

MINISTERE DE LA SANTE  
REGION LORRAINE  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN  
MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

LA PLACE DU MASSEUR-  
KINESITHEPEUTE DANS  
L'EDUCATION THERAPEUTIQUE  
DU PATIENT : PROJET  
D'APPLICATION DANS LE CADRE  
DU CANCER DU SEIN



Mémoire présenté par :

Marie-Cécile OTTAVIANI

Etudiante en 3ème année de masso-  
kinésithérapie en vue de l'obtention du  
diplôme d'Etat de Masseur-  
Kinésithérapeute

## RESUME

---

L'éducation thérapeutique du patient est un acte de soin à part entière. La Haute Autorité de Santé a défini ses objectifs et sa mise en œuvre. Depuis quelques années, elle s'élargit à des pathologies telles que le sida et le cancer.

Les traitements du cancer du sein se sont nettement améliorés, notamment les techniques chirurgicales, cependant des complications post-opératoires peuvent survenir à plus ou moins long terme. Il s'agit de lymphœdème du membre supérieur, mais aussi de rétractions articulaires, infection et troubles du schéma corporel.

Ce mémoire propose un projet d'éducation thérapeutique pour des femmes opérées d'un cancer du sein, en se basant sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Du diagnostic éducatif à l'évaluation de fin de programme, le parcours propose trois séances dont les objectifs sont la connaissance du lymphœdème, la détection des signes infectieux et la réintégration du membre supérieur dans le schéma corporel.

### MOTS CLES :

---

- Education thérapeutique du patient
- Masso-kinésithérapie dans le lymphœdème
- Cancer du sein
- Prévention dans les maladies chroniques
- Haute Autorité de Santé

LA PLACE DU MASSEUR-  
KINESITHERAPEUTE DANS L'EDUCATION  
THERAPEUTIQUE DU PATIENT : PROJET  
D'APPLICATION DANS LE CADRE DU CANCER  
DU SEIN

## Table des matières

---

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT .....</b>	<b>3</b>
3.1	DEFINITION ET OBJECTIFS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE.....	3
3.2	LES ACTEURS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE, DONT LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE.....	5
3.3	LES APPLICATIONS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE .....	7
3.4	LA MISE EN PLACE D'UNE EDUCATION THERAPEUTIQUE .....	7
	3.4.1- <i>le diagnostic éducatif</i> .....	8
	3.4.2- <i>le programme personnalisé d'éducation thérapeutique, avec des priorités d'apprentissage</i> .....	8
	3.4.3- <i>la planification et la mise en œuvre du programme</i> .....	8
	3.4.4- <i>l'évaluation</i> .....	8
	3.4.5- <i>l'élément de grande importance : la coordination</i> .....	9
<b>4</b>	<b>LE CANCER DU SEIN.....</b>	<b>10</b>
4.1	ANATOMIE DE LA REGION MAMMAIRE.....	10
4.2	RAPPELS DE LA PATHOLOGIE.....	11
	4.2.1 <i>Définition</i> .....	11
	4.2.2 <i>Les facteurs de risque</i> .....	12
	4.2.3 <i>Les symptômes</i> .....	12
	4.2.4 <i>Le diagnostic</i> .....	13
4.3	LES TRAITEMENTS ACTUELS : CHIRURGICAUX, MEDICAUX ET PARAMEDICAUX.....	13
	4.3.1 <i>La chirurgie</i> : .....	14
	4.3.2 <i>La radiothérapie</i> : .....	14
	4.3.3 <i>La chimiothérapie</i> :.....	15
	4.3.4 <i>L'hormonothérapie</i> :.....	15
	4.3.5 <i>La recherche</i> :.....	15
	4.3.6 <i>La prise en charge en masso-kinésithérapie</i> :.....	16
<b>5.</b>	<b>PROPOSITION D'UN PROJET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN MASSO-KINESITHERAPIE POUR DES PATIENTES OPEREES D'UN CANCER DU SEIN.....</b>	<b>18</b>
5.1	LES RAISONS DE CE PROJET.....	18
5.2	LES PATIENTES ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES PAR LE PROJET.....	19
5.3	LE PROJET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE.....	20
	5.3.1 <i>La forme générale du projet</i> .....	20
	5.3.2 <i>Le diagnostic éducatif</i> .....	21
	5.3.3 <i>La fiche d'adhésion</i> .....	23
	5.3.4 <i>Définition du programme et des priorités d'apprentissage</i> .....	23
	5.3.5 <i>Planification et mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique</i> .....	24
5.4	LA COORDINATION, L'ORGANISATION ET L'EVALUATION DES SEANCES .....	27
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>29</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>30</b>

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXES**

## 1. INTRODUCTION

---

L'éducation thérapeutique du patient émerge dans l'univers de la santé depuis quelques années en France.

En novembre 2007, la Haute Autorité de Santé et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé définissent la mise en œuvre de parcours de soins de qualité où l'éducation thérapeutique prend une place centrale.

Dans leur rapport « pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » datant de septembre 2008, remis au ministère de la santé, Mr Charbonnel, Pr Bertrand et Pr Saout (1) ont déterminé l'éducation thérapeutique du patient comme objectif de santé publique.

L'éducation s'est développée principalement pour des pathologies telles que le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque. Aujourd'hui, elle élargit son champ à d'autres atteintes comme le cancer, le sida et les polyopathologies.

Mais qu'est-ce que réellement l'éducation thérapeutique et en quoi est-elle novatrice ? Quelle place peut-y prendre le masseur-kinésithérapeute ?

Parallèlement à cela, le nouveau plan cancer 2009-2013 (2) fait suite au plan 2003-2007 et préconise parmi de nombreuses mesures « des nouvelles initiatives pour mieux accompagner les personnes dans la vie, pendant et après le cancer » dans le but de développer une prise en charge centrée sur l'individu.

Le cancer du sein est le second cancer le plus fréquent au monde après le cancer pulmonaire, avec un peu plus d'un million de nouveaux cas par an selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

Malgré un progrès dans les techniques chirurgicales, le traitement peut avoir des conséquences à long terme. Ces complications post-chirurgicales sont-elles modifiables par des actes d'éducation thérapeutiques en masso-kinésithérapie ?

Tout d'abord, nous verrons en première partie ce qu'est l'éducation thérapeutique, puis nous nous pencherons sur la pathologie du cancer du sein en seconde partie, et nous terminerons par la proposition d'un projet d'éducation thérapeutique pour des femmes opérées d'un cancer du sein.

## 2. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La stratégie de recherche pour ce travail est multidimensionnelle, de façon à répondre au mieux à la problématique posée : qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?

Le masseur-kinésithérapeute est-il un éducateur idéal ? Est-il judicieux de proposer un programme d'éducation thérapeutique à des femmes opérées d'un cancer du sein ? Et de quelle façon ?

Les bases de données utilisées sont multiples : recherches Internet, recherches manuelles d'ouvrages en librairies et bibliothèques universitaires, recherches de supports d'éducation thérapeutique sur les lieux de stage.

Les mots-clés de ce travail sont : éducation thérapeutique du patient, masso-kinésithérapie dans le lymphœdème, cancer du sein, prévention dans les maladies chroniques, Haute Autorité de Santé.

L'éducation thérapeutique étant une nouvelle approche de soin, la période de recherche choisie est restreinte aux dix dernières années.

Les résultats les plus nombreux sont issus des recherches Internet. En effet, la précocité du sujet limite le nombre d'ouvrages parus en librairie. Les recherches à partir des EMC Elsevier-Masson aboutissent également à de nombreux articles concernant le lymphœdème et les techniques rééducatives. Le site internet de la Haute Autorité de Santé recense tous les articles publiés et validés concernant l'éducation thérapeutique dans le système de soin.

### 3. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

#### 3.1 Définition et objectifs de l'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique du patient est en plein essor ces dernières années dans les prises en charge des maladies chroniques.

Elle a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé dans un rapport de 1996 (3) comme ceci : « l'Education Thérapeutique du Patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Il s'agit là des premiers balbutiements.

En 2007, la Haute Autorité de Santé publie un guide méthodologique intitulé « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » (4). Cette grande instance de la santé cadre ainsi les buts, les applications et les intervenants de l'éducation thérapeutique. En 2009, les textes d'application de la loi Hôpital Patient Santé Territoire l'intègrent dans le parcours de soin (5) (6) (7) (8).

L'éducation thérapeutique devient un soin à elle seule, avec des règles d'application et des consensus. Ce sont les Agences Régionales de Santé qui autorisent la mise en place d'un programme, en secteur hospitalier ou en ville. Mais attention, il faut bien différencier éduquer et informer. C'est dans cette différence que cela est novateur.

En effet, depuis longtemps les soignants informent leurs patients mais ceci n'était pas formalisé, cadré, défini. L'information est un échange passif où le patient n'est pas acteur de la situation. Elle est unidirectionnelle, allant du soignant au soigné. Cependant l'information reste nécessaire et intéressante dans une prise en charge.

L'éducation rend le patient acteur dans un échange bidirectionnel soignant-soigné. Il s'agit d'une réelle collaboration entre deux protagonistes d'une situation. C'est au soignant de s'adapter aux questions et aux réponses du patient, c'est un processus en ajustement continu, modulable, adaptable et individualisé.

La Haute Autorité de Santé (3) définit l'éducation thérapeutique du patient comme ceci : « elle comprend des activités organisées conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leur famille, à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. ». Elle a donc pour but de rendre autonome le patient dans la gestion au quotidien de sa maladie chronique, de favoriser son bien-être, de lui donner les clés pour anticiper au mieux les problèmes et savoir mettre en place les solutions adéquates. Elle doit être personnalisée, le patient est au centre du programme. Elle peut inclure l'environnement familial du patient : conjoint, parents. Il n'y aura donc pas deux projets d'éducation identiques pour une même maladie, car chaque patient est différent (ses attentes, son mode de vie, ses besoins, son environnement).

Pour la Haute Autorité de Santé, l'éducation thérapeutique du patient a deux finalités : « l'acquisition et le maintien de compétences d'auto soins » et « la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation ». Les compétences d'auto soins sont des gestes techniques ou des connaissances pratiques que le patient doit savoir mettre en place et réaliser seul. Elles sont de l'ordre comportemental.

Les compétences d'adaptation sont plus de l'ordre psychologique, comme la confiance en soi, la connaissance de ses qualités et ses défauts, la capacité à se fixer des objectifs et s'y tenir.

A long terme, l'éducation thérapeutique du patient permet aussi des économies de dépenses de santé en anticipant les difficultés. Donc même si elle a un coût, il est très nettement inférieur à celui du traitement des complications, ce qui n'est pas négligeable en vue des difficultés économiques actuelles et à venir de notre système de santé.

