



## Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [secretariat@kine-nancy.eu](mailto:secretariat@kine-nancy.eu)

## Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2- L 335.10.

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

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

**LA KINESITHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DU  
LYMPHOEDEME DU MEMBRE SUPERIEUR SECONDAIRE A UN  
CANCER DU SEIN : ETUDE QUALITATIVE**

**Sous la direction de**

**CLAUDON Romain**

Mémoire présenté par **Méline BIRE**  
Etudiante en 4<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie,  
en vue de valider l'UE28  
dans le cadre de la formation initiale du  
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



UE 28 - MÉMOIRE  
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), **Bire Méline**

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à **Nancy**, le **15/04/20**

Signature

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Romain CLAUDON, qui m'a suivi avec bienveillance tout au long de la réalisation de ce travail de fin d'études, ainsi que toute l'équipe de Marange-Silvange.

Merci aux kinésithérapeutes qui ont su donner de leur temps afin de partager, d'échanger et tout simplement de participer à ce projet.

Je voudrais également remercier Mme PACI, pour avoir été ma référente au cours de ces quatre années, pour son temps et pour m'avoir guidée. Mais aussi toute l'équipe pédagogique pour nous avoir menés pas à pas à notre futur métier.

Evidemment je remercie mes parents, qui m'ont toujours soutenue dans mes projets, et pour leur patience dans les moments stressants.

Je souhaite remercier Julie, Marion et Pauline, pour leur présence et leur amitié précieuse, où ces quatre années passées sont le symbole des liens que nous avons tissés.

Mais aussi Julien, Jordan, Clara et Arthur, pour avoir su m'apporter le soutien et la dose de rire dont j'avais besoin.

Egalement merci au groupe A, pour ces quatre années passées ensemble à rire, apprendre et finalement grandir.

Et de manière plus générale, je tiens à remercier ma famille et mes proches, qui font de moi aujourd'hui la jeune femme bien entourée que je suis.

Papa, Maman, ce mémoire vous est dédié (et à Lithium aussi).

## RESUME/ABSTRACT

### **La kinésithérapie dans la prise en charge du lymphœdème du membre supérieur secondaire à un cancer du sein : étude qualitative.**

**INTRODUCTION :** Le lymphœdème du membre supérieur est une des complications fréquentes du cancer du sein. Une femme sur 5 souffrant d'un cancer du sein développe un lymphœdème. La prise en charge masso-kinésithérapique correspond à une thérapie décongestive complète qui se déroule en deux temps, avec une phase intensive suivie d'une phase de maintien. La phase intensive comprend des soins de peau, du DLM, des bandages, des exercices sous contention et une éducation thérapeutique. La pressothérapie peut être associée à ces autres techniques. La phase de maintien comprend le port de vêtements compressifs en alternance avec la poursuite des bandages. Cette phase comporte encore des séances de kinésithérapie jusqu'à l'autonomie totale de la patiente.

**MATERIEL ET METHODE :** Nous avons interrogé 6 masseurs-kinésithérapeutes par le biais d'entretiens semi-directifs pour connaître leur point de vue sur la prise en charge masso-kinésithérapique du lymphœdème de membre supérieur. L'analyse des données a été réalisée par le biais d'une analyse catégorielle puis d'une analyse de l'énonciation.

**RESULTATS :** En ce qui concerne le bilan, la centimétrie, la palpation et la qualité de vie sont les thèmes les plus abordés par les masseurs-kinésithérapeutes. Pour la partie traitement, le DLM, les bandages, les exercices sous contention et l'éducation thérapeutique sont des thèmes majoritaires.

**DISCUSSION :** Les résultats recueillis dans les entretiens semi-directifs s'accordent en partie avec les données de la littérature qui préconisent la thérapie décongestive complète comme traitement de choix pour la prise en charge du lymphœdème. Il serait alors intéressant d'étudier les freins et les leviers à l'application des données de la littérature.

**CONCLUSION :** La masso-kinésithérapie dispose d'un panel de techniques pour prendre en charge un lymphœdème de membre supérieur dont la thérapie décongestive complète qui est un pilier d'après les dernières données de la littérature.

**Mots-clés : cancer du sein – entretiens semi-directifs – kinésithérapie – lymphœdème**

---

### **Physiotherapy in the management of upper limb lymphedema secondary to breast cancer: qualitative study.**

**INTRODUCTION:** Upper limb lymphedema is one of the common complications of breast cancer. One in 5 women with breast cancer develop lymphedema. Physiotherapy treatment corresponds to a complete decongestive therapy which takes place in two stages, with an intensive phase followed by a maintenance phase. The intensive phase includes skin care, MLD, bandages, exercises with compression and therapeutic education. Pressotherapy can be associated with these other techniques. The maintenance phase includes the wearing of compression garments alternating with the continuation of bandages. This phase still includes physiotherapy sessions until the patient's total autonomy.

**MATERIAL AND METHOD:** We interviewed 6 physiotherapists through semi-structured interviews to find out their point of view about physiotherapy care for upper limb lymphedema. Data analysis was performed through a categorical analysis and then an utterance analysis.

**RESULTS:** Regarding the assessment, centimetry, palpation and quality of life are the most discussed topics by physiotherapists. Concerning the treatment part, MLD, bandages, exercises with compression and therapeutic education are the main themes.

**DISCUSSION:** The results collected in the semi-structured interviews partially agree with the data in the literature which recommend complete decongestive therapy as the preferred treatment for the management of lymphedema. It would then be interesting to study the brakes and the levers to the application of data from the literature.

**CONCLUSION:** Physiotherapy has a range of techniques to manage upper limb lymphedema, including decongestive therapy, which is a pillar according to the latest data in the literature.

**Key words: breast cancer – semi-structured interviews – physiotherapy – lymphedema**

# SOMMAIRE

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1.1. Contextualisation .....	1
1.2. Question de recherche .....	1
1.3. Cancer du sein.....	2
1.3.1. Quelques chiffres .....	2
1.3.2. Dépistage.....	2
1.3.3. Prise en charge thérapeutique.....	3
1.3.4. Complication et effets indésirables .....	3
1.4. Lymphœdème.....	4
1.4.1. Définition .....	4
1.4.2. Système lymphatique .....	4
1.4.3. Classification primaire/secondaire .....	8
1.4.4. Diagnostic .....	8
1.4.5. Stades .....	9
1.4.6. Evolution du LO.....	10
1.4.7. Facteurs de risque.....	10
1.4.8. Traitement masso-kinésithérapique.....	11
1.4.8.1. Phase intensive .....	11
1.4.8.2. Phase de maintien.....	14
1.4.8.3. Phase d'autonomisation.....	14
<b>2. MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>15</b>
2.1. Stratégie de recherche documentaire.....	15
2.2. Méthode .....	16
2.2.1. Population .....	16
2.2.2. Construction des entretiens semi-directifs .....	16
2.2.3. Sollicitation des répondants .....	17
2.2.4. Définition des conditions d'entretien.....	17
2.2.5. Pré-test .....	18
2.2.6. Réalisation des entretiens .....	18
2.2.7. Analyse.....	19

2.3.	Matériel .....	19
<b>3.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>19</b>
3.1.	Caractéristiques de l'échantillon .....	19
3.2.	Présentation des résultats .....	21
3.2.1.	Bilan .....	22
3.2.2.	Traitement .....	24
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>31</b>
4.1.	Interprétation des résultats au regard de la méthode mise en œuvre .....	31
4.1.1.	La catégorisation .....	31
4.1.1.1.	L'analyse présentielle.....	32
4.1.1.2.	L'analyse fréquentielle.....	33
4.1.1.3.	Analyse directionnelle.....	36
4.1.2.	L'analyse de l'énonciation .....	38
4.1.2.1.	Entretien 1 .....	38
4.1.2.2.	Entretien 2 .....	40
4.1.2.3.	Entretien 3 .....	41
4.1.2.4.	Entretien 4 .....	42
4.1.2.5.	Entretien 5 .....	43
4.1.2.6.	Entretien 6 .....	43
4.2.	Intérêts et limites des résultats par rapport à l'état des lieux de la littérature .....	44
4.3.	Intérêts et limites des résultats pour la pratique et pour la profession .....	45
4.4.	Domaine de validité des résultats et critique du dispositif de recherche.....	47
4.5.	Positionnement du point de vue éthique et déontologique.....	48
4.6.	Perspectives d'approfondissement ou de réorientation du travail.....	49
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>49</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**PEC** : prise(s) en charge

**LO** : lymphœdème(s)

**MK** : masseur(s)-kinésithérapeute(s)

**MS** : membre(s) supérieur(s)

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**TDC** : thérapie décongestive complète

**MI** : membre(s) inférieur(s)

**DLM** : drainage lymphatique manuel

**CHV** : conseil(s) d'hygiène de vie

**CNOMK** : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

**ETP** : éducation thérapeutique du patient

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Contextualisation

Lors de mon stage en 3<sup>ème</sup> année réalisé à l'hôpital, j'ai découvert l'univers du service de lymphologie. J'ai pu observer et pratiquer le protocole de l'hôpital concernant la prise en charge (PEC) des lymphœdèmes (LO). J'ai donc pris connaissance de la phase intensive de la PEC du LO dont nous aurons l'occasion de reparler plus tard dans ce mémoire. En discutant avec les patients et les différents acteurs du service de lymphologie, nous nous sommes rendu compte que la PEC du LO différait d'un professionnel de santé à un autre, d'un masseur-kinésithérapeute (MK) à un autre. C'est de cette constatation qu'en a découlé ma question de recherche. Nous nous sommes donc intéressés à la PEC du LO en kinésithérapie dans sa globalité, que ce soit en institution ou en cabinet libéral dans le but d'étudier les différentes pratiques. Nous avons dû cibler le LO de membre supérieur (MS) secondaire à un cancer du sein dans notre recherche pour éviter de se disperser et pour pouvoir recueillir les données les plus pertinentes possibles.

### 1.2. Question de recherche

**Que peut apporter la kinésithérapie dans la PEC du LO du MS secondaire à un cancer du sein ?** Cette question de recherche s'accompagne d'hypothèses :

- La PEC institutionnelle et la PEC libérale ont des objectifs différents ;
- La PEC du LO par les MK est en adéquation avec la littérature scientifique ainsi qu'avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

### **1.3. Cancer du sein**

Le cancer du sein est une pathologie touchant les cellules de la glande mammaire. Il va se produire une dégénérescence cellulaire qui va conduire à une multiplication anarchique de cellules malignes formant une masse : c'est la tumeur. Cette tumeur peut se développer en l'absence de traitement, et certaines cellules appelées métastases peuvent migrer dans le reste de l'organisme (1). Les métastases sont des cellules cancéreuses ayant migré par le biais des vaisseaux sanguins et lymphatiques (2). Il est à noter que le cancer du sein concerne en très grande majorité les femmes, mais dans de rares cas peut également toucher les hommes (1).

#### **1.3.1. Quelques chiffres**

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent, mais également le plus mortel chez la femme. En 2018, 59 000 nouveaux cas ont été constatés en France. Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein augmente chaque année de 1,1% en moyenne, nombre qui a quasiment doublé entre 1990 et 2018. Nous estimons à 12 000 le nombre de décès par cancer du sein en 2018. Bien que le nombre de nouveaux cas augmente chaque année, le taux de mortalité quant à lui diminue d'environ 1,5% par an ces dernières années. Nous pouvons observer 99% de survie à cinq ans si le cancer est détecté au stade précoce, d'où l'importance primordiale du dépistage. Parmi les cancers du sein, 80% d'entre eux se déclarent après 50 ans (3,4).

#### **1.3.2. Dépistage**

Il existe un dépistage organisé du cancer du sein qui a été instauré en France en 2004. Ce programme national repose sur une invitation au dépistage pour les femmes de 50 à 74 ans, dites à risque moyen, tous les deux ans pour un examen clinique des seins ainsi qu'une mammographie. En 2016, 50,7% des femmes concernées ont participé à ce dépistage. En revanche, les femmes dites à risque élevé ou très élevé ne sont pas concernées par ce programme et doivent bénéficier d'un suivi personnalisé (5).

### 1.3.3. Prise en charge thérapeutique

La chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie ainsi que l'hormonothérapie sont les piliers du traitement du cancer du sein (6). Selon le choix thérapeutique, ils peuvent être utilisés seuls ou en association (2). Concernant la chirurgie, nous avons tout d'abord la chirurgie tumorale et il en existe deux types : la chirurgie conservatrice, qui sera toujours privilégiée et qui correspond à la mastectomie partielle, et la chirurgie non conservatrice qui fait référence à la mastectomie totale. Le choix entre ces deux chirurgies dépend de la tumeur mais également de la patiente (2,6,7). Dans certains cas, il se peut que la chirurgie tumorale ne soit pas suffisante et qu'une chirurgie ganglionnaire soit nécessaire : il existe la technique du ganglion sentinelle où une exérèse et une biopsie de ce ganglion sont réalisées. S'il est touché par les cellules cancéreuses un curage ganglionnaire de l'aisselle est nécessaire pour éviter la propagation des cellules malignes (2,6–9). Pour ce qui est de la radiothérapie, une irradiation locale est effectuée : au niveau de la glande mammaire en cas de mastectomie partielle et au niveau de la paroi thoracique en cas de mastectomie totale. De plus, dans certains cas une irradiation ganglionnaire peut être nécessaire. La chimiothérapie est également utilisée et commencée après le traitement chirurgical. Elle se découpe généralement en quatre à six cures espacées de 21 jours en fonction du protocole choisi. L'hormonothérapie quant à elle n'est indiquée qu'en cas de cancer hormonosensible (2,6). Si le cancer est métastatique, un traitement systémique est alors nécessaire, en plus des traitements régionaux de la tumeur et des métastases (6).

### 1.3.4. Complication et effets indésirables

Les principales complications après la chirurgie sont des troubles de la cicatrisation, des complications du curage axillaire – notamment le LO auquel nous nous intéresserons tout au long de ce travail de fin d'études – ainsi que des douleurs, raideur de l'aisselle, troubles sensitifs, séquelles esthétiques, lymphocèle et brides axillaires lymphatiques. Un érythème cutané, un œdème du sein, des douleurs et de la fatigue sont couramment retrouvés dans les six premiers mois qui font suite à la radiothérapie. Les principaux troubles liés à la chimiothérapie sont des nausées, des vomissements, des troubles hématologiques et des stomatites. Les troubles vasomoteurs sont les principaux effets indésirables de

l'hormonothérapie (2,6–8,10). Mais le cancer du sein touche également à l'image corporelle, porte une atteinte à la féminité et prend une dimension psycho-sociale (11). La psychologue clinicienne C. Charles relève différents aspects impactés par le cancer du sein : « *un handicap au quotidien* », « *un rapport à l'autre complexé* », « *une image de soi altérée* », « *une image corporelle changée* », « *des repères identitaires bouleversés* » et « *un rapport à l'avenir angoissé* ». Ces quelques mots illustrent bien le bouleversement auquel les patientes sont confrontées (12). Le LO touche une femme sur cinq ayant eu un cancer du sein. Le risque de développer un LO augmente avec le nombre de ganglions retirés lors de la chirurgie. Avec la technique du ganglion sentinelle, ce risque est autour de 5% (7). Le risque dépend aussi du stade du cancer, les stades avancés ont plus de chance de conduire à un LO par la suite (13).

## **1.4. Lymphœdème**

### **1.4.1. Définition**

Le LO correspond au gonflement d'une partie du corps humain lié à un excès de lymphe, lui-même lié à une anomalie ou à un dysfonctionnement du système lymphatique (14). Le système lymphatique, longtemps mal compris et comparé au système sanguin, a fait l'objet ces dernières années de nombreuses recherches. Il a été découvert que le système lymphatique aurait un rôle primordial dans la filtration de liquide interstitiel notamment pour les grosses molécules telles que les protéines. Un de ses rôles est un rôle immunitaire – rôle pour lequel il est connu de manière générale. Il a aussi un rôle propre au niveau digestif qui est remarquable dans l'assimilation des graisses.

### **1.4.2. Système lymphatique**

Le système lymphatique est un réseau de convection ouvert à sens unique permettant la circulation de la lymphe et qui est composé de lymphatiques initiaux, de précollecteurs et de collecteurs, ponctués par des nœuds lymphatiques, le tout conduisant aux abouchements veineux cervicaux. Les lymphatiques initiaux sont des capillaires de faible diamètre et dépourvus de valve. Ils sont entre autre capables de réabsorption pour capter la lymphe. La

structure des lymphatiques initiaux est proche de celle des capillaires sanguins, ils sont constitués de cellules endothéliales ponctuellement jointives. A sa suite nous avons les précollecteurs, de diamètre moyen puis les collecteurs, de plus gros diamètre. Les précollecteurs ont une structure intermédiaire entre les initiaux et les collecteurs et possèdent certaines propriétés de ces deux éléments : capacité de réabsorption et présence de valves. Les collecteurs quant à eux sont constitués de trois couches : une couche interne de cellules endothéliales jointives, une couche intermédiaire de cellules musculaires lisses, et une couche externe de fibroblastes et de péricytes. Le collecteur possède donc des valves permettant la progression de la lymphe sans reflux de celle-ci. Les segments compris entre deux valves sont appelés « lymphangions » et leur activité est régulée par le système nerveux autonome (15). Les capillaires lymphatiques sont présents dans la majorité du corps humain, bien que nous n'en retrouvons pas dans les os, les dents, la moelle osseuse, le myocarde et dans le système nerveux central (16,17). Les capillaires lymphatiques sont situés dans le tiers superficiel du derme, et les collecteurs sont situés soit en superficie à proximité des veines superficielles, soit en profondeur à proximité des artères et veines des viscères, séreuses et masses musculaires (18).

