la contrainte de ça. Et puis de mon emploi du temps.* » (MK3).

Ensuite, le contexte géographique rural à lui aussi des répercussions sur l'exercice quotidien des masseurs-kinésithérapeutes, dont la patientèle est plus diversifiée, en comparaison avec certains cabinets de ville spécifiquement dédiés à la prise en charge en santé féminine « *Alors, ça va dépendre des périodes, mais je n'ai pas du tout une pratique exclusive comme certaines consœurs, surtout, je dirais 5-10% parce que je suis en zone rurale.* » (MK5). La cinquième participante aborde le fait qu'il existe des disparités géographiques en termes de sensibilisation aux soins kinésithérapiques dans le cadre d'un cancer du sein « *Donc après, je pense que ça dépend peut-être des régions, ça dépend des centres.* » (MK5). Ces propos sont appuyés par ceux d'autres professionnelles mettant en avant un manque accru de diffusion des informations en milieu rural « *Elle était à une époque, dans une région assez reculée, du coup même du drainage lymphatique pour son lymphœdème elle en avait pas eu.* » (MK2), « *Déjà la campagne, globalement il y a peut être, je sais pas si y a moins d'informations, déjà pour les patientes. Il y a des patientes qui découvrent des années après qu'elles ont eu un cancer, qu'on peut faire de la kiné.* » (MK3). Cet emplacement joue également un rôle dans la difficulté à la création de réseau pluridisciplinaire « *Alors nous en campagne, c'est un petit peu plus compliqué. On a un petit peu moins de contact.* » (MK2). L'isolement des kinésithérapeutes lié à leur statut de professionnels libéraux constitue un autre obstacle, réduisant les possibilités d'échanges interprofessionnels « *Alors, ce n'est pas toujours évident quand on est libéral. Mais il faut...*

Quand il y a besoin, il faut savoir appeler le médecin, le chirurgien. » (MK5). Cette situation est d'autant plus aggravée par leur charge de travail excessive, limitant le temps disponible pour la communication avec les autres professionnels de santé « *Je pense que c'est un souci de communication, mais c'est vrai qu'on n'a pas forcément nous le temps de prendre contact avec les médecins.* » (MK6).

3.6. Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire

3.6.1. Principes de la prise en charge

L'analyse des entretiens met en lumière les principes jugés comme essentiels par les MK interrogées. Comme le rapporte la cinquième participante, ces principes rejoignent ceux de la rééducation globale du cancer du sein, bien que certains ajustements soient tout de même nécessaires en fonction des différentes procédures chirurgicales « *Après, il faut penser à la zone donneuse et à la zone receveuse. Mais après, les grands principes, ils restent les mêmes.* » (MK5). L'intégration de la patiente dans son processus de soins semble fondamentale, favorisant sa motivation et son adhésion thérapeutique « *Avec la patiente on essaye de se trouver des objectifs qui sont, comment dire ça, assez représentatifs pour elle.* », « *Après voir aussi ce qui colle le mieux avec les patients. Je sais qu'il y a des choses qui passent plus facilement avec les patients ou d'autres.* » (MK2). L'approche doit être progressive et adaptée au rythme de chacune « *Pour ne pas leur sauter dessus dès la première séance.* » (MK6), en prenant soin de limiter la surcharge mentale et physique « *J'en montre deux, trois, j'en montre pas énorme.* » (MK1). Un équilibre entre la rigueur et la flexibilité doit être trouvé afin d'offrir une prise en charge efficace « *On va quand même travailler ça et après, on va être un peu plus cool ou travailler autre chose.* ». Celle-ci doit également être respectueuse, avec une attention particulière portée au respect du consentement « *Toujours bien leur poser la question si elles veulent bien se déshabiller, tout ça. Je pense que c'est ça, le principal.* » (MK6). La rééducation doit être centrée sur une récupération fonctionnelle et sur l'autonomie quotidienne afin de répondre aux exigences de la vie courante de la patiente « *Du fonctionnel plutôt que de l'analytique. [...] Parce que c'est dans la vie courante qu'elle va se faire mal.* » (MK4). Par ailleurs, les kinésithérapeutes jouent un rôle clé dans la vigilance face aux signes de récidives « *Mais aussi d'être vigilant parce qu'il faut quand même toujours voir s'il y a pas de petites boules qui reviennent.* » (MK1). Enfin, la collaboration interprofessionnelle est perçue comme indispensable pour assurer un suivi et une prise en charge optimale.

3.6.2. Personnalisation de la prise en charge

Un autre principe incontournable, mis en lumière à de nombreuses reprises dans les témoignages, est la personnalisation de la prise en charge « *C'est en fonction de la patiente, beaucoup aussi.* » (MK3). Les participantes mentionnent notamment l'importance d'adapter leurs interventions en fonction des traitements en cours et de l'âge des patientes « *Pendant la, la radiothérapie, on limite un petit peu, en général.* » (MK3), « *Là, je crois que la plus âgée, elle doit avoir 86 ans, donc forcément, je ne fais pas les mêmes exercices.* » (MK6). La fréquence et le nombre de séances sont ajustées selon les besoins des patientes « *Des patientes, au bout de trois séances, ça va, c'était juste une petite vérification au niveau de la cicatrice, des amplitudes de l'épaule, savoir comment elles se sentaient et elles n'ont plus besoin de séances. [...] Il y a d'autres personnes qui ont besoin d'être plus rassurées, qui ont un peu plus.* » (MK6). L'individualisation des objectifs permet de proposer une rééducation pertinente, tenant compte des attentes de chacune « *Les objectifs ne sont pas les mêmes.* » (MK6). Les techniques et outils employés varient également, pour répondre aux spécificités de chaque prise en charge. Certains soins nécessitent une exposition corporelle, pouvant générer un inconfort chez certaines patientes. Dans cette optique, afin d'instaurer un cadre rassurant, les kinésithérapeutes adaptent leur approche en respectant le degré de pudeur de chacune « *Je fais en fonction des patients, de voir comment elles se sentent.* » (MK6). De même, face à cette diversité de réactions « *Tout le monde ne réagit pas pareil.* » (MK5), le discours des professionnels doit être modulé en fonction des désirs et capacités de chaque individu à recevoir les informations « *Si elle est prête à l'entendre, après il y a des gens qui ne veulent pas savoir, tu ne le dis pas, tu les respectes.* » (MK4).

3.6.3. Bilan

Le bilan kinésithérapique réalisé en préopératoire d'une reconstruction mammaire s'inspire d'un bilan classique et présente des similitudes avec les bilans d'épaule et de rachis « *Ça ressemble on va dire à un bilan classique, d'épaule et du rachis mélangés.* » (MK2). Il débute par une phase d'échange visant à recueillir l'ensemble des informations relatives à la patiente et à son dossier médical « *La première demi-heure ça va être toute une partie où on parle face à face et où je vais recueillir toutes les infos qu'elle peut me donner. Sur elle, se présenter. [...] Tout son dossier médical et toutes les informations qu'elle semble importante de connaître sur elle.* » (MK2), « *Quels traitements elles ont eues, quels traitements elles risquent encore d'avoir.* » (MK6), ainsi qu'à évaluer sa compréhension des soins « *J'aime bien voir ce qu'elles ont compris de ce qu'on va leur faire et ce qu'il va y avoir en*

conséquence. » (MK1). L'état non seulement physique, mais aussi mental est évalué au cours de cette première entrevue « [...] voir un peu l'état aussi psy. » (MK3).

L'évaluation clinique repose sur les axes habituels que sont :

- L'évaluation de la douleur « *Si elles ont des douleurs, déjà.* » (MK1) ;
- L'évaluation morpho-statique « *Comment elle se tient dans son attitude.* » (MK4) ;
- L'évaluation cutanée-trophique-vasculaire « *Je vais déjà vérifier l'état cutané. [...] Si elle n'a pas de troubles trophiques.* » (MK6), en mettant l'accent sur la cicatrice « *On regarde les cicatrices, voir si elles sont mobiles, si on arrive à les décoller.* » (MK5) et l'état lymphatique « *Est-ce qu'il y a encore la présence d'un, d'une lymphocèle ou quelque chose comme ça.* » (MK3) ;
- L'évaluation articulaire, en particulier des épaules et du tronc « *On va regarder, bah toujours pareil, je vais refaire une évaluation de mobilité au niveau de l'épaule, au niveau rachidien.* » (MK3) ;
- L'évaluation de la force, de l'extensibilité et des tensions musculaires « *Les éventuelles contractures musculaires au niveau supérieur du thorax.* » (MK2) ;
- L'évaluation fonctionnelle « *Pour aussi se baisser, pour plein de petits mouvements, on va dire systématiques, mais qui font partie du quotidien.* » (MK2) ;
- L'évaluation du niveau d'activité physique « *Alors leur niveau de...physique, enfin, ce qu'elles font au jour le jour.* » (MK1).

Selon les professionnelles interrogées, une attention particulière est portée aux dimensions tissulaires, articulaires, musculaires et posturales « *Mais en gros, j'ai mon objectif dans ma tête de : téguments, articulaire, musculaire.* » (MK3), « *En fait, on va regarder vraiment au niveau palpatoire, et puis on va regarder les mobilités, la posture.* » (MK5).

3.6.4. Objectifs

La collaboration avec la patiente est indispensable dans la définition des objectifs thérapeutiques concrets et représentatifs « *Alors bien souvent avec la patiente, on essaye de se trouver des objectifs qui sont, comment dire ça, assez représentatif pour elle.* » (MK2). En servant d'indicateurs, ceux-ci permettent l'orientation de l'évolution de la prise en charge. L'une des principales préoccupations des patientes reste la satisfaction quant au futur résultat esthétique obtenu « *Elles espèrent surtout retrouver une poitrine symétrique.* » (MK6).

Les objectifs de la rééducation préopératoire visent principalement à préparer la patiente à la reconstruction mammaire « *On essaye de préparer au mieux, s'il y a une*

*opération, on les prépare au mieux. » (MK2), en passant par l'assimilation des informations préopératoires, la prise en charge des séquelles liées aux interventions oncologiques « *Si y a d'autres séquelles, on essaye de prendre en charge les autres séquelles. » (MK2), et l'optimisation des sites opératoires « *Préparer le terrain. » (MK4). Parmi ces objectifs, on retrouve :***

- La réduction des douleurs « *C'est limiter les douleurs. » (MK1) ;*
- L'obtention d'une qualité cutanée-trophique-vasculaire optimale « *Une bonne trophicité. » (MK5), « *Une vascularisation optimale s'il y a une greffe. » (MK2), « *On veut que la peau soit souple. » (MK3), avec des cicatrices souples et sans adhérences « *Que les cicatrices soient le plus souples possible. On lutte contre les rétractions, les adhérences. » (MK5) ;****
- La résorption de tout œdème éventuel « *Qu'il n'y ait plus d'œdème. » (MK5) ;*
- L'optimisation de la qualité de la graisse en cas de lipofilling « *Faire assouplir la graisse. » (MK4) ;*
- La récupération des amplitudes articulaires « *Si elles ont déjà une limitation d'épaule et qu'elles vont se faire opérer, là, on essaie de vraiment, de regagner. » (MK1), permettant en partie le changement de position pendant l'intervention « *S'il y a des changements de position au cours de l'opération, il va falloir que l'épaule soit préparée pour l'événement. » (MK2) ;**
- L'atteinte d'une force et d'une qualité musculaire optimales, sans tension « *Qu'on est renforcé quand même tout ce qui est péri-scapulaire et relâché tout ce qui est grand pec, petit pec. » (MK3) ;*
- La prévention de l'attitude de protection « *Qu'elle soit pas en attitude nociceptive, de protection. » (MK4) ;*
- La facilitation de la détente générale « *Qu'elle se sente un peu moins crispée. » (MK1) ;*
- La restauration d'un membre supérieur fonctionnel « *Que l'épaule soit bien fonctionnelle. » (MK5) ;*
- Le retour à l'autonomie « *Qu'elles retrouvent une bonne autonomie pour tout. » (MK1) ;*
- La reprise de confiance en ses capacités « *Pour reprendre confiance que ce soit avant ou après l'intervention. » (MK6).*

3.6.5. Actes

Différentes approches sont mises en œuvre pour répondre aux objectifs précédemment définis. Dans un premier, le kinésithérapeute joue un rôle d'éducation en sensibilisant la patiente aux soins kinésithérapeutiques préopératoires et postopératoires. Il lui présente les aides techniques disponibles après l'intervention « *Leur expliquer le coussin cœur.* » (MK1), et l'accompagne dans la mémorisation d'auto-exercices « *Le but, c'est de trouver des exercices que la patiente, elle peut refaire en autonomie.* » (MK5), « *Je présente quelques petits étirements au niveau du membre sup et de la paroi thoracique. Commencer à les faire un petit peu à la maison si elle a envie.* » (MK2).

Dans un second temps, en fonction des besoins spécifiques de la patiente, le travail s'oriente autour de plusieurs axes : la gestion de la douleur, la prise en charge cutanée-trophique-vasculaire, articulaire, musculaire « *Des exercices de renforcement pour cibler un peu les groupes musculaires qu'il y a besoin, le plan postérieur.* » (MK5), posturale, ventilatoire et fonctionnelle « *Lui donner de l'aisance dans ses mouvements.* » (MK4) ainsi que la prise de conscience corporelle « *Moi, j'éveillerai bien l'omoplate, tout ce qui est sensation du dos, pour savoir se tenir.* » (MK4). Le MK intervient également dans l'accompagnement à la pratique d'activité physique « *Les aider à reprendre une activité physique.* » (MK6) et propose des techniques de relaxation favorisant la détente générale « *Donc des fois, je fais aussi des séances juste massage de relaxation, et cetera, respiration.* » (MK3). Selon la MK5, une combinaison entre les thérapies manuelles et les exercices actifs composés de mobilité, d'étirements et de prise de conscience posturale, est essentielle « *Il y a une partie quand même plutôt manuelle, si besoin. Et puis après, on va avoir une partie plutôt quand même d'exercices. [...] Après, ce sont des exercices de mobilité, d'étirement, et puis de prise de conscience de posture.* » (MK5). Toutefois, les priorités de travail évoquées varient selon les participantes. Certaines mettent l'accent sur la ventilation, les étirements et le travail tissulaire « *Après je te dis, c'est beaucoup à base d'étirements, de respiration, et cetera, puis de massages.* » (MK3), tandis que d'autres privilégient le travail de la cicatrice et la mobilité de l'épaule « *Travailler sur les cicatrices, on peut mobiliser les épaules, on peut mobiliser les tissus s'il y a besoin.* » (MK6), ou encore la réduction des douleurs et l'amélioration des capacités fonctionnelles « *Et sur le plan des douleurs, le plan fonctionnel, le plan esthétique.* » (MK5).

3.6.6. Outils

Différents outils et techniques sont employés par les masseurs-kinésithérapeutes. Plusieurs d'entre elles s'appuient sur le bilan prédefini par le RKS « *Alors la plupart du temps, je me sers du bilan du RKS, parce qu'ils ont le bilan préopératoire, post-opératoire, plus mastectomie. Je me sers beaucoup de ces bilans-là.* » (MK6). D'autres se servent de bilans standardisés non spécifiques à la reconstruction mammaire, tandis que la majorité des professionnelles préfère élaborer son propre bilan « *Après, moi, j'avoue, des fois, je fais mon... Je suis sur un papier vierge, je note ce qui m'intéresse.* » (MK5). L'objectivation des résultats est permise par des mesures telles que la goniométrie d'épaule « *Pour l'épaule, ça peut être de la goniométrie, parce que c'est vrai que c'est quand même bien de prendre des mesures quand on peut, pour pouvoir voir l'évolution, pour avoir une donnée objective.* » (MK5). Deux kinésithérapeutes nous indiquent également avoir recours à la photographie comme outils de suivi et de feedback visuel « *Donc en général, je prends une photo, donc sans le, sans le visage, je prends tout le tronc. Voir des fois, je les prends debout pour leur montrer leur posture. [...] En plus ça permet, ça leur permet de voir un peu où ça en est.* » (MK3).

Parallèlement aux techniques manuelles, largement plébiscitées dans la prise en charge « *Beaucoup de mobilisations manuelles.* » (MK2), l'utilisation de machine de vacuothérapie facilite le travail cutané-trophique « *On y arrive toujours en manuel, mais encore plus là en pré-op où on veut vraiment assouplir etc. Je trouve que le, la mécanique du CelluM6® marche vachement bien.* » (MK3). Toutefois, le coût onéreux de ce type de dispositif limite leur accessibilité pour certaines participantes. Au-delà de ces machines, des moyens simples et accessibles sont privilégiés pour la rééducation, tels que les élastiques, les ventouses, ou encore les ballons « *Enfin, vraiment des choses simples.* » (MK5), facilitant ainsi la reproduction des exercices à domicile « *Le but, ce n'est pas d'utiliser des choses non plus hyper sophistiquées, puisque le but, c'est que les patientes puissent le refaire à la maison.* » (MK5). En complément, l'utilisation des chaînes musculaires et de l'imagerie mentale favorise le travail postural et le changement du focus attentionnel « *Et en travaillant une hanche, en ouverture, en rotation interne, tu détends l'épaule. [...] Et ça, c'est extraordinaire parce que quand tu es opérée, tu es focalisée sur la zone. Donc, inconsciemment, de toute façon, tu vas te protéger, il faut lutter contre ça.* », « *Tu lui fais, puis après, tu lui fais imaginer, se souvenir qu'il y avait la main, ou qu'il y avait la résistance.* » (MK4). Enfin, comme le mentionne la quatrième participante, le travail ventilatoire peut être facilité par

l'usage d'outils ludiques « *J'ai un petit appareil quand tu fais des respirations, j'ai un petit appareil rigolo.* » (MK4).