### 3.2 Les acteurs de l'éducation thérapeutique, dont le masseur-kinésithérapeute.

Qui peut mettre en place et appliquer un programme d'éducation thérapeutique aujourd'hui en France ? Pour mettre en place un protocole, il faut y être formé. Il existe différents stades de formation que nous allons détailler. Ces formations sont alors « un passeport pour l'éducation thérapeutique » et aboutissent à une autorisation donnée par les Agences Régionales de Santé (9). Il existe différentes structures de formation des professionnels, dont l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale).

Les quatre niveaux de formation définis par l'Agence Régionale de Santé sont :

-niveau 0 : niveau initiation. Le soignant doit s'être documenté dans la littérature. On ne parle alors que de projet, il ne peut pas être mis en place par le thérapeute niveau 0. Nous sommes à ce niveau dans le cadre de ce mémoire, nous nous contentons donc d'élaborer un projet, mais en aucun cas nous ne pouvons personnellement l'appliquer, par manque de formation et donc d'autorisation.

-niveau 1 : niveau « soignant-éducateur ». Le soignant a suivi une formation d'un minimum de 40 heures, basée entre autre sur la communication et la relation.

-niveau 2 : niveau Diplôme Universitaire. Ce niveau permet de structurer et de coordonner des protocoles d'éducation thérapeutique.

-niveau 3 : niveau Master. Il donne la possibilité de coordonner des cellules éducatives.

L'éducation thérapeutique est un soin qui se fait en équipe multidisciplinaire. Le patient rencontre différents intervenants formés lors de son parcours de soin. En fonction de ses besoins, chaque professionnel apporte ses compétences propres.

La Haute Autorité de Santé encourage également l'intervention d'autres patients ayant bénéficié d'un tel programme ou l'intervention d'associations de malades.

Il faut au minimum selon l'Agence Régionale de Santé deux professions représentées pour parler d'éducation thérapeutique du patient.

Dans son article datant de décembre 2005 « Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique », publié sur le site de l'Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale, Michel Gedda (10), directeur général de l'institut de formation en masso-kinésithérapie de Berck-sur-mer, évoque le rôle clé du masseur-kinésithérapeute dans l'éducation du patient. Il explique que la masso-kinésithérapie étant le travail de la gestuelle, et la gestuelle étant la résultante de processus sensori-moteurs et de processus cognitifs, le patient est dans son aspect multidimensionnel au centre de la prise en charge (motivation, adhésion au traitement, objectif personnel). De plus, selon l'auteur, le masseur-kinésithérapeute est amené à avoir de plus en plus en soin des malades chroniques, population cible de l'éducation thérapeutique ; et une stabilisation de l'état de ces malades n'est obtenue que par une modification des habitudes de vie. Le masseur-kinésithérapeute, pour définir ses objectifs de soin, a besoin de la participation active du patient.

En effet, pour une même pathologie, les objectifs de traitement sont différents. Un jeune cadre dynamique, sportif, père de famille, n'aura pas les mêmes souhaits de possibilités fonctionnelles que la personne âgée qui ne sort qu'une fois par jour pour chercher le pain. Le but est d'avoir une coopération patient-thérapeute pour atteindre des objectifs acceptables et réalisables pour les deux protagonistes.

Michel Gedda explique également que même dans les techniques passives de masso-kinésithérapie (massage, mobilisation passive, étirement...), le résultat n'est positif que s'il y a eu préalablement explication de l'acte thérapeutique au patient, compréhension et acceptation de celui-ci. Donc, finalement, les techniques dites passives ne sont pas si passives que cela pour le patient.

Le masseur-kinésithérapeute, par sa proximité avec le patient ainsi que par les sollicitations actives de celui-ci est donc un éducateur idéal. Il peut trouver dans cette pratique une façon différente d'exercer ses compétences. De plus, un travail en équipe multidisciplinaire ouvre le champ des connaissances de chacun.

### 3.3 Les applications de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique s'intéresse aux patients porteurs de maladies chroniques. Il est donc important de préciser ce terme.

Une maladie est dite chronique si elle persiste dans le temps, en général plus de trois mois. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié était des femmes. ».

La littérature parle aussi parfois d'Affection de Longue Durée, ce terme est utilisé par la Sécurité Sociale pour parler des maladies qui nécessitent des soins pendant au moins six mois et qui sont pris en charge à 100%.

### 3.4 La mise en place d'une éducation thérapeutique

Il y a un protocole bien défini, avec plusieurs étapes qui doivent s'inscrire dans un cahier des charges national. L'éducation thérapeutique peut être proposée de façon initiale, lorsque la maladie chronique a été diagnostiquée récemment, ou de façon plus tardive si le patient l'a refusée initialement ou si elle ne lui a pas été proposée au début de la prise en charge. Elle peut aussi être de « renforcement » si le patient en ressent le besoin, si les facteurs de l'évaluation initiale ont été modifiés ; d'où l'intérêt d'évaluer régulièrement les besoins.

Il faut une coordination entre les différents intervenants, la Haute Autorité de Santé recommande aussi la désignation d'un « interlocuteur privilégié » au sein de l'équipe qui entoure le patient. Elle doit s'inscrire dans le projet de soin et la stratégie thérapeutique définis dès le début de la prise en charge.

Pour débiter un programme, il faut obligatoirement l'accord écrit du patient, après lui avoir accordé un temps de réflexion.

Ensuite, la mise en œuvre se déroule en quatre étapes, définies par la Haute Autorité de Santé (4) :

#### 3.4.1-le diagnostic éducatif

Il a pour but de faire connaissance avec le patient, évaluer ses besoins par rapport à sa vie quotidienne. C'est un recueil de données qui répond aux questions : « Qui est mon patient, que fait-il et quel est son projet ? ». Il a une importance capitale pour répondre correctement aux attentes de la personne et ne pas passer à côté de certaines difficultés. Il se réalise de manière individuelle.

#### 3.4.2-le programme personnalisé d'éducation thérapeutique, avec des priorités d'apprentissage

Il est établi en fonction du diagnostic. Il s'agit de déterminer quelles sont les compétences d'auto soins et les compétences d'adaptation que le patient doit acquérir pour mieux gérer sa maladie, améliorer ou stabiliser son état physique, psychique, et sa qualité de vie. Il faudra ensuite les formuler clairement et simplement au patient et à l'équipe.

#### 3.4.3-la planification et la mise en œuvre du programme

Il s'agit de mettre en place un calendrier des séances, de définir les modalités pratiques : séances individuelles ou en groupe, la fréquence, les intervenants, la durée du programme, les supports pédagogiques qui seront utilisés. Puis c'est le déroulement des séances à proprement parler.

#### 3.4.4-l'évaluation

Elle consiste en une évaluation des compétences acquises au cours du programme, mais aussi des éléments non acquis. C'est une phase de réajustement. Le coordonnateur cherche à savoir si les objectifs fixés ont été atteints, si le patient est satisfait et s'il en ressent les bénéfices dans sa vie quotidienne, s'il reste des éléments sur lesquels progresser.

A l'issue de cette évaluation, nous pouvons proposer une nouvelle session d'éducation, ou clore le programme. Le principe est de toujours actualiser le diagnostic éducatif.

#### 3.4.5- l'élément de grande importance : la coordination

Il est important que l'équipe de professionnels ait un message commun et cohérent. La difficulté de l'éducation thérapeutique, mais aussi son grand intérêt réside dans la multidisciplinarité. Elle nécessite l'organisation de réunion d'équipe, la mise en place d'un support de communication (fiches de liaison, cahier de transmissions, messagerie informatique...). Les intervenants doivent donc présenter de bonnes capacités de communication et d'adaptation.

Après cette description de l'éducation thérapeutique, penchons-nous sur la pathologie concernée par le projet : le cancer du sein.

## 4 LE CANCER DU SEIN.

---

### 4.1 Anatomie de la région mammaire

Lorsque l'on évoque d'une façon globale « le sein », il s'agit en fait d'une région anatomique que Michel Dufour nomme « région thoracique antérieure » (11).

Cette région est composée de quatre zones :

- La zone pectorale : occupée par le muscle grand pectoral, innervée sur le plan moteur et sensitif par le nerf pectoral latéral (racines c5 c6 c7)
- La zone mammaire : au centre de la zone pectorale, elle correspond au mamelon : Elle est occupée par la glande mammaire et un volume variable de graisse. Les hormones sexuelles (œstrogène et progestérone) sont le « chef d'orchestre » de la glande mammaire.

Cette glande est formée de vingt lobes disposés en grappe de raisin. Chaque grain représente un lobule, ils sont reliés entre eux par les canaux galactophores. Au cours de l'allaitement, les lobules secrètent le lait jusqu'au mamelon.

Le cancer peut se développer au niveau des canaux galactophores : on parle de carcinome canalaire (forme la plus fréquente) ou au niveau des lobules eux-mêmes : le carcinome lobulaire.

- La zone infra mammaire, elle débute sous le pli du sein et laisse apparaître le relief latéral des côtes.
- La zone pré sternale, où le sternum apparaît en sous-cutané, parfois réduite à un sillon inter mammaire chez la femme.

Le rôle physiologique du sein chez la femme est de produire le lait pour nourrir un nouveau-né. N'oublions pas cependant qu'il s'agit aussi d'une région qui caractérise la féminité, et provoque du désir. Le sein est donc aussi un « organe sexuel » et nous verrons que cet aspect n'est pas à négliger en cas de pathologie.

La région du sein est également un important carrefour artérioveineux, nerveux et lymphatique, comme l'explique Pr Pierre Kamina (12) **(ANNEXE I)**.

Le drainage lymphatique physiologique du membre supérieur s'effectue grâce à des vaisseaux lymphatiques superficiels et profonds qui aboutissent à des nœuds lymphatiques ou lymphonœuds relais, superficiels ou profonds. Le retrait ou l'obstruction des vaisseaux et des nœuds entraînent un lymphoœdème. Les lymphonœuds superficiels sont palpables lors de phénomènes inflammatoires, infectieux ou après une vaccination. Ils réunissent les vaisseaux lymphatiques superficiels qui se trouvent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils drainent la peau.

Les vaisseaux lymphatiques profonds sont satellites des artères et veines profondes, ils drainent la lymphe des structures profondes. Les nœuds profonds s'intercalent sur leur trajet. Le relais principal des vaisseaux lymphatiques du membre supérieur est le lymphocentre axillaire. L'exérèse de ce lymphocentre constitue l'une des bases de la chirurgie du cancer du sein, nous reviendrons sur ce sujet. L'anatomie du système lymphatique, en plus de sa complexité, est inconstante et variable d'un sujet à l'autre.

Sur le plan neurologique, la région axillaire laisse passage au plexus brachial, destiné à l'innervation sensori-motrice du membre supérieur.