Il existe deux théories concernant la création du système lymphatique qui sont toutes deux complémentaires. La première est la théorie centrifuge, qui explique la formation du système lymphatique à partir des veines : il découle de la migration de cellules endothéliales veineuses. La théorie centripète quant à elle, explique que le système lymphatique provient de la dérivation du mésoderme par des lymphangioblastes mésodermiques (15,18). La lymphe provient de l'interstitium, que l'on appelle système de drainage prélymphatique, où il y a un grand échange de liquide grâce à la loi de Starling. Elle est donc issue du liquide interstitiel et devient lymphe à son entrée dans le lymphatique initial. Lorsqu'il y a une augmentation du liquide interstitiel, une partie va entrer dans le lymphatique initial par différence de pression, la pression étant plus basse dans le lymphatique initial. De plus, dans le cas d'un LO, la pression osmotique va engendrer une concentration plus importante de protéines dans le liquide interstitiel. Les protéines étant hydrophiles, elles vont entraîner la migration des molécules d'eau vers l'espace interstitiel et nous obtiendrons alors une augmentation de

volume de cette zone. Cette augmentation de liquide dans l'interstitium va entraîner une augmentation de liquide passant dans le lymphatique initial (19).

La progression de la lymphe dans le système lymphatique est possible grâce à deux phénomènes : l'un intrinsèque et le second extrinsèque. Pendant longtemps le phénomène extrinsèque a été considéré comme prédominant, or nous savons maintenant que c'est le phénomène intrinsèque qui permet principalement l'avancée de la lymphe. Le phénomène intrinsèque est un phénomène actif constitué du lymphangion qui va agir comme une pompe et permettre la progression du liquide par sa contraction. Le phénomène extrinsèque regroupe les contractions musculaires, les mouvements respiratoires, les battements artériels ainsi que les contractions péristaltiques et permet une progression passive de la lymphe. La lymphe va donc parcourir le système lymphatique de lymphangion en lymphangion. Elle va arriver au niveau des grands collecteurs qui aboutissent aux conduits thoracique et lymphatique droit. Le conduit thoracique est le plus volumineux des deux et draine toutes les parties du corps excepté l'hémithorax droit, le membre supérieur droit et la région cervico-céphalique droite, ces parties étant prises en charge par le conduit lymphatique droit (18). Le conduit thoracique est formé par la fusion des troncs lombaires droit et gauche et du tronc gastro-intestinal à sa partie inférieure (20). A sa partie supérieure, il donne les troncs broncho-médiastinal, jugulaire et subclavier (21). La lymphe poursuit alors son chemin jusqu'à atteindre les confluents veineux de Pirogoff (15). Le débit de la lymphe est d'environ un litre par 24h (7).

La composition de la lymphe est proche de celle du plasma sanguin. Elle s'en différencie par sa très faible teneur en grosses protéines, celles-ci restant dans la circulation sanguine. Elle se compose essentiellement d'eau, mais contient également des solutés dissous, des protéines en petite quantité et parfois de la matière étrangère (débris cellulaires, agents pathogènes ou encore cellules cancéreuses par exemple) (17).

Le système lymphatique a deux fonctions principales : la circulation de la lymphe et du chyle ainsi que la fonction de tissu lymphoïde dans certains organes (18). Le système

lymphatique est directement associé aux organes lymphoïdes, ce qui lui permet d'être un site de maturation et de prolifération des défenses immunitaires. Il existe des tissus et des organes lymphoïdes que l'on peut classer en deux catégories : primaires et secondaires. La moelle osseuse rouge et le thymus appartiennent à la première catégorie et participent à la formation et la maturation des lymphocytes. Les structures lymphoïdes secondaires recueillent les lymphocytes et les autres cellules immunitaires matures. Elles regroupent les nœuds lymphatiques, la rate et les amygdales. Ce sont les lieux où se déclenche la réaction immunitaire (17).

Le système lymphatique a également un rôle important dans la digestion des graisses. En effet, le foie et le tube digestif fournissent entre la moitié et deux tiers de la lymphe du conduit thoracique. Pour le système hépato-gastro-intestinal, la lymphe a une composition particulière puisqu'elle contient les produits de la digestion des graisses : le chyle. C'est l'intestin qui en est à l'origine. Nous savons qu'une partie des « graisses » de notre organisme est prise en charge par le système sanguin, mais il y a également une partie dont s'occupe le système lymphatique. Entre les repas, il y a production de lipoprotéines qui sont prises en charge au niveau lymphatique. De plus, l'intestin grêle comporte une particularité : il possède des capillaires lymphatiques initiaux qui rejoignent par la suite le réseau capillaire muqueux lymphatique, créant un lien direct entre les systèmes digestif et lymphatique (15).

Le système lymphatique agit également au niveau pulmonaire pour éviter l'accumulation de liquide et conduire à un œdème pulmonaire. Au niveau intra-pleural, l'action la mieux connue du système lymphatique est la résorption des liquides au niveau de la plèvre (15). Le système lymphatique agit donc à de nombreux versants, d'où son importance dans notre organisme.

Les capillaires sanguins réabsorbent 85% du liquide interstitiel, tandis que 15% sont pris en charge par le système lymphatique. Il concourt par ce fait à l'équilibre hydroélectrolytique, au maintien du volume sanguin et de la pression artérielle (17).

Le système lymphatique joue aussi un rôle dans la dissémination des cellules cancéreuses : les métastases. Les métastases, comme nous l'avons vu plus tôt, sont des cellules cancéreuses qui se sont détachées de la tumeur initiale pour venir se propager à distance de celle-ci. Les vaisseaux lymphatiques sont les transporteurs principaux lors de la dissémination métastatique de par leur endothélium extrêmement fin qui favorise le trajet des cellules cancéreuses, mais aussi du fait que le système lymphatique draine les tissus de tout l'organisme. En revanche, ces deux facteurs ne suffisent pas à eux seuls, il faut également certains facteurs de croissance ou protéines pour engendrer le processus métastatique (7).

### 1.4.3. Classification primaire/secondaire

Nous pouvons classer les LO en deux catégories : primaire et secondaire. Les LO primaires sont la conséquence d'une anomalie du système lymphatique d'origine génétique. Ils peuvent être congénitaux ou s'exprimer plus tardivement. S'ils s'expriment avant 35 ans, nous les appelons « *formes précoces* », et après 35 ans les « *formes tardives* » mais ces dernières restent plus rares. Les LO secondaires résultent d'une lésion du système lymphatique causé par un processus pathologique (le cancer est le cas le plus courant) (22).

### 1.4.4. Diagnostic

Le diagnostic du LO est tout d'abord clinique. Il n'existe pas de réels critères universels, mais le diagnostic repose sur une évaluation clinique des symptômes et sur des mesures objectives. Le plus souvent nous retrouverons la mesure des volumes avec la « *règle des 2cm* » qui consiste à parler d'œdème dès lors qu'un membre a une circonférence supérieure de 2cm comparé au côté sain. Dans tous les cas, cela passera par la prise de mesure du membre que ce soit de manière périmétrique ou volumétrique. Les mesures périmétriques peuvent être utilisées pour calculer le volume du membre par la suite. Nous considérons qu'il y a LO dès lors que le membre pathologique aura un volume supérieur de 5 à 10% par rapport au côté sain, en fonction des auteurs. En dehors de l'objectivation de l'augmentation de volume du membre, nous pouvons également nous rapporter à quelques signes avant-coureurs du LO : diminution de la visibilité des veines, pour le MS atténuation du contour de la région

médiale du coude et épaississement de la peau à la palpation. Le signe de Stemmer, décrit pour les MI, peut être adapté au MS en essayant de créer un pli de peau sur la zone du LO. Concernant les symptômes, le patient rapportera généralement une sensation de gonflement, de lourdeur, de chaleur et de picotements sur la zone atteinte (7,19). Différents examens complémentaires peuvent être réalisés : écho-doppler, lymphoscintigraphie seule ou couplée au scanner, échographie haute résolution, scanner, IRM, ou encore lymphofluoroscopie (23).

Une étude américaine datant de 2013 faite sur 450 femmes ayant eu un cancer du sein et présentant un LO a montré que plus d'un quart d'entre elles n'ont pas été formellement diagnostiquées pour leur LO par un médecin bien qu'elles en présentent les signes. Mais aussi que les traitements apportés ne sont pas identiques d'une femme à l'autre et que seulement 20% d'entre elles ont bénéficié de la thérapie décongestive complète (TDC). De plus, il a été mis en évidence que comme le LO se déclenche parfois plusieurs années après le traitement du cancer du sein, le lien entre le LO et le cancer n'est pas toujours réalisé, d'où le retard de diagnostic du LO (24).

#### **1.4.5. Stades**

Nous pouvons caractériser les LO en trois stades : aux stades 1 et 2 les LO sont réversibles. Pour le stade 1 le LO est souple et diminue à la déclive, contrairement au stade 2 où le LO est plus dur et ne diminue pas quelle que soit la position adoptée. Nous pouvons donc dire que le stade 1 est réversible, tandis que le stade 2 est spontanément irréversible, ce qui sous-entend qu'il nécessite un traitement adéquat pour qu'il soit réversible. Au stade 2, il y aura un début d'installation de fibrose ainsi que des infections plus fréquentes. Le stade 3 correspond à l'éléphantiasis, similaire au stade 2 mais le LO a une taille très exagérée, ainsi que des changements au niveau de la peau du patient. A partir du stade 2, le signe de Stemmer sera positif lors d'un LO du membre inférieur (MI) (19,25). Certains auteurs ajoutent un 4<sup>ème</sup> stade : le stade 0, ou pré-stade, qui correspond aux personnes à risque de développer un LO (19,25). Il existe également la classification de Brunner qui regroupe 5 stades cliniques du LO du stade I avec un LO infraclinique à un stade IV avec un LO clinique éléphantiasis (7). Il

existe donc différentes manières de classer un LO, c'est pourquoi il est toujours important de spécifier à quelle classification nous nous référons et à quoi correspond le stade du LO.

#### **1.4.6. Evolution du LO**

Le LO est tout d'abord liquidien. Mais lorsqu'il se chronicise, son aspect change et nous notons l'apparition de deux phases : fibreuse et graisseuse. JC. Ferrandez *et al.* décrivent alors les LO comme « *des affections chroniques définitives à tendance évolutive* » (26).

#### **1.4.7. Facteurs de risque**

Après un cancer du sein, les facteurs de risque de développer un LO sont d'avoir suivi une radiothérapie, une chimiothérapie, d'être en surpoids et d'avoir été diagnostiqué à un stade avancé de la maladie. Les patientes présentant tous ces éléments sont les plus à risque de développer un LO (27). En cas d'atteinte de l'intégrité du système lymphatique, celui-ci va trouver des manières de compenser afin d'assurer son efficacité, cela peut passer par la régénération de certains vaisseaux lymphatiques, l'utilisation de voies collatérales ou encore par des anastomoses lympho-veineuses (19). Mais certaines choses peuvent venir perturber cet équilibre et favoriser l'installation d'un LO. Par exemple, une vasodilatation locale va entraîner une augmentation du flux sanguin qui va directement influencer le système lymphatique défaillant en créant un stress supplémentaire. Le surpoids et l'obésité sont également connus pour ajouter un stress au système lymphatique à l'équilibre fragile (19). De plus, le surpoids et l'obésité sont des facteurs qui peuvent aussi contribuer aux changements physiopathologiques responsables de la progression du LO (13). Aussi, lors d'une atteinte de l'intégrité de la peau (intertrigo, mycoses, ...), même minime, une infection aura plus de chance de s'installer, pouvant faire « flamber » le LO. De même, les changements de pression – lors d'un vol d'avion par exemple – liés à l'inactivité, peuvent concourir à une augmentation du volume du LO (19). Cependant, une étude de 2016 réalisée sur 632 patientes avec un LO après cancer du sein n'a pas trouvé d'association significative entre l'augmentation du volume du LO et la prise de sang, la prise de pression artérielle, les

injections du côté du LO et les vols en avion, nous laissant penser que ces mesures de précautions peuvent peut-être être remises en cause (28).

#### **1.4.8. Traitement masso-kinésithérapique**

Le traitement du LO passe par une thérapie décongestive complexe ou complète qui vise à faire diminuer le volume du LO. Le traitement du LO peut donc être divisé en deux parties : la première, la phase intensive, où l'objectif principal est de réduire le volume du LO et la seconde, la phase de maintien, où l'objectif principal sera de maintenir les résultats obtenus lors de la première phase (26,29–31). Certains auteurs décrivent une troisième phase, appelée phase d'autonomisation (32).

##### **1.4.8.1. Phase intensive**

Lors de cette phase, plusieurs techniques sont utilisées et sont à adapter en fonction de chaque patient. Parmi ces techniques nous pouvons retrouver : les soins de peau, le drainage lymphatique manuel (DLM), le bandage, les exercices sous contention et l'éducation du patient (25,30,33–35).

Les soins de la peau et des phanères sont essentiels et il est important de sensibiliser le patient à ce sujet. En effet, une mauvaise hygiène de la peau et des phanères peut être un facteur de risque de développer un érysipèle. Il faut donc surveiller toute infection cutanée et la traiter si elle se présente. La fibrose cutanée et la papillomatose font partie de l'évolution du LO et la papillomatose doit être prise en charge lors de son apparition. Les patients ayant un LO ont tendance à avoir la peau sèche et compte tenu de la superficialité du système lymphatique, il est primordial de bien hydrater celle-ci. La qualité de la peau va avoir un rôle important car une peau très sèche va favoriser les effractions cutanées qui sont une porte d'entrée pour les germes. Des soins de pédicurie ou de podologie peuvent être apportés si nécessaire (33,34).

« *Le drainage manuel est une technique de massage circulatoire qui vise à reproduire les deux étapes de la fonction lymphatique : la résorption et l'évacuation du liquide du lymphœdème* » (36). Le DLM est une technique manuelle visant à utiliser les voies lymphatiques de contournement et les anastomoses afin de drainer une zone où la lymphe est en excès : au niveau du LO tout en stimulant le système lymphatique lui-même. Sa durée doit être de 20 minutes au minimum pour être efficace. Le DLM a un effet synergique combiné aux bandages et permet donc d'en optimiser le résultat (33–35). Il a été décrit par M. Földi, O. Leduc ou encore E. Vodder et donc diffère quelque peu en fonction des auteurs. Certains conseillent des techniques d'appels mais ces techniques tendent à être abandonnées car elles n'apporteraient aucune plus-value sur le résultat. En revanche, les auteurs sont d'accords sur le fait que les manœuvres de résorption constituent le noyau du DLM. Ces manœuvres de résorption peuvent être réalisées en proximo-distal puis disto-proximal ou directement en disto-proximal, selon les auteurs. Le geste effectué par les mains du MK sera toujours orienté disto-proximement. En ce qui concerne la pression idéale pour le DLM, JC. Ferrandez rapporte que « *la pression idéale de drainage manuel est la pression qui se traduit par une modification clinique de l'infiltration. L'œdème a de la consistance, le physiothérapeute donne de la pression, le malade en fixe le niveau* » (37). De même, nous resterons dans un massage infra-douloureux. Si le patient est très sensible et algique lors du DLM, cela peut signifier que nous sommes face à un lipœdème et non à un LO.

Les bandages sont le noyau de cette phase d'attaque. Ils sont multicouches monotypes ce qui signifie qu'il y a plusieurs couches d'un même type de bande. Les bandes utilisées sont des bandes peu élastiques à allongement court. Lors de la mise en place du bandage, une bande coton est tout d'abord installée pour protéger la peau du patient. Par la suite, une couche de ouate synthétique et/ou de mousse est ajoutée pour combler les creux et les bosses permettant une meilleure adaptation à l'anatomie propre de chaque patient et de limiter les frictions en regard de chaque articulation. Nous pouvons y ajouter ou non un mobilisateur tissulaire en fonction de l'effet recherché. Pour le MS, nous ajoutons deux couches de bandes à allongement court pour finir le bandage. L'avantage premier du bandage est qu'il permet une diminution du volume du membre. Le bandage exerce une pression de repos faible ou nulle et à l'exercice une pression élevée, permettant de mieux le supporter au quotidien. Il

comporte quelques désavantages de par le volume que les différentes couches occupent : en effet cela peut entraîner un désavantage social, nécessite de porter des vêtements amples, un chaussage adapté si le LO se situe au MI et sa réalisation nécessite du temps et peut être difficile à reproduire pour le patient et son entourage. Le bandage se porte de manière générale 24 à 36h (30,33–35,38). Si le bandage est mal supporté par le patient, il peut être adapté.

Les exercices sous contention font partie à part entière de la PEC. En effet, la contraction musculaire permet une augmentation du débit lymphatique et la résorption des protéines. Toute activité physique raisonnée est conseillée. Le patient doit apprendre à écouter son corps et à en respecter ses limites. Les sports violents sont déconseillés pour éviter les chocs sur le membre atteint de LO (33,34,39).

L'éducation du patient est primordiale pour lui donner les meilleures clés possibles pour lui apprendre à gérer sa maladie. Elle est pluridisciplinaire et doit inclure le médecin, les infirmiers, MK, ergothérapeutes, diététicienne et psychologue par exemple. Il est important de solliciter l'implication et la motivation du patient dans la prise en charge de sa maladie chronique. Entre autre, le patient pourra être sensibilisé à la surveillance de sa peau de toutes éventuelles lésions ou coupures, ainsi qu'à la prévention des complications infectieuses. Les MK pourront également lui enseigner l'auto-bandage et l'auto-drainage afin de permettre une autonomie maximale du patient. L'aide de l'entourage peut parfois s'avérer nécessaire pour l'auto-bandage par exemple. Concernant les conseils d'hygiène de vie (CHV), le contrôle de la prise de poids, l'arrêt du tabac, le contrôle de la tension artérielle et l'activité physique régulière adaptée sous compression pourront être abordés (25,30,33,35).