3.6.7. Informations et éducation

L'information et l'éducation des patientes constituent des axes essentiels dans leur prise en charge. Les MK apportent des conseils d'hygiène de vie et des explications aux patientes, tout en répondant à leurs interrogations « *On peut aussi échanger, donner des conseils.* » (MK2), « *Des fois elles ont quelques questions. Alors si je sais y répondre, j'y réponds.* » (MK1). Ils assurent une transmission de connaissances permettant aux femmes de mieux comprendre leur pathologie et leur parcours de soins « *Beaucoup d'éducation finalement, à la pathologie.* » (MK2), et apportent des précisions sur les interventions chirurgicales « *Parler un petit peu de l'intervention, elles ont souvent pas mal de questions sur comment ça va se passer.* » (MK6), les suites opératoires « *La prévenir sur les premiers jours après, pour qu'on soit programmé, sachant que c'est sur une courte période et que ça va bien se passer.* » (MK4), ainsi que sur le déroulement des séances de kinésithérapie « *Déjà ça passe par une grosse phase de présentation, je leur explique ce que je vais faire, comment ça va se passer.* » (MK6). De plus, ils les guident et les rassurent quant à leurs capacités fonctionnelles « *Ça, vous pouvez le faire même dans la vie de tous les jours.* » (MK6). Cette démarche éducative s'accompagne également d'un rôle de médiation interdisciplinaire en clarifiant les termes médicaux et en traduisant les informations délivrées par les médecins « *C'est nous qui traduisons aussi le langage des médecins.* » (MK4).

3.6.8. Accompagnement et soutien

Dans une même dynamique, l'accompagnement et le soutien des patientes tout au long de leur parcours apparaissent comme indispensables « *Je les suis tout le long de leur parcours de soins jusqu'à ce qu'ils n'aient plus besoin de moi.* » (MK3). Un besoin de suivi à long terme est exprimé par les patientes ayant des préoccupations continues, même après l'arrêt des traitements « *Si déjà il y a un arrêt des traitements, on a concrètement une phase après en place pour continuer un petit peu à accompagner.* » (MK2). En effet, de nombreuses femmes se sentent seules et perdues une fois leur traitement achevé « *On a beaucoup aussi de dames qui viennent quand elles ont fini leurs traitements et qu'elles ont plus aucun rendez-vous ailleurs. Et qu'elles se sentent vraiment perdues là et qu'elles ont plein de questions.* » (MK1).

L'aspect émotionnel et psychologique occupe une place centrale dans cet accompagnement « *C'est un accompagnement qui est aussi beaucoup psychologique.* » (MK3). Les parturientes éprouvent un besoin de parler et d'exprimer leurs inquiétudes « *Je les*

laisse me raconter vraiment ce qui leur passe par la tête. » (MK2). Créer un environnement de soutien, neutre et sans jugement, est fondamental pour permettre aux patientes de se sentir en confiance « *Qu'elles puissent sentir que c'est un endroit assez neutre, qu'il n'y aura pas de jugement. Toutes les questions sont bienvenues, qu'il n'y en a pas d'idiote. Et que du coup, il y aura quelqu'un pour les...pour écouter. »* (MK2). L'ensemble de ces actions contribue à rassurer les patientes, à renforcer leur confiance en leur prise en charge et à favoriser leur adhésion aux soins « *Déjà pour les rassurer. »* (MK6), « *Pour qu'elles soient vraiment les plus sereines et autonomes dans une prise en charge. »* (MK2).

3.6.9. Relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné nécessite une écoute attentive et une disponibilité pour répondre aux besoins des patientes « *Aussi, on a une grosse partie écoute dans cette pathologie-là. »* (MK6). La construction d'une alliance thérapeutique est rendue possible par une attitude neutre et bienveillante « *J'essaye d'être quand même neutre, posée, dans une certaine bienveillance. »* (MK2). Ainsi, les patientes peuvent s'exprimer librement et établir une relation de confiance avec leur thérapeute « *Les mettre en confiance. C'est surtout ça. »* (MK6). La fréquence et régularité des séances facilitent la relation en offrant davantage de temps d'échanges en comparaison avec certaines autres consultations médicales « *La patiente nous en reparle, parce qu'on passe du temps avec la patiente un peu plus que parfois lors des consultations de médecins. On la voit régulièrement toutes les semaines. »* (MK5). Être témoin du soulagement des patientes constitue une source de satisfaction pour les praticiennes, renforçant leur engagement dans la prise en charge « *Et ben ça leur fait du bien après. Et ce visage, rien que pour ce visage là. »* (MK1). Cependant, il est nécessaire de poser des limites pour maintenir un équilibre entre proximité et professionnalisme et ainsi éviter une implication excessive « *Il faut faire attention aussi. [...] des gens que j'ai été obligée de mettre dans la distance parce que c'était des parasites. C'était difficile. [...] Parce que tu donnes tellement qu'il y en a, malgré elles, tu sors de la séance, ou même, tu le vois sur ton agenda, « ouh il y a Mme untel qui vient, ça va être dur. ».* » (MK4). Enfin, la relation peut parfois être bidirectionnelle, avec une transmission d'informations de la part des patientes « *Parfois, c'est même elles qui me disent « Ah, vous avez vu, il y a une nouvelle technique. ».* » (MK6).

3.7. Collaboration interprofessionnelle

3.7.1. Réseaux de santé

La création d'un réseau de santé se construit progressivement, au fur et à mesure des contacts et échanges entre professionnels « *Au fur et à mesure, ouais [...] après, c'est en fonction de qui j'ai déjà rencontré.* » (MK3). Il est important de se faire connaître des prescripteurs afin qu'ils puissent orienter leurs patientes vers les bons intervenants « *Faut se faire connaître par les médecins pour qu'ils puissent t'envoyer.* » (MK3).

L'émergence d'un réseau national de kinésithérapeutes experts en sénologie, auquel les soignants formés sont invités à adhérer, a permis aux professionnels de mieux se connaître, de collaborer et d'échanger à plus grande échelle « *Une équipe de X, comme je te le disais, s'est mise en tête de faire une fédération de kinés, d'un groupement, d'un réseau, pour se connaître nous, kinés.* » (MK4). Ces réseaux de santé ont un rôle dans l'amélioration de la prise en charge des patientes, facilitant les contacts entre les différents acteurs de santé « *Rencontrer les locaux aussi.* » (MK4), ainsi que la coordination entre les professionnels et les patientes « *Qui du coup fait le contact un peu entre les patientes et les différents professionnels.* » (MK3). En répertoriant les praticiens formés, ces réseaux favorisent également la visibilité des kinésithérapeutes et l'orientation des patientes « *Je me suis inscrite aussi au réseau des kinés du sein, donc ça permet, en faisant partie de ce réseau, que les patientes sachent qu'on est formé.* » (MK5).

3.7.2. Prise en charge pluridisciplinaire

La prise en charge pluridisciplinaire repose sur une collaboration étroite entre les différents acteurs de santé. Ainsi, les médecins, chirurgiens, radiothérapeutes, oncologues et gynécologues travaillent conjointement avec les kinésithérapeutes. Bien que certains praticiens méconnaissent les spécificités de la kinésithérapie « *Il est tout à fait ouvert à ce qu'on fasse de la kiné avant. Mais il me dit « je sais pas en fait ce que vous pouvez faire. ».* » (MK1), ils se montrent ouverts et disponibles aux échanges « *Je trouve qu'au niveau cancérologie, les médecins, les oncologues, sont assez ouverts à ce qu'on demande ou à ce qu'on dit.* » (MK1). Dans la majorité des cas, les prescriptions médicales de kinésithérapie sont initiées par les médecins, oncologues ou gynécologues « *C'est plus quand même les oncologues et les gynécologues qui font les prescriptions.* » (MK6), « *Parfois, c'est même aussi les médecins traitants impliqués qui peuvent prescrire.* » (MK5). La collaboration peut également s'étendre aux prothésistes « *J'ai rencontré, je ne sais plus comment il s'appelle ce monsieur, un prothésiste qui fait les manchons.* » (MK6). Plusieurs participantes témoignent

d'une écoute et d'une communication interprofessionnelles de qualité, dans un milieu bienveillant « *Je trouve que c'est justement pour ça, un milieu bienveillant où on essaye d'écouter ce que chacun dit.* » (MK1), où la parole des kinésithérapeutes est entendue et prise en considération « *C'est quand même agréable de pas se sentir..., enfin de se sentir écoutée et pas jugée.* » (MK1). Le recours à certaines plateformes d'échanges, facilite la coordination interprofessionnelle « *Sur les patientes de la clinique X, c'est le réseau X, qui est un réseau en ligne avec une plateforme et tu peux communiquer avec les professionnels, tu peux te laisser des messages.* » (MK2). D'après la MK5, cette collaboration est d'autant plus renforcée dans les cas complexes « *Il faut s'efforcer de communiquer, surtout quand il y a besoin. Quand il y a des cas un peu compliqués.* » (MK5).

Face à cette importante pathologie, les différents intervenants impliqués dans la prise en charge ont conscience de l'enjeu de cette collaboration, dans laquelle chacun a son rôle « *Ça reste des pathologies, on va dire, importante. Les professionnels de santé ont quand même conscience de l'enjeu.* » (MK2). La décision et l'explication technique relative à la procédure de reconstruction sont sous la responsabilité des chirurgiens « *Après, sur tout ce qui est très technique, ce qui est possible de faire avec telle patiente, c'est le chirurgien qui le dit.* » (MK5). Par ailleurs, il revient aux kinésithérapeutes de prendre l'initiative de contacter les autres professionnels lorsque cela s'avère nécessaire « *Quand il y a besoin, il faut savoir appeler le médecin, le chirurgien.* » (MK5) et d'orienter les patientes vers les spécialistes adaptés « *Éventuellement avec les oncologues qui gèrent les douleurs neuropathiques. [...] J'envoie les patients les voir eux, à ce moment-là.* » (MK3).

Enfin, la dimension psychologique étant un aspect central de cette prise en charge, il est essentiel que les patientes puissent en parallèle bénéficier d'un accompagnement à ce niveau « *Il y a aussi une grosse prise en charge psychologique.* » (MK2).

3.7.3. Freins interprofessionnels

Cependant, bien que cruciale, la mise en œuvre de la prise en charge pluridisciplinaire est parfois complexe et entravée par plusieurs freins interprofessionnels. Parmi ceux-ci, le manque de reconnaissance du rôle des kinésithérapeutes et la sensibilisation hétérogène des prescripteurs à la kinésithérapie constituent des préoccupations majeures pour les MK interrogées « *Il doit se dire « Ah, c'est génial, ça va trop bien. » et t'as envie de dire « Mais mec on était là quoi. ».* » (MK3), « *Mais malheureusement, c'est vrai que je pense qu'il y en a certains, oui. Après, d'autres...* » (MK5). Plusieurs d'entre elles mentionnent également une méconnaissance de leurs compétences spécifiques, en particulier en péri-reconstruction

mammaire « *Après, pour tout ce qui va être chirurgie de reconstruction, je ne suis pas sûre qu'ils soient bien informés là-dessus.* » (MK6). Comme en témoigne la première participante, la kinésithérapie préopératoire est parfois perçue par l'équipe médicale comme une contrainte supplémentaire, la reléguant à la place d'option secondaire plutôt que comme un élément clé des soins de support « *On nous zappe un peu, voilà. Comme on nous dit, « bah ça va faire trop d'infos, on fait pas la kiné [...] Maintenant alors il y a les soins de support, c'est super développé. Mais on est rarement dedans quoi, enfin...* » (MK1). Cette perception de l'équipe médicale serait en décalage avec le retour d'expérience des patientes « *Au final bah, ils nous disaient que les dames écouteraien pas, enfin, n'entendraient pas. Et au final elles entendent.* » (MK1).

De plus, la prescription de soins préopératoires semble largement absente ou retardée « *Mais franchement, je n'en ai jamais eu avant pour ça.* » (MK4), « *Parfois, je vois des femmes qui arrivent... C'est trop tard, quoi.* » (MK5). Plusieurs professionnelles rapportent qu'elles n'observent quasiment jamais de prescriptions dédiées à la reconstruction « *Je n'ai quasiment jamais eu d'ordonnance spécifique post-reconstruction ou préopératoire.* » (MK6). L'orientation des patientes vers la rééducation intervient le plus souvent en cas de complications persistantes, plutôt que dans un objectif de prévention « *En général, on les revoit parce qu'il y a un souci. On ne les voit jamais parce que tout va bien.* » (MK6). Même lorsque la prescription est initiée, le manque d'information et d'orientation des patientes quant à la kinésithérapie reste un frein à leur prise en charge « *Ou alors on leur balance une ordonnance, mais elles savent pas.* » (MK1).

La majeure partie des thérapeutes interviewées attestent également d'un manque de communication générale entre les différents acteurs du parcours de soins de la patiente « *C'est un manque de communication et de, de autour de tout le monde hein.* » (MK3), « *Mais on n'a pas énormément de communication entre les différents professionnels de santé.* » (MK6). Ce problème est renforcé par la difficulté pour les kinésithérapeutes d'établir un contact direct avec les médecins « *Les médecins, c'est pareil, en général, ils sont très occupés, donc ils n'ont pas forcément le temps d'en discuter.* » (MK6). De plus, les attentes des prescripteurs se font souvent absentes des ordonnances. Par ailleurs, certaines kinésithérapeutes relataient un manque de considération, voire un mépris de certains intervenants, freinant leur engagement dans la collaboration pluridisciplinaire « *Et quand j'ai posé une question une fois, je me suis fait rabrouer. [...] Après je levais plus la main, je restais avec ma question.* » (MK4). Une

participant souligne également des disparités régionales dans la sensibilisation à cette collaboration.

Enfin, la perception erronée de la reconstruction mammaire comme chirurgie esthétique de confort plutôt que comme une étape majeure du parcours de soins post-cancer du sein, contribue à minimiser son importance ainsi que les soins y étant associés « *Et alors est-ce que c'est parce qu'ils estiment que c'est de la chir esthétique tu vois ? [...] Mais c'est pas du confort, c'est pas juste* « *Bah tiens je veux des seins plus gros.* », *là c'est de la réparation, c'est esthétique de réparation.* » (MK3), « *Je pense que en fait, en gros, j'ai l'impression que c'est un petit peu « ben voilà, vous avez été opérée, vous avez fait les soins, le cancer est en rémission.* ». *Alors, je vais être vulgaire, mais après ça reste « ben c'est bon, faites pas chier.* ». *En gros, c'est ça.* » (MK6).

3.7.4. Évolution de la collaboration et de la reconnaissance interprofessionnelle

Malgré ces freins interprofessionnels persistants, des évolutions positives sont observées en matière de collaboration et de reconnaissance du rôle des kinésithérapeutes. Les participantes soulignent une évolution de la sensibilisation des professionnels à la kinésithérapie, accompagnée d'une prise de conscience progressive des bénéfices des soins préopératoires dans le cadre de la reconstruction mammaire « *On comprend aussi de mieux en mieux qu'il y a besoin de faire tout ce qu'on fait avant, on le gagne pour après.* » (MK1).

L'amélioration des relations interprofessionnelles et de la communication peut, en partie, s'expliquer par la prise de conscience de l'importance de la collaboration pluridisciplinaire, notamment avec l'arrivée des nouvelles générations de professionnels de santé « *Je trouve qu'on est de plus en plus écoutés.* » (MK1), « *Maintenant, c'est un peu plus intelligent.* » (MK4), « *Il y a une génération qui arrive où je pense qu'on sera beaucoup plus renseigné sur l'intérêt des prises en charge multidisciplinaires.* » (MK2). Les participantes témoignent d'un changement d'attitude de ces nouvelles générations, qui font preuve d'ouverture et de bienveillance envers le rôle du kinésithérapeute « *Cette génération-là est très ouverte au travail des kinés. [...] Quand tu voyais ces jeunes, plus jeunes que moi, à qui tu peux poser des questions, même qui te paraissent un peu idiotes [...] « Mais il n'y a pas de questions idiotes, je te réponds et je te simplifie les choses.* » [...] *ça enrichit tout le monde et ça, mais c'est merveilleux.* » (MK4). Cette nouvelle culture interprofessionnelle favorise la communication directe et la reconnaissance du kinésithérapeute au sein de la

pluridisciplinarité « *Elles rentrent en relation avec les médecins maintenant plus facilement. [...] Il y a plein de choses qui sont reconnues.* » (MK4).

3.8. Approche biopsychosociale

3.8.1. Motivation des patientes

Les participantes rapportent que de nombreuses patientes souhaitent être actrices de leur prise en charge. La majeure partie d'entre elles adhèrent aux soins et s'engagent pleinement dans leurs traitements « *Elles sont motivées.* » (MK4), « *Qui viennent par elles-mêmes souvent, et elles sont vraiment très contentes. Elles sont très réceptrices.* » (MK1). L'attitude positive et la motivation des patientes ont un impact sur le déroulement global de leur prise en charge « *Si elle est plus dans une attitude positive, ça risque d'être compliqué dans beaucoup, on va dire, de domaines de santé.* » (MK2).

Cependant, comme l'exprime la première MK, la motivation peut fluctuer en fonction de la phase de traitement, avec une motivation accrue en préopératoire « *Et du coup, même à distance, c'est compliqué des fois. [...] Alors qu'avant, elles ont envie de...d'être comme je disais tout à l'heure, ils ont envie d'être acteurs de leur... et plus ils vont faire plus, elles ont l'impression qu'elles se donnent des chances.* » (MK1). La durée de la prise en charge influence également la motivation des femmes.