Sur le plan artério-veineux, l'artère et la veine axillaires passent dans cette région. Ce sont des vaisseaux essentiels de gros calibres.

## 4.2 Rappels de la pathologie

### 4.2.1 Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le cancer correspond à «une pathologie caractérisée par la présence d'une (ou de plusieurs) tumeur(s) maligne(s) formée(s) à partir de la transformation par mutation et/ou instabilité génétique (anomalies cytogénétiques), d'une cellule initialement normale. La transformation cellulaire tumorale se traduit notamment par une perte de contrôle du cycle cellulaire, une insensibilité à l'apoptose, des anomalies de la réparation de l'ADN. Les cancers sont alors classés selon le type de la cellule dans laquelle s'est produite la première transformation (lymphomes, carcinomes, sarcomes) ; cette première cellule maligne s'étant ensuite divisée, formant la tumeur primaire constituée de cellules clonales. ».

Il existe deux formes de cancer :

-le cancer non invasif ou in situ : il reste dans la zone d'apparition, il n'envahit pas les tissus voisins, il est donc de bon pronostic.

-le cancer invasif ou infiltrant : il envahit les tissus voisins, pouvant disséminer dans tout l'organisme par les voies sanguines et lymphatiques. En effet, certaines tumeurs primaires peuvent progresser vers un envahissement plus global de l'organisme par échappement de cellules tumorales issues de cette tumeur primaire : on parle alors de métastases.

#### 4.2.2 Les facteurs de risque

---

Le cancer du sein est une pathologie multifactorielle (13). Il y a les facteurs de risques intrinsèques, liés à l'individu et non modifiables (âge, hérédité, antécédents familiaux...) et les facteurs de risques extrinsèques, modifiables (habitudes alimentaires, consommation de produits toxiques, exposition à des polluants...). Cependant, la mise en lumière de tous les facteurs de risque n'est pas encore faite à ce jour, d'où l'importance de la recherche. Le cancer du sein n'est pas, comme on pourrait le penser, une affection purement féminine, un petit pourcentage d'hommes est représenté dans les statistiques.

#### 4.2.3 Les symptômes

---

Les symptômes sont variés et ne signifient pas forcément qu'il s'agit d'un cancer, mais ils doivent alerter la femme qui doit consulter rapidement un médecin. Les principaux signes d'alerte sont :

- une grosseur à la palpation
- des ganglions palpables et indurés au niveau de l'aisselle
- une modification du tissu cutané du sein
- un changement de taille ou de forme d'un des seins.

#### 4.2.4 Le diagnostic

Le diagnostic a pour but d'affirmer l'existence de la tumeur, de déterminer son étendue et son agressivité. Le bilan initial comprend : un examen clinique, une mammographie associée à une échographie, une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) dans certains cas, un examen anatomo-pathologique de tissus prélevés. A l'issue de ce bilan, si des éléments laissent penser que la tumeur a pu se répandre (métastases), un bilan d'extension est fait. Il comprend : une radiographie du thorax, une scintigraphie osseuse, une échographie abdominale. Ceci est une liste modulable en fonction des aspects cliniques et du médecin prescripteur.

L'annonce du diagnostic est un élément primordial pour l'adhésion au traitement et le confort mental de la patiente. Elle nécessite la formation spécifique du personnel, on ne peut pas laisser la place à l'improvisation. Cette étape est cruciale car elle trace l'orientation de la prise en charge. Les psychologues définissent l'acceptation sur un modèle en plusieurs stades (choc, déni, négation, révolte, marchandage, dépression puis acceptation) mais le psychisme de la patiente est souvent bien plus complexe.

#### 4.3 Les traitements actuels : chirurgicaux, médicaux et paramédicaux

Depuis la mise en place du plan cancer, le dispositif d'annonce marque l'entrée de la patiente dans le dispositif de soins. Ce dispositif s'appuie sur des recommandations nationales et doit permettre d'élaborer avec la patiente un Projet Personnalisé de Soins Prévisionnels (PPSP). Il y a plusieurs options thérapeutiques en fonction de la taille et de la localisation de la tumeur, des résultats biologiques et de l'évolution de la maladie. Nous allons explorer les différentes armes thérapeutiques (14).

### 4.3.1 La chirurgie :

-la mastectomie ou mammectomie correspond à l'ablation de la totalité du sein

-la tumorectomie correspond à l'ablation de la tumeur avec suffisamment de tissu mammaire autour, de façon à passer en zone saine sans envahissement par la tumeur

-le curage axillaire est un retrait des ganglions lymphatiques de l'aisselle qui drainent les territoires mammaires

-le ganglion sentinelle est une technique récente qui correspond au prélèvement du premier relais ganglionnaire seulement, après repérage, évitant ainsi l'ablation de tous les ganglions

Notons que plus tard une autre chirurgie peut être proposée aux patientes en cas d'ablation du sein : la chirurgie reconstructrice.

### 4.3.2 La radiothérapie :

Le principe consiste à appliquer des rayons de haute énergie sur les cellules cancéreuses pour les détruire et réduire le volume tumoral. Il existe deux types de radiothérapie :

-la radiothérapie externe qui utilise une machine extérieure au corps pour produire les rayons

-la radiothérapie interstitielle ou curiethérapie est une technique par laquelle les rayons sont émis par un matériel radioactif placé à l'intérieur de la tumeur

#### 4.3.3 La chimiothérapie :

---

Elle consiste à administrer à la patiente des médicaments cytotoxiques qui agissent par voie générale ; soit par voie orale, soit en injection intraveineuse. Des effets secondaires tels que des nausées, des vomissements, des céphalées peuvent survenir.

#### 4.3.4 L'hormonothérapie :

---

C'est un traitement hormonal qui bloque la production d'œstrogènes, il n'a d'action que sur les cancers hormono-dépendants.

#### 4.3.5 La recherche :

---

Il existe d'autres options thérapeutiques qui sont de l'ordre expérimental telles que l'immunothérapie, qui utilise les cellules souches périphériques, actuellement en cours de validation par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps). L'adhésion d'une patiente à un protocole de recherche nécessite le consentement éclairé de celle-ci.

Les choix thérapeutiques se font en fonction de différents facteurs, le plus important étant le stade d'extension de la maladie, mais aussi l'âge, l'état de pré ou post-ménopause, l'état général de santé, la localisation et la taille de la tumeur. Chez la jeune femme, il faut adapter le traitement pour limiter le risque d'atteinte de la fonction de procréation et d'allaitement.

La prise en charge est réalisée par une équipe pluridisciplinaire : le médecin traitant est au centre du parcours de soins, il travaille avec le gynécologue, le diététicien, le radiologue, le médecin oncologue, le chirurgien oncologue, l'anesthésiste, le psychologue, l'infirmier, le diététicien et le masseur-kinésithérapeute. Les décisions sont prises en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

#### 4.3.6 La prise en charge en masso-kinésithérapie :

---

Pour décrire la prise en charge actuelle du cancer du sein, nous nous basons sur les publications de Jean-Claude Ferrandez (15) (16), masseur-kinésithérapeute à Avignon et membre de l'Association française des Kinésithérapeutes pour la recherche et le Traitement des atteintes Lympho-veineuses (AKTL)(17).

Le traitement est personnalisé car découlant du bilan diagnostique (BDK) effectué au préalable par le thérapeute, cependant toutes les déficiences découlent du geste chirurgical sur le creux axillaire. Il est important au préalable de connaître la pathologie, ses modalités de traitement et ses conséquences avant d'aborder la patiente.

En post-opératoire précoce : nous réalisons un massage cicatriciel sous le creux axillaire pour limiter les adhérences des plans cutanés et ainsi prévenir une limitation d'amplitude articulaire.

Dans le but d'améliorer ou de maintenir les amplitudes articulaires du complexe de l'épaule, nous réalisons une mobilisation active aidée douce à visée fonctionnelle (mettre la main sur la tête dans l'optique de se coiffer par exemple). Il est essentiel de travailler avec notre patiente la respiration abdomino-diaphragmatique qui permet d'obtenir une détente générale et un drainage des vaisseaux profonds par mécanisme de pression intra-abdominale.

La détente de la musculature ainsi que la lutte contre les contractures est réalisée par le massage de la large région cervico-scapulo-brachio-thoracique ; n'oublions en effet pas le lien très étroit entre épaule et rachis cervical dans la biomécanique humaine.

Le drainage lymphatique manuel est la technique de choix pour résorber l'œdème.

Toutes les techniques citées participent aussi à réduire les phénomènes douloureux.

En post-opératoire tardif, la rééducation au retour à domicile est spécifique des complications : un lymphœdème secondaire du membre supérieur, une raideur

articulaire, des rétractions musculaires, une thrombose lymphatique superficielle (les collecteurs qui étaient responsables de la lymphorrhée par leur béance se sont refermés et sont à l'origine de véritables brides sous-cutanées).

Selon les annales de kinésithérapie datant de juin 2000, R. Freund et M. Foldi exposent le traitement de choix des lymphœdèmes : la **Physiothérapie Complexe Décongestive** ou PCD. Le principe repose en quatre actions : des mesures d'hygiène et de soins de la peau, le drainage lymphatique manuel, le traitement compressif et la gymnastique décongestive. Stéphane Vignes, médecin chef de service à l'unité de lymphologie à l'hôpital Cognacq-Jay à Paris étaye également les atouts de la PCD dans son article « Prise en charge des patients atteints de lymphœdème » datant de 2009 (18).

L'objectif de notre travail repose maintenant sur le transfert de certains points de ce traitement dans un projet d'éducation thérapeutique au plus proche des dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (4).

## 5. Proposition d'un projet d'éducation thérapeutique en masso-kinésithérapie pour des patientes opérées d'un cancer du sein

---

### 5.1 Les raisons de ce projet

---

Le projet a pour point de départ un constat. Lors du parcours de stage en milieu hospitalier et en libéral, nous avons été amenés à suivre la prise en charge de patientes qui avaient souffert d'un cancer du sein, le motif de soin en masso-kinésithérapie était pour certaines directement lié au cancer (traitement du lymphœdème, récupération d'amplitudes articulaires de l'épaule), pour d'autres non (une patiente âgée de 76 ans hospitalisée pour bilan de chute à répétition qui présentait un gros bras depuis 10 ans suite à un curage axillaire). Nous avons abordé le sujet du cancer avec bon nombre d'entre elles et des éléments sont apparus de façon récurrente dans leurs discours : la répercussion de la chirurgie sur la mobilité de l'épaule, le préjudice esthétique du lymphœdème du membre supérieur, et la restriction aux activités de vie quotidienne et aux loisirs.

Les déficiences retrouvées étaient principalement un œdème persistant du membre ainsi qu'une perte d'amplitudes articulaires du complexe de l'épaule par adhérence cicatricielle ou sous-utilisation.