Il existe également des techniques adjuvantes comme la compression pneumatique intermittente aussi connue sous le nom de pressothérapie. Cette technique instrumentale ne peut pas être utilisée en monothérapie mais peut être complémentaire des autres techniques déjà mises en place (sans contre-indication particulière) (25,33).

La durée de cette phase peut varier d'une à trois semaines. Lors de ces semaines, les soins sont effectués cinq jours sur sept (26). La fin de cette phase est aussi marquée par le choix des vêtements compressifs que le patient portera par la suite. Vous trouverez en annexe (ANNEXE I) des photos avant/après la phase intensive chez une patiente avec un LO au MS.

#### **1.4.8.2. Phase de maintien**

La phase de maintien a pour but de maintenir les résultats obtenus lors de la phase intensive, d'éviter une reprise de volume du membre et de maintenir la fonctionnalité et la trophicité du membre atteint. Elle se caractérise par la mise en place d'une compression élastique ou d'un vêtement compressif sur mesure – dans la plupart des cas – pour convenir au mieux au patient et doit se poursuivre par des bandages. C'est le médecin qui prend la décision de ce qu'il estime le mieux adapté pour le patient. Dans les compressions élastiques, il existe des classes à différentes forces de pression allant de la classe I à IV. Pour les LO, il est généralement utilisé une classe III ou IV et il est possible d'avoir recours à une superposition pour combiner les classes si nécessaire. Pour le MS, cela peut être un manchon avec ou sans mitaine, un gantelet si il y a un LO aux doigts. La compression élastique doit être portée tous les jours par le patient pour bénéficier de son efficacité. Il existe également des vêtements de nuit pour prendre le relai au coucher si besoin est (25,30,33,35). Lors de cette phase le patient continue ses séances de kinésithérapie. Il y a également le traitement des complications associées (lymphocèle, atteintes articulaires (épaule), cicatrices, ...).

#### **1.4.8.3. Phase d'autonomisation**

Cette phase se distingue de la phase de maintien par l'arrêt des séances de kinésithérapie. Si son état le nécessite le patient peut contacter son MK ou son médecin ou tout autre professionnel de santé pour des conseils, et si cela est nécessaire le patient retourne chez son médecin qui décidera des démarches à suivre. Le patient continue durant cette phase à porter sa compression élastique et reste vigilant aux différents signes qu'il aura appris tout au long de sa PEC (32). Cette phase commence dès le début de PEC et chevauche les deux autres phases. C'est une phase d'apprentissage primordiale.

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1. Stratégie de recherche documentaire

Pour alimenter nos recherches, nous nous sommes basés sur la littérature scientifique. Nous avons eu plusieurs ressources qui nous ont aidées dans notre recherche documentaire. Tout d'abord l'apport d'articles portant sur la lymphologie et le système lymphatique par l'équipe du service de lymphologie lors de mon stage en 3<sup>ème</sup> année. Ces documents ont servi de base à la découverte du système lymphatique. Puis cette base a été enrichie à l'aide d'articles et d'ouvrages trouvés sur différentes bases de données telles que PubMed, PEDro, ScienceDirect, Kinedoc, EMconsulte et GoogleScholar<sup>®</sup>. Pour cela, nous avons utilisés plusieurs mots de recherche (Tab. I) afin d'avoir les articles les plus pertinents possibles. Nous avons aussi veillé à prendre des documents les plus récents possibles – entre 2015 et 2020, sauf si le document est considéré comme référence dans son domaine. Nous n'avons retenu que la littérature en français et en anglais.

**Tableau I : Mots de recherche utilisés**

Français	Anglais
- Cancer du sein	- Breast cancer
- Lymphœdème	- Lymphedema
- Masso-kinésthérapie	- Physiotherapy
- Traitement	- Treatment
- Qualité de vie	- Quality of life
- Entretien semi-directif	- Semi-structured interview
- Education thérapeutique	- Therapeutic education
- Système lymphatique	- Lymphatic system
- Analyse de contenu	- Content analysis
- Etude qualitative	- Qualitative study

## 2.2. Méthode

L'objet de l'étude est de découvrir ce que peut apporter la kinésithérapie dans la PEC des LO de MS. L'entretien semi-directif s'est révélé être une méthode de choix pour répondre à notre question de recherche en permettant de considérer le point de vue du répondant afin de comprendre un courant de pensée. Sa semi-directivité permet le « *recueil organisé des données qualitatives pertinentes et signifiantes* » (40–43).

### 2.2.1. Population

Le choix de la population pour les entretiens semi-directifs cible les MK diplômés d'état exerçant en France et prenant ou ayant pris en charge des patients avec LO. Ont été exclus : les MK n'exerçant pas en France, les MK retraités, les étudiants MK et les MK ne prenant pas ou n'ayant jamais pris en charge de patient avec LO. Les personnes ayant refusé l'enregistrement de l'entretien ont également été exclues. Une plus grande majorité de MK exerçant en libéral, nous avons recherché à interroger plus de libéraux en comparaison avec les MK exerçant en institution. En effet, d'après le rapport sur la démographie des MK réalisé en 2017 par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK), sur les 85223 MK inscrits au tableau de l'Ordre, 85,88% d'entre eux exercent en secteur libéral, contre 14,12% dans le domaine salarial. Nous avons cherché à interroger des femmes et des hommes sans distinction, étant donné qu'il y a actuellement autant d'hommes que de femmes exerçant la profession de MK (44). Les MK sélectionnés ont été trouvés par le bouche à oreille, nos propres connaissances et par des recherches internet.

### 2.2.2. Construction des entretiens semi-directifs

Pour construire les entretiens semi-directifs, nous nous sommes appuyés sur l'élaboration d'un guide d'entretien (45). Ce guide d'entretien a pour vocation de guider l'enquêteur tout au long de l'échange avec le répondant. Il contient les différents thèmes que nous souhaitons aborder lors de l'entretien. Il n'a pas pour vocation d'être suivi de manière stricte, c'est plutôt une aide permettant de ne pas oublier un thème lors de l'échange.

Certaines questions peuvent donc être posées lors des échanges si cela est nécessaire. Le guide d'entretien se découpe en plusieurs colonnes : le numéro du thème abordé, le thème abordé et enfin les questions et relances associées à chaque thème (40). Une première version a été élaborée avec quatre thèmes : généralités, bilan, traitement et clôture.

### **2.2.3. Sollicitation des répondants**

Pour prendre contact avec les différents MK sélectionnés, nous avons choisi de les joindre par e-mail. Nous avons élaboré un e-mail type nous servant de base pour chacun des MK, dans lequel nous nous présentons ainsi que le thème de notre recherche. L'e-mail se veut concis mais complet, afin d'impliquer au maximum son lecteur sans perdre son intérêt. Nous lui expliquons notre démarche et pourquoi nous faisons appel à lui. En fonction des cas, nous avons adapté certains e-mails, tout en gardant le message principal identique, afin que chaque e-mail soit cohérent avec son destinataire (40). Neuf personnes ont été contactées, parmi elles, 7 ont acceptées l'entretien dont une ayant refusé l'enregistrement le jour de l'entretien entraînant sa sortie de l'étude. Les personnes ont été sollicitées de fin novembre à fin janvier et les entretiens se sont déroulés durant cette période.

### **2.2.4. Définition des conditions d'entretien**

Après avoir fixé une date de rendez-vous, chaque entretien a été réalisé dans un lieu calme, choisi par le répondant, afin que nous puissions avoir un échange sans être dérangé. Pour l'un des entretiens, pour des soucis d'éloignement géographique, l'entretien s'est déroulé par appel téléphonique également dans un environnement calme et propice à l'échange.

### **2.2.5. Pré-test**

Le pré-test a été réalisé avec un MK ayant les critères de notre population cible. Ce pré-test a permis de se familiariser avec la réalisation d'un entretien semi-directif et de mettre en lumière les points à améliorer de la première version du guide d'entretien. Il a également permis d'évaluer une durée approximative de l'entretien, afin de fournir cette information aux répondants de l'enquête. Il a été réalisé dans des conditions similaires à celles qui ont été adoptées pour les entretiens : lieu calme propice à l'échange, avec enregistrement de l'entretien. Le pré-test a mis en évidence les points manquants dans le guide d'entretien et a permis de l'étoffer afin qu'il soit le plus complet possible. Il a également permis la reformulation de certaines questions ou relances afin qu'elles soient les plus claires possibles. Pour la deuxième version du guide d'entretien, le thème « conseil d'hygiène de vie » a été ajouté. Les autres thèmes ont été étoffés et ajustés. Le guide d'entretien est disponible en annexe (ANNEXE II).

### **2.2.6. Réalisation des entretiens**

Chaque entretien a été enregistré par le biais d'une application dictaphone sur smartphone ainsi que sur ordinateur afin d'éviter au maximum la perte de données. Le consentement à l'enregistrement est demandé oralement avant chaque début d'entretien et l'accord du répondant est explicité clairement. Chaque entretien a débuté par une introduction expliquant au répondant pourquoi et dans quel cadre il est là, par la demande de consentement libre et éclairé et par l'annonce de l'anonymat afin que le répondant ne soit pas limité dans ses réponses et qu'il se sente libre de s'exprimer. Cette introduction concise a pour but d'impliquer le répondant dans l'enquête et de solliciter son sérieux mais également de le rassurer. L'introduction fut la même pour chaque entretien afin de respecter une certaine reproductibilité. La suite des entretiens a découlé des différentes questions et relances contenues dans le guide d'entretien. Chaque entretien a eu une durée variable, compris entre cinq et trente minutes. La dernière question de l'entretien permet au répondant de s'exprimer librement sur ce qu'il n'a pas eu l'occasion d'aborder durant l'échange et qu'il souhaite partager, afin qu'il ne finisse pas l'entretien frustré. A la fin de chaque entretien, le participant est remercié de sa participation.

### **2.2.7. Analyse**

Pour analyser les entretiens, ceux-ci ont été retranscrits intégralement. Puis l'analyse a été réalisée en deux axes : une analyse catégorielle suivie par une analyse de l'énonciation.

### **2.3. Matériel**

Pour la réalisation de ce mémoire, un ordinateur avec une connexion internet a été utilisé. Pour la réalisation des entretiens, un ordinateur avec une application dictaphone, ainsi qu'un smartphone avec également une application dictaphone ont été utilisés. L'écriture du mémoire, des entretiens ainsi que du guide d'entretien a été réalisée grâce à Word®.

## **3. RESULTATS**

### **3.1. Caractéristiques de l'échantillon**

Au total, 9 MK ont été contactés. Deux d'entre eux n'ont pas donné suite et un autre a refusé l'enregistrement le jour de l'entretien. Nous avons alors 6 entretiens au final illustrés par le diagramme de flux ci-dessous (Fig. 1). Parmi les 6 MK, 3 d'entre eux sont des femmes, les 3 autres sont des hommes. Cinq des MK travaillent en cabinet libéral, le MK restant travaille en institution. Au niveau de leurs années d'exercice de la MK, le nombre d'années va de 4 à 46 ans d'exercice, avec pour moyenne 18 ans d'exercice. De manière plus spécifique, le nombre d'années d'exercice de la MK en lymphologie va de 4 à 36 ans, avec pour moyenne 16 ans. Certains MK n'ont pas exercé dans le domaine de la lymphologie directement à l'obtention de leur diplôme. Concernant leur PEC des LO, nous leur avons demandé d'estimer en pourcentage leur part de PEC de LO dans une semaine basique. Ils estiment leur part de PEC allant de 5 à 20%, sachant que l'un des MK n'a pas pu répondre à cette question, étant formateur dans ce domaine à présent. Au niveau de leurs formations dans ce domaine, 2 des MK interrogés n'ont pas de formation supplémentaire à la formation initiale qu'ils ont reçue.

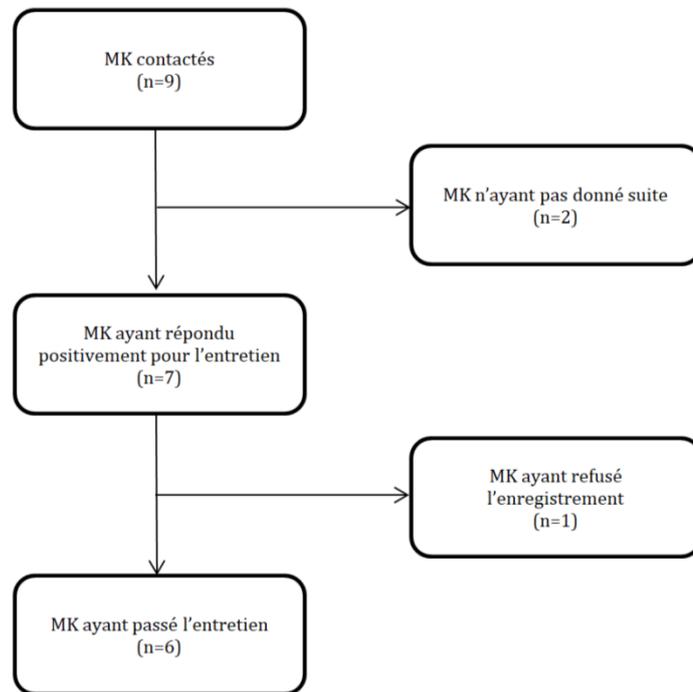


Figure 1 : Diagramme de flux

Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques de la population décrite dans le paragraphe précédent (Tab. II).

Tableau II : Caractéristiques de la population

MK	Sexe	Lieu d'exercice (libéral = LIB ; institution = INST)	Années d'exercice	Années d'exercice en lymphologie	Pourcentage de PEC de LO dans une semaine
E1	Homme	LIB	12	12	10
E2	Femme	LIB	23	18	5
E3	Femme	INST	46	36	-
E4	Femme	LIB	8	8	20
E5	Homme	LIB	4	4	<10
E6	Homme	LIB	15	15	5

### 3.2. Présentation des résultats

Nous allons maintenant voir les résultats des entretiens. Les résultats présentés ci-dessous sont extraits des différents entretiens passés, l'intégralité des entretiens est disponible dans un fichier lié au mémoire. Dans les extraits qui suivent, les répétitions de mots ainsi que les onomatopées dus à la retranscription fidèle du langage parlé ont été enlevées pour des soucis de compréhension mais sont laissées intactes dans les entretiens complets.

A la question « Que vous évoque kinésithérapie et LO ? », divers aspects du LO ont été abordés :

E1 : « [...] deux choses très importantes donc le drainage manuel, et l'association de contention-compression qui sont indissociables pour le traitement du LO » (lignes 26 à 28).

E2 : « Alors ça m'évoque massage. Parce qu'on est des kinés, et qu'on est censé masser » (lignes 33 à 34).

E3 : « Quelque chose de relativement récent, quelque chose d'indispensable parce que 80% du travail sur le LO est fait par des kinésithérapeutes en France » (lignes 53 à 55).

E4 : « [...] c'est vrai qu'on a beaucoup de demandes par rapport au LO, les femmes des suites de cancer du sein beaucoup, au niveau du membre supérieur, et au niveau du membre inférieur un petit peu de tout ... » (lignes 24 à 26).

E5 : « Traitement du gros bras par le mouvement » (ligne 31).

E6 : « [...] essentiellement la PEC post cancer du sein parce que c'est en cabinet libéral ce qui revient le plus souvent... » (lignes 24 à 25).

### 3.2.1. Bilan

Concernant la question globale « Quelles techniques de bilan utilisez-vous pour un LO de MS ? », là encore, les réponses sont assez diversifiées : 3 des 6 MK interrogés répondent qu'ils ne font pas vraiment de bilan lorsqu'ils reçoivent un patient avec LO.

E2 : « *En libéral franchement ? On fait pas de bilan* » (ligne 46).

E4 : « *On fait pas trop de bilan, [...]. Après c'est des gens [...] qu'on voit vraiment toute l'année, c'est vraiment [...] du suivi donc après on fait plus vraiment de bilan* » (lignes 32 à 42).

E6 : « *On a pas toujours le temps de faire un bilan euh très très détaillé* » (ligne 41).

La centimétrie est abordée à deux reprises lors de cette question, ainsi que d'autres éléments de bilan pour l'un des MK :

E1 : « *La centimétrie* » (ligne 33).

E3 : « *Alors on fait les bilans classiques kinésithérapiques, qui sont l'inspection, la palpation, la mensuration, les bilans articulaires, musculaires, sensitifs, ... Les photos, et puis pour les mesures [...], une technique pour quand on a les mesures les convertir pour que ça [...] nous dessine un membre* » (lignes 67 à 70).

Lorsque nous les interrogeons sur leur éventuelle utilisation d'une technique périmétrique, les repères qu'ils nous évoquent sont les suivants :

E1 : « *Le V deltoïdien, moi personnellement, puisque apparemment il n'y a pas de mesure qui soit standardisée. Donc V deltoïdien, 10 cm au-dessus du pli du coude, pli du coude, 10 cm en-dessous du pli du coude, pli du poignet et au niveau des métacarpo-phalangiennes* » (lignes 42 à 45).

E3 : « *Alors au niveau de la technique centimétrique, on prend le pli du coude, et on fait 5 cm au-dessus, 5 cm en-dessous, ou 10 cm ça dépend complètement de la grandeur du bras ou du LO. [...] et si on prend aussi au niveau du poignet, on prend la commissure de la main, de l'ouverture de la main [...]. La tête des métas, on prend chaque doigt en circulaire et des fois on prend la tête de l'olécrane* » (lignes 90 à 95).

E5 : « *Ça dépend de chaque personne* » (ligne 48).

E6 : « *Coude et poignet, en général. [...] Après dans le cadre d'un œdème très important, on peut à moitié de l'avant-bras, ou à moitié du bras, ça dépend en fait du patient* » (lignes 48 à 51).