3.8.2. Obstacles à la participation des patientes

Malgré leur motivation, les patientes se heurtent à divers obstacles limitant leur participation à la kinésithérapie. Certaines rencontrent des difficultés liées à des facteurs psychologiques et émotionnels, telles que la difficulté de se prendre en charge d'elles-mêmes « *Pas facile pour elle de venir.* » (MK2), la gêne liée à l'intimité « *Il y en a d'autres qui sont beaucoup plus gênées pour se déshabiller.* » (MK6) ou encore l'épuisement face à la densité du parcours de soins « *Et puis, elles en ont marre.* » (MK1). Par ailleurs, le manque de temps avant l'intervention, ainsi que le manque de disponibilité des patientes lié aux nombreuses autres consultations et traitements, réduisent les opportunités d'engager un suivi kinésithérapique en phase préopératoire « *Souvent on n'en fait pas beaucoup, parce qu'on n'a pas beaucoup de temps finalement.* » (MK1), « *Ouais, c'est compliqué hein, parce qu'elles sont pas bien avec la chimio. Après, il y a les rayons après....* » (MK1). De plus, face à l'ensemble de leur prise en charge médicale, les femmes ne parviennent pas toujours à s'accorder du temps pour elles « *Ça va quand même être...être important qu'elles prennent du temps pour elles et elles le font pas toujours.* » (MK1).

En outre, l'accès à la kinésithérapie sénologique représente un défi supplémentaire. En effet, trouver un professionnel formé et disponible s'avère parfois complexe « *Et après, c'est aussi la difficulté de trouver le kiné qui est adapté aussi. [...] Et de combien de temps avant elles arrivent à me joindre puisque c'est toujours pareil, en libéral c'est pas toujours évident.* » (MK3).

3.8.3. Approche holistique

Les participantes mettent en avant une approche holistique de la prise en charge de leurs patientes, considérant l'ensemble de leurs dimensions « *Avec aussi tout un recueil de données globales sur toute la patiente.* » (MK2). La prise en compte du contexte socio-professionnel permet d'adapter les soins en fonction des contraintes quotidiennes de la patientes « *De prendre quand même en compte aussi le côté familial. Parce qu'elles vont peut être pas venir à certaines séances, elles vont pas faire en fonction d'elles, mais en fonction des autres.* » (MK1). Les thérapeutes mentionnent également l'importance d'inclure les problématiques ainsi que les traitements et dispositifs médicaux associés dans l'ajustement de leurs interventions « *Parce que tu peux avoir, et ton problème de chirurgie, et une capsulite, et une tendinite, et une rupture de coiffe, et un problème parce que tu as mal dormi ou tu as trop travaillé.* » (MK4), « *Pendant la radiothérapie, [...] je travaille pas la zone peau on va dire.* » (MK3). Le suivi kinésithérapique doit être global, comptant à la fois les aspects physiques, psychologiques et sociaux « *C'est un accompagnement qui est aussi beaucoup psychologique. Mine de rien.* » (MK3).

Une attention particulière doit être portée aux ressentis et préoccupations de ces femmes « *Et en fait, on va travailler surtout en fonction de, de leur ressenti du moment.* » (MK3), « *Puis j'ai été aussi dans les ateliers de parole des patientes, écouter leurs questions, et voir quels étaient leurs questionnements.* » (MK4). Certaines d'entre elles expriment un désir de se sentir « normales » et d'intégrer les activités de la vie quotidienne « comme tout le monde », « *Elles ont eu vite marre d'être entre elles, ça devenait un petit peu ghetto. Il y en a qui voulaient intégrer les cours normaux avec les autres. [...] Elle dit « je me sens mieux parce que je sais ce que je peux faire, [...] mais je suis comme les autres et je veux être normale.* » (MK4). Par ailleurs, la satisfaction esthétique est un élément essentiel dans l'acceptation de leur nouvelle image corporelle « *Que ça leur convienne quand même esthétiquement.* » (MK5).

Enfin, les MK interrogées insistent sur l'importance d'inclure les aidants dans la prise en charge « *Enfin, s'il y a une maman et une fille ou un mari et une femme, il y en a un qui va*

avoir entendu que ben « C'est normal qu'après elle ait un peu mal à l'épaule. » ou « C'est normal que... ». Et ben c'est toujours ça de gagné, quoi. Donc ouais, je pense que ça devrait être en systématique. » (MK1).

3.8.4. Impact de la sphère sociale

Comme précédemment mentionné, le contexte socio-professionnel influence directement le suivi kinésithérapique, certaines patientes devant adapter leur engagement thérapeutique en fonction de leurs contraintes familiales ou professionnelles. Les proches jouent également un rôle clé dans le parcours de soins, pouvant influencer les décisions des patientes, notamment en ce qui concerne la reconstruction mammaire « *Moi, j'en ai une qui ne voulait pas, ne voulait pas reconstruire, et puis d'un seul coup, « Ah ben j'ai une enfant, j'ai une jeune, elle a 11 ans maintenant, oh je vais me faire reconstruire. ».* » (MK4). Inversement, l'attitude de la patiente peut impacter son entourage « *Même par rapport à sa famille tout ça, ses amis, son entourage, si elle est plus dans une attitude positive, ça risque d'être compliqué.* » (MK2). Enfin, la réinsertion sociale, notamment à travers la reprise du travail, constitue une étape importante à envisager dans la prise en charge « *Après on a une sorte de réinsertion sociale, s'il y a une reprise de travail envisagée.* » (MK2).

3.8.5. Lien social entre les patientes

Les échanges entre patientes confrontées à des situations similaires, leur permettent de créer un espace de soutien, favorisant le partage d'expériences « *Elles n'hésitaient pas à montrer qu'elles n'avaient pas de cheveux, qu'elles avaient une perruque, à se parler entre elles. [...] Ou elles se reconnaissent, puis elles s'attendent à la porte.* » (MK4). À travers leurs discussions, elles s'apportent des conseils et s'orientent mutuellement vers différents professionnels de santé « *Peut-être demande à ton oncologue, à ton gynécologue une prescription.* » (MK5). Ces interactions contribuent à tisser de véritables liens sociaux entre certaines femmes « *Puis elles se voient, elles se baladent entre elles, ça fait des amitiés aussi.* » (MK4). De surcroît, l'inclusion sociale au sein de la prise en charge est essentielle afin de prévenir l'isolement « *On m'disait « Il ne faut pas faire des spécialités, il ne faut pas les mettre qu'entre elles. ».* » (MK4).

3.9. Investissement personnel du MK

3.9.1. Capacités individuelles

Dans le cadre de la prise en charge kinésithérapique en sénologie, les participantes soulignent l'importance de certaines capacités individuelles. Motivé par des expériences personnelles ou des rencontres avec des patientes, un intérêt marqué pour cette spécificité

semble indispensable « *C'était au fur et à mesure de mes remplacements en cabinet, j'ai pu rencontrer des femmes qui avaient été opérées du sein et puis ça m'a intéressée.* » (MK5), « *C'est parce que j'ai beaucoup d'antécédents familiaux de cancer du sein et du coup, je me suis un petit peu intéressée à tout ce qui se faisait autour de cette pathologie.* » (MK6). La MK4 mentionne même un engagement passionnel, dépassant l'intérêt professionnel « *Après, c'est passionnel, tu sais quand tu es dans ça.* » (MK4). Dans cette dynamique, la maîtrise du sujet apparaît comme impérative pour garantir une prise en charge optimale. La capacité d'adaptabilité permettant d'ajuster la prise en charge à chaque patiente est également mise en avant comme compétence clé « *Mais j'adapte en fonction, toujours en fonction d'elles.* » (MK3).

Une des kinésithérapeutes souligne l'importance de savoir se remettre en question et la nécessité de faire preuve de bon sens dans l'orientation de leurs interventions : « *C'est bien de se remettre en question.* », « *Il n'y a pas encore de littérature, il n'y a pas assez de recul, c'est du bon sens.* » (MK4). L'attitude adoptée par le thérapeute joue également un rôle fondamental. Une posture professionnelle et dynamique favorise l'implication active des patientes « *J'essaie d'être dans une certaine dynamique. Pour commencer à avoir déjà un...pas les motiver, mais...être quand même assez avenante, dynamique. Qu'elles sachent que ça va être une rééducation assez active. Pour avancer, parce que c'est leur rééducation à elles. On pourra pas tout faire pour elles.* » (MK2). De plus, l'adoption d'une attitude positive et à l'écoute est essentielle pour soutenir les patientes, quelles que soient les incertitudes liées à leur maladie « *Même si je ne connais pas forcément le pronostic de la maladie, où ça en est tout ça, être assez positive et à l'écoute.* » (MK2).

Enfin, les évolutions dans les pratiques et la reconnaissance du rôle du kinésithérapeute prenant du temps, la patience et la persévérance sont indispensables « *Après, dans tous les domaines, les choses mettent quand même beaucoup de temps à changer. Donc voilà, il faut continuer. Après, il faut être patient aussi, mais il faut continuer.* » (MK5).

3.9.2. Bien-être du MK

La pratique de la kinésithérapie en sénologie peut être éprouvante sur le plan émotionnel et professionnel. La quatrième participante témoigne d'une usure face au manque de reconnaissance et de valorisation des actes de kinésithérapie « *J'ai vraiment souffert de ça, vraiment, j'ai même eu un moment où je voulais arrêter, parce que j'ai vu que c'était dévalorisant. [...] Donc après ça, c'était difficile. [...] Tu donnes, tu donnes. Ça veut dire que tu es vidée de ton énergie.* » (MK4). Par ailleurs, l'isolement et le manque de soutien

interprofessionnel laissent les kinésithérapeutes démunies « *Donc si les gens sont un peu moins serrés sur leur science, moi, c'est ça que j'ai regretté le plus, c'est d'être seule longtemps.* » (MK4).

La prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein impose également une charge émotionnelle lourde : confrontées quotidiennement à la souffrance et à la peur de leurs patientes, certaines professionnelles finissent par absorber cette détresse au détriment de leur propre bien-être « *Tu te prends toute la misère du monde, tu l'emmènes à la maison, il y a des fois, tu es accablée, même si tu ne le veux pas.* » (MK4).

Pour faire face à ces défis, il est essentiel que les thérapeutes s'accordent du temps à elles-mêmes « *C'est aussi de travailler sur soi. Garder du positif, de se nourrir de belles choses.* » (MK4). Dans certains cas, il est aussi nécessaire de réorienter une patiente vers une consœur lorsque la relation thérapeutique devient problématique « *Il y a des affinités où vraiment si ça ne va pas, tu la confies à une consœur qui est solide ou qui va être moins sensible à ça.* » (MK4). Malgré ces difficultés, le lien tissé avec les patientes demeure un moteur d'exercice : leur reconnaissance et leur soutien permettent à de nombreux kinésithérapeutes de retrouver du sens dans leur pratique « *Donc, c'est mes patientes qui m'ont relevée. Mes patientes, « Mais non, ne laissez pas faire, ce n'est pas grave. Nous, on vous aime bien, continuez, on a besoin de vous », tout ça.* » (MK4).

3.9.3. Barrières du MK à l'exercice de sa pratique

Plusieurs défis sont rencontrés par les kinésithérapeutes dans l'exercice de leur pratique. Le manque de développement et de reconnaissance de la spécificité apparaît comme un frein majeur à une prise en charge optimale des patientes « *Donc oui ça peut être important. Après, c'est vrai que c'est pas très développé et qu'on reconnaît des difficultés de prise en charge.* » (MK6), « *Quelques uns trouvent que ça sert à rien... et voulaient pas tellement faire intervenir un kiné.* » (MK1). Par ailleurs, la difficulté à se mettre en avant, en raison des restrictions législatives relatives à la publicité, limite la visibilité des MK « *On n'a pas le droit de se mettre en avant en tant que kiné, donc j'ai pas le droit de mettre mon nom ni mon titre, alors que les coachs pouvaient faire la pub et tout, donc moi, j'ai été un peu effacée.* » (MK4). Certaines participantes expriment un sentiment d'incompétence face à la prise en charge péri-reconstruction mammaire, pouvant notamment être justifié par le manque de formation spécifique « *Si t'as pas eu de formation spécifique sur la reconstruction, bah, c'est un peu limité.* » (MK3). La troisième participante exprime une frustration liée à l'absence d'application de protocoles de soins standardisés mis en place dans certaines

structures et perçus comme bénéfiques « *C'est là, c'est encore pire, ça existe dans d'autres villes, c'est génial et ils le voient.* » (MK3). De plus, certaines prescriptions inadaptées entraînent un sous-paiement des actes réalisés « *Maintenant, je demande systématiquement parce que j'en ai marre de me faire sous-payer.* » (MK3). Le manque de soutien institutionnel dans la création de réseaux entrave aussi la coordination des soins « *C'est plutôt à nous de gérer nous-mêmes.* » (MK3). Enfin, certains aspects relationnels, comme la gestion de l'intimité des patientes, sont perçus comme des obstacles supplémentaires à un accompagnement efficace « *Mais des fois, c'est pas évident. Je pense que des fois, j'ose pas demander à la patiente.* » (MK5).

3.9.4. Facteurs influençant l'évolution de la pratique

Comme le souligne la première participante, on peut observer une évolution progressive de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes en préopératoire « *On voit quand même l'évolution, on commence à avoir un peu plus de préopératoire.* » (MK1). Celle-ci est influencée par plusieurs facteurs. Tout d'abord, cette évolution est permise par les interactions avec différentes patientes, permettant l'acquisition de diverses expériences « *On a quand même plus d'éléments de comparaison.* » (MK1), « *Au fur et à mesure de prendre en charge différentes patientes avec différentes problématiques.* » (MK5). Par ailleurs, les avancées issues de la recherche scientifique, bien que souvent de faible niveau de preuve, contribuent à la mise à jour des pratiques « *Il y en a qui vous disent, « Ah bah tiens, il y a eu une étude là-dessus. » parce qu'elle a recherché. Donc je trouve qu'on évolue quand même beaucoup. [...] On a quand même plus aussi d'écrits. Alors là comme ça tout de suite ça me vient pas. Mais de temps en temps ben dans les kinés actualités.* » (MK1). L'engagement des kinésithérapeutes dans la promotion des soins préopératoires témoigne d'une volonté de faire évoluer la prise en charge, malgré les résistances rencontrées « *On s'est un peu battus.* » (MK1). L'augmentation du nombre de kinésithérapeutes formés en sénologie par rapport au passé, reflète cette évolution « *Et à l'époque, dans les années 91, il n'y avait pas beaucoup de kinés qui faisaient ça. On devait être quatre sur X.* » (MK4).

De plus, les croyances et recommandations autour du cancer du sein ont également changé, notamment en ce qui concerne l'activité physique, autrefois déconseillée et désormais encouragée « *On n'avait pas le droit de faire du sport, il ne fallait pas bouger, il ne fallait pas tout ça, c'était cette époque-là, il y a 10, 11, 12 ans.* » (MK4).

3.10. Enjeux de la prise en charge

3.10.1. Bénéfices des séances de kinésithérapie préopératoire

La prise en charge kinésithérapique préopératoire d'une reconstruction mammaire offre de nombreux bénéfices. Tout d'abord, elle favorise une optimisation de la récupération et de la qualité de vie postopératoire « *Repartir en plus grande forme physique.* » (MK2), « *Plus on gagne vite et meilleur est le confort quoi finalement.* » (MK1). Effectivement, les MK interrogées mentionnent notamment une optimisation de la cicatrisation « *Vous allez mieux cicatriser.* » (MK4), de la ventilation, ainsi qu'une limitation de l'attitude de protection. De plus, l'intervention du kinésithérapeute facilite la réalisation du geste chirurgical, contribuant ainsi à diminuer les risques de complications « *Tu prépares le terrain aussi, tu assouplis, surtout assouplir le tissu, et souvent, les chirurgiens me disent « Depuis que vous avez travaillé avant, mon travail était facilité. C'était facile à aller, et il y a eu moins d'effets secondaires dans le tissu. ».* » (MK4), « *Moins de petits pépins en postopératoire en reconstruction.* » (MK3). Enfin, la rencontre avec le thérapeute en amont de la reconstruction, offre aux patientes un visage familier et rassurant à la suite de l'intervention « *Et en fait, les gens sont rassurés de voir quelqu'un qu'ils ont vu avant. Avec qui on a quand même pris le temps de parler.* » (MK1).

3.10.2. Impact de la non réalisation de séances de kinésithérapie en préopératoire

Un défaut de prise en charge peut entraîner des complications pouvant alors retarder la récupération postopératoire, avec des répercussions sur la qualité de vie des patientes « *Avec des cicatrices vraiment monstrueuses, où là, on nous demande de rattraper.* » (MK1). De plus, l'absence d'un accompagnement précoce impacte directement les résultats obtenus après l'intervention chirurgicale, limitant ainsi les bénéfices qu'une prise en charge kinésithérapique aurait pu apporter « *C'est limitant pour la patiente aussi parce que tu vas pas avoir les résultats que t'aurais pu avoir en post-op quoi.* » (MK3).