A la section hospitalière B de l'Institut Régional de Réadaptation nous avons pu rencontrer et échanger avec une patiente ayant été traitée pour un cancer du sein sur Nancy. Elle y est encore suivie actuellement en masso-kinésithérapie pour un œdème du membre supérieur. Cette rencontre nous a permis de mesurer les épreuves que peuvent représenter la maladie, et nous faire partager le regard qu'elle porte sur la prise en charge en rééducation. Avec son accord, voici quelques éléments de notre discussion. Nous avons abordé ensemble l'agressivité des soins, pourtant vitaux (radiothérapie, chimiothérapie puis hormonothérapie) ; la dégradation physique, la modification de l'image de soi (perte des cheveux, vieillissement de la peau, plus de cycle menstruel...) : « mon corps était à vif, je brûlais de l'intérieur », « avant, j'étais brune aux cheveux longs, aujourd'hui ils ont repoussé blancs et très fins », « pendant la période de chimiothérapie, j'étais sortie de mon corps, cette

dissociation m'a sauvée ». Sa prise en charge en rééducation lui a apporté beaucoup, mais elle est convaincue qu'il s'agit avant tout de la personnalité de sa thérapeute : « j'ai alors pu rebrancher le bras sur le reste du corps », « elle (sa kinésithérapeute) m'a regroupée », « j'y ai trouvé une écoute, sans minimiser ni dramatiser », « on m'a donné les moyens de me gérer moi-même, de faire participer mon époux, sans être dépendante de l'hôpital », « elle a compris que les bandages représentaient une honte pour moi, elle a donc utilisé des chemins détournés », « ma souffrance morale se traduit par pics, il faut savoir la détecter ». Cette rencontre a été très riche et a permis de rendre notre projet concret et cohérent.

La prise en charge en rééducation est, nous l'avons vu, bien établie : mobilisations articulaires, exercices actifs de sollicitation musculaire, drainage lymphatique, bandages compressifs, soins de peau. Cependant il y a dans ces techniques de soins des compétences transférables aux patientes dans une démarche d'éducation.

Parallèlement à cela, nous avons pu assister à des séances d'éducation thérapeutique à l'Unité de Réadaptation Cardiovasculaire du centre hospitalier de Verdun, ce qui nous a permis de comprendre les aspects pratiques de mise en place d'une éducation et d'estimer les bénéfices d'une telle prise en charge sur les patients.

## 5.2 Les patientes et les professionnels de santé concernés par le projet

Ce travail est un projet concernant spécifiquement la masso-kinésithérapie, cependant n'oublions pas que ce n'est qu'une partie d'une mosaïque de propositions qui viendraient d'autres professionnels de santé. Nous avons vu que la prise en charge des patientes est multidisciplinaire, le masseur-kinésithérapeute étant un des maillons de la chaîne. De plus, la Haute Autorité de Santé stipule qu'une éducation thérapeutique doit faire interagir plusieurs professions. Un médecin, une infirmière et une psychologue paraissent être des soignants indispensables au projet, mais cette liste n'est pas exhaustive et d'autres professionnels de santé peuvent intervenir suivant le profil des patientes.

Les patientes concernées sont toutes celles ayant subi une chirurgie et donc à même de présenter des complications ; avec, nous l'avons vu, plus ou moins de probabilités selon la technique chirurgicale choisie.

Même si intégrer les cancers dans la famille des maladies chroniques peut être discutable, les séquelles du cancer ou de son traitement sont, elles, indiscutablement chroniques.

Notre projet s'adapte à la période hospitalière (post-opératoire précoce), mais aussi au long court en cabinet de ville, ou en consultations externes de suivi à l'hôpital.

Les facteurs de risque du cancer du sein sont différents de ceux des maladies cardio-vasculaires par exemple. En effet, le cancer du sein est la résultante de nombreux facteurs, mais essentiellement extrinsèques à la patiente, elle ne peut donc pas agir dessus en modifiant son comportement. Par contre les complications de la chirurgie sont soumises, quant à elles, à des facteurs modifiables par la patiente. Il faut donc rechercher une attention nouvelle, une vigilance toute particulière à des risques spécifiques et nouveaux, ainsi que l'acquisition de certains gestes thérapeutiques. Tous ces éléments nouveaux doivent faire partie du quotidien, sans générer d'angoisse ni de souffrance.

### 5.3 Le projet d'éducation thérapeutique

#### 5.3.1 La forme générale du projet

Il s'agit ici de déterminer les méthodes éducatives que nous souhaitons utiliser pour le projet.

A chaque étape correspond des objectifs, des méthodes pédagogiques et des outils spécifiques. Nous nous basons sur un programme éducatif qui a fait ses preuves (19), il s'agit du programme PEGASE (Programme Educatif pour une Gestion Améliorée des Sujets à risque cardiovasculaire Elevé), mis en place comme son nom l'indique pour des patients à risque cardiaque.

Le projet PEGASE résulte de la collaboration de plusieurs acteurs : l'unité de prévention cardiovasculaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, l'INPES

(Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), et le laboratoire AstraZeneca.

Nous faisons le choix de nous inspirer de la forme de leur solide protocole afin de combler notre manque d'expérience à ce sujet et avoir ainsi une trame au plus proche des recommandations actuelles.

*Le projet comporte trois phases :*

- une phase de préparation et de bilan, il s'agit d'un état des lieux des connaissances, des compétences et des questionnements : c'est le diagnostic éducatif et la planification des séances.
- une phase d'action dont le but est l'acquisition de compétences avec résolution de problèmes, communication interpersonnelle en lien avec le projet personnel. Il s'agit de la mise en œuvre des séances.
- une phase de stabilisation dont le but est de renforcer les compétences acquises, et de quantifier l'efficacité du projet de soin : c'est la période de l'évaluation

Appliquons maintenant cette trame à notre projet, en débutant par la période de bilan : l'élaboration du diagnostic éducatif.

### 5.3.2 Le diagnostic éducatif

Il prend la forme d'un entretien individuel. C'est l'élément clé du projet, l'objectif est de faire connaissance avec la patiente, dans toutes ses dimensions : sa personnalité, son vécu de la maladie, son entourage personnel et professionnel, ses habitudes de vie, ses attentes et ses craintes, sa motivation au changement.

Il s'agit d'une action guidée, centrée sur la personne dont un des principes est la prise de conscience du comportement et pouvoir envisager de le modifier si cela est nécessaire pour la santé. La motivation est fondée sur une balance décisionnelle entre avantages et inconvénients découlant du changement en question. La disposition au changement est un modèle d'approche comportementale introduit à la fin des années 1970 par deux psychologues : Mr Prochaska et Mr Diclemente (20). Ces auteurs ont établis cinq stades d'évolution :

-le stade d'indétermination : la personne ne voit pas d'intérêt au changement. La balance décisionnelle penche totalement du côté du non-changement.

-le stade d'intention : les deux pôles de la balance motivationnelle tendent à s'égaliser. La personne admet qu'il y a des bénéfices au changement et que ses choix actuels peuvent présenter des inconvénients.

-le stade de préparation : la personne souhaite modifier son comportement, mais ce stade est caractérisé par les craintes d'un changement. Ces craintes représentent encore un lourd frein.

-le stade d'action : la balance décisionnelle bascule du côté des avantages d'un changement, les craintes du stade précédent diminuent. Les bénéfices perçus lors de l'amorce de changement renforcent la balance décisionnelle.

-le stade de consolidation : c'est la réussite du changement ; mais ce dernier stade peut être temporaire ; en effet la modification d'un facteur dans la vie de la personne peut conduire à une rechute, aboutissant le plus souvent à un retour au stade d'intention.

En 1991, les psychologues William Miller et Steve Rollnick ont développé l'entretien motivationnel en addictologie. Ce modèle s'applique aujourd'hui aussi à l'éducation thérapeutique. Ils se sont basés sur ce modèle transthéorique de changement de Prochaska en y ajoutant les éléments de la motivation, de l'ambivalence, du changement et du phénomène de résistance (ou de frein). La motivation présente des différents degrés, nous pouvons la coter sur une Echelle Visuelle Analogique (EVA) en consultation d'addictologie. Elle présente aussi différents moteurs : la santé, l'esthétique, l'inclusion sociale... ; mais cette motivation peut être altérée si le patient présente d'autres difficultés qui occupent son temps et son esprit (problèmes conjugaux, licenciement, décès d'un parent...) : le changement de comportement n'est alors plus la priorité. L'ambivalence doit être perçue par le thérapeute, il s'agit de la persistance chez le patient de certains avantages au non-changement, ceci se traduit par des blocages, une progression non linéaire lors de l'éducation thérapeutique. Il est essentiel d'évaluer aussi la confiance en soi de la personne car elle est très liée aux craintes du changement, la personne se demande si elle peut réussir à comprendre, à appliquer les principes qu'elle a vue lors des séances.

Nous avons mis au point une proposition de fiche de diagnostic éducatif que le soignant peut utiliser comme trace écrite dans le dossier de la patiente. On peut y voir une relation avec le Bilan Diagnostic Kiné (BDK), évaluation validée concernant la masso-kinésithérapie. **(ANNEXE II)**

De façon concrète, le thérapeute rencontre la patiente sur rendez-vous, dans une salle calme et accueillante. L'attitude du soignant lors de l'entrevue est capitale pour un bon diagnostic. Il faut manifester de l'empathie, par le langage verbal (« je comprends ») mais aussi par le langage non-verbal (être ouvert au discours de la patiente, ne pas croiser les bras par exemple). Il faut également renforcer chez la patiente le sentiment de liberté de choix. Il faut éviter de créer tout sentiment de jugement, sinon la relation de confiance est impossible.

Les psychologues Rollnick et Miller (21) ont développé une méthodologie de l'entretien : poser des questions ouvertes, avoir une écoute active en utilisant la reformulation, soutenir les besoins de changement exprimés, et faire de brefs résumés.

### 5.3.3 La fiche d'adhésion

---

Nous avons vu que toute prise en charge débute par le consentement éclairé de la patiente. La Haute Autorité de Santé préconise un accord écrit des deux parties (équipe de soin et patiente). **(ANNEXE III)**

### 5.3.4 Définition du programme et des priorités d'apprentissage

---

Le programme est fonction du diagnostic. Il s'agit de déterminer les compétences à acquérir par la patiente au terme du programme d'éducation thérapeutique afin de prévenir les complications ultérieures à la chirurgie.

