BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

Nom : Canu
Prénom : Alexandra
Formation : Masso-Kinésithérapie
Année : 3ème

Evaluation des compétences en prévention de la morbidité liée au curage axillaire chez des patientes traitées d'un cancer du sein

-

Enquête préliminaire par questionnaire un an après l'intervention

Travail écrit de fin d'étude : étude de recherche

Année universitaire 2015 - 2016

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

Nom : Canu
Prénom : Alexandra
Formation : Masso-Kinésithérapie
Année : 3ème

Evaluation des compétences en prévention de la morbidité liée au curage axillaire chez des patientes traitées d'un cancer du sein

-

Enquête préliminaire par questionnaire un an après l'intervention

Travail écrit de fin d'étude : étude de recherche

Année universitaire 2015 - 2016

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Résumé

Introduction. Une augmentation de la population de survivants du cancer du sein peut être observée depuis quelques décennies. La volonté concernant cette problématique n'est plus seulement tournée vers les traitements de la maladie mais aussi vers la prise en charge des patients dans l'après-cancer. Cette période peut être marquée par l'apparition d'effets indésirables des traitements, comme le curage axillaire. Dans un Centre de lutte contre le cancer, les masso-kinésithérapeutes interviennent dans la prévention de la morbidité liée au curage axillaire dès le lendemain de l'intervention. Cette éducation à la prévention peut être amenée lors d'un entretien individuel ou par le biais d'une fiche récapitulative. Ils ont souhaité qu'une étude soit menée afin d'évaluer cette pratique kinésithérapique.

Méthode. Une étude monocentrique a été menée au mois de mai 2015 pour évaluer le niveau de compétence de vingt-quatre patientes ayant été opérées plus d'un an auparavant par le biais d'un questionnaire créé à cette occasion et soumis par téléphone. Le but était de comparer les résultats des patientes ayant reçu l'information sur le curage axillaire et ses conséquences de manière orale aux résultats des patientes n'ayant reçu que la fiche récapitulative.

Résultats. Si aucune conclusion quant aux résultats ne peut être donnée de manière catégorique, les données du questionnaire et les échanges avec les participantes ont permis de trouver des éléments de réponse à la question initiale du Centre de lutte contre le cancer.

Conclusion. Il semble que la masso-kinésithérapie soit très présente dans le parcours de soin des patients ayant été traités pour un cancer du sein, tant en séances individuelles qu'en programmes de réhabilitation à l'effort et de retour à l'activité physique, et non seulement au lendemain de l'intervention. Pour répondre de manière plus précise au questionnement de départ, certaines erreurs méthodologiques devront être évitées.

Mots-clefs : cancer du sein, curage axillaire, morbidité, enquête de sciences sociales, questionnaire, compétences, prévention

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Abstract

Background. An increase number of breast cancer survivors can be observed for a few decades. The priorities are today not just about the treatments of the disease, but also about the cares after the cancer. At this period can appear side effects of the treatments of breast cancer such as axillary lymph node dissection. In a Cancer center, the physiotherapists take action in the prevention of the morbidity related to axillary lymph node dissection the day after the surgery. This risk reduction education is provided in an individual session or by the way of a recap document. They wanted a study to evaluate their physiotherapeutic practice.

Methods. A monocentric study was conducted in May 2015 to assess the skill level of twenty four patients that had been through surgery of axillary lymph node dissection more than a year before, thanks to a survey built for the occasion and submitted by telephone. The aim was to make a comparaison between the results of the patients that were provided the information about the surgery and its consequences in an individual session, and the results of the patients whom have just got the recap document.

Results. If no satisfying conclusions can be given towards the results, the survey data and the exchanges with the participants led to some answers to the initial question asked by the physiotherapists of the Cancer center.

Conclusions. It seems that physiotherapy is a lot involved in the care pathway of the patients treated for breast cancer, in both individual sessions and rehabilitation programs and to return to a physical activity. To provide a more precise answer to the primary issue, some methodological mistakes must be avoided.