3.10.3. Perspectives et améliorations

Cette section met en lumière plusieurs axes d'amélioration et perspectives, suggérés par les thérapeutes interrogées. Parmi les propositions récurrentes, figure la démocratisation d'une consultation systématique de kinésithérapie en amont de la reconstruction « *En pratique, on devrait souvent voir les patientes quasi systématiquement. C'est ce qu'on souhaiterait pour les patientes.* » (MK5). Cependant, une des participantes souligne la difficulté de mise en place de cette approche « *Alors oui, ce serait intéressant, par contre, à*

mettre en place, je pense que ça serait un peu compliqué. » (MK6). L'inclusion de la kinésithérapie préopératoire dans des directives officielles et la mise en place d'une prise en charge plus précoce, apparaissent également comme des pistes importantes « *Ce serait bien d'être dans leur truc de...de soins de support, d'être toujours une consultation de soins de support. » (MK1), « Pour certaines patientes une kinésithérapie quand même plus précoce. » (MK5).* La reconnaissance du métier et le développement des relations interprofessionnelles sont soulignés comme des enjeux majeurs « *Et faire reconnaître. » (MK4), avec une attente particulière concernant une meilleure communication des chirurgiens sur leurs attentes en fonction des procédures et un engagement accru des médecins sur cette problématique « *On pourrait savoir exactement ce qu'ils attendent en fonction de la reconstruction qu'ils prévoient. » (MK3), « Et puis que les médecins se mouillent un peu. » (MK4).* La centralisation des soins autour de la patiente et la généralisation de protocoles structurés à l'échelle nationale sont perçues comme des perspectives d'optimisation du parcours de soins « *Pour les patientes ça serait bien d'avoir vraiment un vrai truc en fait, où la patiente est vraiment au cœur du truc quoi. [...] Et ça existe déjà dans certains coins en France, donc ça serait bien que ça soit aussi chez nous. » (MK3).**

Par ailleurs, une meilleure communication médiatique sur le rôle du kinésithérapeute « *L'aspect santé publique et communication au grand public. Je pense qu'on aurait beaucoup plus besoin même au niveau d'Octobre rose tout ça. Qu'il y ait des interventions, tu vois par exemple X, les kinés, on va dire très réputés, très médiatisés, qu'ils puissent venir faire des interventions. Expliquer voilà, on peut avoir besoin de kiné éventuellement. » (MK2), en particulier dans les milieux reculés « *En campagne comme c'est déjà compliqué, c'est pas comme au CHU où c'est dynamique, des choses comme ça. » (MK2), ainsi que la facilitation de la mise en place de réseaux interprofessionnels et d'une plateforme de communication sécurisée et intuitive, sont identifiés comme des moyens de renforcer la coordination des soins « *Si on peut avoir des réseaux comme ça qui peuvent..., c'est ça qui manquait aussi, la relation. » (MK4), « On aimerait bien pouvoir avoir un truc où on peut justement communiquer directement avec les médecins directement [...] techniquement, on n'a pas le droit de passer par une messagerie classique parce que c'est pas sécurisé. » (MK3).***

Enfin, la nécessité d'un soutien psychologique pour les professionnels « *Il existe aussi des groupes de psy pour les thérapeutes. [...] Donc ça, que ça existe de plus en plus et que ça serait en place pour nous aider ou nous alarmer quand ça ne va pas, parce qu'on ne voit pas arriver le burn-out. » (MK4), la spécification de la pratique « *Et ce qui vient d'apparaître,**

c'est la spécification [...] Ça va nous sauver ça. » (MK4) et la mise à jour continue des connaissances sont évoquées comme des mesures indispensables « Mais ça évolue tellement vite que ce serait bien peut-être tous les deux, trois ans de refaire une formation juste là-dessus pour connaître l'évolution des interventions. » (MK6).

4. Discussion

Pour rappel, la problématique de notre recherche était : « Par quels moyens les kinésithérapeutes élaborent-ils leur prise en charge de rééducation préopératoire d'une reconstruction mammaire dans un contexte de cancer du sein ? ». Après la réalisation de nos entretiens, nous pouvons constater que cette étude ne nous permet pas uniquement de répondre à ce questionnement ; elle ouvre également la voie à une réflexion plus large sur la perception globale de la reconstruction mammaire.

4.1. De l'idée à la pratique

L'analyse de notre travail montre à la fois des similitudes et des divergences avec les données issues de la littérature, tout en faisant naître de nouvelles notions, apportées par les témoignages des kinésithérapeutes interrogées.

4.1.1. Cancer du sein et reconstruction mammaire

Les auteurs s'accordent sur le fait que la reconstruction mammaire s'inscrit dans un processus de soins complexe avec des répercussions tant sur le plan somatique que psychologique (43). Les transformations corporelles liées au cancer du sein et à la reconstruction s'accompagnent d'un travail de deuil de l'image corporelle antérieure et d'un travail de réappropriation du nouveau corps (3,45). La chirurgie est en ce sens perçue comme une étape essentielle du parcours de soins, permettant notamment aux femmes de reconquérir leur image corporelle et de tourner de la page (1,43,44). Cependant, d'après nos résultats, la reconstruction mammaire et les soins l'entourant sont parfois relégués au rang de "soins de confort". Cette perception engendre des conséquences directes sur la prise en charge, notamment sur le plan financier avec un remboursement non assuré des soins, plaçant les thérapeutes dans un dilemme éthique face à la facturation des séances. Ainsi, les kinésithérapeutes se trouvent en difficulté quant à la valorisation et à la reconnaissance de leurs soins, perçus comme secondaires.

Malgré l'importance de la sensibilisation et de la prévention, notifiée dans la littérature (19–22), le cancer du sein n'est pas toujours reconnu comme un problème de santé publique. Notre recherche soulève l'insuffisance de la sensibilisation du grand public, souvent en

relation avec les expériences personnelles ou familiales, avec pour conséquence une certaine minimisation du suivi préventif par une partie des femmes.

Néanmoins, il est important de souligner que l'accroissement d'associations, des campagnes de dépistage ainsi que des événements de sensibilisation, participent activement à une amélioration de la perception du cancer du sein dans la société.

Les progrès médicaux permettent un large éventail de techniques chirurgicales (1–3). Toutefois, les patientes expriment un manque de communication, une ambiguïté des informations existantes et un manque d'écoute de la part des professionnels concernant le type de procédure réparatrice souhaitée. Si le choix de reconstruction revient essentiellement à la patiente (3), il est néanmoins influencé par de nombreux facteurs, tels que l'appréhension d'une nouvelle intervention, la qualité des informations reçues, l'âge ou encore l'entourage.

4.1.2. Kinésithérapie préopératoire d'une reconstruction mammaire

La prise en charge préopératoire permet une facilitation du travail du chirurgien, une prévention et une gestion des complications postopératoires ainsi qu'une optimisation de la qualité de récupération et des résultats. Elle participe également à la préparation tant physique que psychologique de la patiente (2–4,56,57). Malgré ces bénéfices mis en évidence tant dans la littérature que dans notre recherche, cette prise en charge reste en pratique marginale : les prescriptions de kinésithérapie préopératoire sont rares, les professionnels de santé connaissent peu le rôle du kinésithérapeute dans cette approche, et les patientes ne sont que rarement orientées vers un kinésithérapeute avant l'opération. En effet, les kinésithérapeutes ne sont généralement pas sollicités dans une dimension préventive, mais plutôt à la suite de complications postopératoires initiales. La kinésithérapie, pourtant évoquée comme essentielle aux différentes phases de la prise en charge d'un cancer du sein (3,53), reste insuffisamment intégrée en amont de la chirurgie réparatrice.

La littérature classe la kinésithérapie parmi les soins de support indispensables à l'accompagnement global des patientes atteintes de cancer du sein (39,57). Cependant, en préopératoire, cette dimension est en réalité encore peu associée aux protocoles de soins de support et aux protocoles RAAC (59,60). Cette situation renforce le besoin de visibilité de la kinésithérapie péri-reconstruction mammaire, notamment via les réseaux sociaux où le rôle du MK reste encore peu mis en lumière.

Notre recherche souligne également des obstacles, confrontant directement les patientes dans leur participation à une prise en charge kinésithérapique en amont de leur

chirurgie réparatrice. Certains sont psychologiques ou émotionnels, comme la difficulté à trouver le courage pour leur propre prise en charge ou encore une gêne liée à l'intimité. À cela, s'ajoute une forme de découragement engendré par l'épuisement face à la densité du parcours de soins. Le manque de temps et de disponibilités avant l'intervention chirurgicale constituent également des obstacles fréquents. En parallèle, l'accès à une kinésithérapie en sénologie reste difficile. Trouver un professionnel formé et disponible, représente un réel défi. En comptant qu'à cela s'ajoute la difficulté du kinésithérapeute à se mettre en avant en raison des restrictions législatives relatives à la publicité, limitant ainsi la visibilité des MK.

4.1.3. Élaboration de la prise en charge

La rédaction des résultats de cette étude nous permet de constater que la construction de la prise en charge kinésithérapique en préopératoire d'une reconstruction mammaire suit une véritable démarche fondée sur l'Evidence-Based Practice (EBP). Cette approche, telle que définie par la World Confederation for Physical Therapy (WCPT), repose sur « l'intégration des meilleures données issues de la recherche, de l'expertise clinique du thérapeute et des valeurs ainsi que des attentes de la patiente » (62). Elle impose de rassembler toutes les informations nécessaires dans le cas clinique et d'y ajouter les données les plus pertinentes et récentes de la recherche pour prendre une décision pertinente. D'après A.PALLOT « L'EBP est l'application clinique individualisée raisonnée du plus haut niveau de preuve possible dans un contexte de soin multidimensionnel unique » (62). Cette dimension multifactorielle rend l'EBP très importante, car elle permet de prendre la situation dans son contexte global.

Bien que nous n'ayons pas trouvé d'articles spécifiques abordant directement de cette approche dans le cadre de la reconstruction mammaire, celle-ci est recommandée dans tout traitement afin de proposer une prise en charge optimale et adaptée aux patients. Dans la pratique, cela se traduit par une personnalisation systématique de la prise en charge : chaque aspect, du bilan initial aux choix des actes, outils, objectifs, est ajusté en fonction de la singularité de la patiente et du contexte de soin. Les séances sont elles aussi flexibles en fréquence et en nombre en fonction des besoins et des délais médicaux qui s'imposent.

L'ingénierie des soins s'appuie sur une base variée de ressources : un bilan initial approfondi, la formation initiale et continue, les expériences personnelles des praticiens, le partage d'expériences entre confrères, les ressources écrites disponibles, ainsi que l'inspiration tirée d'autres prises en charge similaires. À cela, s'ajoutent la créativité, l'intuition et la capacité d'adaptation du kinésithérapeute aux préférences de chaque patiente.

Le partage d'information et l'éducation entre professionnels, parfois facilités par l'usage des réseaux professionnels, participent à cette organisation.

Toutefois, notre étude met en lumière certaines difficultés : l'absence de formation continue spécifiquement dédiée à la prise en charge kinésithérapique en reconstruction mammaire, un niveau de preuve encore faible dans la littérature existante ainsi qu'une absence de protocole standardisé. De plus, les professionnelles interrogées évoquent un manque de contenus ciblés dans les formations existantes et les ressources disponibles sont souvent jugées trop théoriques face à la réalité du terrain. Par ailleurs, le coût des formations représente un frein pour certains professionnels, tout comme l'accès à certains contenus conditionné par des adhésions payantes à des réseaux professionnels. La localisation géographique des diplômes universitaires spécifiques constitue un obstacle supplémentaire. Il existe des structures qui ont mis en place une consultation préopératoire avec un kinésithérapeute, cependant, ces cas restent rares. Enfin, la charge de travail constitue un facteur limitant, le manque de temps empêche une veille scientifique de qualité et rend difficile la participation à des formations continues.

Par ailleurs, l'investissement personnel du MK dans la spécificité, la capacité d'adaptabilité ainsi que l'adoption d'une attitude professionnelle et positive apparaissent comme des compétences indispensables à l'établissement d'une prise en charge efficace. Enfin, il est important de prendre en compte le bien-être du professionnel de santé. En effet, face à une spécificité émotionnellement exigeante, le kinésithérapeute doit concilier implication thérapeutique, gestion de la charge mentale, et équilibre personnel pour continuer d'offrir un accompagnement de qualité.

En définitive, si l'EBP représente une base solide pour construire une prise en charge, sa mise en œuvre dans le cadre spécifique de la reconstruction mammaire reste encore entravée de nombreux freins. Ces observations soulignent la nécessité de développer la recherche clinique, les formations spécifiques et les moyens pratiques à destination des kinésithérapeutes.

4.1.4. Approche biopsychosociale

Toujours sur la base de la démarche EBP, la construction de la prise en charge se doit de respecter une approche biopsychosociale de la patiente, considérant la personne dans sa globalité (62). Les articles, tout comme les participantes, évoquent l'importance d'une approche globale de la reconstruction mammaire, où le succès de la reconstruction concerne

l'aspect esthétique mais aussi la qualité de vie globale des patientes (2,3,44). La prise en charge de ces patientes n'est pas uniquement physique mais aussi psychologique et informative (2,4). Le rôle du kinésithérapeute dépasse alors la sphère biomécanique : il devient un accompagnant, un éducateur, un soutien et parfois même un repère pour les patientes. Il participe à la préparation à la reconstruction, à l'optimisation des sites donneurs et receveurs, ainsi qu'à la gestion des séquelles oncologiques (3). Les actes réalisés comprennent la mobilisation articulaire, le travail des cicatrices, les techniques de massage, de drainage, ainsi que les techniques respiratoires (3,4,39). Le renforcement musculaire, notamment en cas de reconstruction autologue, le travail postural, le travail de la qualité cutanée-trophique-vasculaire et musculaire ainsi que la récupération fonctionnelle sont également essentiels (3,4,46,58). Ces interventions permettent de prévenir ou de traiter les complications possibles, telles que les cicatrices pathologiques, les rétractions musculaires ou encore les raideurs de l'épaule (4). Énoncé par les professionnelles comme par la littérature, le respect des principes fondamentaux tels que l'intimité, la bienveillance, l'écoute active et le consentement éclairé apparaît comme indispensable (2,53).

Bien que la dimension biologique soit bien documentée dans la littérature, on observe encore un manque de précision et de développement en ce qui concerne les dimensions psychologiques et sociales. Les entretiens révèlent que l'éducation et l'information des patientes sont des notions centrales permettant aux patientes de mieux comprendre et appréhender leur parcours de soins. Cela permet de renforcer leur adhésion aux soins et leur confiance. D'après les témoignages des participantes, malgré des variations liées aux différentes phases du traitement, les patientes se montrent généralement motivées à s'impliquer pleinement dans leur rééducation. L'accompagnement psychologique et émotionnel se montre tout aussi important, il s'inscrit dans une logique de continuité du soin, répondant au besoin de soutien exprimé par de nombreuses femmes face à l'épuisement physique et mental engendré par un long parcours thérapeutique. En créant un espace sécurisant, neutre et bienveillant, les kinésithérapeutes permettent aux patientes de s'exprimer et de se sentir écoutées. Selon les propos de la MK2, la motivation et l'attitude positive des patientes semblent jouer un rôle dans la réussite de la prise en charge. La qualité de la relation soignant-soigné repose sur une alliance thérapeutique, construite sur la confiance, la disponibilité et le respect des principes généraux précédemment évoqués.

Par ailleurs, l'approche biopsychosociale implique une prise en compte de la personne dans sa globalité : motivations, attentes esthétiques, préoccupations personnelles, traitements

médicaux et problématiques associées, ou encore place des aidants. Le contexte socio-professionnel et la sphère sociale sont également à prendre en compte en raison de leur influence directe quant à l'implication des patientes dans leur rééducation, notamment en regard de leurs contraintes quotidiennes. Les interactions avec leurs proches peuvent soutenir ou freiner leur engagement dans le processus de reconstruction. Enfin, les liens sociaux entre patientes émergent comme une ressource précieuse : partages d'expériences, conseils, entraide, soutien émotionnel, ces échanges contribuent à prévenir l'isolement et favorisent une réinsertion sociale.

4.1.5. Pluridisciplinarité

La littérature souligne la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle, toutefois, celle-ci ne se limite pas uniquement au chirurgien, mais à un réseau plus large comprenant notamment les médecins généralistes, les oncologues, les radiothérapeutes, les gynécologues, les psychologues et les prothésistes (2). Les kinésithérapeutes interrogées attestent d'une écoute et d'une communication qualitative, ainsi que d'une conscience des enjeux interprofessionnels, ce qui est essentiel pour offrir un accompagnement optimal centré sur la patiente.

Néanmoins, notre étude met en évidence des freins persistants : une méconnaissance du rôle du kinésithérapeute à cette phase, une variation de sensibilisation des prescripteurs à la kinésithérapie et des difficultés de communication avec les différents professionnels.

Les réseaux de santé, bien qu'ils ne soient pas mentionnés dans les articles, ont un rôle essentiel en favorisant les échanges et la coordination entre les divers professionnels, ce qui permet aux patientes de bénéficier d'une optimisation de leur prise en charge. Par ailleurs, les kinésithérapeutes soulignent une évolution positive, avec des échanges facilités grâce aux plateformes interprofessionnelles, une ouverture et une bienveillance de la part des nouvelles générations de professionnels de santé, et une reconnaissance croissante de la place du kiné dans ce parcours de soins.