Parmi les 6 MK, seul l'un d'entre eux utilise une technique volumétrique :

E3 : « *Nous à l'hôpital on peut des fois avoir des appareils très sophistiqués, comme l'immersion dans l'eau tout ça, c'est la meilleure mesure quand même pour voir fin pour moi. Et le centimètre avec cette conversion, c'est mathématique quoi* » (lignes 75 à 78). Ici deux techniques volumétriques sont citées, la technique immersive dans l'eau et la technique de calcul des troncs de cônes qui permet d'obtenir un volume à partir de mesures périmétriques.

Nous leur avons demandé s'ils avaient d'autres éléments de suivi que ce dont ils avaient déjà parlé, certains nous ont alors évoqué les choses suivantes :

E1 : « *Il m'arrive de faire des bilans photographiques, comparatifs avant et après* » (ligne 50).

E5 : « *Les rapports médicaux, hospitalisations, c'est tout* » (ligne 55).

Maintenant au sujet de la qualité de vie : sur les 6 MK interrogés, tous s'accordent pour dire que la qualité de vie est un élément primordial du bilan.

E1 : « *Evidemment ça rentre en compte, [...] c'est quelque chose qu'on aborde beaucoup à l'oral, qui n'est pas forcément retranscrit à l'écrit mais qui est très, très abordé oui* » (lignes 57 à 61).

E3 : « *Ah bah oui, énormément. Y a tout un questionnaire sur la qualité de vie* » (ligne 104).

E4 : « *Oui bien sûr ! Ah oui bah ça c'est très important [...]* » (ligne 78).

### 3.2.2. Traitement

A la question générale « De quelles manières traitez-vous un LO de MS ? », diverses réponses sont amenées :

E1 : « *Donc c'est une association euh déjà de drainage manuel... Plus ou moins de pressothérapie et surtout de contention-compression... Avec des techniques de bandage au moins double couche si ce n'est plus. Avec une partie en traitement d'attaque, [...] et puis un traitement d'entretien où il y aura toujours du drainage et mise en place souvent d'une contention plus définitive, à type de manchon [...]* » (lignes 66 à 74).

E2 : « *Je fais du DLM* » (ligne 101).

E3 : « *Alors on prend les patients le lundi matin, ils ont été vus en consultation avant, ils arrivent, on fait tous les bilans, et quand on les prend en charge on commence par faire du drainage global lymphatique manuel. Ensuite, on fait le premier jour que du global, c'est que le lendemain qu'on commencera à faire du global et du segmentaire. Et après, ils font un bandage [...]. Après avoir fait le bandage on leur fait une gymnastique sous bandage, et on leur fait faire en plus dans le service une éducation thérapeutique.* » (lignes 191 à 193, 197 à 198, 206 à 211).

E4 : « *Donc par le drainage qu'on a appris. [...] et ensuite donc moi je fais le Kinesio Taping<sup>®</sup> en fin de séance* » (lignes 101, 110).

E5 : « *Presso, drainage lymphatique manuel, LPG<sup>®</sup>. Bandage multicouche, manchon de contention et ici c'est tout* » (lignes 64 à 65).

E6 : « *Bah soit drainage lymphatique manuel, soit en LPG<sup>®</sup> aussi ça marche très bien* » (ligne 88).

Concernant le DLM, les MK abordent différentes techniques :

E1 : « *C'est principalement et uniquement de la résorption c'est ce qui a été démontré par notamment les travaux de monsieur Ferrandez que j'évoquais tout à l'heure donc... Des techniques où on va presser, tracter et dérouler dans le sens disto-proximal pour faire remonter petit à petit tout ce réseau lymphatique* » (lignes 81 à 84).

E4 : « *On stimule souvent les ganglions en premier, après on fait des manœuvres d'appel, de résorption, dans un ordre un peu particulier* » (lignes 101 à 102).

E5 : « *Technique Leduc* » (ligne 69).

E6 : « *Leduc* » (ligne 95).

2 des MK interrogés utilisent des techniques de préparation au DLM :

E2 : « *Oui, alors j'ai fait ça mais il paraît que ça sert à rien* » (ligne 111).

E4 : « *On stimule souvent les ganglions en premier* » (ligne 101).

Au niveau du bandage multicouche, 3 des 6 MK ont répondu le pratiquer. Ils ont parlé de la réalisation de leur bandage :

E1 : « *Donc déjà vérification du plan cutané qu'il n'y ait pas d'infraction cutanée, qu'il n'y ait pas de plaie, pas de chose qui soit effectivement rédhibitoire pour pouvoir le faire. Ensuite si on parle du bandage à proprement parler ça va être... Le plus simple possible c'est une contention avec une bande coton et une compression derrière avec une bande élastique et l'association contention-compression va pouvoir être le plus efficace dans le suivi de ce LO suite au drainage manuel.* » (lignes 99 à 104).

E2 : « *Alors je mettais celui-là en premier (indique la bande coton). Alors on avait appris parallèle [...]. Et ensuite je mettais ça (indique la bande Biflex<sup>®</sup>)* » (lignes 166, 174, 186).

E3 : « *Alors, on réalise soit des bandages inélastiques à allongement court soit des bandages mixtes, c'est-à-dire élastico-rigides à allongement court plus allongement long.* » « *Alors le bandage à allongement court, [...], alors la première bande c'est une bande en coton.* » « *[...] on la pose sur le bras en circulaire* » « *Et on le fait en circulaire très, très large, c'est-à-dire qu'on la recouvre pas de moitié, on recouvre que d'un centimètre* » « *On la met directement sur le bras. Ensuite on pose une bande de Mobiderm<sup>®</sup>* » « *Ensuite, en circulaire toujours, en recouvrant d'un centimètre. Ensuite on utilise une bande en coton, allongement court* » « *Si on reste dans le bandage rigide, on fait une, deux, trois, trois bandes et on rigidifie le montage avec une technique particulière* » « *Et le deuxième bandage, on commence pareil, on fait le coton, on fait la bande de Mobiderm<sup>®</sup>, on met une bande*

*allongement court qui tient le Mobiderm<sup>®</sup> » « Et par-dessus, alors là on met que la Biflex<sup>®</sup>, j'te dis le nom parce qu'il n'est pas question de mettre une autre bande, c'est la seule qui est, qui est vraiment bien quoi » (lignes 264, 268, 273, 291-292, 296-297, 301-302, 314 à 316, 334-335, 339-340).*

1 MK utilise des bandes à allongement long, les 2 autres utilisent des bandes à allongement court, mais également à allongement long :

E2 : *« Etirement optimal à 30% » (ligne 202).*

E1 : *« Ça va dépendre de l'œdème après qu'on va avoir donc il peut y avoir plusieurs cas de figures... Ça c'est vraiment en fonction de notre bilan qu'on va pouvoir déterminer l'utilisation des bandes. Mais y a plusieurs bandes qui existent et faut vraiment rester adaptatif à chaque cas » (lignes 109 à 112).*

E3 : *« Alors, on réalise soit des bandages inélastiques à allongement court soit des bandages mixtes, c'est-à-dire élastico-rigides à allongement court plus allongement long » (lignes 264, 268 à 269).*

Ces 3 MK utilisent parfois un mobilisateur tissulaire :

E1 : *« Oui. Type Mobiderm<sup>®</sup>, chose comme ça pour lutter contre la fibrose notamment » (ligne 116).*

E2 : *« Ah Mobiderm<sup>®</sup> je l'ai mis une fois chez une mamie. Ouais, je lui avait fait acheter » (ligne 218).*

E3 : *« Ensuite on pose une bande de Mobiderm<sup>®</sup>, c'est-à-dire la bande à gros plots, la bande de drainage » (ligne 296).*

Nous leur avons ensuite demandé le rôle de leur bandage ainsi que la place qu'il avait dans leur PEC :

E1 : *« Le bandage va permettre de maintenir déjà les acquis durant la séance de kinésithérapie et va permettre de continuer à mobiliser les tissus de notre patiente » (lignes 120 à 121).*

E2 : « *Le bandage je le met à la fin. Euh... Bah après le drainage lymphatique, quoi. Pour...* » « *Pour optimiser le drainage finalement !* » (lignes 231, 235).

E3 : « *A faire diminuer le LO* » (ligne 382).

Nous les avons également questionnés sur ce qu'ils pensaient de la pressothérapie :

E1 : « *C'est une technique adjuvante au drainage manuel et à la contention, qui n'est pas forcément obligatoire dans le traitement mais qui a toute sa place si elle est bien associée.* » (lignes 130 à 131).

E3 : « *Alors nous on utilise la pressothérapie à \*\*\*, maintenant [...]. Mobiderm® sous pressothérapie rend la pressothérapie efficace* » (ligne 398, 409).

E5 : « *Ça marche bien* » (ligne 87).

E6 : « *Pour les MI c'est une bonne alternative [...]* » (ligne 119).

E2 : « *J'en fais pas. J'en fais pas, même pas les MI. Franchement, j'suis pas convaincue que ça marche [...]. Et quand j'suis pas convaincue que ça marche, j'en fais pas quoi* » (lignes 304 à 306, 314).

E4 : « *Sur le MS moi j'en fais pas* » (ligne 132).

La moitié des répondants considère les exercices sous contention importants et les mettent en place lors de leur PEC :

E1 : « *Evidemment ça fait partie du suivi. Si vous mettez des bandes de contention-compression sur un membre qui est inerte, qui ne va pas du tout travailler, ce ne sera pas efficace puisque justement le fait de l'activité musculaire sous bandage va permettre une compression plus importante et donc un écrasement tissulaire et un écrasement du réseau lymphatique donc c'est indissociable. Euh mettre une contention sur un membre qui ne bouge pas n'a pas d'intérêt* » (lignes 139 à 144).

E2 : « *Faut que le patient bouge, finalement. Faut qu'il bouge et qu'il soit à l'écoute de sa douleur. Mais, faut les laisser dans le mouvement* » (lignes 319 à 321).

E3 : « *Ils sont indispensables. [...] et puis effectivement pour que ce drainage soit efficace, on fait de la gym. Et moi j'en fait faire avant, avec du Mobiderm<sup>®</sup>, je leur fais faire souvent avec des exercices pendant 10 min, un quart d'heure, uniquement pour drainer le membre, et après quand ils ont le bandage bien fait, bien fini, là on refait de la gym pour justement, favoriser avec, grâce au Mobiderm<sup>®</sup> la vidange du bras* » (lignes 423 à 430).

Les 3 autres MK sont hésitants concernant cette pratique :

E4 : « *J'ai pas trop de recul* » (ligne 148).

E5 : « *Euh... Oui et non* » (ligne 92).

E6 : « *Bonne question. Euh... Moi j'en fais pas...* » (ligne 135).

Nous les avons ensuite questionnés sur leur connaissance de l'existence des deux phases de traitement du LO, 3 d'entre eux n'en avaient jamais entendu parler :

E6 : « *Non. Pas dans mes souvenirs* » (ligne 153).

E4 : « *Non...* » (ligne 166).

E5 : « *Non* » (ligne 111).

Puis nous avons parlé de l'éducation thérapeutique, tous sont d'accord pour dire qu'elle a sa place dans la PEC du LO. D'après eux, elle consisterait en :

E1 : « *[...] du suivi du patient, de la pathologie, qu'il s'intègre dans sa pathologie, qu'il soit acteur de sa rééducation [...] et il faut qu'il y ait une bonne entente entre le patient et le thérapeute, pour que les conseils soient bien respectés et pour que le patient soit un acteur et comprenne bien les enjeux de sa PEC* » (lignes 149 à 153).

E2 : « *C'est de leur apprendre à mettre le bandage* » (ligne 405).

E3 : « *C'est hyper important le patient partenaire. Donc on a des patients partenaires, [...], c'est indispensable, c'est plus qu'une éducation thérapeutique. Le patient partenaire, c'est les patients qui éduquent d'autres patients* » (lignes 445 à 448).

E4 : « *A expliquer vraiment au patient de pas forcer, les jours où ça va moins bien, plus de repos, plus de surélévation, de toute façon le patient le sent en général, de lui-même il va le faire, après s'il force il sait très bien comment ça se passe... On leur explique vraiment comment ça se passe, on peut les voir plus souvent, [...]* » (lignes 175 à 178).

E5 : « *Hygiène de vie du patient en tête de liste* » (ligne 119).

E6 : « *[...] j pense que l'éducation thérapeutique chez un gros bras ou chez un LO vrai c'est important puisque il y a des choses à faire, des choses à ne pas faire, donc bien mettre ses contentions, bien faire ses bandages, éviter le soleil, éviter de léser le membre où y a eu le LO, donc oui tout ça c'est de l'éducation thérapeutique, faut apprendre aux gens parce que forcément ils savent pas mais oui* » (lignes 168 à 172).

Nous leur avons demandé les points primordiaux d'après eux à aborder avec le patient concernant les conseils d'hygiène de vie (CHV) :

E1 : « *La surveillance cutanée déjà, [...], faire attention à toute source d'infection potentielle qui pourrait mettre en péril son système de retour... [...] Il faut surtout conseiller sur l'antisepsie, sur le fait de bien se désinfecter si jamais arrive une plaie dans le quotidien ce qui peut arriver à tout le monde, donc ça c'est primordial de surveiller l'aspect cutané et trophique et de savoir réagir si y a besoin donc soit désinfecter seul soit consulter son médecin, consulter quelqu'un pour pouvoir voir si y a un soucis et puis être en alerte par rapport à si y a une rougeur, une chaleur plus importante, si y a un gonflement du membre, [...] et que le patient s'il a bien compris les enjeux, si c'est un acteur de sa surveillance, il va être capable de détecter ces signes, il va faire ce qui faut pour aller bien* » (lignes 163 à 174).

E2 : « *Bien se laver, et faire attention à ne pas se blesser, et... Et pis bouger, rester dans le mouvement... Voilà* » (lignes 414 à 415).

E3 : « *Que si le bras rougit, devient chaud, devient douloureux, ... On essaie de voir quelqu'un de référence, soit son kinésithérapeute soit son médecin, on prend très vite des antibiotiques ! Parce que si le pire, c'est quand même l'infection du système lymphatique, qui détruit chaque fois un petit peu le système donc là, prise d'antibiotiques, un peu de paracétamol, on attend que ça fasse plus mal et on recommence à traiter. Ça c'est la*

*première chose. On leur apprend à le diagnostiquer, et on leur apprend à avoir toujours sur eux ce qu'il faut au cas où il y a une crise importante qui débute » « Aux mycoses. Alors là faire attention à être très vigilants, faut nettoyer la plaie, et pis c'est tout on leur dit toujours d'être vigilant à nettoyer. Et quand y a des piqures de moustiques, de mettre des produits désinfectants et surveiller, ... et surveiller quoi » (lignes 458 à 464, 485 à 487).*

E4 : *« Le prévenir que la température ou les changements de température vont avoir une influence » (lignes 186 à 187).*

E5 : *« L'alimentation, mode de vie, activité physique, entretien du bras » (ligne 128).*

E6 : *« D'éviter la chaleur, mettre le membre en élévation » « Essayer de mettre en précaution le membre atteint. [...] Essayer de faire attention à pas trop surcharger la dose sur le membre lésé » (lignes 181 à 182, 191 à 192).*

Enfin, pour conclure l'entretien nous les avons laissé s'exprimer sur la PEC du LO s'ils avaient des points qu'ils n'avaient pas pu aborder :

E1 : *« L'implication du patient, la compréhension du patient paraît primordial, le fait de bien associer donc le drainage manuel avec la contention-compression ça me paraît très important aussi, [...] Conseiller si, on a pas trop parlé de l'activité physique en plus, [...] mais d'abord une activité physique aussi régulière, ça va être plus général par rapport à la PEC dans la cancérologie mais on sait que ça va avoir un impact très positif psychologiquement, socialement, et sur les problèmes vraiment internes, [...] encore une fois l'activité physique a toute sa place dans le traitement » (lignes 202 à 210).*

E2 : *« Diminuons le prix des bandes ! » (lignes 460 à 461).*

E3 : *« Oui je souhaiterais ajouter [...], y a une volonté de, un peu tronquer, de faire prendre la place des kinés par des infirmières parce qu'il y a des gens qui pensent que les kinés n'est pas à la hauteur, donc ça c'est très international, ce sont les nurses qui prennent, et en France y a certaines personnes qui voudraient que ce soit les infirmières qui prennent la place [...] » (lignes 516 à 520).*

E4 : *« Bah moi je pense que le Kinesio Taping<sup>®</sup> est intéressant, de se pencher dessus, parce que moi je l'ai testé et les patients sont très contents. [...] c'est intéressant de le dire. Enfin*

*voilà on adhère on adhère pas, mais c'est intéressant de savoir que ça existe, en complément des séances qu'on fait, pour les quelques jours qui suivent la séance, et entre chaque séance » (lignes 237 à 245).*

*E6 : « J pense qu'il faut essayer d'avoir plus de communication entre les chirurgiens et les centres et les kinés parce que j pense que là à mon avis y a un défaut, parce que certains chirurgiens veulent bien certaines techniques d'autres pas, donc c'est toujours un petit peu compliqué » (lignes 241 à 244).*

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. Interprétation des résultats au regard de la méthode mise en œuvre**

Pour analyser les résultats, nous avons choisi de procéder en deux étapes : une étape plutôt objective, dite « *transversale* » en analyse de contenu qui consiste en une catégorisation. La seconde, plutôt subjective ou « *verticale* » cette fois-ci mais qui va permettre d'enrichir la première, une analyse de l'énonciation (46).