Nous travaillons sur les deux axes recommandés par la Haute Autorité de Santé : les compétences d'autosoins et les compétences d'adaptation dans son guide « Affection longue durée, cancer du sein » publié en janvier 2010 (22). Le projet contribue au développement de compétences qui permettent à la patiente de :

- connaître et intégrer les précautions à prendre après une chirurgie ou en présence d'un lymphœdème

- identifier les signes de lymphangite qui doivent amener à consulter
- faire face à des changements de son mode de vie

En fonction de l'analyse du diagnostic éducatif individuel, une ou plusieurs séances sont mises en place. En effet, la patiente choisit avec le thérapeute ce qu'elle souhaite travailler en éducation thérapeutique. Ces trois compétences que nous avons choisies ne représentent pas une liste fermée, d'autres pourraient y être ajoutées en fonction du profil de la patiente.

Voyons maintenant comment nous mettons en œuvre les séances.

### 5.3.5 Planification et mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique

---

Le projet comporte donc trois séances, correspondant aux compétences à acquérir. L'apprentissage de compétences nécessite la mise en place de ressources éducatives appropriées : des techniques de communication centrées sur la patiente (écoute active, empathie, attitude encourageante et positive), des techniques pédagogiques (table-ronde, analyse d'une situation, activités sportives...) et des outils (questionnaires, schémas...).

Pour chaque séance, nous rédigeons une fiche pédagogique fixant les détails de celle-ci. Ces « fiches techniques » sont récapitulatives des séances, destinées uniquement à l'usage de l'équipe thérapeutique. Elles doivent être validées par le coordonnateur du projet avant d'être appliquées. Nous préparons également le support destiné aux patientes (questionnaire, livret, planches anatomiques) qui sera le vecteur de l'information.

Les conditions d'accueil des patientes sont essentielles. Le lieu choisi est une salle calme, autour d'une table ronde afin de faciliter les échanges et ne pas faire ressentir une situation désagréable d'apprentissage scolaire. Un thé ou un café sont proposés à l'arrivée de la patiente afin de démarquer d'un acte de soin habituel. L'éducateur ne porte pas de blouse blanche, toujours dans le même objectif.

La Haute Autorité de Santé préconise aussi « d'impliquer l'entourage de la patiente dans la gestion de sa maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent ». C'est pour cela que nous faisons le choix d'ouvrir les séances aux

aidants des patientes. Il est important de définir ce qu'est « un aidant » et déterminer son rôle dans le protocole de soin. L'implication de l'entourage dans le projet d'éducation thérapeutique est primordiale. Les « aidants » sont souvent les vecteurs de la réussite d'un parcours de soin, grâce à leur motivation et leur soutien pour nos patientes. Lorsqu'on recherche la signification du mot « aide », les mots « destinée à faciliter », « pallier à », « assurer soin et confort » sont les termes les plus fréquents (24). En effet, l'aidant est « la béquille » de notre patiente, l'aide qui va lui permettre de traverser la maladie et ses conséquences. Avoir un aidant solide est un atout pour le parcours de soin de notre patiente et pour sa qualité de vie. Il peut être le conjoint bien-sûr, mais pas seulement : une amie, une mère, un père, une sœur peuvent aussi prendre ce rôle. Il est le lien entre l'équipe médicale et la patiente. Notre rôle de thérapeute est donc de l'inclure dans la démarche de soin, l'informer, le faire participer, tout en veillant à ne pas trop « le charger » de responsabilités trop lourdes. N'oublions pas que contrairement à un soignant, l'aidant a un fort lien affectif avec la patiente et cela le met en situation de fragilité. Le bon état de santé psychologique de l'aidant est capital pour la réussite du projet de soin.

Voyons maintenant le contenu de la première séance proposée.

- **Séance 1, intitulée « l'œdème, ça vous parle ? »**

Dans cette première séance, la compétence visée est de connaître et intégrer les précautions à prendre après une chirurgie et/ou en présence d'un lymphœdème.

La connaissance et la compréhension des mécanismes générant l'œdème du membre supérieur sont essentielles à la patiente afin de mieux gérer son apparition et son traitement. Le but n'est pas de transformer la patiente en experte du système lymphatique mais simplement de lui donner les clés pour comprendre et savoir agir pour elle-même et par elle-même.

Le masseur-kinésithérapeute, par ses connaissances anatomiques et ses techniques de soin, est un des soignants les mieux placés pour éduquer les patientes.

Nous choisissons de proposer une séance collective afin de rechercher l'émulation de groupe et permettre les échanges entre patientes. **(ANNEXE IV)**

La séance dure une heure, répartie en deux temps. Tout d'abord 40 minutes pendant lesquelles les patientes répondent à un questionnaire à choix multiples (**ANNEXE V**), avec un temps d'analyse avec le soignant après chaque question, et enfin, 20 minutes de discussion ouverte sur le sujet.

Le masseur-kinésithérapeute corrige les questions les unes après les autres afin de pouvoir accroître les connaissances au fur et à mesure du questionnaire. A la fin de la séance, nous distribuons une correction écrite.

- **Séance 2, intitulée « Reconnaissance des signes infectieux »**

Cette séance a pour but de pouvoir identifier les signes de lymphangite ou d'érysipèle qui doivent amener à consulter. Ce second objectif du programme sollicite encore les compétences de prévention du masseur-kinésithérapeute. Sans faire un diagnostic médical, il est de notre devoir d'apprendre aux patientes à repérer les signes d'alerte d'une infection. En effet, la zone opérée présente une insuffisance immunitaire qui risque de péjorer toute altération de la peau, toute blessure.

Il est important de définir les deux principaux risques infectieux : la lymphangite et l'érysipèle. La lymphangite est « une inflammation des troncs lymphatiques » selon le dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare (23). La clinique montre un cordon sous-cutané rouge, douloureux et induré suivant le trajet du tronc lymphatique jusqu'à un nœud lymphatique axillaire. Si la lymphangite n'est pas traitée, il peut y avoir un risque de septicémie.

L'érysipèle est une atteinte dermatologique : « c'est une dermo-hypodermite infectieuse aigue caractérisée par une plaque rouge, surélevée s'accompagnant de signes généraux sévères. » selon le dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare (23). Cette plaque va distendre le réseau lymphatique superficiel et l'infection va ainsi disséminer progressivement dans le réseau lymphatique.

Dans les deux cas, la patiente va présenter une hyperthermie soudaine et sévère. Une consultation médicale s'impose alors en urgence. Grâce aux nouvelles connaissances acquises sur le sujet, nos patientes peuvent agir rapidement et ainsi prévenir des complications importantes. Sur le plan pratique, cette séance se déroule comme la précédente, en groupe, et le support pédagogique principal est un questionnaire. (**ANNEXES VI et VII**)

- **Séance 3, intitulée « Atelier de réveil corporel »**

La compétence à atteindre pour cet atelier est de savoir faire face aux modifications du corps et du mode de vie. En effet, la maladie bouleverse la vie de la patiente. La modification de l'image de soi, la fatigue, l'agressivité des traitements, le bouleversement hormonal sont autant d'éléments qui influencent et modifient la manière de se mouvoir, se regarder, prendre soin de soi.

L'intervention d'un soignant pendant le parcours de soin qui « reconnecte » le corps au mental est capitale. Le masseur-kinésithérapeute doit être celui-là.

Pour donner quelques pistes à la patiente afin de reprendre contact avec son corps, se le réapproprier, nous proposons une séance d'exercice physique doux, de respiration, et d'automassage. Cette séance d'éducation a trois objectifs : prévenir les raideurs du complexe articulaire de l'épaule du côté opéré, encourager un retour à une activité physique adaptée, et utiliser des techniques corporelles pour permettre un mieux-être. C'est une séance d'initiation qui permet aux femmes de découvrir les techniques. Si elles le souhaitent ou en ressentent le besoin, d'autres séances peuvent être proposées soit dans le cadre de l'éducation thérapeutique, soit par un relais libéral.

Les patientes sont accueillies dans une salle de rééducation suffisamment spacieuse avec des tapis de sol, des ballons de Klein, un espalier, un lecteur CD. Elles doivent porter une tenue ample et pratique. Des bouteilles d'eau sont à leur disposition. La séance dure 60 minutes. **(ANNEXES VIII et IX)**

Après la proposition des séances, voyons comment s'organise la suite, et notamment l'évaluation du programme.

#### 5.4 La coordination, l'organisation et l'évaluation des séances

Une bonne coordination du projet est capitale pour la réussite de l'éducation thérapeutique. La force d'une équipe multidisciplinaire peut devenir une faiblesse s'il n'y a pas suffisamment d'échange entre les intervenants, c'est le rôle du coordonnateur du projet, possédant un diplôme universitaire de niveau 2.

A la fin du programme, une évaluation individuelle est proposée afin de s'assurer qu'il a répondu aux attentes et aux besoins de la patiente. Le thérapeute fait le point sur les compétences acquises par la patiente en revenant sur les objectifs découlant du diagnostic éducatif de départ.

La Haute Autorité de Santé définit trois objectifs à l'évaluation (4):

- permettre à la patiente d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif et son organisation
- s'assurer de la pertinence du diagnostic éducatif et de l'acquisition des compétences en fonction des priorités d'apprentissage
- permettre à la patiente d'exprimer son vécu de la maladie et sa manière de gérer au quotidien sa maladie

Nous proposons en **ANNEXE X** une fiche support d'évaluation qui répond au mieux à ces objectifs. Il s'agit d'un tableau de synthèse des compétences qui pourra suivre la patiente tout au long de son parcours de santé.

L'évaluation est réalisée de façon individuelle, avec l'aidant s'il a participé au protocole. La rencontre se déroule dans un bureau calme, le temps de l'entretien est volontairement non défini car il nous semble important d'accorder à chacune un temps nécessaire qui peut être variable.

## 6. Discussion

---

Ce travail nous invite à nous pencher sur une pathologie fréquente, avec plus d'un million de nouveaux cas par an dans le monde, et en constante augmentation.

L'efficacité des traitements qui permet souvent une guérison rend discutable le qualificatif de maladie chronique pour le cancer du sein. Cependant, les séquelles des traitements, quand il y en a, sont manifestement chroniques.

Ce travail aborde l'autonomie des patientes, leur qualité de vie et leur bien-être pendant et après le traitement de leur cancer. L'éducation thérapeutique est un soin qui favorise cela, et nous avons démontré que le masseur-kinésithérapeute y a toute sa place.

Nous n'avons pas pu appliquer ce projet, ce qui lui donne sans doute un aspect standardisé, et nous prive d'ajustements possibles que seule une expérience concrète peut apporter. Car c'est grâce à la participation active des patientes et à l'expérience des thérapeutes que nous pourrions améliorer le protocole.

Les supports pédagogiques, les modalités des séances, sont modifiables en fonction des personnes concernées, leurs connaissances initiales, leurs capacités et leurs demandes.

Le centre hospitalier de Verdun a fait preuve d'un intérêt pour ce projet. Il reste, néanmoins, beaucoup de travail : identification des différents intervenants formés, organisation des entretiens avec les patientes.