4.2. Analyse de la méthode

4.2.1. Scientificité et triangulation

Développée par Karl POPPER au début du XX^e siècle, la notion de scientificité désigne l'ensemble des démarches visant à distinguer une approche scientifique d'une approche spéculative. Ce concept comprend des éléments clés tels que la validité, la cohérence et la rigueur. Ces aspects se manifestent à travers différents critères tels que la

qualité des entretiens, la suffisance et la saturation des données, la triangulation ainsi que la crédibilité, originalité, et utilité de l'étude. (65)

La triangulation joue un rôle essentiel dans la crédibilité et la validité des résultats. Elle se présente sous plusieurs formes, parmi lesquelles les plus fréquemment mentionnées dans la littérature figurent la triangulation des outils, aussi appelée triangulation des données, qui consiste à utiliser divers modes de collecte d'informations dans « une perspective de recherche de complémentarité » (96), et la triangulation de l'analyse, dans laquelle plusieurs chercheurs collaborent et confrontent leurs analyses aux différentes étapes du processus. Ainsi, la triangulation vise à éliminer les biais et à offrir une explication plus nuancée des phénomènes étudiés. (65,96,97)

4.2.2. Saturation et suffisance des données

Afin d'estimer la saturation théorique, principe fondamental de la théorisation ancrée, nous avons choisi d'appliquer la méthode présentée par GUEST et al. (74). Les entretiens 5 et 6 n'ayant fait émerger aucune nouvelle catégorie, nous pouvons considérer que la saturation théorique a été atteinte après quatre entretiens. Toutefois, en nous appuyant sur la littérature, des entretiens supplémentaires pourraient être envisagés afin d'approfondir certaines catégories. En effet, HENNINK et al. soulignent l'importance de distinguer la saturation des codes, qui correspond à l'identification des principales catégories, et la saturation de sens, qui nécessite une exploration plus approfondie des concepts émergents et nécessite généralement un plus grand nombre d'entretiens (80). Ainsi, la saturation théorique doit être associée à la notion de suffisance des données, qui signifie que « le chercheur s'arrête quand il considère, après avoir vérifié la cohérence de son analyse, que le phénomène étudié a été suffisamment décrit et caractérisé » (65). Comme le soulignent plusieurs études, il ne s'agit pas seulement de s'assurer que toutes les catégories ont émergé, mais aussi d'évaluer si les données obtenues permettent une compréhension approfondie et nuancée du sujet (98,99).

4.2.3. Forces et limites

L'usage de la grille COREQ tout au long de notre recherche nous a offert une structure rigoureuse et transparente pour l'étude, tout en nous aidant à repérer les axes d'amélioration [ANNEXE XI] (65,100). De plus, afin de réduire leur impact sur l'analyse, la prise de conscience des préjugés préexistants a été permise par une approche réflexive (65). La qualité des entretiens constitue un atout de cette étude. La majorité d'entre eux ont été réalisés en présentiel, permettant d'observer le langage non verbal des participants et d'améliorer

l’interprétation des données. Le guide d’entretien a été conçu de manière flexible, facilitant l’adaptation des questions en fonction du déroulement des échanges. (65)

Cependant, nous reconnaissions des limites qui doivent être prises en compte. Toutefois, ces limites ne remettent pas en cause la validité de l’étude. La discussion des choix méthodologiques permet de reconnaître et de clarifier la subjectivité inhérente à la recherche qualitative. L’objectif n’est pas de la supprimer, mais d’analyser son influence sur les résultats (65,101). L’échantillon limité, basé sur une population volontaire et ciblée, peut induire un biais de recrutement et limiter la généralisation des résultats (65,101). Certains participants, conscients du sujet de l’étude, ont pu être influencés et donner des réponses qu’ils pensaient attendues plutôt que leur véritable point de vue (65). Il est également important de noter que cette recherche a été menée par un chercheur novice en méthodologie qualitative, ce qui peut avoir limité l’approfondissement des entretiens. De plus, la présence de questions fermées a parfois restreint la richesse des réponses (65,101). Par ailleurs, l’étude ayant été menée, analysée et discutée par une seule personne, l’absence de triangulation d’analyse peut également influencer l’interprétation des résultats (65,97).

Une dernière limite de cette étude réside dans le fait que les soins péri-reconstruction mammaire, et en particulier ceux préopératoires, sont moins connus et développés que les soins postopératoires. En conséquence, certaines participantes ont orienté leurs réponses vers les soins postopératoires initiaux ou ceux liés à la reconstruction mammaire, bien que ce ne soit pas le sujet de notre investigation. Cette observation justifie l’ajout d’un dernier thème dans le tableau récapitulatif des analyses, afin de distinguer ces éléments périphériques des thèmes principaux. [ANNEXE X]

4.3. Perspectives

Finalement, ce mémoire dépasse la seule question de l’élaboration et du contenu des séances de kinésithérapie en phase préopératoire d’une reconstruction mammaire. Il interroge plus largement la place de la reconstruction mammaire dans le parcours de soins des femmes atteintes d’un cancer du sein, et souligne les défis de reconnaissance, de formation et de structuration des pratiques. Conscientes des priorités au niveau sociétal et institutionnel, nous pensons qu’à notre niveau, il est possible de participer à l’évolution des mentalités à travers diverses interventions.

Dans un premier temps, il nous semble essentiel de poursuivre les efforts pour accroître la reconnaissance du cancer du sein dans la société, en mettant en lumière

l'ensemble du parcours de soins, y compris la reconstruction. En ce qui concerne le rôle de la kinésithérapie, celle-ci, est encore trop souvent considérée comme secondaire. Pourtant, elle a un rôle fondamental à jouer, dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la reconstruction physique. Il nous paraît donc indispensable de continuer à faire évoluer les représentations, de faire entendre notre voix dans nos réseaux professionnels, auprès des patientes et au sein de nos formations. Une sensibilisation, même minimale, au rôle du kinésithérapeute dans les reconstructions mammaires durant la formation initiale pourrait améliorer la prise en charge des patientes. Par ailleurs, encourager les formations continues dans ce domaine renforcerait les compétences des professionnels.

Malgré ses avantages, la kinésithérapie préopératoire reste peu prescrite et peu connue, tant chez les patientes que chez les professionnels de santé. Il semble essentiel de renforcer la sensibilisation des prescripteurs, afin d'initier la prise en charge dans une dynamique préventive et non uniquement curative. Intégrer la reconstruction mammaire comme un soin à part entière, et non comme un simple « soin de confort » pourrait transformer la façon dont les patientes sont accompagnées dans leur parcours. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent de leur côté aborder le sujet en consultation afin d'informer et de guider les patientes.

Il existe un écart entre les recommandations formulées dans la littérature et la réalité du terrain, entravée par des contraintes structurelles, organisationnelles et culturelles. L'absence de consensus, le manque de temps, la faible reconnaissance de cette phase du traitement, ou encore l'inégalité d'accès aux soins sont des obstacles à la mise en place de cette dimension de la kinésithérapie. Une structuration plus claire des parcours de soins, fondée sur des référentiels nationaux, pourrait permettre une meilleure coordination entre les différents professionnels, et une meilleure compréhension pour les patientes. Selon nos participantes, le développement d'un protocole standardisé de prise en charge préopératoire représente une perspective significative. Toutefois, les défis liés à sa mise en œuvre et à la nécessité de personnalisation des soins restent notables.

Enfin, il serait pertinent de poursuivre les investigations par des études à plus large échelle, en intégrant d'autres acteurs du parcours de soins, comme les chirurgiens, les oncologues, ou encore les patientes elles-mêmes. Quant au contenu de la prise en charge, les travaux futurs devront également explorer plus en profondeur les dimensions psychologiques et sociales, qui restent peu explorées par rapport à l'aspect biomédical.

Conclusion

Ce travail de recherche a permis de mettre en lumière une facette encore trop peu explorée du parcours de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein : la place de la kinésithérapie préopératoire dans le contexte d'une reconstruction mammaire. À travers une méthode qualitative fondée sur la théorisation ancrée, nous avons analysé les discours de masseurs-kinésithérapeutes formées en sénologie, afin de comprendre les fondements, la structuration et les limites de cette prise en charge.

Les résultats obtenus témoignent des savoirs expérientiels des masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi du manque de structuration et de reconnaissance officielle de cette phase du traitement. La kinésithérapie préopératoire pourrait pourtant avoir un rôle crucial dans l'optimisation des résultats chirurgicaux, la réduction des complications, et surtout dans l'accompagnement global des patientes, suivant une approche biopsychosociale. Ce mémoire souligne également la nécessité d'améliorer le dialogue entre les professionnels de santé, de renforcer la sensibilisation des prescripteurs, ainsi que d'intégrer plus systématiquement ces questions dans la formation initiale et continue des kinésithérapeutes.

Cette étude a également représenté une expérience enrichissante, nous initiant à la complexité de la recherche qualitative en santé, de la conduite d'entretiens à l'analyse réflexive. Grâce à nos recherches, nous avons pu enrichir nos connaissances concernant les enjeux liés à la reconstruction mammaire, le rôle de la kinésithérapie à ce stade du traitement, les obstacles rencontrés sur le terrain et, plus globalement, les défis relatifs à la prise en charge du cancer du sein. Cette démarche a renforcé notre réflexion autour d'une pratique future à la fois fondée sur les preuves (EBP) et intégrant une approche biopsychosociale, centrée sur la patiente et ses besoins.

Au-delà du contenu des séances de kinésithérapie, ce travail souligne la nécessité d'approfondir les recherches pour mieux appréhender, organiser et valider cette prise en charge. Il est crucial de réduire les obstacles organisationnels, culturels et institutionnels, pour encourager une reconnaissance plus large de la reconstruction mammaire et du rôle de la kinésithérapie dans ce processus. Au terme de ce travail, nous espérons avoir contribué, à notre échelle, à une meilleure compréhension de cette phase encore sous-estimée du parcours de soins. Il nous apparaît essentiel de continuer à documenter ce sujet et de sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés, afin que la reconstruction mammaire soit complètement intégrée comme une étape à part entière du chemin de guérison.

Bibliographie

1. Reconstruction mammaire - Cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire>
2. Gipson J. Rôle de la kinésithérapie pré et postopératoire. Mens Prat Tech Kinésithérapeute [Internet]. 10 déc 2015 [cité 12 sept 2024];571. Disponible sur: <https://www.ks-mag.com/article/8446-role-de-la-kinesitherapie-pre-et-postopératoire>
3. Ferrandez JC, Serin D. Cancer du sein: rééducation, réadaptation, qualité de vie. Nouvelle éd. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2022.
4. Ferrandez JC, Serin D. Rééducation et cancer du sein. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006.
5. Casoli V, Vacher Ch. Embryologie et anatomie du thorax et du sein. Ann Chir Plast Esthét. 1 nov 2022;67(5):278-90.
6. Comprendre le cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/marne/assure/sante/themes/cancer-sein/comprendre-cancer-sein>
7. Anatomie du sein - Cancer du sein [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
8. Cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
9. Olivier JB, Verhaeghe JL, Butarelli M, Marchal F, Houvenaeghel G. Anatomie fonctionnelle du drainage lymphatique du sein : apport de la technique du lymphonœud sentinelle. Ann Chir. 1 déc 2006;131(10):608-15.
10. Mécanisme de癌érisation - Qu'est-ce qu'un cancer? [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Mecanisme-de-cancerisation>
11. Cancer IND. Développement d'un cancer [Internet]. 2021 [cité 13 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/comprendre-les-cancers/qu-est-ce-qu-un-cancer/developpement-d-un-cancer>
12. Cancer [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
13. Cancer: définition, processus de développement et fréquence [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/marne/assure/sante/themes/cancers/definition-processus-developpement>
14. Paltrinieri S, Cavuto S, Contri A, Bassi MC, Bravi F, Schiavi M, et al. Needs of breast cancer survivors: a systematic review of quantitative data. Crit Rev Oncol Hematol. 1 sept 2024;201:104432.
15. Devoogdt N, De Groef A. Physiotherapy management of breast cancer treatment-related sequelae. J Physiother. 1 avr 2024;70(2):90-105.

16. Cancer IND. L'essentiel [Internet]. 2020 [cité 13 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/personnes-malades/les-cancers/sein/comprendre-les-cancers-du-sein/l-essentiel>
17. Roheel A, Khan A, Anwar F, Akbar Z, Akhtar MF, Imran Khan M, et al. Global epidemiology of breast cancer based on risk factors: a systematic review. *Front Oncol.* 10 oct 2023;13:1240098.
18. Symptômes - Cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Symptomes>
19. Symptômes et diagnostic du cancer du sein [Internet]. [cité 13 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/marne/assure/sante/themes/cancer-sein/symptomes-diagnostic>
20. Frikha N, Chlif M. Un aperçu des facteurs de risque du cancer du sein. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 mai 2021;205(5):519-27.
21. Cancers du sein : les prévenir et les détecter tôt - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Prevenir-et-depister-tot>
22. Le dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/marne/medecin/sante-prevention/pathologies/cancers/depistage-organise-du-cancer-du-sein>
23. Dépistage des cancers du sein - Se faire dépister [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>
24. Diagnostic d'un cancer du sein - Cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic>
25. Kossai M, Penault-Llorca F. Actualités en anatomie et cytologie pathologiques dans le cancer du sein. *Rev Francoph Lab.* 1 déc 2023;2023(557):44-50.
26. Cancers du sein - Les maladies du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
27. Les stades du cancer - Cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-stades-du-cancer>
28. Les grades du cancer - Cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-grades-du-cancer>
29. Examen anatomopathologique - Diagnostic [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/Examen-anatomopathologique>
30. Traitements - Cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Traitements>
31. Les traitements du cancer du sein [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/marne/assure/sante/themes/cancer-sein/traitements>
32. Beddok A, Cottu P, Fourquet A, Kirova Y. Radiothérapie et thérapie ciblée pour la prise en charge du cancer du sein : mise au point. *Cancer/Radiothérapie.* 1 sept 2023;27(5):447-54.

33. Cantürk NZ, Şimşek T, Özkan Gürdal S. Oncoplastic Breast-Conserving Surgery According to Tumor Location. *Eur J Breast Health*. 24 juin 2021;17(3):220-33.
34. Gardani M, Bertozi N, Grieco MP, Pesce M, Simonacci F, Santi P, et al. Breast reconstruction with anatomical implants: A review of indications and techniques based on current literature. *Ann Med Surg*. 1 sept 2017;21:96-104.
35. Rizki H, Varghese JS. Surgical techniques in breast cancer: an overview. *Surg Oxf*. 1 févr 2022;40(2):121-31.
36. Committee of Diagnosis T and Fertility Management of Chinese Young Breast Cancer Patients,. Expert consensus on diagnosis, treatment and fertility management of young breast cancer patients. *J Natl Cancer Cent*. 1 mars 2021;1(1):23-30.
37. Exérèse du ganglion sentinelle - Chirurgie (tumorectomie et mastectomie) [Internet]. [cité 23 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie/Exerese-du-ganglion-sentinelle>
38. Olsson Möller U, Beck I, Rydén L, Malmström M. A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment - a systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer*. 20 mai 2019;19:472.
39. Fiche-pratique-cancer-du-sein [Internet]. [cité 2 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/03/fiche-pratique-cancer-du-sein-042019.pdf>
40. Soins-de-support-2021-03 [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soins-de-support-2021-03_0.pdf
41. 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*. 1 janv 2023;81(1):1-12.
42. Instruction no DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0048.pdf
43. Ho Quoc C, Delay E. Reconstruction mammaire après mastectomie. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 févr 2013;42(1):29-39.
44. Pačarić S, Orkić Ž, Babić M, Farčić N, Milostić-Srb A, Lovrić R, et al. Impact of Immediate and Delayed Breast Reconstruction on Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 13 juill 2022;19(14):8546.
45. Hirshaut Y, Pressman PI, Clough KB. *Cancer du sein*. Paris: Marabout; 2004.
46. Zingaretti N, Piana M, Battellino L, Galvano F, De Francesco F, Riccio M, et al. Pre-pectoral Breast Reconstruction: Surgical and Patient-Reported Outcomes of Two-Stage vs Single-Stage Implant-Based Breast Reconstruction. *Aesthetic Plast Surg*. mai 2024;48(9):1759-72.
47. Taminato M, Tomita K, Nomori M, Maeda D, Seike S, Tashima H, et al. Fat-augmented latissimus dorsi myocutaneous flap for total breast reconstruction: A report of 54 consecutive Asian cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 1 juin 2021;74(6):1213-22.
48. Tukiama R, Vieira RAC, Moura ECR, Oliveira AGC, Facina G, Zucca-Matthes G, et al. Oncologic safety of breast reconstruction with autologous fat grafting: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. 1 avr 2022;48(4):727-35.