#### **4.1.1. La catégorisation**

La catégorisation est très souvent utilisée en analyse de contenu pour analyser des résultats d'une étude qualitative et est plutôt simple d'exécution (47,48). Tout d'abord, elle débute par une étape de codage, où nous allons définir l'unité d'enregistrement que nous allons utiliser. Pour notre étude, nous avons choisi « le thème » comme unité d'enregistrement. Notre catégorisation sera donc une analyse thématique. Elle va consister à élaborer une grille catégorielle regroupant tous les thèmes et sous-thèmes abordés dans les entretiens. Ainsi, cette grille donnera une vue d'ensemble des différents points évoqués dans les entretiens. Une fois la grille catégorielle réalisée, nous avons choisi de pousser l'analyse thématique en trois versants : une analyse présentielle, une analyse fréquentielle et une analyse directionnelle. La première va consister à indiquer quels thèmes sont présents ou

absents dans chaque entretien. La seconde, va nous montrer à quelle fréquence apparaît chaque thème. Enfin, la dernière nous révélera « la direction » de chaque thème : positif, négatif ou ambivalent. Ces trois analyses vont permettre d'étudier les résultats sous divers angles tout en se complétant les unes les autres.

#### **4.1.1.1. L'analyse préentielle**

La grille catégorielle disponible en annexe (ANNEXE III) regroupe tous les thèmes et sous-thèmes abordés dans les six entretiens. De plus, pour chaque entretien, les thèmes et sous-thèmes abordés sont cochés ce qui permet de voir de manière globale qui a parlé de quoi. De cette manière, nous pouvons voir les catégories évoquées par tous mais également les catégories qui n'ont été évoquées que par l'un d'entre eux par exemple. Evidemment, ces résultats sont à nuancer car comme nous nous trouvons dans un cadre d'entretiens semi-directifs, il y a des thèmes et sous-thèmes qui apparaissent dans chaque entretien, tout simplement parce qu'ils faisaient partie des questions ou des relances posées à chacun. Il est intéressant de noter que les catégories « Bilan » et « Traitement » sont présents sans grande surprise car elles étaient abordées dans les questions durant l'entretien. En revanche, les catégories « LO », « Relation soignant-soigné », « Patient » et « MK » sont apparues au cours des six entretiens. Au niveau des sous-catégories de « LO », la part esthétique a été évoquée dans l'entretien 5. C'est le seul entretien où cette notion est apparue, bien que la gêne esthétique soit souvent associée aux cas de LO. En effet, « le gros bras » va entraîner des répercussions sur les activités de la vie quotidienne de la patiente, mais également psychologique de par son côté voyant, souvent jugé inesthétique et qui va parfois poser de réels problèmes à cause du regard des autres. De même, dans l'entretien 6 est ressortie la notion de communication interprofessionnelle qui est jugée insuffisante par le répondant et qui peut nuire à la PEC optimale de la patiente. Dans les différents entretiens, la relation soignant-soigné a été abordée et doit être une relation d'écoute et d'entente d'après le répondant E1 et utilise toute une psychologie dans le contexte de cancer de sein pour la répondante E2. De même, sont ressortis dans ces entretiens certains aspects que les praticiens considèrent nécessaires pour être « un bon patient » ou « un bon MK ». Concernant le patient, l'auto-bandage et l'autogestion de son œdème, ainsi qu'il soit acteur de sa PEC sont des

éléments qui sont ressortis. Du côté MK, il joue un rôle essentiel dans la PEC du LO, il conseille, il effectue un suivi, il soulage et fait de la prévention. Ces différents points sont revenus dans quelques entretiens. Mais de plus, et ce point a été abordé dans cinq des six entretiens : le MK adapte. Il adapte sa PEC aux différentes conditions. Son adaptation semble être une qualité majeure et nécessaire au regard de nos répondants.

En ce qui concerne le bilan, des points nouveaux sont ressortis sans avoir été cités lors des questions ou relances : les photos, la palpation, le bilan de la douleur, des amplitudes, du musculaire, du fonctionnel, du sensitif et bien sur l'anamnèse. Ces points ont été abordés par certains répondants. Mais deux points ressortent particulièrement car ils ont été abordés respectivement quatre et cinq fois sur six : la palpation et le fonctionnel. Ce sont deux éléments importants du bilan d'un LO d'après les répondants. Au niveau du traitement, deux techniques ont été abordées par deux répondants chacune : le LPG<sup>®</sup> et le Kinesio Tape<sup>®</sup>. De plus, nous pouvons voir au niveau des CHV la multitude de sous-catégories évoquées et la disparité des idées des répondants.

#### **4.1.1.2. L'analyse fréquentielle**

L'analyse fréquentielle est souvent réalisée et part du principe que « *l'importance d'une unité d'enregistrement croît avec sa fréquence d'apparition* » (46). Ce postulat n'est pas valable dans tous les cas mais permet de nous donner encore une fois des informations sur chaque entretien, mais qu'il faudra possiblement nuancer.

Pour l'analyse fréquentielle, l'unité d'enregistrement est le thème. Pour comptabiliser le nombre d'unité d'enregistrement nous avons choisi de compter par phrase (par exemple, si deux phrases successives parlent du même thème, nous comptons « 2 ») ou par bout de phrases (dans le cas où plusieurs thèmes sont abordés dans une même phrase). Nous obtenons alors la répartition des unités d'enregistrements pour chaque entretien :

Le diagramme de gauche ci-dessous (Fig. 2) nous permet de voir la quantité d'unités d'enregistrement répertoriées pour chaque entretien. Cela nous permet donc de voir que l'entretien 3 a été plus « riche » d'unités que l'entretien 5 par exemple qui ne représente que 6% du total des unités d'enregistrement. Ces données peuvent être en partie corrélées avec la durée d'un entretien, en effet, l'entretien 5 a été le plus court et est également celui qui représente la plus petite part des unités d'enregistrement. En revanche, l'entretien 2 a duré plus longtemps que l'entretien 1 pour finalement autant d'unités d'enregistrement.

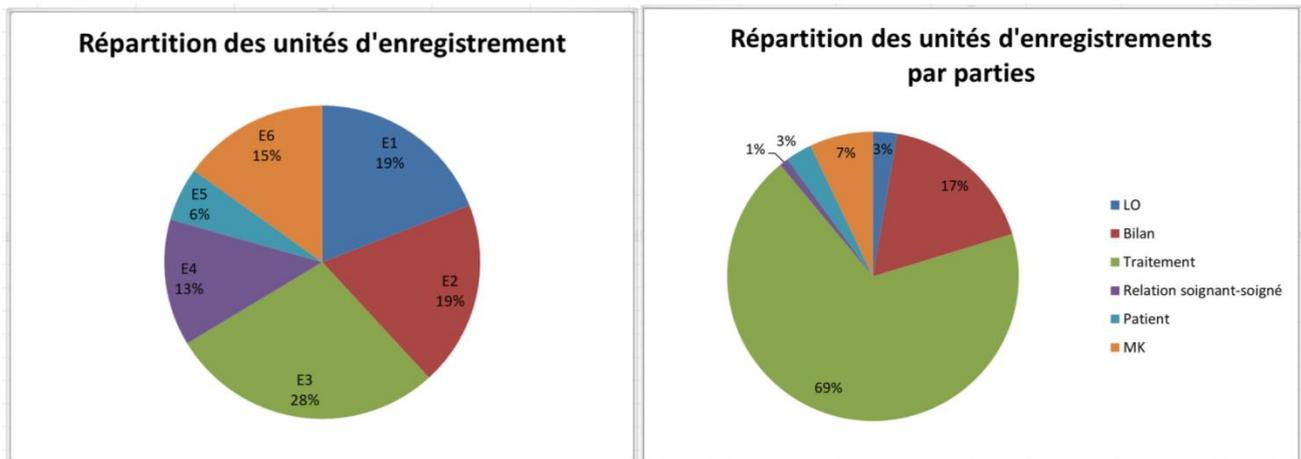


Figure 2 : Répartition des unités d'enregistrement par répondant (gauche) et par parties (droite)

A présent, nous pouvons regarder la répartition des unités par grande partie : LO, Bilan, Traitement, Relation soignant-soigné, Patient et MK. Sur la partie droite du diagramme (Fig. 2), nous voyons que la plus grande partie des unités d'enregistrement concernent largement la partie traitement, puis la partie bilan, ce qui s'explique par le fait que la plupart des questions visaient ces deux parties. Mais nous voyons bien ici l'émergence des 4 parties citées plus haut.

Nous allons maintenant nous intéresser à la répartition des unités d'enregistrement dans chacune des parties. Nous nous concentrerons sur les parties Bilan et Traitement qui sont les deux parties majoritaires.

Ci-dessous vous pouvez voir la répartition concernant la partie Bilan (Fig. 3). Les unités d'enregistrement qui ressortent le plus sont : la centimétrie avec 21%, la qualité de vie avec 14%, le fonctionnel avec 13% et la palpation avec 11%. Ce sont les sous-thèmes les plus abordés dans les entretiens concernant le bilan. Nous verrons dans l'analyse directionnelle qui suit si les MK semblent favorables ou non face à ces points et si ces points ont été abordés parce que les MK les utilisent ou si au contraire ils ne s'en servent pas.

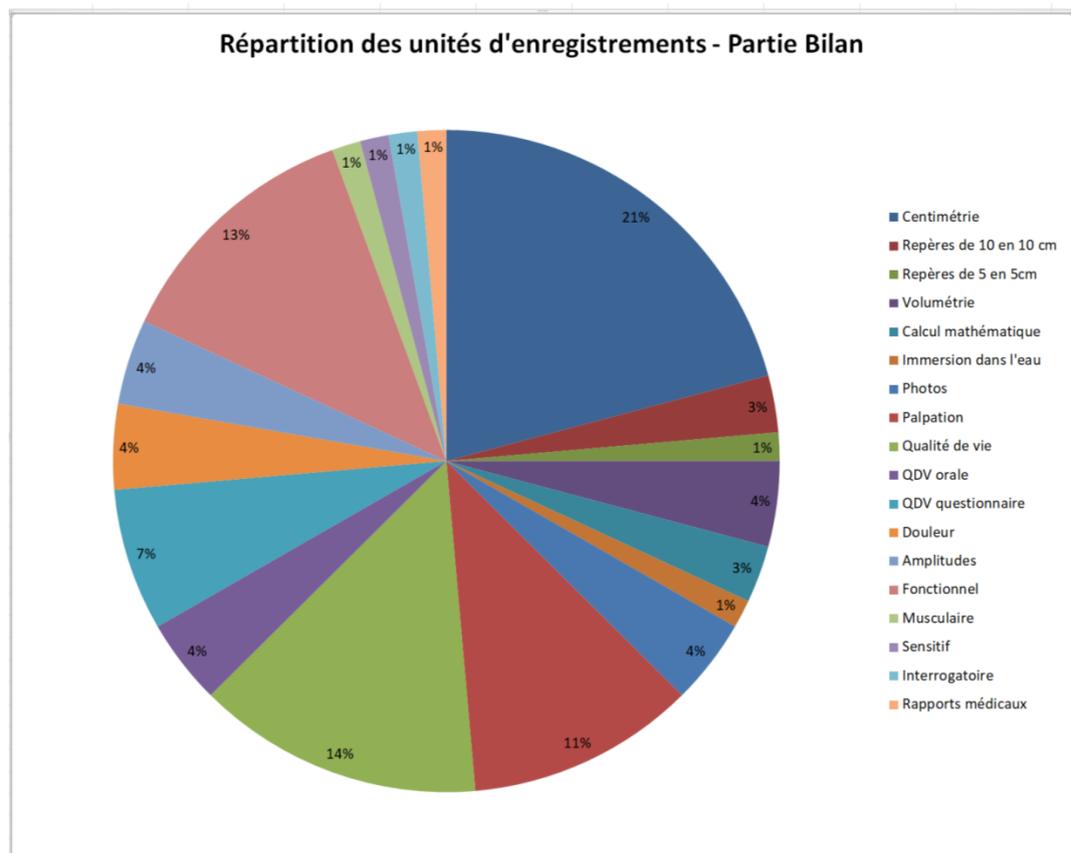


Figure 3 : Partie Bilan

Concernant la partie Traitement dont nous voyons la répartition sur le diagramme qui suit (Fig. 4), nous remarquons que ce sont le DLM, le bandage, les exercices sous contention et l'éducation thérapeutique qui ressortent avec respectivement 11%, 14%, 9% et 7%. Nous voyons bien ici la richesse de sous-thèmes abordés pour le traitement, représentés par des petits pourcentages. De plus, il est à noter que sur ce diagramme ne sont pas représentés les sous-thèmes ayant été évoqués moins de cinq fois sur tous les entretiens. Il y a encore 26 sous-thèmes qui ne figurent donc pas ici. Cela nous montre la richesse des idées concernant le traitement du LO, bien que 4 éléments soient mis en avant.

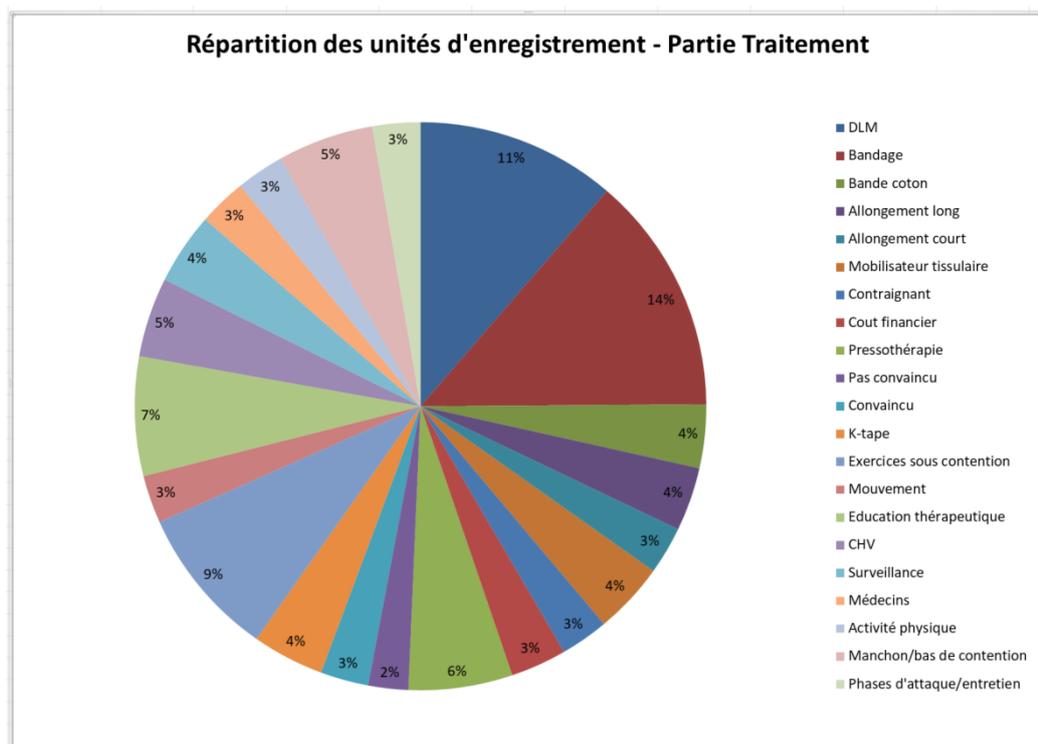


Figure 4 : Partie Traitement

#### 4.1.1.3. Analyse directionnelle

L'analyse directionnelle a été réalisée sur les catégories « Bilan » et « Traitement » pour connaître la direction de pensée des répondants concernant les différentes techniques abordées. Elle n'a pas été effectuée sur les autres catégories car elle ne s'y prêtait pas (en effet, les autres sous-thèmes abordés viennent de l'initiative des répondants et ont tous une

direction positive). Nous avons choisi d'utiliser le barème suivant : + pour positif ; - pour négatif ; +/- pour ambivalent. Ce barème positif/négatif reflète la pensée du répondant lorsqu'il a évoqué les différentes sous-catégories. Par extension, quand un répondant nous dit utiliser une technique, nous avons choisi de le placer dans « + pour positif » en considérant que les répondants n'utilisent pas de techniques pour lesquels ils ne sont pas convaincus. Mais dans le cas du « - pour négatif », cela ne veut pas forcément dire que le répondant est contre cette technique, mais simplement qu'il ne l'utilise pas, peut-être pour d'autres raisons (manque de temps, de matériel par exemple). Il faut donc prendre cette grille directionnelle avec nuances, et plutôt la considérer comme un « + pour j'utilise » et « - pour je n'utilise pas ». Nous avons adapté la grille catégorielle pour l'analyse directionnelle, disponible en annexe (ANNEXE IV).

Ce que nous pouvons remarquer, c'est que la centimétrie, ayant été abordée dans tous les entretiens, soulèvent plusieurs réactions. En effet, la moitié des répondants l'utilisent, un des MK ne l'utilise pas pour faute de temps « *je compare comme ça je m'embête pas à prendre les périmètres [...] c'est vraiment du rapide quoi* » (E2) et les deux restant ne se prononcent pas vraiment sur leur utilisation ou non en utilisant « *on peut* » comme par exemple pour l'entretien 4 « *on fait pas trop de bilan, mais euh on peut mesurer régulièrement* ». L'utilisation de la centimétrie ne fait donc pas l'unanimité, non pas pour des motifs d'efficacité où les répondants estimerait la centimétrie hors de propos mais plutôt pour des raisons de mises en place. La qualité de vie, en revanche, évoquée elle aussi dans chaque entretien, fait l'unanimité chez les répondants quant à son importance dans la PEC, tout comme le DLM dans le traitement. Par contre, les bandages ont été mentionnés eux aussi dans tous les entretiens mais ont plutôt suscités des réactions nuancées, comme pour la centimétrie. En effet, trois des répondants ne l'utilisent pas, bien que l'un d'entre eux a la formation pour. Un autre MK est ambivalent à ce sujet car il trouve les bandages efficaces mais durant l'entretien le côté contraignant et le coût financier des bandages sont beaucoup ressortis. La pressothérapie elle aussi est utilisée dans quatre cas sur six, les répondants E2 et E4 n'étant pas convaincus de son utilisation. De même pour les exercices sous contention, trois des répondants les utilisent mais les trois autres sont plus hésitants : en effet E4 et E6 sont ambivalents « *J'ai pas trop de recul* » ; « *Bonne question. Euh... Moi j'en fais pas...* »,

tandis que E5 ne les utilise pas : « *Parce que selon la formation Leduc que j'ai eu, c'était niet, pas d'exercice sous contention* ». Là encore, les avis diffèrent. Il y a deux points où tous les MK interrogés sont d'accord à l'unanimité, ils ont tous répondu favorablement à l'éducation thérapeutique et aux conseils d'hygiène de vie. Tous sont d'accord pour dire que ce sont des points importants de la PEC de patients, et peut-être encore plus dans le cas du LO, qui est une affection chronique.