Une nouvelle question se pose : quand évoquer avec elles la possibilité de rejoindre un atelier d'éducation thérapeutique ? Il nous semble judicieux d'en discuter en préopératoire lors de la consultation chirurgicale, même si le programme ne débute qu'après l'intervention, de façon à laisser à la patiente le temps d'intégrer les soins à venir et l'avenir après la chirurgie.

Ce travail a pour seule finalité de permettre à des femmes ayant subi une atteinte dans leur féminité, d'éviter, par des gestes simples et assimilables par l'ensemble des acteurs du traitement, des conséquences supplémentaires physiques et psychiques.

## 7. Conclusion

---

Après avoir défini l'éducation thérapeutique, nous avons démontré la position capitale que peut y prendre le masseur-kinésithérapeute.

Quant au cancer du sein, il touche les femmes dans leur corps, leur image de soi, leur féminité et leur vie quotidienne. Même si classer le cancer du sein comme pathologie chronique est tout à fait discutable, les conséquences physiques et psychologiques qu'il entraîne à long terme en font indiscutablement une atteinte chronique.

Le masseur-kinésithérapeute a un rôle majeur à prendre dans le traitement de ces patientes, tant sur le plan physique que sur le plan du bien-être et de la qualité de vie. Une vision globale et multidimensionnelle de la personne permet de soigner efficacement et à long terme.

Dans l'avenir, la continuité de ce travail est une participation à la formation en éducation thérapeutique, afin de pouvoir appliquer dans notre pratique quotidienne cette technique de soin.

Ce travail nous a permis de nous ouvrir à une autre façon de soigner, aussi riche sur le plan technique que sur le plan humain.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1-CHARBONNEL BERTRAND SAOUT, Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, septembre 2008, <[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)> (page consultée le 08/01/2012)

2-Pr GRUNFELD JP, Recommandations pour le plan cancer 2009-2013, <[www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)> (page consultée le 09/09/2012)

3. World Health Organization (OMS) Education thérapeutique du patient: programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques: recommandations d'un groupe de travail de l'OMS.1998. <<http://dosei.who.int/uhtbin/cgisirsi/dsdm4K1VU0>> (page consultée le 13/06/2011)

4. HAS (Haute Autorité de Santé) guide méthodologique Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. < <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c-601788> > (page consultée le 03/06/2011; 14/11/2011)

5. DALLOZ. Code de la santé publique, loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » (Art. L. 1161-1 à L. 1161-4). Paris : Dalloz, 2009.

6. Legifrance, arrêté relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation, 2 aout 2010. <

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664592>>  
(page consultée les 15/06/2011 ; 14/11/2011)

7. Legifrance, décret 2010-906 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, 2 aout 2010.

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664557>>  
(page consultée le 15/06/2011)

8. Legifrance, décret 2010-904 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, 2 aout 2010.

<<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533>> (page consultée le 15/06/2011)

9. Agences régionales de santé (ARS). Financer, professionnaliser et coordonner la prévention. Saint Denis : INPES. Coll. Varia, 2009 : 160pages, page 36

10. GEDDA M, Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique, décembre 2005, <<http://www.ipcem.org>> (page consultée le 12/02/2012)

11. DUFOUR M. Anatomie de l'appareil locomoteur tête et tronc. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 2009. ISBN 978-2-294-7148-3

12. KAMINA. Anatomie clinique. 4<sup>e</sup> éd. Paris : Maloine, 2009. ISBN 978-2-224-03183-1
  
13. BROWN Z, FREEMAN H, CAMILLERI JP, PLATT E. Le cancer du sein: 100 questions réponses. EDP sciences, 2008. 235p.ISBN 978-2-7598-0080-3
  
14. WEIL M., Les traitements des cancers du sein hier, aujourd'hui et demain, Paris, éd. De Fallois, 2002.
  
15. FERRANDEZ JC, SERIN D. Rééducation et cancer du sein. Paris : Elsevier-Masson, 2006.
  
16. Ferrandez J.-C. Kinésithérapie après cancer du sein. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine Physique- Réadaptation, 26-570-G-10, 2010.
  
17. AKTL FERRANDEZ JC (Association française des masseurs-Kinésithérapeutes pour la recherche et le Traitement des atteintes Lympho-veineuses) Physiopathologie du système lymphatique et implications kinésithérapiques dans le traitement des œdèmes. <<http://www.aktl.org/actualite-articles>> (page consultée le 08/01/2012)
  
18. SIMON D, TRAYNARD Y, BOURDILLON F, GAGNAYRE R, GRIMALDI A. Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 2009. 307p.ISBN 978-2-294-70467-3

19. DURACK-BROWN I, GIRAL P, CHADAREVIAN R, BENKRITLY A, BRUCKERT E. Stratégies pédagogiques et outils pragmatiques pour réduire le risque cardiovasculaire. Education thérapeutique. Paris : Masson, 2009, p. 163-169
20. PROCHASKA O, DICLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J consult clin psychology 1983; 51: 390-395
21. TRAYNARD P-Y, GAGNAYRE R, Le diagnostic éducatif. Education thérapeutique. Paris : Masson 2009, p.9-11
22. HAS (Haute Autorité de Santé) Guide affection longue durée Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, cancer du sein, janvier 2010 <[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)> (page consultée les 02/09/2011 ; 05/02/2012)
23. GARNIER DELAMARE. Dictionnaire des termes de médecine. 27<sup>E</sup> éd. Paris : Maloine, 2002. ISBN 2-224-02737-0
24. DOUSSET M-P., Vivre pendant un cancer : livre à l'usage des proches et des malades, Paris, Seuil Pratique, 1999.
25. Kerleau JM et Lévesque H. Œdèmes des membres inférieurs. Encycl. Méd. Chir (Elsevier, Paris), Angiologie, 19-0520, 1997-podologie, 1999, 6p.
26. THEYS S. Le lymphœdème secondaire : physiopathologie. Cancer du sein et médecine de rééducation. Paris : Masson, 2007. P 83-90.

# ANNEXES

---

## SCHEMA ANATOMIQUE SELON KAMINA

VAISSEAUX DU MEMBRE SUPERIEUR 11

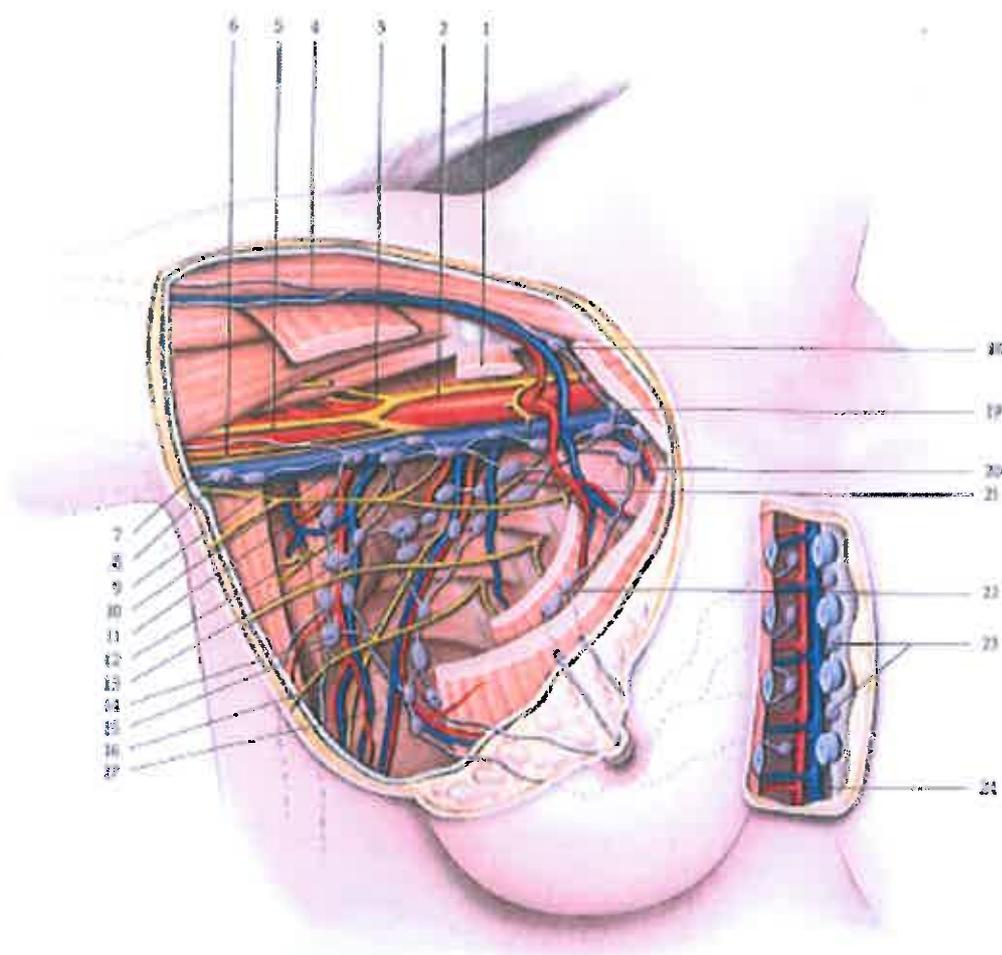


FIG. 13-62. Lymphocentre axillaire et lymphatiques de bras

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. m. petit pectoral                   | 8. n. cutané axillaire du bras      | 17. lymphocentre postpectoraux      |
| 2. faisceau latéral du plexus brachial | 10. lymphocentre latéraux           | 18. lymphocentre infraclaviculaires |
| 3. n. musculocutané                    | 11. a. et v. sous-claviculaires     | 19. lymphocentre apicaux            |
| 4. v. céphalique                       | 12. n. du m. grand dorsal           | 20. a. et v. thoraciques sup.       |
| 5. n. axillaire                        | 13. lymphocentre costaux            | 21. 2 <sup>e</sup> n. intercostal   |
| 6. n. axillaire                        | 14. lymphocentre supraclaviculaires | 22. lymphocentre latipectoraux      |
| 7. n. cutané latéral de l'épaule       | 15. m. brachial long                | 23. lymphocentre postérieurs        |
| 8. lymphocentre axillaire              | 16. a. et v. thoraciques inférieurs | 24. a. et v. thoraciques inférieurs |

**DIAGNOSTIC EDUCATIF**

(à remplir en intégralité par le thérapeute)

Réalisé le :

Par :

- Renseignements généraux :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Personne à prévenir :

Médecin traitant :

Médecins spécialistes :

- Renseignements médicaux :

Diagnostic :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents de suivi éducatif :

Traitements en cours (radiothérapie, chimiothérapie, autre) :



- Evaluation cognitive :

-problèmes auditifs :

-problèmes visuels :

-langue parlée :

-langue écrite :

-mode d'apprentissage préféré :

- Origine des connaissances sur la maladie :

Recherches internet / émissions de télévision / informations médicales ou paramédicales / échange avec d'autres malades ou entourage de malades

- Que sait-elle sur le cancer du sein ? quelles sont ses croyances par rapport à la maladie et au monde de la santé ?