49. Cassar A, Bosc R. Le tatouage pour reconstruire le mamelon et l'aréole après une mastectomie. Dermopigmentation médicale ou tatouage artistique en 3D, quelles différences et comment choisir l'option la plus adaptée ? *Kinésithérapie Rev.* 1 nov 2020;20(227):43-54.
50. Bodin F, Bruant-Rodier C, Ruffenach L, Dissaux C. La reconstruction de l'aréole et du mamelon. *Ann Chir Plast Esthét.* 1 nov 2018;63(5):559-68.
51. Deek RP, Lee IOK, Essen P van, Crittenden T, Dean NR. Predicted versus actual complications in Australian women undergoing post-mastectomy breast reconstruction: a retrospective cohort study using the BRA Score tool. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 1 déc 2021;74(12):3324-34.
52. Blaquièvre R, Rousvoal A, Delgove A, Belaroussi Y, Michot A. Morbidité et qualité de vie après reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal autologue, à épargne musculaire et perforant. *Ann Chir Plast Esthét.* 1 janv 2023;68(1):26-34.
53. Ferrandez JC, Serin D. La kinésithérapie sénologique : une kinésithérapie spécifique. *Kinésithérapie Rev.* 1 déc 2024;24(276):28-32.
54. 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.
55. 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.
56. Mazuquin B, Sunemi MM de O, e Silva MPP, Sarian LOZ, Williamson E, Bruce J. Current physical therapy care of patients undergoing breast reconstruction for breast cancer: a survey of practice in the United Kingdom and Brazil. *Braz J Phys Ther.* 1 mars 2021;25(2):175-85.
57. Chen K, Beeraka NM, Sinelnikov MY, Zhang J, Song D, Gu Y, et al. Patient Management Strategies in Perioperative, Intraoperative, and Postoperative Period in Breast Reconstruction With DIEP-Flap: Clinical Recommendations. *Front Surg [Internet].* 15 févr 2022 [cité 22 sept 2024];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/surgery/articles/10.3389/fsurg.2022.729181/full>
58. Futter CM, Weiler-Mithoff E, Hagen S, Van de Sijpe K, Coorevits PL, Litherland JC, et al. Do pre-operative abdominal exercises prevent post-operative donor site complications for women undergoing DIEP flap breast reconstruction? A two-centre, prospective randomised controlled trial. *Br J Plast Surg.* oct 2003;56(7):674-83.
59. Rourke K, Halyk LJ, MacNeil J, Malic C. Perioperative protocols in ambulatory breast reconstruction: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 1 oct 2023;85:252-63.
60. Liu S, Shen Y, Xiang J, Zhou F, Liu J, Zhou N, et al. Accelerated Perioperative Rehabilitation for Breast Cancer Patients Undergoing Radical Mastectomy: A Systematic Review. *J Perianesth Nurs.* 1 avr 2023;38(2):339-48.
61. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 avr 2025]. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
62. Pallot A. Evidence based practice en rééducation: démarche pour une pratique raisonnée. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2019.

63. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qual Health Res.* oct 2012;22(10):1435-43.
64. L'outil SPIDER pour la synthèse de données probantes qualitatives | CCNMO [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/191>
65. Lebeau JP. *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire.* Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
66. Étude qualitative : définition, objectifs, méthodes et conception [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.compilatio.net/blog/etude-qualitative>
67. Delafontaine A. *Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle: Méthodologie. Lecture critique d'articles. Mémoire de fin d'études.* Elsevier Health Sciences; 2019. 311 p.
68. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie Rev.* 1 déc 2016;16(180):32-7.
69. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien.* Paris: A. Colin; 2005. (128).
70. Claude G. *Scribbr.* 2019 [cité 1 janv 2025]. L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>
71. Pin C. *L'entretien semi-directif.* LIEPP Methods Brief Fiches Méthodologiques LIEPP [Internet]. 3 mai 2023 [cité 27 oct 2024]; Disponible sur: <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897>
72. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1994;(23):147-81.
73. Érudit [Internet]. [cité 29 déc 2024]. Théorisation ancrée constructiviste dans la recherche impliquant des personnes marginalisées : «underground theory» à haut risque ? Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-série-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/prudence-empirique-et-risque-interpretatif/4903co/>
74. Guest G, Namey E, Chen M. A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PloS One.* 2020;15(5):e0232076.
75. Grossoehme DH. Overview of Qualitative Research. *J Health Care Chaplain.* 1 juill 2014;20(3):109-22.
76. Corbin J. Grounded theory. *J Posit Psychol.* 4 mai 2017;12(3):301-2.
77. McCrae N, Purssell E. Is it really theoretical? A review of sampling in grounded theory studies in nursing journals. *J Adv Nurs.* oct 2016;72(10):2284-93.
78. Foley G, Timonen V. Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences. *Health Serv Res.* 18 déc 2014;50(4):1195.
79. Aldiabat K, Le Navenec CL. Data saturation: The mysterious step in grounded theory methodology. *Qual Rep.* 26 janv 2018;23:245-61.
80. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual Health Res.* mars 2017;27(4):591-608.

81. Claude G. Scribbr. 2019 [cité 1 janv 2025]. L'entretien semi-directif: définition, caractéristiques et étapes. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>
82. Claude G. Scribbr. 2019 [cité 1 janv 2025]. Le guide d'entretien : définition, caractéristiques, structure et exemple. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-dentretien/>
83. Annuaire des kinésithérapeutes membres du RKS [Internet]. Réseau des Kinésithérapeutes du Sein. [cité 1 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.reseaudeskinesdusein.fr/annuaire-kine/>
84. Recherche, étude ou évaluation dans le domaine de la santé : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-etude-ou-evaluation-dans-le-domaine-de-la-sante-comment-proceder-pour-une THESE-ou-un>
85. Titre II: Recherches impliquant la personne humaine (Articles L1121-1 à L1128-12) - Légifrance [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006154978/
86. Article R1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 31 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043723460
87. RGPD : de quoi parle-t-on ? [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-de-quoi-parle-t-on>
88. Qu'est-ce ce qu'une donnée de santé ? [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/quest-ce-ce-quune-donnee-de-sante>
89. Conformité RGPD : comment informer les personnes et assurer la transparence ? [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/conformite-rgpd-information-des-personnes-et-transparence>
90. Les droits des personnes sur leurs données [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/passer-laction/les-droits-des-personnes-sur-leurs-donnees>
91. Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes ? [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/les-bases-legales/consentement>
92. Les durées de conservation des données [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/passer-laction/les-durees-de-conservation-des-donnees>
93. Garantir la sécurité des données [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/passer-laction/garantir-la-securite-des-donnees>
94. Chapman AL, Hadfield M, Chapman CJ. Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. J R Coll Physicians Edinb. 2015;45(3):201-5.
95. De la Espriella R, Gómez Restrepo C. Grounded theory. Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed. 2020;49(2):127-33.
96. Sawadogo HP. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. [cité 29 mars 2025]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>

97. Noble H, Heale R. Triangulation in research, with examples. *Evid Based Nurs.* juill 2019;22(3):67-8.
98. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods.* 1 févr 2006;18(1):59-82.
99. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med* 1982. janv 2022;292:114523.
100. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):50-4.
101. Williams V, Boylan AM, Nunan D. Critical appraisal of qualitative research: necessity, partialities and the issue of bias. *BMJ Evid-Based Med.* févr 2020;25(1):9-11.

Table des illustrations

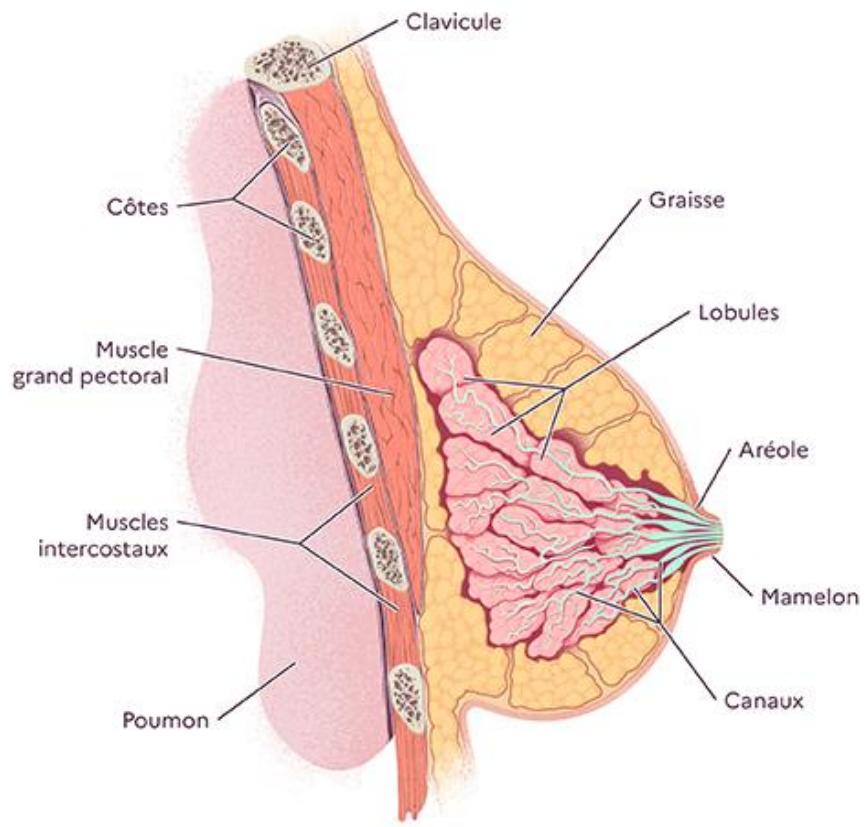
Tableau 1 : Estimation du pourcentage de saturation théorique atteinte..... 28

Table des annexes

ANNEXE I : Schéma de l'anatomie du sein	I
ANNEXE II : Modèle d'élaboration de la question de recherche avec l'outil SPIDER (traduit en français par RAPaCE)	II
ANNEXE III : Guide d'entretien	III
ANNEXE IV : Déclaration d'informations et de consentement	V
ANNEXE V : Grille d'entretien	VIII
ANNEXE VI : Tableau récapitulatif des profils des participantes	IX
ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des caractéristiques des entretiens	X
ANNEXE VIII : Extrait de retranscription de l'entretien MK2	XI
ANNEXE IX : Extrait d'analyse de l'entretien MK6	XII
ANNEXE X : Tableau récapitulatif des analyses	XIII
ANNEXE XI : Grille de lecture COREQ traduite en Français	XXIV

ANNEXE I : Schéma de l'anatomie du sein

LE SEIN - ANATOMIE



© Pierre Bourcier

Anatomie du sein © Pierre Bourcier

**ANNEXE II : Modèle d'élaboration de la question de recherche avec l'outil SPIDER
(traduit en français par RAPaCE)**

Recherche	Recherche qualitative
Approche	Inspirée de la théorisation ancrée constructiviste
Phénomène d'Analyse	L'élaboration de la prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire
Concepts	Présentation du MK, rééducation dans le cancer du sein, protocole de séance, ingénierie du protocole de séance préopératoire, perspectives et améliorations
Echantillon	Echantillon raisonné de MKDE

ANNEXE III : Guide d'entretien

Début de l'enregistrement

« Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet échange autour de la rééducation préopératoire avant une reconstruction mammaire. L'objectif de ma recherche est de recueillir et d'analyser votre témoignage autour de votre pratique concernant la prise en charge des femmes dans cette situation. L'entretien durera environ 45 minutes. Avec votre accord, notre dialogue est enregistré, l'anonymat de vos données sera préservé dans mon mémoire.

Je vais vous poser différentes questions, le but est que vous y répondiez le plus spontanément possible en développant autant que vous le souhaitez en fonctions vos expériences et votre ressenti. Je pourrais vous demander d'approfondir certaines réponses ou de développer d'autres points. N'hésitez pas à m'interrompre ou à me poser vos questions si besoin.

Avez-vous des questions avant de commencer ? »

Concept 1 : Présentation du participant

- Pouvez vous vous présenter s'il vous plaît ?
 - Quel a été votre parcours scolaire ?
 - Quand avez-vous été diplômé ?
 - Où exercez-vous actuellement ?
 - Quel est votre type de pratique actuellement ?
 - Avez-vous suivi des formations depuis le début de votre pratique ?

Concept 2 : Généralités autour de la prise en charge cancer du sein

- Pouvez-vous me parler de votre expérience et de votre pratique professionnelle dans la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein ?
 - Avez-vous fait des formations dans le domaine du cancer du sein ?
 - Qu'est ce qui vous a motivé à choisir ce type de pratique ?
 - Que pouvez-vous me dire sur votre patientèle habituelle ?
 - Quel est le pourcentage de patientes atteintes de cancer du sein dans votre patientèle ?
 - Quel est le pourcentage de patientes que vous traitez en rééducation péri-reconstruction mammaire ?
- Selon-vous, quelle est la place de la rééducation préopératoire pour une reconstruction mammaire ?
 - En quoi cette phase vous semble importante ?
 - Comment est perçue cette phase de la rééducation par les patientes ?
- Quels sont les objectifs de cette prise en charge ?
 - Quels sont vos objectifs en tant que kinésithérapeute ?
 - Quels sont les objectifs principaux des patientes ?
 - Quelles sont leurs préoccupations ?

Concept 3 : Protocole de séance préopératoire

- Pouvez-vous me raconter comment se passe votre première séance ?
 - Faites-vous un bilan ?
 - Avez-vous des outils spécifiques ?
 - Avez-vous des échelles/questionnaires standardisés ?
 - Sur quels aspects dirigés vous vos investigations ?
 - Quelles sont les spécificités à prendre en compte ?
 - Avez-vous un bilan standardisé ?
- Comment organisez-vous ensuite vos séances ?
 - Quels sont vos axes de traitement ?

- Quels moyens employez-vous ?
- Combien de séances préconisez-vous ?
- Pourriez-vous me décrire le déroulement type d'une séance ?
- Comment suivez-vous l'évolution de cette prise en charge ?
- Quels sont les indicateurs de réussite de vos séances ?
- Quels changements observez-vous au cours de cette période ?
- Comment définissez-vous le succès de votre prise en charge ?

Concept 4 : Ingénierie du protocole de séance

- Quels sont les éléments ou les supports sur lesquels vous vous appuyez pour construire la prise en charge ?
 - Utilisez-vous des ressources littéraires ou des publications scientifiques pour guider vos protocoles ?
 - Vous basez-vous sur les enseignements tirés de vos formations dans votre pratique quotidienne ?
 - Il y a-t-il des éléments spécifiques du bilan qui vous aide à personnaliser la prise en charge ?
 - Votre feeling a-t-il une place dans cette réflexion ?
- Comment votre pratique a-t-elle évolué depuis vos débuts dans la prise en charge de ces patientes ?
 - Quels changements avez-vous constatés ?
 - Quels éléments ont permis votre évolution ?
 - Quelles compétences avez-vous acquises ?
- Que pouvez-vous dire quant à la collaboration avec les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ?
 - Avec quels professionnels êtes-vous en relation ?
 - Comment se déroule la communication avec eux ?
 - Que pouvez-vous dire quant à leur sensibilité et leurs connaissances sur le sujet ?
 - Quels sont les attendus de leur part vis-à-vis de la rééducation ?
 - Quels avantages tirez-vous de cette collaboration ?
 - En quoi cette collaboration influence votre pratique ?

Concept 5 : Perspectives et améliorations

- Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées pour optimiser la rééducation préopératoire des patientes atteintes de cancer du sein ?
 - Il y a-t-il des ressources spécifiques qui seraient utiles pour mieux répondre aux besoins des patientes dans ce contexte ?
 - Qu'est ce qu'il manque actuellement à votre pratique ?

« J'ai posé l'ensemble de mes questions, il y a-t-il des précisions ou d'autres éléments que vous aimeriez aborder ? L'entretien est terminé, merci pour votre temps et votre engagement, ça a été un plaisir de pouvoir m'entretenir avec vous. Si vous le souhaitez, je vous transmettrai mon mémoire une fois qu'il sera terminé. »

Fin de l'enregistrement.

ANNEXE IV : Déclaration d'informations et de consentement

Déclaration d'informations et de consentement

Structure : Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Reims

Coordinateur de la recherche : Madame PIGOT Alice

Investigateurs : Madame MARCHAND Louna

Note d'information

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à un travail de recherche mené par l'URCA. Celui-ci porte sur la rééducation préopératoire en amont d'une reconstruction mammaire dans un contexte de cancer du sein. Vous pouvez prendre le temps de lire ces documents avant de prendre votre décision. Si vous décidez d'y participer un formulaire de consentement vous sera transmis au préalable. Votre signature attestera de votre accord.

1. Objectifs de la recherche

Cette étude vise à recueillir et analyser les témoignages des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'état concernant leur pratique autour de la rééducation préopératoire d'une reconstruction mammaire dans un contexte de cancer du sein.

2. Déroulement de la recherche

Vous vous entretiendrez avec l'étudiante investigatrice lors d'un entretien individuel réalisé en présentiel ou en distanciel. Votre participation est totalement volontaire. Les résultats de cette investigation permettront une meilleure compréhension des moyens permettant l'élaboration de la prise en charge des patientes allant bénéficier d'une reconstruction mammaire après un cancer du sein.

Cette étude a reçu un avis favorable de la DPO le 30/10/24. Elle ne présente aucun risque et ne vous demandera aucun frais. Aucune rémunération n'est prévue en contrepartie de votre participation. Vous êtes libre de mettre fin à l'entretien ou vous retirer de l'étude à tout moment.

Si vous ne comprenez pas certains aspects ou que vous souhaitez bénéficier de davantage d'informations vous pouvez contacter l'investigatrice principale par courriel : louna.marchand@etudiant.univ-reims.fr ou par téléphone : 0750459223.

3. Aspect réglementaire

Selon la loi et le règlement général sur la protection des données, vous disposez de l'entièrmaîtrise de vos données. Vous pouvez vous retirer du projet à tout moment sans justification et sans aucune conséquence. Dans l'intérêt de la recherche, vos données personnelles vont être soumises à un traitement. Nous nous engageons en la confidentialité, l'anonymisation et en l'identification codée de celles-ci. Toutes les personnes impliquées dans ce travail de fin d'études sont soumises au secret professionnel. Les résultats obtenus pourront vous être transmis à la fin de l'étude.

L'Université de Reims Champagne-Ardenne (2, avenue Robert Schuman 51100 Reims), s'engage à ce que le traitement de données personnelles soit conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679) et à la loi Informatique et Libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée).

Les données sont recueillies à des fins de réalisation du mémoire intitulé « Place et enjeux de la kinésithérapie préopératoire dans la reconstruction mammaire post-cancer du sein » dans le cadre de la formation de masso-kinésithérapie. La base légale du traitement de données est l'exécution d'une mission d'intérêt public de l'URCA.