#### **4.1.2. L'analyse de l'énonciation**

*« L'analyse de l'énonciation a deux caractéristiques majeures qui la différencient d'autres techniques d'analyse de contenu. Elle s'appuie sur une conception de la communication comme processus et non comme donnée. Elle fonctionne par le détour des structures et des éléments formels » (46).*

L'analyse de l'énonciation peut se dérouler en trois temps : l'étude de l'agencement et de la dynamique du discours, l'étude du style et enfin l'étude des éléments atypiques. Pour analyser les entretiens, nous nous sommes concentrés sur les deux derniers points, à savoir l'étude du style et des éléments atypiques. En effet, l'étude de l'agencement et de la dynamique du discours est plus adaptée dans le cas d'entretiens non directifs car ici, dans le cadre de nos entretiens semi-directifs, la dynamique et l'agencement du discours sont essentiellement rythmés par les questions et relances, et ne sont donc pas propres au répondant.

##### **4.1.2.1. Entretien 1**

Le style général de l'entretien est un style linéaire et sobre. Lors de la question d'introduction sur le LO, le début de réponse est hésitant et commence par un silence, puis la suite du paragraphe est posé et linéaire (ligne 26). La suite du discours est également linéaire, jusqu'à la ligne 57 où la réponse est une séquence répétitive. En effet, ce passage comporte quatre litanies liées – une litanie étant défini par L. Bardin comme une « *accumulation par*

*répétitions rapprochées* » (46) – qui sont les suivantes : « *abordées à l’oral* » (ligne 58), « *ré-abordée* » (ligne 59), « *qu’on aborde beaucoup à l’oral* » (ligne 60) et « *très, très abordé* » (ligne 61). Ici nous avons une insistance sur la notion de la qualité de vie, cette insistance peut venir du fait que la prise en compte de la qualité de vie est une part essentielle du métier de MK. Le discours se poursuit ensuite par un retour au style linéaire. Une hésitation, un suspens réapparaît à la ligne 120 en début de réponse, comme pour rassembler ses idées, se donner du temps pour élaborer la réponse adaptée. Dans le paragraphe qui suit, débutant à la ligne 130, le style est à nouveau répétitif. Là encore on retrouve deux litanies en début et fin de paragraphe : « *technique adjuvante* » (ligne 130) et « *bon adjuvant* » (ligne 134). Cette disposition des litanies permet de renforcer son propos tout en concluant la fin du paragraphe. Le paragraphe suivant concernant les exercices sous contention a un style linéaire, puis le discours repasse en mode répétitif au paragraphe suivant au sujet de l’éducation thérapeutique. Nous y retrouvons deux litanies : « *qu’il soit acteur de sa rééducation* » (ligne 150) et « *patient soit acteur* » (ligne 153). Encore une fois, cette répétition a pour but de créer une insistance sur l’importance pour l’interviewé que le patient soit acteur de sa PEC. Les deux prochains paragraphes sur les CHV sont également de style répétitif. Nous avons relevé quatre litanies sur la surveillance : « *la surveillance* » et « *la surveillance cutanée* » (ligne 163), « *surveiller* » (ligne 168) et « *surveillance* » (ligne 173) ; ainsi que trois autres sur la consultation : « *consulter son médecin* » (ligne 169), « *consulter quelqu’un* » (ligne 170) et « *savoir consulter* » (ligne 172). Le répondant insiste ici sur la surveillance et la consultation de la personne appropriée, ce qui semble pour lui les points primordiaux dans les CHV du patient. Dans le paragraphe suivant, deux autres litanies sont présentes : « *dans un flou* » (ligne 181) et « *un peu floues* » (ligne 183). Ici le répondant met en avant le rôle du MK dans l’inclusion des CHV dans la PEC MK car d’après lui ces CHV sont souvent trop évasifs de la part du corps médical. Dans ces trois paragraphes nous avons également un élément atypique : une récurrence, qui est une répétition éloignée, se distinguant donc des litanies. En effet, à la ligne 173, la notion de patient acteur de sa PEC refait surface « *un acteur de sa surveillance* ». Cette récurrence peut être un indicateur d’importance pour le répondant, qui cherche encore à placer une insistance sur cette notion. La fin du discours se fait sur un style à nouveau linéaire, mais contenant une autre récurrence : la notion de conseil a été abordée à la ligne 166 et réapparaît à la ligne 204 pouvant témoigner encore de l’importance de cette notion aux yeux du répondant.

#### 4.1.2.2. Entretien 2

Le style global de l'entretien 2 est plus décousu que l'entretien 1. Les prises de parole sont plus brèves et ont nécessité plus d'interaction avec l'investigateur. Néanmoins, la première réponse, celle concernant la question générale sur le LO, correspond à un style répétitif. La notion de massage est au centre de ce paragraphe avec trois litanies : « *massage* » (ligne 33), « *masser* » et « *massage* » (ligne 34). Le répondant insiste sur cette notion qui est le cœur du métier de MK. Lors de la première question sur le bilan, une interpolation vient se glisser dans la réponse de E2, les interpolations étant « *des incidentes, circonlocutions, des silences et des lacunes qui favorisent le retardement de la progression* » (46). Elle se trouve à la ligne 51 : « *eah... Après si peut-être au niveau de la palpation.* » et est de type correction, apportant une rectification à son début de réponse. Le prochain paragraphe ayant un style marqué concerne la qualité de vie et est de style répétitif. Ici, les notions de douleur et de fonctionnel sont présentes à répétition par le biais de litanies successives : « *douleur* » (ligne 91), « *douleur* », « *douleur et fonctionnel* » (ligne 96) et « *douleur et fonctionnel* » (ligne 97). La réponse qui suit est également de style répétitif avec deux litanies sur le DLM. Puis, les lignes 120 à 122 représentent bien le style haché global de l'entretien avec plusieurs interpolations avec cinq mises en suspension du discours successives. Les quelques lignes qui suivent sont également sur ce schéma. Puis à partir de la ligne 137 nous avons un retour sur un discours plus posé et linéaire. Au paragraphe débutant à la ligne 143 nous avons une alternance du « moi », « je » et du « eux ». À la ligne 158, le répondant clôture par la réutilisation du « moi » en signe de réappropriation du discours. Le style linéaire dure quelques paragraphes et repasse à un style plus hésitant à la ligne 231. Nous retrouvons à nouveau des interpolations avec un interviewé cherchant ses mots. Dans les réponses qui suivent sur la place du bandage dans la PEC, nous avons trois litanies successives sur le remboursement et le prix des bandes : « *C'est pas très bien remboursé ça* » (ligne 242), « *les bandes remboursées par la sécu* » (ligne 254) et « *C'est pas bien remboursé.* » (ligne 258). Donc nous voyons ici l'importance du remboursement des bandes aux yeux du participant et son mécontentement à ce sujet. A la ligne 273 nous retrouvons une récurrence faisant référence à la ligne 143 « *c'est contraignant quoi* ». La suite du discours est plutôt linéaire. Nous retrouvons à partir de la ligne 319 trois litanies sur la notion de mouvement : « *faut que le patient bouge* » (ligne 319), « *faut qu'il bouge* » (ligne 320) et « *faut les laisser dans le*

*mouvement* » (ligne 321). Ici nous avons une insistance sur l'importance du mouvement dans la PEC et dans la vie du patient. Et une récurrence à ce sujet apparaît ligne 341 « *Faut vraiment rester dans le mouvement* ». Enfin, le dernier paragraphe de l'entretien est de style répétitif et reprend la notion du prix des bandes par des litanies et récurrences : « *c'est trop cher ça* » (ligne 458), « *c'est trop cher* », « *il faudrait diminuer le prix* », « *que ce soit gratuit* » (ligne 459), « *Diminuons le prix des bandes !* » (ligne 460). La dernière phrase clôture l'entretien par un slogan utilisant le « nous » et l'exclamation pour inclure les interlocuteurs et les intégrer au message.

#### 4.1.2.3. Entretien 3

Pour cet entretien, la quasi-totalité du discours utilise un style linéaire, régulier et posé. Au cours du paragraphe sur les techniques de bilan nous retrouvons les litanies suivantes : « *palpation* » (ligne 67), « *photos* » (ligne 68) et « *les photos, palpation* » (ligne 82). Le répondant marque donc une insistance sur ces deux éléments de bilan. Le discours se poursuit toujours en style linéaire, et comporte à nouveau deux litanies ligne 192 : « *on fait des bilans* » et « *on fait tous les bilans* ». Puis aux lignes 234 et 238 nous trouvons une anaphore avec la répétition de « *tous les jours* » de manière successive, trois fois. Cette anaphore rythme ce passage et renforce le discours. Et de nouveau, l'entretien reprend un style linéaire. A la ligne 423, l'interpolation « *Ils sont... Ils sont indispensables.* » provoque un arrêt dans le discours, un certain suspens, comme pour donner plus d'ampleur et de force à la fin de la phrase, valorisant les exercices sous contention, indiqués comme indispensables par l'interviewé. Puis le paragraphe débutant à la ligne 445 suit quant à lui un style répétitif avec plusieurs litanies concernant le patient partenaire dans le cadre de l'éducation thérapeutique : « *C'est hyper important le patient partenaire* », « *on a des patients partenaires* » (ligne 446), « *des patients partenaires à l'école de kiné* » (ligne 446), « *le patient partenaire* » (ligne 448). Ce point semble primordial pour le participant qui souligne son importance tout au long du paragraphe. Quelques lignes plus loin, nous retrouvons d'autres litanies lorsque les CHV sont abordés : « *on fait très attention* » (ligne 468), « *Faire attention* » (ligne 474), « *attention aux rosiers* » (ligne 475), « *Attention aux... Attention surtout aux piqûres de moustiques* » (ligne 480), « *Alors là faire attention à être très vigilants* » (ligne 485). La vigilance semble être le

principal conseil où le patient doit être sensibilisé d'après ce passage. Enfin, le dernier paragraphe de l'entretien se base sur la dualité MK/infirmières issue de la situation que le répondant observe ces dernières années.

#### 4.1.2.4. Entretien 4

L'entretien 4 est globalement d'un style linéaire. Durant cet entretien, on a tout du long une alternance de l'usage du « moi » qui signe l'appropriation des propos, et du « on » qui signe plutôt une mise à distance, une généralisation. Cette alternance rythme l'entretien. Dans la première réponse, nous retrouvons deux litanies, l'une au début du paragraphe et l'autre à la toute fin, clôturant cette première question : « *suites de cancer du sein* » (ligne 25) et « *surtout les cancers du sein* » (ligne 30). Les patientes ayant souffert d'un cancer du sein sont des patients courants pour la PEC de LO. Lors de la question sur les techniques de bilan, l'usage du « on » implique une mise à distance et est accentuée par deux litanies : « *on peut mesurer régulièrement* » (ligne 39) et « *Mais on peut faire des mesures à différents endroits* » (ligne 46). Dans le paragraphe traitant de la qualité de vie, nous retrouvons une dualité entre le bandage et le Kinesio Taping<sup>®</sup>, soulignée par plusieurs litanies : « *de kinésio taping* » (ligne 79), « *les bandes* », « *les bandes* » (ligne 80), « *son bandage* » (ligne 83), « *formation kinésio taping* » (ligne 84) et « *le bandage* » (ligne 87). Ici le discours du répondant met en avant les inconvénients du bandage contre les avantages du Kinesio Taping<sup>®</sup>, technique que l'interviewé utilise dans sa PEC. A la question générale sur le traitement du LO, le participant utilise une fois de plus les litanies pour marquer son discours : « *Voilà on s'adapte* » (ligne 107) et « *Mais on s'adapte* » (ligne 116). Le répondant insiste sur son adaptation lors du traitement, en utilisant la mise en distance par le biais de l'usage du « on ». A la ligne 110, une récurrence fait son apparition : « *moi je fais le Kinésio Taping<sup>®</sup>* » avec une réappropriation des propos par l'usage du « moi je ». Le paragraphe sur la pressothérapie débute et finit par la même litanie : « *Sur le MS moi j'en fais pas.* » (ligne 132) et « *Sur le MS j'en fais pas.* » (ligne 135), comme pour clôturer la question. La réponse à propos des exercices sous contention se démarque du reste du discours par un style hésitant avec des répétitions et des interpolations, comme pour suspendre le discours. Après cette question, le style linéaire reprend. A la ligne 180, une nouvelle récurrence sur le Kinesio Taping<sup>®</sup> est

présente : « *elle a toujours du tape* ». Enfin, l'entretien se termine par une dernière référence au Kinesio Taping® avec une dernière récurrence : « *je pense que le Kinesio Taping® est intéressant* » (ligne 237). Cette technique aura donc été le cœur de cet entretien.

#### 4.1.2.5. Entretien 5

Le style global de l'entretien est linéaire et assez expéditif. Les réponses sont brèves et dépassent rarement la ligne sur la retranscription. Il y a donc peu d'éléments atypiques à analyser. Nous pouvons néanmoins observer une faille logique lors de l'entretien. En effet, en début d'entretien, le répondant suggère l'usage du mouvement pour le traitement du LO du MS « *traitement du gros bras par le mouvement* » (ligne 31). Or, lorsqu'il est interrogé sur les exercices sous contention, qui sont donc des mouvements effectués par le patient, le répondant est d'abord ambivalent « *Euh... Oui et non* » (ligne 92), puis finalement défavorable à ces exercices « *pas d'exercice sous contention* » (ligne 101) et lorsque nous lui demandons s'il les met en place lors de sa pratique, sa réponse est négative « *Non* » (ligne 106). Pourtant, à la ligne 128, il évoque à nouveau l'activité physique dans les CHV, que nous pouvons aussi ramener au mouvement. Nous voyons donc que le raisonnement du répondant a évolué tout au long de l'entretien, conduisant à une faille logique.

#### 4.1.2.6. Entretien 6

Pour ce dernier entretien, le style général est linéaire et posé, bien que le premier paragraphe qui débute à la ligne 24 présente un style hésitant. En effet, nous y trouvons plusieurs interpolations avec suspension du discours. Les paragraphes suivants sont sous le style linéaire jusqu'à la réponse sur le traitement du LO qui reprend un style hésitant accompagné d'interpolations, comme celui qui concerne le bandage multicouche. Et de nouveau le style linéaire reprend. Au niveau de la question sur la pressothérapie, nous retrouvons deux litanies : « *c'est une bonne alternative* » (ligne 119) et « *c'est une très bonne alternative* » (ligne 122). Ici, l'interviewé appuie son point de vue concernant la pressothérapie. Le paragraphe suivant concerne les exercices sous contention et un style hésitant est retrouvé. Puis le reste du discours répond à nouveau au style linéaire. Nous avons

ici une alternance des deux styles en fonction des sujets abordés, cette alternance rythme cet entretien.

#### **4.2. Intérêts et limites des résultats par rapport à l'état des lieux de la littérature**

Dans la littérature, ce qui est généralement retrouvé pour bilancer un LO est la centimétrie et la volumétrie (volumétrie à eau ; volumétrie calculée grâce à la formule :  $h(C^2+Cc+c^2)/12\pi$  avec C = grande circonférence du cône et c = la petite et h = intervalle entre deux mesures ; méthodes volumétriques automatisées) (25,30,35,49,50).

Au niveau du traitement, le texte de la HAS de 2012 évoque la TDC comme traitement du LO secondaire à un cancer du sein. Ce texte indique le DLM, les bandages compressifs multicouches, la compression pneumatique et les exercices physiques comme faisant partie de la PEC du LO. Elle ajoute également que peuvent y être associés des exercices de mobilité du membre, des soins de la peau et des ongles, la recherche d'un poids de santé ainsi que des informations éducatives sur la prévention du LO pour la phase intensive. Pour la phase de maintien elle préconise le port de vêtements de compression (51). Ces données datant de 2012, nous avons cherché de la littérature plus actuelle. S. Rockson dans son article datant de 2018 décrit encore la TDC comme étant le traitement de choix utilisé pour réduire le LO comprenant le DLM, les soins de la peau, les bandages et les exercices. Cette thérapie se poursuit par le port de vêtements de compression. L'usage de la pressothérapie en association avec les autres traitements est également conseillée pour la réduction du volume du LO (52). Ces données sont également affirmés par JC. Ferrandez dans son article récent sur l'évolution du LO dans l'histoire (53). Tout comme les articles du docteur S. Vignes où il reparle des deux phases du traitement de la TDC : phase intensive et phase d'entretien. Il ajoute également la notion d'éducation thérapeutique du patient (30,35). Education thérapeutique de patients porteurs de LO chroniques est le thème consacré à l'article de JY. Bouchet de 2014 (54). Les dernières données de la littérature se rejoignent donc sur l'usage de la TDC pour la PEC du LO.