- Les expériences de la patiente et le vécu de la maladie :

-le passé :

-actuellement :

- Dimension de la pathologie par rapport à la famille :

- Point de vue de la patiente et besoins exprimés :

- Projet de la patiente :

---

## ANALYSE DE L'ENTRETIEN

---

- Niveau émotionnel (à coter sur une échelle de 0 à 10)
  - stress :
  - anxiété :
  - dépression :
  - niveau relationnel (famille, travail, social) :
  
- Estime de soi et confiance en soi (à coter sur une échelle de 0 à 10) :
  
- Aptitude au changement (déterminer le stade de Prochaska) :
  - stade d'indétermination (pas de changement envisagé)
  - stade d'intention (l'idée de changer fait doucement son chemin)
  - stade de préparation (prise de décision de changer)
  - stade d'action (le changement est en cours)
  - stade de consolidation (pérenniser le changement)
  - stade de rechute (non maintien du changement dans le temps, retour en arrière)
  
- Le ou les facteurs de motivation (gain fonctionnel, aspect esthétique ...) :
  
  
- Les freins rencontrés (sociaux, familiaux, professionnels, personnels...) :

Conclusion :

**FICHE D'ADHESION**

Je, soussignée Mme, Mlle....., reconnais avoir été informée du déroulement du programme d'éducation thérapeutique dans le cadre du cancer du sein.

Ma participation est totalement volontaire.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données informatisées me concernant.

Je peux, si je le souhaite interrompre ma participation au programme, à tout moment sans justification à donner ni préjudice d'aucune nature.

Fait à :                      Le :

Signature de la patiente :

Signature du référent ETP :

Signature de l'aidant :

---

**FICHE PEDAGOGIQUE SEANCE 1**

---

**Uniquement à l'usage du thérapeute**

Intitulé de la séance : « l'œdème, ça vous parle? »

Compétences à atteindre : connaître le mécanisme du lymphœdème et intégrer les précautions à prendre après une chirurgie du cancer du sein

Durée de la séance : 60 minutes

Modalités : en groupe, au minimum 3 personnes, au maximum 8 personnes

Personnes concernées : toutes les patientes opérées d'un cancer du sein, quelle que soit la chirurgie, et désireuse de participer à cette séance

Educateur : masseur- kinésithérapeute formé à l'ETP

Lieu : salle dédiée à l'éducation, accueillante et spacieuse, munie d'une table ronde, de chaises, d'un paper-board

Supports pédagogiques utilisés : questionnaire et planches anatomiques

Déroulement de la séance :

Evaluation des connaissances et des croyances par réponses individuelles au questionnaire puis correction par l'éducateur à l'aide de planches anatomiques au fur et à mesure des réponses. Puis échange libre, tour de table sur le sujet

---

**QUESTIONNAIRE SEANCE 1 : « L'ŒDEME, ÇA VOUS PARLE ? »**

---

Petit tour des idées reçues et des éléments à connaître

Ceci n'est pas une interrogation donc pas de panique !

1 Le cancer est :

- une maladie génétique due à la multiplication de cellules malades
- une maladie due à une multitude de facteurs : terrain héréditaire, facteurs d'environnement, habitudes de vie... dont certains sont encore inconnus
- une maladie qui entraîne une tumeur bénigne ou maligne

*Correction : le cancer est une maladie due à une multitude de facteurs dont certains sont encore inconnus. Une tumeur est un excès de tissu : une tumeur bénigne n'est pas un cancer, une tumeur maligne est un cancer ; elle est constituée de cellules qui croissent rapidement et se divisent sans contrôle.*

2 Le système lymphatique est :

- étroitement lié aux vaisseaux sanguins (artères et veines)
- sans aucun lien avec les vaisseaux sanguins
- je ne sais pas

*Correction : le système lymphatique est étroitement lié aux vaisseaux sanguins car il est parallèle, ils communiquent entre eux par l'intermédiaire de capillaires.*

3 Le système lymphatique est :

- un ensemble de vaisseaux seulement, de la simple « tuyauterie »
- un ensemble de vaisseaux mais aussi d'organes
- je ne sais pas

*Correction : le système lymphatique regroupe les vaisseaux lymphatiques, les nœuds lymphatiques, mais aussi les organes lymphoïdes (la rate, le thymus, la moelle osseuse, les muqueuses digestives et respiratoires)*

4 Les vaisseaux lymphatiques véhiculent la lymphe. A votre avis qu'est-ce que la lymphe ?

- un mélange de sang et d'eau
- un mélange de sérum et de lymphocytes
- je n'en ai aucune idée

*Correction : la lymphe est un liquide jaune clair constitué essentiellement de sérum et de lymphocytes. Les lymphocytes sont des globules blancs.*

5 On parle souvent de ganglions, de nœuds lymphatiques et de lymphonœuds. Pensez-vous que ce soit la même chose ?

- non, ce sont des éléments différents
- oui, ce sont les synonymes d'un même terme
- je ne sais pas

*Correction : oui, ces trois termes correspondent à la même structure anatomique, on parle plus familièrement de ganglion lymphatique. Les vaisseaux lymphatiques font relais dans les nœuds lymphatiques, puis de nœuds en nœuds ils se terminent dans deux troncs principaux.*

6 Le creux axillaire est :

- le pli du coude
- le creux au niveau de l'aisselle
- derrière le mamelon

*Correction : le creux axillaire est le creux au niveau de l'aisselle, il représente la voie de drainage lymphatique principale du sein expliquant l'intérêt chirurgical de cette région.*

7 A distance de l'intervention, il y a toujours un lymphœdème du membre supérieur :

- vrai
- faux
- je ne sais pas

*Correction : faux. Même si le réseau lymphatique est lésé par l'opération, il y a un phénomène naturel d'ouverture de voies de suppléance (si l'autoroute est bouchée, les automobilistes prennent la nationale). Soit le réseau de suppléance est suffisamment efficace, il n'y a alors pas d'œdème visible, soit il ne parvient pas à tout supporter et il y a apparition de l'œdème. Mais nous ne sommes pas tous égaux face à ce phénomène car chaque personne a son capital lymphatique pré-existant, plus ou moins efficace. Nombre de patientes ne présenteront jamais de lymphœdème quoi qu'il arrive.*

8 Il y a un lien entre lymphœdème et risque infectieux :

-vrai

-faux

-je ne sais pas

*Correction : vrai car la diminution de la résorption lymphatique se traduit aussi par une diminution du drainage des germes bactériens qui sont à l'origine de poussées infectieuses. Le mauvais drainage des germes favorise les épisodes infectieux.*

9 Le risque de développer un lymphœdème survient :

-seulement dans les jours suivant l'intervention

-seulement plusieurs mois après l'intervention

-tout au long de la vie

*Correction : ce risque est constant tout au long de la vie de la patiente. Le délai de survenue de l'œdème varie de l'installation immédiate après la chirurgie à une apparition 25 ans après.*

10 Pensez-vous qu'il existe des choses à faire pour éviter l'apparition ou l'aggravation de l'œdème ?

-non, on ne peut rien faire, cela dépend seulement de notre capital lymphatique de départ

-oui, on peut l'éviter par la prévention

-je ne sais pas

*Correction : oui !!! La prévention est capitale et le masseur-kinésithérapeute peut vous y aider.*

11 Que pensez-vous du jardinage pour une femme opérée d'un cancer du sein ?



-c'est très dangereux pour son bras, elle ne doit plus jardiner

-si elle aime ça, pourquoi s'en priver ? Il suffit de prendre quelques précautions

-je ne sais pas du tout si cette activité est encore réalisable...

*Correction : le jardinage a longtemps été déconseillé à cause des risques de blessures et de piqûres sur le membre supérieur, mais les soignants n'ont plus ce discours aujourd'hui ! Il suffit de prendre des précautions et d'avoir conscience de la relative fragilité de son bras. Les précautions à prendre sont : mettre des gants adaptés et bien montants, et absolument désinfecter rapidement en cas d'égratignure ou de plaie.*

12 En sortant votre plat du four, vous vous brûlez légèrement l'avant-bras, que faites-vous ?

-vous passez immédiatement votre bras sous l'eau froide et appliquez une crème antiseptique et cicatrisante

-pas de panique, vous ferez cela plus tard, quand les invités seront partis

-vous ne cuisinez jamais, les livreurs de pizzas, ç'est bien aussi !

*Correction : il est important de soigner immédiatement la brûlure, même légère. En effet, le déficit lymphatique génère un déficit circulatoire, nous l'avons vu, mais aussi un déficit immunitaire local (risque infectieux).*

13 Lorsque vous faites vos courses, devez-vous penser à quelque chose de particulier ?



-non, il n'y a aucune raison

-oui, je dois éviter de porter des charges du côté opéré

-oui, je ne dois pas oublier les céréales des enfants si je ne veux pas qu'ils partent sans avoir pris de petit-déjeuner demain matin....

*Correction : il faut éviter de porter les sacs du coté opéré, car une forte traction vers le bas favorise la stase liquidienne.*



14  Votre médecin vous prescrit un bilan sanguin de contrôle, vous vous rendez dans un nouveau laboratoire proche du travail. A quoi devez-vous penser ?

-Mon ordonnance bien-sûr !

-Signaler à l'infirmière que j'ai été opérée d'un cancer du sein

-Signaler à l'infirmière que vous avez l'habitude des prises de sang

*Correction : il faut signaler à l'infirmière que vous avez été opérée d'un cancer du sein car il est totalement contre-indiqué de faire une prise de sang sur le bras du coté opéré ! Il en est de même pour une prise de tension (compression néfaste du brassard qui gonfle) et pour n'importe quelle injection.*

15  Si vous devez prendre des précautions pour éviter le lymphœdème, c'est :

-dans les premiers mois qui suivent l'opération

-la première semaine après l'opération

-toute la vie

*Correction : toute la vie, car nous avons vu que le délai de survenue de l'œdème est très variable. Mais précaution ne signifie pas restriction, ne l'oubliez jamais !*

16 Pensez-vous qu'il existe des positions meilleures que d'autres pour limiter l'œdème ?

-non, le problème de stase liquidienne est toujours constant

-oui, il y a possibilité de prévenir l'aggravation avec une installation correcte

-je ne sais pas

*Correction : oui, on peut prévenir l'aggravation de l'œdème par la position de déclive. Cette position utilise l'effet de la pesanteur pour favoriser le drainage. Il s'agit de placer son bras devant soi sur un coussin, la main doit être plus haut que le coude, mais inutile de poser son bras à la verticale ! Vous pouvez ainsi réaliser ce qu'on appelle des cures de déclive, pendant que vous regardez la télévision par exemple*

17 Que pensez-vous de l'affirmation : vous avez appris la technique des auto bandages avec votre kiné, vous savez qu'il faut les porter tout le temps puis les retirer définitivement au bout de quelques semaines.