Les destinataires des données sont Madame Alice Pigot, cadre de santé formatrice à l'IFMK de Reims, Madame Bittel-Batteux Virginie, experte mémoire kinésithérapeute diplômée d'état et Madame Marchand Louna, étudiante en quatrième année.

Ces données seront conservées jusqu'en décembre 2025.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données qui vous concernent ainsi que d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de ces données.

Pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter l'étudiante investigatrice à l'adresse suivante : louna.marchand@etudiant.univ-reims.fr

Si vous estimez, après avoir contacté la Déléguée à la Protection des Données de l'URCA à l'adresse suivante : dpo@univ-reims.fr, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la faculté d'introduire une réclamation à la CNIL, en ligne ou par courrier postal.

Formulaire de consentement

Place et enjeux de la kinésithérapie préopératoire dans la reconstruction mammaire post-cancer du sein

Réalisé par : Marchand Louna

Encadré par : Pigot Alice et Bittel-Batteux Virginie

Structure : Université Reims Champagne Ardenne (URCA)

Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Reims

Je soussigné :
de recherche mené par l'URCA.

avoir été sollicité pour participer au projet

En signant ce formulaire vous acceptez les affirmations suivantes :

- J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette recherche ;
- J'ai eu l'opportunité de poser des questions ;
- J'ai été informé du caractère volontaire de ma participation et de la possibilité de pouvoir me retirer de l'étude à tout moment sans conséquence ;
- J'ai pris connaissance de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci ainsi que de l'information concernant la confidentialité et l'anonymisation des mes données personnelles ;
- J'accepte que mes données personnelles non anonymisées soient accessible à l'équipe de recherche et que les données personnelles anonymisées soient utilisées dans un mémoire, une thèse ou une publication ;
- J'accepte d'être enregistré lors de l'entretien ;
- J'accepte la retranscription mot pour mot et l'analyse de mes données personnelles ;
- J'accepte que mes données soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté ;
- Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Ce formulaire de consentement ne dispense pas les organisateurs des responsabilités légales.

Participant	Investigatrice
Nom :	Nom : Marchand
Prénom :	Prénom : Louna
Lieu et date :	Lieu et date :
Signature :	Signature :

ANNEXE V : Grille d'entretien

Concept	Points à aborder			
Introduction	Questions ?			
1	Parcours		Pratique actuelle	
2	Formations spécifiques	Patientèle	Place de la rééducation préopératoire	Objectifs
3	Première séance	Organisation des séances		Evolution de la prise en charge
4	Supports de l'ingénierie	Evolution du kiné depuis ses débuts		Collaboration interprofessionnelle
5	Quelles améliorations ?		Qu'est ce qu'il manque ?	
Conclusion	Quelque chose à ajouter ?			

ANNEXE VI : Tableau récapitulatif des profils des participantes

MK	Année et lieu de diplôme	Formations réalisées	Activité (libérale ou salariale)	Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein	Pourcentage de rééducation péri-reconstruction mammaire
MK 1	ASSAS-Paris 2000	DLM Prise en charge cancer du sein ; Pilates adapté	Libérale en cabinet et en institut	33%	11%
MK 2	IFMK Reims 2024	Pelvi-périnéologie	Libérale en cabinet	85%	8.5%
MK 3	IFMK Reims 2014	DU pelvi-périnéologie ; DU cancer du sein <u>Formations</u> : Prise en charge cancer du sein ; Lymphoédème ; Bandages ; Cicatrices	Libérale en cabinet et en institut	40%	10%
MK 4	Necker-Paris 1982	<u>Beaucoup, dont</u> : DLM – AKTL ; Bandage ; Gym holistique ; Cicatrice ; K-Tape	Retraitée d'une profession libérale en cabinet	98%	0%
MK 5	IFMK Reims 2017	Rééducation postopératoire ; Lymphoédème ; Cicatrice ; K-Tape	Libérale en cabinet	10%	1%
MK 6	IFMK Amiens 2009	<u>Plusieurs dont</u> : Prise en charge du cancer du sein ; Cicatrice ; Lymphoedème	Libérale en cabinet	30%	>1%

ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des caractéristiques des entretiens

MK	Mode de recrutement	Modalité de l'entretien	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
MK 1	SMS	Présentiel	07/01/2025	29.09 minutes
MK 2	Message Facebook	Visioconférence	22/01/2025	38.56 minutes
MK 3	Message réseau Messenger RKS	Présentiel	29/01/2025	31.40 minutes
MK 4	Mail	Présentiel	05/02/2025	1 heure et 35.02 minutes
MK 5	Mail	Présentiel	14/02/2025	37.44 minutes
MK 6	Mail	Présentiel	19/02/2025	26.31 minutes

ANNEXE VIII : Extrait de retranscription de l'entretien MK2

Investigatrice : Super. Et qu'est-ce que tu peux me dire sur la collaboration avec les autres professionnels ?

MK2 : Alors nous en campagne c'est un petit peu plus compliqué.

Investigatrice : J'imagine.

MK2 : On a un petit peu moins de contacts, et encore les chirurgiens restent quand même assez disponibles.

Investigatrice : Ok.

MK2 : On fonctionne quand même beaucoup par courrier. Et puis bon, la patiente, comme c'est une pathologie où elle vit depuis plusieurs mois avec, elles sont quand même assez experts de son propre corps. Donc elle sait aussi ce qu'elle, ce qu'elle peut dire au chirurgien, elle peut faire entre guillemets, un relais.

Investigatrice : Ok.

MK2 : Nous recenser aussi ce que le chirurgien a dit. Je sais que sur X avec mes tutrices, ils ont des plateformes en ligne avec aussi des patientes, ils peuvent même s'envoyer des messages entre professionnels de santé. Et du coup, par exemple sur les patientes de la clinique X, c'est le réseau X, qui est un réseau en ligne avec une plateforme et tu peux communiquer avec les professionnels, tu peux te laisser des messages. Et je crois qu'y a quelque chose d'identique qui se développait un petit peu aussi au niveau de X et du X.

Investigatrice : OK, super. Et au niveau de la communication sur le sujet ?

MK2 : Ils restent assez ouverts. Parce que c'est quand même une pathologie où les patients voient beaucoup de professionnels de santé. Entre les infirmières, les chirurgiens, les gynécologues si besoins, les kinésithérapeutes, des fois ils voient des professionnels plutôt liés aux soins de support, comme les enseignants d'APA, des ergothérapeutes, même si c'est on va dire plus alternatif, des sophrologues. Alors, t'as aussi les psychologues, les psychothérapeutes, les psychiatres. Ça reste quand même un milieu où tu arrives à communiquer avec les professionnels de santé.

Investigatrice : Ok.

MK2 : Ça reste des pathologies, on va dire, importantes. Les professionnels de santé ont quand même conscience de l'enjeu. Donc en fait tout le monde essaye de jouer le jeu.

ANNEXE IX : Extrait d'analyse de l'entretien MK6

Ligne	Verbatim	Etiquette thématique	Etiquette expérimentuelle	Propriété	Catégorie	Thème
133	Tout dépend du bilan, comme à chaque fois...	De l'organisation de la prise en charge	J'organise ma prise en charge en fonction de mon bilan.	Construction de la prise en charge à partir du bilan	Ingénierie du protocole de rééducation	Structuration de la prise en charge
133	En général, au départ, si je vois qu'il y a des adhérences au niveau de la cicatrice, je vais commencer par travailler la cicatrice et travailler l'épaule si ça gêne au niveau des amplitudes de l'épaule.	De sa prise en charge	S'il y a des adhérences je me concentre sur la cicatrice pour commencer.	Prorisation des soins en fonction des symptômes cliniques	Organisation de la prise en charge	Structuration de la prise en charge
135	Après, si au niveau de la cicatrice, il n'y a pas de souci, je vais me concentrer sur l'épaule.	De sa prise en charge	S'il n'y a pas de problème au niveau de la cicatrice, je me concentre sur l'épaule.	Prorisation des soins en fonction des symptômes cliniques	Organisation de la prise en charge	Structuration de la prise en charge
136	Tout va dépendre en fait de mon bilan.	De son bilan	J'organise ma prise en charge en fonction de mon bilan.	Construction de la prise en charge à partir du bilan	Ingénierie du protocole de rééducation	Structuration de la prise en charge
140	Pareil, ça varie en fonction des patientes.	Des moyens	Je varie les outils de traitements en fonction de mes patientes.	Adaptation des outils et des techniques thérapeutiques selon les besoins des patientes	Personnalisation de la prise en charge	Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire
140	Par exemple, s'il y a des adhérences au niveau de la cicatrice que j'arrive à les avoir manuellement, je ne me servirai pas d'outil spécifique.	Des outils	Si j'arrive à avoir l'adhérence manuellement je ne me servirai pas de machine.	Utilisation des mains comme outil de rééducation	Outils	Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire
141	Si, par exemple, il y a des adhérences un peu plus costaudes que je n'arrive pas forcément à les avoir en manuel, je vais me servir du LPG®.	Du LPG®	Si les adhérences sont plus importantes, je vais me servir du LPG®.	Utilisation de machine de vacuothérapie	Outils	Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire
143	Mais c'est vrai que ça varie en fonction des patientes.	Des moyens	Je varie les outils de traitements en fonction de mes patientes.	Adaptation des outils et des techniques thérapeutiques selon les besoins des patientes	Personnalisation de la prise en charge	Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire
144	C'est pareil, les exercices dépoule, en fonction de l'âge des patientes. Parce que là, ma patiente la plus jeune, elle a 40 ans. Là, je crois que la plus âgée, elle doit avoir... 86 ? 86 ans, donc forcément, je ne fais pas les mêmes exercices.	Des exercices	Je varie les exercices en fonction de l'âge de mes patientes.	Adaptation de la prise en charge en fonction de l'âge	Personnalisation de la prise en charge	Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire

ANNEXE X : Tableau récapitulatif des analyses

Propriétés	Catégories	Thèmes
Prévalence du sexe féminin		
Avoir le choix de se faire reconstruire ou non		
Reconstruction mammaire non systématique		
Être expert de sa pathologie		Vivre après un cancer du sein
Subir une ablation bilatérale préventive en raison de prédispositions génétiques		
Être plus ou moins à l'aise avec sa nudité		
Acceptation du nouveau corps		
Respect de la temporalité		
Incertitudes concernant la reconstruction mammaire		
Avancer avec sa maladie		
Faire le deuil de sa vie d'avant		
Accepter son nouveau corps		
Subir une nouvelle opération		
Reconstruction mammaire immédiate après chirurgie oncologique		
Reconstruction mammaire différée		
Autonomie totale de la patiente dans son choix		
Reconquête de l'image corporelle féminine		
Complexité du parcours de reconstruction		
Préoccupation autour de l'apparence esthétique		
Devoir retourner au bloc opératoire		
Avoir un sentiment de retour à zéro		
Manque de communication et de sensibilisation sur la reconstruction mammaire		
Impact d'une prise en charge structurée sur la décision des patientes	Facteurs influençant le choix de la reconstruction	Du cancer du sein à la reconstruction mammaire
Informations limitées et ambiguës sur la reconstruction mammaire		
Manque d'écoute sur le type de reconstruction souhaité		
Manque d'humanité de certains professionnels		
Motivations personnelles		
Influence des progrès médicaux		
Influence de la famille		
Prise en compte des préoccupations du partenaire		
Impact de l'âge sur la décision		
Impact des associations sur la visibilité du cancer du sein		
Impact des campagnes de sensibilisation dans l'évolution de la prise en charge		
Impact de l'expérience personnelle sur la sensibilisation		
Manque de sensibilisation du grand public		
Perception du risque de cancer du sein comme lointain ou improbable		
Non-consideration de l'importance de la prévention en l'absence de symptôme ou d'expérience directe		
Mise en place de campagnes de dépistages pour sensibiliser la population		
Manque de reconnaissances des enjeux féminins dans le système de santé		
Sous-reconnaissance du cancer du sein en tant que		

problème majeur de santé publique		
Sensation d'un manque de connaissances en formation initiale		
Ne pas se sentir compétent		
Expertise acquise grâce à la recherche menée pour le mémoire de fin d'études		
Expériences dans le domaine par l'intermédiaire de stages		
Connaitre les bases		
Être en mesure de prendre en charge une patiente grâce à la formation initiale		
Devoir de formation continue		
Assurer sa formation continue		
Choisir des formations adaptées à sa pratique		
Formation autodidacte grâce à l'expérience		
Renforcer ses connaissances grâce aux formations		
Importance de la formation spécifique		
Réviser des notions grâce aux formations		
Prendre confiance en ses capacités grâce aux formations		
Mettre à jour ses compétences de MK		
Se renseigner sur les dernières pratiques et recommandations		Formation continue
Besoin d'approfondir ses connaissances		
Se sentir capable de prendre en charge des patientes en péri-reconstruction grâce au DU		
Evolution de la prise en charge permise par l'acquisition de connaissances engendrant une meilleure qualité des soins		
Accès à des ressources éducatives via les réseaux professionnels		
Participation à des congrès professionnels		
Education des autres professionnels de santé par le MK		
Education des MK par les autres professionnels de santé		
Entraide et échange entre MK		
Formation interne entre MK		
Echanges de connaissances interprofessionnels		
Transmission d'informations entre professionnels par l'intermédiaire de la patiente		
Communication orale et écrite entre les professionnels		
Transmettre ses connaissances aux élèves		
Absence de formation continue spécifique à la prise en charge péri-reconstruction		
Difficulté géographique d'accessibilité au diplôme universitaire		
Manque de littérature sur le sujet lié à un recul insuffisant		
Accès conditionné aux ressources via une adhésion payante au réseau		
Freins financiers à la formation		
Difficulté à consacrer du temps à la lecture scientifique dû à la charge de travail		
Manque de pratiques concrètes dans les articles scientifiques		
Limitation de temps dans l'accès à la formation continue		
Différences entre connaissances théoriques et réalité du terrain		

Sensibilisation à la pathologie via les réseaux sociaux	Médiatisation de la santé	
Augmentation de la communication autour de la prise en charge grâce aux médias		
Manque de sensibilisation grand public sur les réseaux		
Absence de mise en lumière du rôle des MK dans les médias grand public		
Manque de contenus spécifiques à la kinésithérapie en reconstruction mammaire sur les réseaux sociaux		
Utilisation modérée ou peu fréquente des réseaux sociaux		
Influence de l'âge sur l'utilisation des réseaux sociaux		
Augmentation des contenus sur les réseaux sociaux pendant Octobre Rose		
Recherche d'informations de santé sur les réseaux sociaux par les patientes		
Partage d'expériences des femmes sur les réseaux sociaux		
Effet anxiogène des témoignages sur les réseaux sociaux		
Prise en charge préopératoire en institution ou en libérale	Organisation de la prise en charge	
Prise en charge en zone rural		
Coordination de la kinésithérapie avec les autres prises en charge		
Faire passer les patientes avec une échéance opératoire proche en prioritaire		
Planification des séances en fonction de délais chirurgicaux		
Croisement entre la phase postopératoire oncologique et préopératoire de la reconstruction		
Flexibilité dans la fréquence et dans le nombre des séances en fonction de l'état de la patiente		
Réalisation d'un bilan complet lors de la première séance		
Communication et éducation lors de la première séance		
Répartir les différents axes de travail sur les séances		
Priorisation des soins en fonction des symptômes cliniques	Structuration de la prise en charge	
Equilibre entre la prise en compte des symptômes immédiats et les objectifs à long terme		
Suivi continu à court et long terme		
Réorganiser en fonction de l'évolution		
Protocole de soins structuré		
Construction de la prise en charge à partir du bilan		
Elaboration de la prise en charge en fonction de la procédure de reconstruction choisie		
Construction de la prise en charge à partir des expériences personnelles et celles d'autres MK		
Construction de la prise en charge en fonction du profil et de l'état de la patiente		
Utilisation de ressources écrites pour structurer la prise en charge		
Se servir des apprentissages transmis au cours de la formation continue pour élaborer ses prises en charge	Ingénierie du protocole de rééducation	
Influence de la formation initiale sur la construction des prises en charge		
Intégration des recommandations interprofessionnelles dans la construction de la prise en charge		
Prescription et attendus spécifiques des professionnels de santé en fonction de la technique de reconstruction		