Maintenant il est intéressant de comparer ces données avec les réponses obtenues lors des différents entretiens. Nous pouvons déjà faire remarquer que sur les six répondants, seuls trois d'entre eux ont connaissance des différentes phases de traitement du LO. De la même manière, la centimétrie et/ou la volumétrie sont recommandées pour le bilan des LO, or encore une fois, seulement la moitié des participants ont indiqué utiliser la centimétrie et uniquement une personne utilise la volumétrie. Pourtant, la centimétrie fait l'unanimité des discours, mais pas de la pratique. Pour le traitement, le DLM fait bien partie de la pratique des six praticiens. En revanche, le bandage, qui est un axe central de la TDC, n'est utilisé que par la moitié des interviewés. La pressothérapie est quant à elle utilisée par quatre des répondants. Les exercices sous contention, que nous retrouvons pourtant dans la littérature, ne sont mis en pratique que par trois des praticiens. L'éducation thérapeutique et les CHV font quant à eux l'unanimité chez nos répondants. Ces résultats nous montrent que la pratique de nos praticiens interrogés diffère – pour certains de peu, pour d'autres un peu plus – des données que nous retrouvons dans la littérature.

### **4.3. Intérêts et limites des résultats pour la pratique et pour la profession**

Les résultats de cette étude reflètent la pratique des six MK interrogés. Nous pouvons voir que pour ces six MK, leur manière d'aborder un LO de MS peut être partiellement différente d'un MK à un autre. Ces différents points de vue ont donc des similitudes mais également des différences : tout d'abord nous parlerons de leurs points communs.

Dans les différents témoignages recueillis, trois des répondants – E1, E3 et E5 – utilisent la centimétrie dans leur bilan. Quatre d'entre eux font référence à la palpation qu'ils utilisent à but de bilan également (E1, E2, E3 et E6). La palpation n'était pas une question ciblée lors des entretiens, cela ne signifie pas que E4 et E5 ne l'utilisent pas, mais seulement qu'ils n'en ont pas parlé. De la même manière, deux d'entre eux utilisent des photos pour faire un suivi. La qualité de vie est un point commun à tous nos répondants. Les amplitudes sont évoqués par E2 et E3, le fonctionnel par tous les répondants sauf E5, ces deux notions sont, comme pour la palpation, à nuancer, car n'ont pas fait l'objet d'une question leur étant

dédiée durant les entretiens et sont possiblement utilisées aussi par les répondants n'en ayant pas parlé. Le DLM est utilisé par chaque MK, les bandages sont utilisés par E1, E2 et E3. Les répondants se servent de la pressothérapie dans leur PEC sauf pour E2 et E4. E5 et E6 utilisent le LPG<sup>®</sup>. E1, E2 et E3 mettent en pratique les exercices sous contention dans leur PEC. L'éducation thérapeutique est évoquée par chaque praticien. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) à proprement parler n'est pas mise en pratique par chaque répondant, mais une éducation du patient est mise en place dans chacune des PEC accompagnée par les CHV qui font également partie de la PEC des six interviewés. Concernant les CHV, voici les points que l'on retrouve chez plusieurs MK : surélévation, surveillance, antiseptie, propreté, protection, mouvement, température.

Maintenant nous allons parler des différences dans les PEC que nous retrouvons chez nos six praticiens. Tout d'abord au niveau de la centimétrie, pour ceux qui l'utilisent, ils utilisent des repères différents les uns par rapport aux autres. Il y a également des différences au niveau de l'évaluation de la qualité de vie, pour la majorité elle se fait oralement, mais deux d'entre eux passent par le biais d'un questionnaire. De plus, au niveau des autres données du bilan, voici des points abordés que par un seul des praticiens : la douleur, le musculaire, le sensitif, l'interrogatoire et les rapports médicaux. Encore une fois, comme ces points n'ont pas fait l'objet de question propre, nous ne pouvons pas déduire que les autres praticiens ne les utilisent pas, ils n'en ont simplement pas parlé. Au niveau du DLM, seuls E2 et E4 pratiquent le pompage ganglionnaire en préparation au drainage. E1, E2 et E3 réalisent des bandages, mais là encore, les bandes utilisées diffèrent d'un MK à l'autre, mais également diffèrent dans leur propre pratique, faisant varier le bandage en fonction du patient et du LO. Donc certaines différences sont simplement dues à l'adaptabilité du praticien. Une différence que nous pouvons noter concerne la diversité des CHV donnés : les six praticiens sont unanimes sur le fait de conseiller, mais ne le sont pas sur le contenu des conseils à donner.

Lors des entretiens, le Kinesio Taping<sup>®</sup> est abordé car utilisé par l'un des praticiens. L'étude de KT. Kasawara *et al.* datant de 2018 est une méta-analyse portant sur l'effet du Kinesio Taping<sup>®</sup> sur les LO après un cancer du sein. La conclusion de cette étude rapporte

que le Kinesio Taping<sup>®</sup> s'est montré efficace pour la réduction de LO post-mastectomie, sans être plus efficace qu'un autre traitement, tout en sachant qu'il serait nécessaire de réaliser d'autres études car de nombreuses études existantes n'ont pas une très bonne méthodologie (55). De même, deux répondants ont évoqué l'utilisation du LPG<sup>®</sup> comme pratique dans la PEC du LO. Une récente étude de J. Malloizel *et al.* de 2019 portant sur l'endermologie comme traitement du LO secondaire du MS a trouvé que l'utilisation du cellu-M6<sup>®</sup> en association avec la TDC peut améliorer les résultats de la TDC seule. Il peut donc être intéressant de l'utiliser – comme pour la pressothérapie – comme technique adjuvante (56).

Nous voyons donc que la pratique de ces MK se rejoint en certains points et diffère en d'autres, ce qui est en partie dû au libre choix des techniques du MK dans le cadre de ses compétences et à l'adaptabilité dont il doit faire preuve en fonction du patient et du LO.

#### **4.4. Domaine de validité des résultats et critique du dispositif de recherche**

Notre étude a pour but de dégager ce que la MK peut apporter dans la PEC d'un LO de MS. Pour cela, nous avons interviewé plusieurs MK pour ressortir leurs pensées à ce sujet, mais également leur pratique. Pour que les résultats de cette étude soient plus pertinents, il faudrait interroger plus de MK, notre population étant réduite. Nous aurions pu également cibler une population plus précise, par exemple, d'un unique genre, d'une même tranche d'âge, ou exerçant uniquement en libéral. Au niveau maintenant de la construction de la grille d'entretien, c'était une première pour moi et pour que celle-ci soit mieux construite, il aurait fallu avoir de l'expérience dans les entretiens. Ce qui est difficile dans les entretiens semi-directifs, c'est d'orienter nos questions et relances, sans que celles-ci induisent le participant à répondre d'une certaine manière ou ne sous-entendent une réponse particulière. Mais pour autant, les questions ne peuvent pas être trop vagues non plus, car cela risque de conduire à des données qui s'éloignent du thème de la recherche. Il faut donc de l'entraînement pour trouver le juste dosage dans l'élaboration de la grille. En ce qui concerne la prise de contact avec les répondants, un e-mail type a servi de base pour chaque MK, mais chaque e-mail a reçu une touche personnalisée en fonction du MK contacté, ce n'était donc pas mot pour mot

les mêmes e-mails d'accroche, ce qui peut biaiser le contact des répondants. Lors de la réalisation des entretiens, le lieu a été choisi par l'interviewé pour lui convenir au mieux. Bien que les espaces choisis aient tous été calmes et silencieux pour être propices à l'échange, ce n'était pas les mêmes lieux à chaque fois, donc les conditions de réalisation des entretiens n'étaient pas entièrement reproductibles. De plus, un des entretiens s'est déroulé par téléphone pour des soucis géographiques. Concernant l'entretien en lui-même, certains des répondants sont des connaissances de l'intervieweur. Il se peut donc que certaines de leurs réponses aient été biaisées par le fait de ne pas s'adresser à un complet inconnu. L'une des questions de l'entretien évoque l'éducation thérapeutique. L'ETP vise à aider le patient pour qu'il gère au mieux sa maladie chronique en développant des compétences d'adaptation et d'auto-soins. Mais l'ETP nécessite une formation pour le professionnel de santé qui souhaite la réaliser (57). En utilisant ce terme dans les entretiens, cela a pu induire les MK connaissant la nuance entre l'ETP propre et l'éducation à la santé que tout MK fait. Enfin, un MK a refusé l'enregistrement juste avant de débiter l'entretien, alors qu'il avait répondu positivement jusque-là, il a donc été exclu de l'étude, provoquant un biais d'attrition. JC. Vilatte a décrit dans la formation sur les entretiens qu'il a donné en 2007 plusieurs points permettant d'« assurer la « scientificité » de la méthode » : maîtrise de la technique de l'entretien, avoir l'esprit critique, demander au répondant comment il a vécu l'entretien, essayer d'avoir des informations complémentaires sur le répondant et comparer les sources d'informations (42). Ces différents points ne sont pas une mince affaire, pour augmenter la pertinence des entretiens, il faut donc s'entraîner et acquérir de l'expérience.

#### **4.5. Positionnement du point de vue éthique et déontologique**

Du point de vue éthique et déontologique, les consentements pour passer les entretiens et être enregistrés ont été recueillis oralement avant chaque entretien. Ils auraient pu être recueillis par papier signé par l'interviewé.

#### **4.6. Perspectives d'approfondissement ou de réorientation du travail**

Pour approfondir ce travail de fin d'études, il pourrait être intéressant de reproduire des entretiens sur la PEC du LO du MS, mais à plus grande échelle, nous aurions également pu étudier les autres types de LO, à savoir les LO primaires ou ceux du MI par exemple. Afin d'enrichir les résultats recueillis ici, analyser une technique en particulier pourrait être pertinent également (DLM, bandages, qualité de vie, éducation thérapeutique, ...) ou encore étudier le bilan du LO et proposer un outil pour le faciliter. Comme il a été dit plus haut, une population plus spécifique et précise pourrait être utilisée. A travers ce mémoire, la parole a été donnée aux MK, mais une étude pourrait porter sur le ressenti des patients concernant la PEC kinésithérapique de leur LO. Le Kinesio Taping® et l'endermologie ont été abordés durant les entretiens, une étude pourrait cibler ces techniques. Nous avons vu qu'il y avait une différence entre la pratique des MK et les données de la littérature, il pourrait être intéressant d'analyser les freins et les leviers à l'application des données de la littérature : est-ce un manque de temps ? De connaissance ? De moyens ?

### **5. CONCLUSION**

Pour conclure ce mémoire de fin d'études, rappelons que la question de recherche consistait à savoir ce que pouvait apporter la MK dans la PEC du LO de MS secondaire à un cancer du sein. Nous avons donc vu, par le biais des données de la littérature mais également par les six entretiens réalisés avec des praticiens que la MK dispose d'un large panel de techniques pour répondre à la problématique du LO. Cela passe par des techniques de bilan, comme la prise de mesures périmétriques ou la volumétrie. Mais cela passe aussi par la prise de photos pour aider au suivi, par des questionnaires de qualité de vie et par des bilans masso-kinésithérapiques génériques applicables au LO (bilans de la douleur, du fonctionnel, des amplitudes articulaires, etc...). Cela passe également par des techniques de traitement, illustrées principalement par la TDC qui comprend : les soins de peau, le DLM, les bandages, les exercices sous contention et une éducation thérapeutique. Des techniques adjuvantes peuvent y être associées comme la pressothérapie, ou encore le Kinesio Taping® et l'endermologie, techniques utilisées par certains interviewés et faisant l'objet de plus en plus de recherches.

Nous avons également comme hypothèses que les PEC institutionnelle et libérale avaient des objectifs différents. Nous avons pu constater au cours des différents entretiens que les objectifs des interrogés étaient d'améliorer la qualité de vie des patients, tout en essayant de réduire le volume du LO du membre atteint. Ce qui finalement différencie ces PEC sont plutôt les moyens différents dont ils disposent, que ce soit au niveau matériel ou au niveau temporel par exemple. La deuxième hypothèse était que les MK appliquent les dernières données de la littérature dans leur pratique. Nous avons vu qu'elles étaient partiellement appliquées, il serait donc intéressant de savoir si cela se généralise à d'autres MK, d'en analyser les causes et de créer un outil pour y remédier.

Le MK a donc son rôle à jouer dans la PEC du LO du MS afin d'améliorer la qualité de vie des patients concernés. Les différents points de traitement abordés ci-dessus ont pour objectif premier de diminuer le volume du LO afin d'améliorer la qualité de vie, mais ces deux éléments sont-ils vraiment en lien direct ? De même, le MK a un rôle primordial dans cette PEC mais il faudrait encore définir plus exactement pour quels patients, de quelle manière et à quel moment se trouve la place du MK dans cette PEC car il ne faut pas seulement centrer cette PEC sur la perte de volume du « gros bras », mais ne pas oublier de prendre le patient dans sa globalité, le tout entouré des autres professionnels de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

1. HAS, INCa. La prise en charge du cancer du sein. Guide patient. Affection longue durée. 2010.
2. INCa. Les traitements des cancers du sein. 2013.
3. INCa. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. 2019 [cité 29/01/2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
4. OMS | 10 faits sur le cancer [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6/04/2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/fr/>
5. INCa. Cancers en France 2017. 2017.
6. HAS, INCa. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - Cancer du sein. Guide. Affection longue durée. 2010.
7. Alran S, Arnaud A, Biffaud J, Ferrandez J, Heudel P. Lymphœdèmes secondaires du membre supérieur après cancer du sein. 2016.
8. Ferrandez J-C. Système lymphatique et cancers : le point sur les effets du traitement. Kineactu. 6/12/2012;(1301):20-3.
9. Chirurgie du cancer du sein - Société canadienne du cancer [Internet]. www.cancer.ca. [cité 6/04/2020]. Disponible sur: <https://www.cancer.ca:443/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/treatment/surgery/?region=on>
10. Ferrandez J-C. Kinésithérapie des opérées du sein. Kinesither Sci. 2014;(557):23-8.
11. Mercier M, Schraub S. Quality of life : what are the assessment instruments? 27es Journ SFSPM. 2005;418-23.
12. Charles C. Le lymphœdème après cancer du sein : quel impact sur la qualité de vie? Kinésither Sci. 2009;(504):19-21.
13. Penn I-W, Chang Y-C, Chuang E, Chen C-M, Chung C-F, Kuo C-Y, et al. Risk factors and prediction model for persistent breast-cancer-related lymphedema: a 5-year cohort study. Support Care Cancer. 2019;27(3):991-1000.
14. INCa. Lymphœdème - Cancer du sein [Internet]. Institut National du Cancer. [cité 7/04/2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Lymphoedeme>
15. Riquet M. Physiologie de la circulation lymphatique. 2015;10(1).
16. Marieb EN, Hoehn K, Moussakova L, Lachaine R. Anatomie et physiologie humaines. Paris: Pearson; 2010.
17. McKinley MP, Bélanger D, O'Loughlin VD, Bidle TS. Anatomie et physiologie: une approche intégrée. 2014.

18. Quéré I. Description anatomique et histologique, physiologie du système lymphatique. *Presse Médicale*. 2010;39(12):1269-78.
19. Zuther JE, Norton S. *Lymphedema management: the comprehensive guide for practitioners*. Fourth edition. New York: Thieme; 2018.
20. Földi M, Strössenreuther RHK. *Principes du drainage lymphatique manuel*. Paris: Maloine; 2005.
21. Leduc A, Leduc O. *Le drainage lymphatique: théorie et pratique*. Paris: Masson; 2003.
22. Lazareth I. Classification des lymphœdèmes. *Rev Médecine Interne*. 2002;23:375s-8s.
23. Vaillant L, Tauveron V, Baulieu F. Lymphœdèmes et explorations vasculaires. *Kinésither Sci*. 2014;(559):13-9.
24. Sayko O, Pezzin LE, Yen TWF, Nattinger AB. Diagnosis and Treatment of Lymphedema After Breast Cancer: A Population-Based Study. *PM&R*. 2013;5(11):915-23.
25. Fialka-Moser V, Korpan M, Varela E, Ward A, Gutenbrunner C, Casillas JM, et al. The role of physical and rehabilitation medicine specialist in lymphoedema. 2013.
26. Ferrandez J-C, Bouchet J, Theys S, Richaud C. Recommandations kinésithérapiques basées sur les faits du traitement des lymphœdèmes des membres. *Kinésither Scie*. 2012;15.
27. Ribeiro Pereira ACP, Koifman RJ, Bergmann A. Incidence and risk factors of lymphedema after breast cancer treatment: 10 years of follow-up. *The Breast*. 2017;36:67-73.
28. Ferguson CM, Swaroop MN, Horick N, Skolny MN, Miller CL, Jammallo LS, et al. Impact of Ipsilateral Blood Draws, Injections, Blood Pressure Measurements, and Air Travel on the Risk of Lymphedema for Patients Treated for Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2016;34(7):691-8.
29. Tomson D, Bach DK. Le traitement du Lymphœdème selon Foldi. *Cahiers de Kin*. 1997;188:12-18.
30. Vignes S. Lymphœdèmes. 2017;12(3).
31. HAS. *Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein : texte court*. 2012.
32. Bouchet J, Serrano-Riffard S, Theys S. Cancer - Kinésithérapie et lymphatique. *Kineactu*. 2013;(1343):18-23.
33. Vignes S, Champagne A, Poisson O. *Prise en charge des lymphœdèmes : l'expérience de l'hôpital Cognacq-Jay*. *Rev Médecine Interne*. 2002;23:414s-20s.
34. Vaillant L, Müller C, Goussé P. *Traitement des lymphœdèmes des membres*. *Presse Médicale*. 2010;39(12):1315-23.
35. Vignes S. Les lymphœdèmes : du diagnostic au traitement. *Rev Médecine Interne*. 2017;38(2):97-105.