-c'est tout à fait juste

-c'est faux

-je ne suis pas sure

*Correction : c'est faux ! même si le port d'un manchon compressif ou de bandages reste contraignant, il reste nécessaire pour conserver dans le temps les effets du drainage lymphatique manuel. Nous avons vu qu'un œdème peut apparaître tout au long de la vie donc le port de manchon doit être aussi au long cours. Cependant, il ne sera pas porté dans certaines activités alors qu'il devra nécessairement l'être dans d'autres. Il s'agit en effet de repérer quelles sont vos activités, des situations, qui sont à risque (voyages, chaleur, position debout statique bras le long du corps longtemps maintenue...). N'hésitez pas à solliciter votre kinésithérapeute au cours des séances d'éducation thérapeutique si vous avez un doute sur certaines situations !*

---

**FICHE PEDAGOGIQUE SEANCE 2**

---

**Uniquement à l'usage du thérapeute**

Intitulé de la séance : « Reconnaissance des signes infectieux »

Compétence à atteindre : savoir identifier les signes de lymphangite et d'érysipèle qui doivent amener à consulter

Durée de la séance : 40 minutes

Modalités : en groupe, au minimum 3 personnes, au maximum 8 personnes

Personnes concernées : toutes les patientes opérées d'un cancer du sein, quelle que soit la chirurgie, et désireuse de participer à cette séance

Éducateur : masseur-kinésithérapeute formé à l'éducation thérapeutique

Lieu : salle dédiée à l'éducation, accueillante et spacieuse, munie d'une table ronde, de chaises, d'un paper-board

Support pédagogique utilisé : questionnaire

Déroulement de la séance : évaluation des connaissances et des croyances par réponses individuelles au questionnaire puis correction avec éducateur au fur et à mesure des réponses. Puis échange libre, tour de table sur le sujet

---

**QUESTIONNAIRE SEANCE 2 « RECONNAISSANCE DES SIGNES INFECTIEUX »**

---

- 1 Marie est une femme de 42 ans, elle est mariée, a 2 enfants. Elle a été opérée d'un cancer du sein il y a presque deux ans. Elle est suivie régulièrement sur le plan médical depuis et tout va bien. Son prochain rendez-vous chez son médecin est dans un mois. Mais depuis hier, elle présente une rougeur sur le bras, elle a de la fièvre. Que feriez-vous à sa place ?

-pas de panique ! J'attends de voir comment se passent les jours suivants, je suis bien suivie de toute façon. Et puis en ce moment je dois finir de boucler ce dossier important au travail.

- je panique ! Que m'arrive-t'il ? Je ne sais pas quoi faire, je perds mes moyens quand je m'inquiète.

- je ne panique pas inutilement, mais j'agis efficacement : j'appelle mon médecin traitant et lui décris la situation.

*Correction : j'appelle mon médecin traitant et lui décris la situation. Une plaque rouge sur la peau associée à de la fièvre peuvent être les signes d'un érysipèle. Il s'agit de l'entrée d'une infection par la peau dans le système lymphatique. C'est une urgence médicale qui, bien traitée, sera bénigne.*

- 2 Pensez-vous que la zone opérée soit plus sujette aux infections que le reste du corps ?

-non, je ne vois pas pourquoi, si elle a été opérée, cela signifie que tout refonctionne bien

-oui, mais je ne sais pas vraiment expliquer pourquoi

-je ne sais pas

*Correction : la zone opérée est plus sujette aux infections car elle est en insuffisance immunitaire potentielle : lors d'une atteinte de la peau identique, le risque d'épisode infectieux est plus important que sur l'autre bras.*

3 D'après vous, qu'est-ce que la lymphangite ?

- une maladie des phalanges des doigts
- trop de sang dans la lymphe
- une inflammation du système lymphatique

*Correction : il s'agit d'une inflammation du système lymphatique. Un germe a fait irruption directement dans la lumière du vaisseau lymphatique et s'y propage.*

4 Pensez-vous que dans les deux cas infectieux qu'il existe (érysipèle et lymphangite), la patiente va nécessairement présenter une fièvre élevée ?

- non, pas forcément
- oui, bien sur
- je ne suis pas sure

*Correction : oui, dans les deux cas la fièvre est soudaine et atteint 39 degrés ou au-delà.*

5 L'érysipèle se manifeste par des plaques rouges sur la peau. Et la lymphangite, comment se manifeste t'elle en plus de la fièvre ?

-elle n'a pas d'autre signe

-par l'apparition d'un cordon rouge, épais, induré, douloureux, qui suit l'axe du tronc lymphatique et se termine dans un nœud axillaire facilement palpable.

-par des plaques rouges sur la peau

*Correction : la lymphangite se manifeste par l'apparition d'un cordon rouge, épais, induré, douloureux*

6 Que pensez-vous de l'affirmation : « les érysipèles sont la forme la plus fréquente de ces infections dans le lymphœdème » ?

-c'est vrai, l'érysipèle est plus fréquent que la lymphangite

-c'est faux, ils sont aussi fréquent l'un l'autre

-c'est faux, la lymphangite est plus fréquente que l'érysipèle

*Correction : c'est vrai, l'érysipèle est plus fréquent que la lymphangite.*

7 Dans les deux cas il faut une consultation médicale :

-dans le mois qui suit l'apparition des symptômes

-dans la semaine qui suit l'apparition des symptômes

-en urgence

*Correction : dans les deux cas il faut une consultation médicale en urgence.*

### FICHE PEDAGOGIQUE SEANCE 3 : UNIQUEMENT A L'USAGE DU THERAPEUTE

---

Intitulé de la séance : « atelier de réveil corporel »

Compétences à atteindre : savoir prévenir la raideur du complexe articulaire de l'épaule par des exercices appropriés, savoir se relaxer par la respiration abdomino-diaphragmatique, savoir reprendre contact avec son corps par le massage

Durée de la séance : 60 minutes

Modalités : en groupe, au minimum 3 personnes, au maximum 8 personnes

Personnes concernées : toutes les patientes opérées d'un cancer du sein, quelle que soit la chirurgie, et désireuse de participer à cette séance

Educateur : masseur-kinésithérapeute formé à l'ETP

Lieu : salle de rééducation, spacieuse, munie de tapis de sol, de ballons de Klein, d'un espalier et d'un lecteur CD

Support pédagogique utilisé : une fiche récapitulative des exercices réalisés pendant la séance

Déroulement de la séance : le masseur-kinésithérapeute montre les exercices puis les fait avec les patientes. Il corrige les postures, passe auprès de chacune. Une fiche récapitulative est distribuée, elles peuvent y ajouter des notes personnelles. Un fond sonore de musique de relaxation permet de travailler dans le calme, la concentration et la détente.

## SUPPORT PEDAGOGIQUE SEANCE 3

### « Atelier de Réveil Corporel »

- La respiration abdomino-diaphragmatique



Le principe consiste à respirer calmement, allongée sur le dos, les genoux fléchis, la tête reposant sur un coussin.

L'inspiration se fait par le nez, lentement, progressivement, en laissant le ventre se gonfler sous nos mains.

L'expiration se fait par la bouche, lentement, progressivement, en laissant le ventre revenir à son état de départ.

Le but de cette respiration est de favoriser la détente et permettre d'améliorer la circulation générale par action sur les gros vaisseaux du tronc.

Cet exercice peut être réalisé plusieurs fois par jour, pour se reposer, se relaxer, dans le calme ou sur une musique douce.

- Les exercices avec le membre supérieur en déclive



Cette installation dite « en déclive » consiste à positionner la main plus haute que le coude afin de favoriser le drainage des liquides vers la racine du bras.

L'exercice consiste à malaxer une balle en mousse pendant 10 minutes environ afin de favoriser davantage le drainage liquidien grâce aux contractions des muscles.

Notons que cette installation peut aussi être une simple position de repos pour votre bras lorsque vous regardez la télévision par exemple.

Nous vous conseillons deux cures de déclive dans la journée, une après le repas de midi par exemple et une le soir, de 15 à 20 minutes chacune au minimum.

- Les exercices d'amplitudes de l'épaule

Il existe une multitude d'exercices très simples à réaliser au quotidien pour conserver une bonne mobilité de votre bras. En effet, il est essentiel de continuer à utiliser votre membre supérieur !



Nous avons vu ensemble quelques exercices que nous vous rappelons ici.

- Avec un ballon : prenez le ballon dans vos mains. Tendez bien les coudes et montez le ballon au-dessus de votre tête, en inspirant doucement. Restez quelques secondes, puis redescendez en soufflant.  
Faites cela 6 fois de suite, puis reposez-vous 3 minutes.  
Recommencez comme cela 2 fois.
- Avec un bâton : prenez le bâton dans vos mains, bras tendus.  
Puis en inspirant, rapprochez le bâton de vous, en pliant les coudes et en les amenant vers l'arrière afin de resserrer les omoplates.

Restez quelques secondes dans cette position puis repartez en tendant vos coudes vers l'avant en soufflant lentement.

Faites cela 6 fois, puis une pause de 3 minutes.

Recommencez 2 fois.

- Les automassages

Positionnez votre bras en déclive sur des coussins comme nous l'avons vu précédemment.

Puis avec une crème hydratante neutre sans parfum (pour limiter les réactions allergiques), massez votre bras en commençant par la main pour remonter jusqu'à l'épaule.

Pourquoi ne pas vous accordez votre temps de massage le dimanche par exemple ?

**GRILLE D'EVALUATION DU PROGRAMME ETP POUR LES FEMMES  
OPEREES D'UN CANCER DU SEIN**

<b>Date de l'entretien :</b>	
<b>Nom et prénom de la patiente</b>	
<b>Nom et prénom de l'aidant</b>	
<b>Nom et prénom du thérapeute</b>	

Compétences visées	Acquises	Partiellement acquises	Non acquises
Connaitre et intégrer les précautions à prendre après une chirurgie ou en présence d'un lymphœdème			
Savoir identifier les signes de lymphangite qui doivent amener à consulter			
Savoir faire face à des changements de son mode de vie			

Date du début du programme :	
Date de fin du programme :	
programme	Initial <input type="checkbox"/> De renforcement <input type="checkbox"/>
<b>Observations :</b>	

Propositions pour l'avenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signatures des personnes présentes :