Absence de précisions sur les prescriptions médicales	Financement	Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire	
Autonomie des kinésithérapeutes dans l'élaboration de leur prise en charge			
Adaptation selon l'intuition et la créativité dans la construction de la prise en charge			
Elaboration de la prise en charge en fonction des objectifs et de la décision pluridisciplinaires			
Inspiration de bilans standardisés non spécifiques			
Intégration de la patiente dans l'élaboration de sa prise en charge			
Multiplier et croiser différentes sources			
S'inspirer d'autres prises en charge similaires			
Manque de valorisation des actes kinésithérapeutiques			
Passion pour la spécificité mais insatisfaction salariale			
Rémunération insuffisante malgré l'engagement	Contraintes liées aux conditions de travail		
Augmentation des revenus du MK grâce aux interventions réalisées en dehors de la nomenclature			
Défaut de remboursements des soins péri-reconstruction considérés comme des soins de confort par la sécurité sociale			
Dépendance à la rédaction de l'ordonnance pour le remboursement			
Remboursement des soins péri-reconstruction perçus comme secondaire par le système de santé			
Dilemme éthique dans la facturation des soins			
Avoir une liste d'attente importante			
Difficulté à la création d'un réseau en campagne			
Manque de diffusion des informations en milieu rural			
Charge de travail excessive entravant la communication interprofessionnelle			
Isolement professionnel dû au statut de professionnel libéral entraînant une limitation des échanges interprofessionnels	Principes de la prise en charge	Prise en charge préopératoire d'une reconstruction mammaire	
Influence du contexte géographique sur la patientèle			
Disparités géographiques dans la sensibilisation à la kinésithérapie			
Être vigilant aux signes de récidives			
Approche centrée sur une récupération fonctionnelle et l'autonomie quotidienne			
Limiter la surcharge mentale et physique des patientes			
Indispensabilité de la collaboration interprofessionnelle pour optimiser la prise en charge			
Adaptation au rythme de la patiente			
Intégration de la patiente dans son processus de soins			
Respect du consentement			
Approche progressive et respectueuse	Personnalisation de la prise en charge		
Équilibre entre rigueur et flexibilité			
Grands principes identiques à ceux de la rééducation globale du cancer du sein			
Approche personnalisée			
Individualisation des objectifs thérapeutiques			
Adaptation de la prise en charge en fonction des traitements en cours			
Adapter son discours en fonction des désirs de chaque			

patiente		
Réactions variées selon les patientes		
Adaptation de la fréquence et du nombre de séances en fonction des besoins des patientes		
Adaptation de la prise en charge en fonction de l'aisance de la patiente vis-à-vis de son corps		
Adaptation de la prise en charge en fonction de l'âge		
Adaptation des outils et des techniques thérapeutiques selon les besoins des patientes		
Bilan kinésithérapique classique		
Recueillir les informations sur la patiente et son dossier médical		
Renseignement sur le contexte de vie		
Renseignement sur les dispositifs médicaux et traitements associés		
Evaluation de l'état physique et mental de la patiente		
Evaluation de la douleur		
Evaluation des amplitudes et des mobilités articulaires : épaule, rachis, côtes		
Evaluation morpho statique		Bilan
Evaluation cutanée-trophique-vasculaire		
Evaluation de l'état lymphatique		
Evaluation de la cicatrice		
Evaluation du niveau d'activité physique		
Evaluation musculaire		
Evaluation fonctionnelle		
Bilan incluant les téguments, l'articulaire et le musculaire		
Bilan tourné vers l'évaluation tissulaire, articulaire et posturale		
Evaluation de la compréhension des informations		
Similitudes avec un bilan classique d'épaule et de rachis		
Prendre les objectifs comme indicateurs		
En collaboration avec la patiente		
Fixer des objectifs représentatifs		
Assimilation des informations préopératoires		
Prendre en charge les séquelles des opérations oncologiques		
Limitation des douleurs		
Favoriser la détente générale		
Être autonome		
Préparer le site opératoire et le site donneur		
Récupérer la souplesse et les amplitudes articulaires : épaule, rachis, côtes		
Prévenir l'attitude de protection		
Récupérer un membre supérieur fonctionnel		Objectifs
Obtenir une qualité cutanée-trophique-vasculaire optimale		
Favoriser la résorption de l'œdème		
Obtenir une qualité musculaire optimale		
Obtenir une force musculaire optimale		
Relâcher les tensions musculaires		
Obtenir une cicatrice souple sans rétraction ni adhérence		
Optimiser la qualité de la graisse réinjectée en lipofilling		
Être prêt pour l'intervention		
Permettre le changement de position pour la chirurgie		

Satisfaction esthétique	Actes	
Reprendre confiance		
Mémorisation des exercices postopératoires		
Education à l'auto-rééducation		
Sensibilisation aux soins kinésithérapeutiques post-opératoires		
Présentation des aides techniques post-opératoires		
Travail sur la douleur		
Travail musculaire : renforcement et assouplissement		
Travail articulaire		
Travail de l'aisance fonctionnelle		
Travail postural et prise de conscience corporelle		
Travail cutané-trophique-vasculaire : site donneur et receveur		
Accompagnement à la pratique d'activité physique adaptée		
Favorisation de la détente générale par des techniques de relaxation		
Travail ventilatoire		
Exercices composés de mobilité, d'étirements et de prise de conscience posturale		
Complémentarité entre thérapies manuelles et exercices		
Approche basée sur des étirements, de la ventilation et du massage tissulaire		
Prise en charge dirigée vers : la réduction des douleurs, le fonctionnel et l'esthétique		
Prise en charge axée vers le travail des tissus, de la cicatrice et de la mobilité d'épaule		
Utilisation de machine de vacuothérapie	Outils	
Utilisation de bilans standardisés non spécifiques		
Utilisation du bilan prédefinis par le RKS		
Faire son propre bilan		
Absence d'équipement technologique adapté		
Utilisation de moyens simples et non spécifiques		
Prendre des photos et s'en servir comme outil de feedback et de suivi de l'évolution		
Objectivation des résultats par des mesures		
Utilisation de la goniométrie d'épaule		
Utilisation des mains comme outil de rééducation		
Utiliser les chaines musculaires pour le travail postural		
Utiliser l'imagerie mentale		
Utiliser des outils ludiques pour faciliter le travail de ventilation	Informations et éducation	
Utilisation de matériel simple et accessible pour faciliter l'auto rééducation		
Donner des conseils et des explications		
Informer et éduquer les patientes		
Explication initiale du déroulement de la prise en charge kiné		
Guider et informer les patientes dans leurs parcours de soins		
Répondre aux interrogations		

Informer et rassurer la patiente sur les suites opératoires	Accompagnement et soutien	Relation soignant-soigné	Réseaux de santé	Collaboration interprofessionnelle
Réassurance sur les capacités fonctionnelles				
Besoin d'un suivi à long terme				
Accompagnement du début à la fin du parcours				
Se sentir seule et perdu				
Avoir besoin de parler				
Soutien émotionnel et psychologique				
Créer un environnement de soutien				
Rassurer les patientes				
Être à l'écoute et disponible pour la patiente				
Avoir confiance en son thérapeute	Réseaux de santé	Collaboration interprofessionnelle	Prise en charge pluridisciplinaire	Freins interprofessionnels
Construire une alliance thérapeutique				
Satisfaction de voir le soulagement des patientes				
Equilibre entre proximité et professionnalisme dans la relation thérapeutique				
Impact de la fréquence des séances sur la facilitation de relation avec la patiente				
Transmission d'informations par les patientes				
Se faire connaître par les prescripteurs				
Création d'un réseau avec le temps				
Création d'un réseau national de kinésithérapeutes formés en sénologie				
Adhésion à un réseau professionnel spécifique				
Facilitation des contacts entre professionnels de santé grâce aux réseaux professionnels	Réseaux de santé	Collaboration interprofessionnelle	Prise en charge pluridisciplinaire	Freins interprofessionnels
Facilitation de la coordination entre les professionnels de santé et les patientes grâce aux réseaux				
Réseaux professionnels comme outil de visibilité				
Orientation des patientes via le réseau professionnel				
Collaboration entre les MK, les médecins, les radiologues, les chirurgiens, les oncologues et les gynécologues				
Collaboration entre les kinésithérapeutes et les prothésistes				
Collaboration et écoute interprofessionnelle dans un milieu bienveillant				
Collaboration et coordination des professionnels accentuées dans les cas complexes				
Décision et explication technique de la procédure par le chirurgien				
Prise en considération de la parole du MK par les autres professions				
Initiation de prescription par les médecins, oncologues et gynécologues	Prise en charge pluridisciplinaire	Freins interprofessionnels		
Importance de la prise en charge psychologique en parallèle				
Avoir conscience de l'enjeu de la collaboration dans l'optimisation de la prise en charge				
Communication interprofessionnelle à travers des plateformes d'échanges				
Renvoyer les patientes vers les professionnels adaptés				
Rediriger vers une consœur en cas de relation thérapeutique problématique				
Prendre l'initiative de contacter les autres professionnels				
Hétérogénéité de la sensibilisation des prescripteurs				
Perception par l'équipe médicale de la kinésithérapie				

préopératoire comme une contrainte supplémentaire	Evolution de la collaboration et de la reconnaissance interprofessionnelle	Approche biopsychosociale
Manque de reconnaissance du kinésithérapeute		
Initialisation de la prescription		
Défaut d'orientation et d'information de la part des médecins		
Orientation des patientes en kinésithérapie uniquement en cas de complications		
Ignorance des compétences du kinésithérapeute		
Discordance entre la perception de l'équipe médicale et celle des patientes		
Faible intégration dans les soins de support		
Difficulté de communication directe avec les professionnels de santé		
Absence de communication des professionnels sur leurs attendus		
Manque de communication interprofessionnelle générale		
Perception erronée de la reconstruction mammaire comme chirurgie esthétique de confort		
Minimisation de l'importance de la reconstruction post-cancer dans le suivi médical		
Disparité régionale de la sensibilisation à la collaboration interprofessionnelle		
Mépris des professionnels nuisant à l'engagement des kinésithérapeutes dans la collaboration		
Prise de conscience progressive des bénéfices des soins préopératoires	Evolution de la collaboration et de la reconnaissance interprofessionnelle	Approche biopsychosociale
Evolution positive de la communication et des relations interprofessionnelles		
Reconnaissance du kinésithérapeute au sein de la pluridisciplinarité		
Evolution de la sensibilisation des professionnels à la kinésithérapie		
Changement d'attitude de la nouvelle génération envers le rôle des kinésithérapeutes		
Prise de conscience de l'importance de la pluridisciplinarité avec les nouvelles générations		
Bienveillance et ouverture des nouvelles générations de professionnels de santé		
Nouvelle culture interprofessionnelle favorisant la communication directe		
Evolution positive continue		
Adhérence thérapeutique aux soins préopératoires		
Être actrice de sa prise en charge	Motivation des patientes	Approche biopsychosociale
Volonté des patientes		
Influence de la durée de la prise en charge sur la motivation		
Influence de la phase de traitement dans la variation de motivation		
Engagement accru en préopératoire		
Influence de l'optimiste sur les résultats	Obstacles à la participation des patientes	Approche biopsychosociale
Manque de temps avant l'intervention		
Manque de disponibilité des patientes		
Limitation des soins kinés par les traitements associés		
Epuisement des patientes face à la densité de la prise en		

charge		
Ne pas prendre du temps pour soi		
Avoir le courage de se prendre en charge		
Trouver un kinésithérapeute disponible		
Trouver un kinésithérapeute formé		
Gêne liée à l'intimité		
Prendre la patiente dans son ensemble		
Prise en compte du contexte socio-professionnel		
Prise en compte des traitements et dispositifs médicaux associés		
Prise en compte des problématiques associées		
Prise en compte du ressenti et des préoccupations de la patiente	Approche holistique	
Désir de se sentir « normal », « comme tout le monde »		
Inclusion des aidants dans la prise en charge		
Evaluation de l'état global de la patiente		
Importance de la satisfaction esthétique		
Influence des proches sur la prise en charge de la patiente		
Influence du contexte socio-professionnel	Impact de la sphère sociale	
Envisager la réinsertion sociale		
Influence de l'attitude de la patiente sur l'entourage		
Echanges et soutien entre les patientes		
Importance de l'inclusion sociale dans la rééducation	Lien social entre les patientes	
Création de liens sociaux entre les patientes		
Orientation mutuelle des patientes entre elles		
Avoir un intérêt pour la prise en charge sénologique		
Capacité d'adaptabilité		
Maitriser le sujet		
Adopter une attitude professionnelle et dynamique	Capacités individuelles	
Être positif		
Savoir se remettre en question		
Engagement passionnel dans la spécificité		
Faire preuve de bon sens		
Rester patient et engager		
Usure professionnelle face au manque de reconnaissance		
Souffrir de l'isolement et du manque de soutien interprofessionnel		
Poids émotionnel et psychologique de la prise en charge sénologique		
Epuisement professionnel face au manque de valorisation des actes kinésithérapiques		
Savoir prendre du temps pour soi	Bien-être du MK	Investissement personnel du MK
Maintenir un équilibre entre engagement professionnel et bien-être personnel		
Lien avec les patientes comme moteur d'exercice de la spécificité		
Manque de reconnaissance de la place du kinésithérapeute		
Ne pas se sentir compétent		
Avoir une visibilité limitée par la législation relative à la publicité		
Prescriptions inappropriées entraînant un sous paiement des actes réalisés	Barrières du MK à l'exercice de sa pratique	
Manque de soutien du système de santé dans la création de		

<p>réseau</p> <p>Frustration liée au manque d'application de protocoles de soins standardisés</p> <p>Impact du manque de formation sur la prise en charge des patientes</p> <p>Gêne liée à l'intimité de la patiente</p> <p>Manque de développement de la spécificité</p> <p>Evolution de la pratique avec le temps</p> <p>Evolution du MK grâce aux patientes</p> <p>Evolution de la pratique basée sur la recherche</p> <p>Engagement des kinésithérapeutes dans la promotion des soins préopératoires</p> <p>Emergence de littérature de faible niveau de preuve</p> <p>Accroissement du nombre de MK formés en sénologie</p> <p>Evolution des croyances et des recommandations autour du cancer du sein</p> <p>Amélioration de la reconnaissance générale et de la pratique grâce aux mouvements associatifs</p>	Facteurs influençant l'évolution de la pratique	
<p>Optimisation de la récupération et de la qualité de vie post-opératoire</p> <p>Optimisation de la cicatrisation</p> <p>Minimisation des complications postopératoires</p> <p>Limitation de l'attitude de protection postopératoire</p> <p>Obtention d'une meilleure ventilation postopératoire</p> <p>Facilitation du geste chirurgical</p> <p>Être un visage familier</p>	Bénéfices des séances de kinésithérapie préopératoire	
<p>Complications suite à un défaut de prise en charge</p> <p>Récupération retardée</p> <p>Obtention de moins bons résultats en postopératoire</p>	Impact de la non réalisation de séances de kinésithérapie en préopératoire	
<p>Démocratisation d'une consultation systématique de kinésithérapie</p> <p>Inclusion dans des directives officielles</p> <p>Instauration d'une kinésithérapie plus précoce</p> <p>Valorisation et reconnaissance du métier de kinésithérapeute</p> <p>Accroître la communication médiatique</p> <p>Dynamiser les milieux reculés</p>	Enjeux de la prise en charge	
<p>Communication des chirurgiens sur leurs attendus en fonction de la procédure choisie</p> <p>Création d'une plateforme de communication interprofessionnelle directe, sécurisée et instinctive</p> <p>Centralisation des soins autour de la patiente</p>		
<p>Généralisation à l'échelle nationale des protocoles de soins structurés</p> <p>Favoriser le développement des réseaux interprofessionnels</p>		
<p>Appeler à un plus grand engagement des médecins sur ce sujet</p> <p>Nécessité d'une prise en charge psychologique des professionnels</p>		
<p>Spécification de la pratique</p>		
<p>Mise à jour continue des connaissances face à l'évolution rapide des pratiques médicales</p>		

Prise en charge diverse en postopératoire	Postopératoire initial et post-reconstruction
Initialisation de la prescription postopératoire	
Traitements postopératoires initiaux identiques avec ou sans reconstruction programmée	
Travailler à distance pour limiter la sursollicitation	
Augmentation de l'intensité après la cicatrisation	
Rassurer les patientes en postopératoire	
Information et auto-exercices en postopératoire immédiat	
Accompagnement à la pratique d'activité physique adaptée	
Limitation des soins postopératoires par les traitements associés	
Possibilité de récupération postopératoire optimale sans rééducation en fonction des besoins individuels	
Sous estimation de l'importance des soins préopératoires par rapport aux postopératoires	

ANNEXE XI : Grille de lecture COREQ traduite en Français (100)

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction

29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Place et enjeux de la kinésithérapie préopératoire dans la reconstruction mammaire post-cancer du sein

MARCHAND Louna

Résumé : La chirurgie ablative, parfois nécessaire dans le traitement du cancer du sein, entraîne des répercussions physiques et psychologiques majeures. La reconstruction mammaire post-cancer est alors considérée comme une étape clé du parcours de soins. La kinésithérapie préopératoire, qui y joue un rôle essentiel, reste pourtant marginale. Une recherche qualitative, fondée sur la méthode de la théorisation ancrée, a été menée via des entretiens semi-directifs auprès de masseurs-kinésithérapeutes formés en sénologie, afin d'explorer leurs pratiques et leurs perceptions. L'analyse de six entretiens a permis de faire émerger neuf thématiques, allant du parcours de soins aux enjeux de la prise en charge. Le manque de reconnaissance de la reconstruction mammaire comme étape à part entière du parcours constitue un frein majeur à la mise en place d'un accompagnement adapté. Bien que jugée pertinente et bénéfique, l'étude souligne que la kinésithérapie préopératoire manque de visibilité, de protocoles définis et d'intégration dans les pratiques courantes.

Mots clés : kinésithérapie, cancer du sein, reconstruction mammaire, préopératoire, qualitatif .

Abstract : Ablative surgery, sometimes necessary in the treatment of breast cancer, leads to significant physical and psychological consequences. Post-cancer breast reconstruction is therefore considered a key stage in the care pathway. Preoperative physiotherapy, which plays an essential role in this process, remains marginal. A qualitative study based on the grounded theory method was conducted through semi-structured interviews with physiotherapists trained in senology to explore their practices and perceptions. The analysis of six interviews led to the emergence of nine themes, ranging from the care pathway to the challenges of therapeutic management. The lack of recognition of breast reconstruction as a full-fledged step in the treatment process is a major obstacle to establishing adequate support. Although considered relevant and beneficial, the study highlights that preoperative physiotherapy still lacks visibility, well-defined protocols, and integration into standard practice.

Key words : physiotherapy, breast cancer, breast reconstruction, preoperative, qualitative.