36. Ganchou P, Ferrandez J, Theys S. Evolution des bandages dans le lymphœdème. *Kinésithér Sci.* 2015;571:17-22.
37. Ferrandez J, Bouchet J, Theys S, Torres Lacomba M. *Physiothérapie des œdèmes. De la clinique à la pratique.* Elsevier Masson; 2016. 224 p.
38. Chardon-Bras M, Coupé M. La compression dans le lymphœdème : nouvelles approches. *Kinésithér Sci.* 2009;(504):47-50.
39. Soleilhavoup P, Tréfois-Philippon L, Daoudi H, Boulon C. Intérêt de l'activité physique sous bandages dans la prise en charge du lymphœdème par kinésithérapie en hospitalisation. *Kinésithér Sci.* 2014;(561):11-5.
40. Kivits J. *Chapitre 6 - Le recueil de données qualitatives.* 2010.
41. Kajornboon AB. *Using Interviews as Research Instruments.* :10.
42. Vilatte J-C. *L'entretien comme outil d'évaluation.* 2007;65.
43. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation.* *Rev Sci Léducation.* 2012;38(1):23.
44. CNOMK. *Démographie des kinésithérapeutes.* 2017.
45. *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie | Cairn.info* [Internet]. [cité 25/09/2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm?1#>
46. Bardin L. *L'analyse de contenu.* Paris: Presses Universitaires de France; 2018.
47. Kivits J. *Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - Chapitre 5 - Analyse de données qualitatives* [Internet]. [cité 22/01/2020]. Disponible sur: [https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod\\_resource/content/1/co/Module\\_Investig\\_Quali\\_4.html](https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Module_Investig_Quali_4.html)
48. *Analyse de contenu* [Internet]. Suristat. [cité 9/04/2020]. Disponible sur: <http://www.suristat.fr/article312.html>
49. Ferrandez J-C. *Kinésithérapie après cancer du sein.* *EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt.* 2010;6(3):1-13.
50. Boulon C, Becker F, Vignes S. Comment quantifier un œdème des membres ? *J Mal Vasc.* 2010;35(3):163-8.
51. HAS. *Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein - Rapport d'évaluation technologique.* 2012.
52. Rockson SG. *Lymphedema after Breast Cancer Treatment.* *N Engl J Med.* 2018;379(20):1937-44.

53. Ferrandez J-C, Ganchou PH, Theys S. De l'éléphantiasis au lymphœdème actuel. Description et traitement. Qu'avons-nous inventé ? *Kinésithérapie Rev.* 2019;19(215):22-9.
54. Bouchet J, Richaud C, Satger B, Villemur B, Blaise S. Quelle éducation thérapeutique pour les patients porteurs d'un lymphœdème chronique ? *Kinésithér Sci.* 2014;(557):33-7.
55. Kasawara KT, Mapa JMR, Ferreira V, Added MAN, Shiwa SR, Carvas N, et al. Effects of Kinesio Taping on breast cancer-related lymphedema: A meta-analysis in clinical trials. *Physiother Theory Pract.* 2018;34(5):337-45.
56. Malloizel-Delaunay J, Chantalat E, Bongard V, Chaput B, Garmy-Susini B, Yannoutsos A, et al. Endermology treatment for breast cancer related lymphedema (ELOCS): Protocol for a phase II randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;241:35-41.
57. HAS. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. 2007.

# ANNEXES

**ANNEXE I :** photos avant/après d'une patiente ayant suivi la phase intensive dans le service de lymphologie X

**ANNEXE II :** grille d'entretien

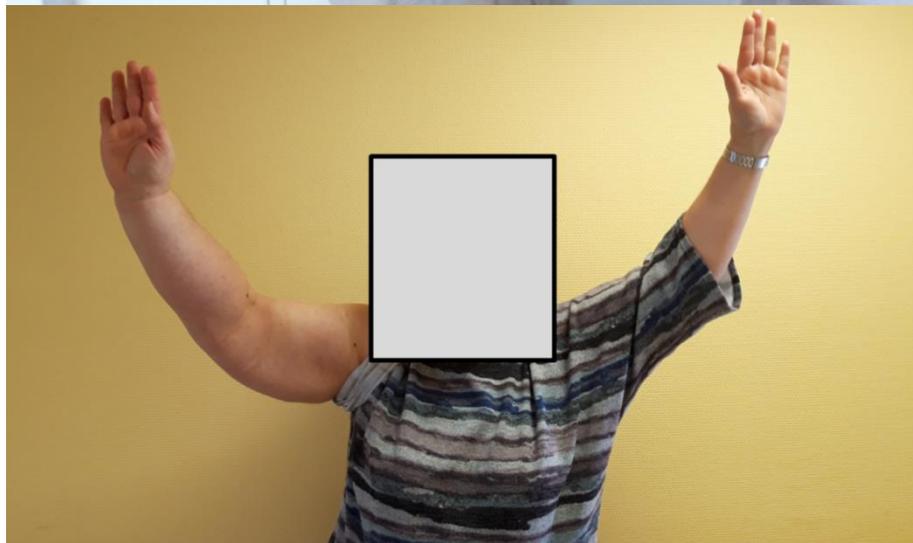
**ANNEXE III :** grille catégorielle

**ANNEXE IV :** support de l'analyse directionnelle

## **ANNEXE I : Photos avant/après d'une patiente ayant suivi la phase intensive dans le service de lymphologie X**

Les photos sur fond blanc ont été prises à son arrivée dans le service, celles sur fond jaune à la fin de son hospitalisation (correspondant à la fin de la phase intensive).

Le service de lymphologie X est le service évoqué dans la contextualisation. Les photos sont utilisées avec l'accord de la patiente.





## ANNEXE II : grille d'entretien

	Thèmes de la recherche	Questions [Q] et Relances [R]
1.	<b>GENERALITES</b>	<p>[Q] <b>Exercez-vous en cabinet libéral ou en institution ?</b></p> <p>[R] Quel type d'institution ?</p> <p>[Q] <b>Quelles sont vos formations concernant le LO ?</b></p> <p>[R] Et lors de votre formation initiale avez-vous abordé le LO ?</p> <p>[Q] <b>Que vous évoque kinésithérapie et LO ?</b></p>
2.	<b>BILAN</b>	<p>[Q] <b>Quelles techniques de bilan utilisez-vous pour un LO de MS ?</b></p> <p>[Q] <b>Avez-vous une technique périmétrique ?</b></p> <p>[R] Pouvez-vous me la décrire ?</p> <p>[R] Quels repères utilisez-vous ?</p> <p>[Q] <b>Avez-vous une technique volumétrique ?</b></p> <p><i>Si oui :</i></p> <p>[R] Laquelle ?</p> <p>[Q] <b>Utilisez-vous des outils de suivi autre que ces données ?</b></p> <p>[Q] <b>Vous intéressez-vous à la qualité de vie dans votre bilan ?</b></p>
3.	<b>TRAITEMENT</b>	<p>[Q] <b>De quelles manières traitez-vous un LO du MS ?</b></p> <p>[Q] <b>Concernant le DLM, quelle technique utilisez-vous ?</b></p>

**[R]** Pouvez-vous la décrire ?

**[R]** Utilisez-vous des techniques de préparation au DLM avant d'entamer le massage du LO à proprement parler ?

**[Q] Pratiquez-vous le bandage multicouche ?**

**[R]** Quelles sont les différentes étapes de la réalisation de votre bandage ?

**[R]** Quel type de bandes utilisez-vous ? Allongement court ? Long ?

**[R]** Utilisez-vous un mobilisateur tissulaire ?

**[R]** Combien de couches appliquez-vous et de quelles bandes ?

**[R]** A quoi vous sert le bandage et quelle place a-t-il dans votre PEC ?

**[Q] Que pensez-vous de la pressothérapie ?**

**[R]** L'utilisez-vous dans votre ttt ?

**[Q] D'après vous, les exercices sous contention sont-ils une partie importante du traitement du LO ?**

*Si oui :*

**[R]** Les mettez-vous en place lors de vos séances ?

**[Q] Avez-vous connaissance des deux phases de PEC d'un LO ?**

*Si oui :*

**[R]** Situez-vous votre PEC dans une de ces phases en particulier ?

*Si non :*

**[R]** Il y a la phase d'attaque et la phase de maintien, cela vous évoque-t-il quelque chose ?

		<p><b>[Q] Concernant l'éducation thérapeutique, a-t-elle sa place ici ?</b></p> <p><b>[R]</b> En quoi consiste-t-elle d'après vous ?</p> <p><b>[R]</b> Est-elle partie intégrante de votre PEC ?</p>
4.	<b>CHV</b>	<p><b>[Q] D'après vous, quels sont les points primordiaux à aborder avec le patient concernant les conseils d'hygiène de vie ?</b></p> <p><b>[R]</b> Pensez-vous que c'est au masseur-kinésithérapeute d'informer le patient sur ces conseils d'hygiène de vie ?</p> <p><i>Si oui :</i></p> <p><b>[R]</b> Intégrez-vous ces conseils lors de votre PEC ?</p>
5.	<b>CLOTURE</b>	<p><b>[Q] Depuis combien de temps exercez-vous ?</b></p> <p><b>[Q] Depuis combien de temps prenez-vous en charge des patients avec LO ?</b></p> <p><b>[R]</b> Quel est en moyenne votre part de PEC de LO dans une semaine ? Vous pouvez exprimer cette part en pourcentage.</p> <p><b>[Q] Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant la PEC du LO du MS ?</b></p>

### ANNEXE III : grille catégorielle

Catégories et sous-catégories	E1	E2	E3	E4	E5	E6
<b>LO</b>						
Cancer du sein		X		X		X
Jambes lourdes				X		X
Esthétique					X	
Communication interprofessionnelle						X
<b>Bilan</b>						
Centimétrie	X	X	X	X	X	X
- Repères de 10 en 10cm	X		X			
- Repères de 5 en 5cm			X			
Volumétrie			X			X
- Calcul mathématique			X			
- Immersion dans l'eau			X			
Photos	X		X			
Palpation	X	X	X			X
Qualité de vie	X	X	X	X	X	X
- Oralement	X	X		X		
- Questionnaire			X			X
Douleur		X				
Amplitudes		X	X			
Fonctionnel	X	X	X	X		X
Musculaire			X			
Sensitif			X			
Interrogatoire			X			
Rapports médicaux					X	
<b>Traitement</b>						
DLM	X	X	X	X	X	X
- Résorption	X			X		
- Pompages ganglionnaires	X	X		X	X	X
- Appel				X		
Bandages	X	X	X	X	X	X
- Plan cutané	X					
- Bande coton	X	X	X			
- Bande élastique	X	X	X			
- Allongement long	X	X	X			

- Allongement court	X		X			
- Mobilisateur tissulaire	X	X	X			
- Efficace		X				
- Contraignant		X				
- Cout financier		X				
Pressothérapie	X	X	X	X	X	X
- Technique adjuvante	X					
- Pas convaincu		X		X		
- Convaincu					X	X
- Association avec mobilisateur tissulaire			X			
- Alternative						X
K-tape <sup>®</sup>		X		X		
LPG <sup>®</sup>					X	X
Exercices sous contention	X	X	X	X	X	X
- Efficace	X		X			
- Mouvement		X	X			
Education thérapeutique	X	X	X	X	X	X
- Patient partenaire			X			
- Repos				X		
- Surélévation				X		X
Méditation, yoga			X			
CHV	X	X	X	X	X	X
- Surveillance	X		X			
- Antisepsie	X		X			
- Médecins	X	X		X		
- Propreté		X	X			
- Protection		X	X			X
- Mouvement		X			X	
- Médication			X			
- Entretien des phanères			X			
- Température				X		X
- Alimentation					X	
- Surélévation						X
- Activité physique	X					
Manchon/bas de contention	X	X	X		X	X
Phases attaque/entretien	X	X	X	X	X	X
- Connaissance	X	X	X			
- Méconnaissance				X	X	X

<b>Relation soignant-soigné</b>						
Entente	X					
Ecoute	X					
Psychologie		X				
<b>Patient</b>						
Autogestion de l'œdème	X		X			
Acteur de sa PEC	X					
Auto-bandage		X				
Ressenti				X		
<b>MK</b>						
Conseiller	X					
Adapter	X		X	X	X	X
Suivi	X			X		
Rôle essentiel			X			
Soulager				X		
Prévention					X	X

## ANNEXE IV : support de l'analyse directionnelle

<b>Bilan</b>						
Centimétrie	+	-	+	+/-	+	+/-
- Repères de 10 en 10cm	+		+			
- Repères de 5 en 5cm			+			
Volumétrie			+			-
- Calcul mathématique			+			
- Immersion dans l'eau			+			
Photos	+		+			
Palpation	+	+	+			+
Qualité de vie	+	+	+	+	+	+
Douleur		+				
Amplitudes		+	+			
Fonctionnel	+	+	+	+		+
Musculaire			+			
Sensitif			+			
Interrogatoire			+			
Rapports médicaux					+	
<b>Traitement</b>						
DLM	+	+	+	+	+	+
- Résorption	+			+		
- Pompes ganglionnaires	-	+		+	-	-
- Appel				+		
Bandages	+	+/-	+	-	-	-
- Plan cutané	+					
- Bande coton	+	+	+			
- Bande élastique	+	+	+			
- Allongement long	+	+	+			
- Allongement court	+		+			
- Mobilisateur tissulaire	+	+	+			
Pressothérapie	+	-	+	-	+	+
K-tape <sup>®</sup>		-		+		
LPG <sup>®</sup>					+	+
Exercices sous contention	+	+	+	+/-	-	+/-
- Mouvement		+	+			
Education thérapeutique	+	+	+	+	+	+
- Patient partenaire			+			

- Repos				+		
- Surélévation				+		+
Méditation, yoga			+			
CHV	+	+	+	+	+	+
- Surveillance	+		+			
- Antisepsie	+		+			
- Médecins	+/-	+		+/-		
- Propreté		+	+			
- Protection		+	+			+
- Mouvement		+			+	
- Médication			+			
- Entretien des phanères			+			
- Température				+		+
- Alimentation					+	
- Surélévation						+
- Activité physique	+					
Manchon/bas de contention	+	+	+		+	+

## RESUME/ABSTRACT

### **La kinésithérapie dans la prise en charge du lymphœdème du membre supérieur secondaire à un cancer du sein : étude qualitative.**

**INTRODUCTION :** Le lymphœdème du membre supérieur est une des complications fréquentes du cancer du sein. Une femme sur 5 souffrant d'un cancer du sein développe un lymphœdème. La prise en charge masso-kinésithérapique correspond à une thérapie décongestive complète qui se déroule en deux temps, avec une phase intensive suivie d'une phase de maintien. La phase intensive comprend des soins de peau, du DLM, des bandages, des exercices sous contention et une éducation thérapeutique. La pressothérapie peut être associée à ces autres techniques. La phase de maintien comprend le port de vêtements compressifs en alternance avec la poursuite des bandages. Cette phase comporte encore des séances de kinésithérapie jusqu'à l'autonomie totale de la patiente.

**MATERIEL ET METHODE :** Nous avons interrogé 6 masseurs-kinésithérapeutes par le biais d'entretiens semi-directifs pour connaître leur point de vue sur la prise en charge masso-kinésithérapique du lymphœdème de membre supérieur. L'analyse des données a été réalisée par le biais d'une analyse catégorielle puis d'une analyse de l'énonciation.

**RESULTATS :** En ce qui concerne le bilan, la centimétrie, la palpation et la qualité de vie sont les thèmes les plus abordés par les masseurs-kinésithérapeutes. Pour la partie traitement, le DLM, les bandages, les exercices sous contention et l'éducation thérapeutique sont des thèmes majoritaires.

**DISCUSSION :** Les résultats recueillis dans les entretiens semi-directifs s'accordent en partie avec les données de la littérature qui préconisent la thérapie décongestive complète comme traitement de choix pour la prise en charge du lymphœdème. Il serait alors intéressant d'étudier les freins et les leviers à l'application des données de la littérature.

**CONCLUSION :** La masso-kinésithérapie dispose d'un panel de techniques pour prendre en charge un lymphœdème de membre supérieur dont la thérapie décongestive complète qui est un pilier d'après les dernières données de la littérature.

**Mots-clés : cancer du sein – entretiens semi-directifs – kinésithérapie – lymphœdème**

---

### **Physiotherapy in the management of upper limb lymphedema secondary to breast cancer: qualitative study.**

**INTRODUCTION:** Upper limb lymphedema is one of the common complications of breast cancer. One in 5 women with breast cancer develop lymphedema. Physiotherapy treatment corresponds to a complete decongestive therapy which takes place in two stages, with an intensive phase followed by a maintenance phase. The intensive phase includes skin care, MLD, bandages, exercises with compression and therapeutic education. Pressotherapy can be associated with these other techniques. The maintenance phase includes the wearing of compression garments alternating with the continuation of bandages. This phase still includes physiotherapy sessions until the patient's total autonomy.

**MATERIAL AND METHOD:** We interviewed 6 physiotherapists through semi-structured interviews to find out their point of view about physiotherapy care for upper limb lymphedema. Data analysis was performed through a categorical analysis and then an utterance analysis.

**RESULTS:** Regarding the assessment, centimetry, palpation and quality of life are the most discussed topics by physiotherapists. Concerning the treatment part, MLD, bandages, exercises with compression and therapeutic education are the main themes.

**DISCUSSION:** The results collected in the semi-structured interviews partially agree with the data in the literature which recommend complete decongestive therapy as the preferred treatment for the management of lymphedema. It would then be interesting to study the brakes and the levers to the application of data from the literature.

**CONCLUSION:** Physiotherapy has a range of techniques to manage upper limb lymphedema, including decongestive therapy, which is a pillar according to the latest data in the literature.

**Key words: breast cancer – semi-structured interviews – physiotherapy – lymphedema**