Keywords. Breast cancer, axillary lymph node dissection, morbidity, social sciences investigation, survey, questionnaire, skills, prevention

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sommaire

1. Introduction 1

2. Matériel et méthode 4

2.1. Population 4

2.2. Matériel 6

2.3. Méthode 7

2.3.1. Construction du questionnaire 7

2.3.2. Administration du questionnaire 14

2.3.3. Méthode de traitement des données 15

3. Résultats 17

3.1. Analyse selon le critère principal 17

3.2. Analyse secondaire du questionnaire 18

3.2.1. Analyse en fonction des caractéristiques de l'échantillon 18

3.2.2. Analyse de la connaissance des notions 18

3.3. Analyse du temps libre 19

4. Discussion 21

4.1. Méthodologie de l'étude 21

4.1.1. Population 21

4.1.2. Matériel 23

4.1.3. Méthode 23

4.2. Interprétation des résultats 24

4.3. Intérêt et perspectives 26

5. Conclusion 28

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Introduction

Le cancer du sein, défini comme le développement d'une tumeur maligne au niveau du sein (e-cancer (1)), est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme en France. Selon l'Institut National du Cancer, le nombre de nouveaux cas estimé en 2015 serait d'environ 54 000 (e-cancer (2)). Il est important de noter que depuis les années 1975, on observe en France un accroissement de l'incidence du cancer du sein, expliqué en partie par l'accroissement et le vieillissement de la population et l'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques, tandis que le taux de mortalité reste stable. Une augmentation de la population de survivants du cancer du sein peut donc être observée depuis quelques décennies (INVS, 2008).

Les Plans Cancer, lancés successivement par le gouvernement depuis Juillet 2002, permettent de donner à la profession médicale une ligne directrice pour la prise en charge du cancer en France. Le deuxième Plan Cancer, lancé en 2009, ajoute à ses objectifs de lutte contre le cancer et pour une meilleure qualité du soin la notion d'« après-cancer », avec des actions visant à « mieux accompagner les personnes dans la vie pendant et après le cancer ». Cette volonté a été renforcée dans le Plan Cancer 2014-2019. En effet, les traitements du cancer, qui permettent aujourd'hui une meilleure survie, sont responsables d'effets secondaires qui peuvent entraîner d'importants besoins de santé. On trouve notamment dans la liste des objectifs de ce Plan Cancer l'Action 8.3, qui a pour but d'« améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers » par leur prévention, diagnostic et prise en charge. L'Objectif 9 a lui pour but de « diminuer les conséquences du cancer sur la vie personnelle », en commençant par « mieux connaître le vécu des patients pendant et après un cancer. » Cela nous montre que la France souhaite s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la prise en soins après les traitements du cancer, tant sur le plan médical que sur le plan social.

Les différents traitements du cancer du sein sont nombreux ; il y a les chirurgies de mastectomie partielle ou totale, de tumorectomie, d'ablation du ganglion sentinelle, de curage axillaire, et les traitements adjuvants, comme la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie (Annexe 1). Certains de ces traitements peuvent être responsables d'effets secondaires, et avoir des conséquences sur la qualité de vie des patients. Le curage axillaire, indiqué pour des cancers de type invasif, a un retentissement important sur le système lymphatique. Il consiste en l'ablation de plusieurs ganglions du creux axillaire, et donc en l'interruption de voies lymphatiques drainant le sein, mais aussi le membre supérieur homolatéral (bien que des voies de suppléance se mettent en place par la suite). Les ganglions lymphatiques ont également un rôle immunitaire par la production d'anticorps (Quere I., 2010). A court terme d'une chirurgie du sein comprenant un curage axillaire, il est courant d'observer l'apparition de brides axillaires (qui sont des « cordons sous-cutanés […] occasionnant des

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

douleurs et une limitation des mouvements du membre supérieur »), et dans 20 à 40% des cas l'apparition d'un lymphocèle (défini comme une collection de lymphe au niveau de la zone opérée) (Alran, 2012). A distance de la chirurgie, et tout au long de la vie de la patiente, un lymphœdème secondaire aux traitements du cancer du sein peut se déclarer, avec un risque (difficile à évaluer, puisqu'on observe de multiples définitions et méthodes de mesure du lymphœdème) d'environ 20% (Ferrandez, 2014). Il s'agit d'une complication redoutée des traitements, puisqu'irréversible. Il est défini comme une « augmentation du volume du membre supérieur par insuffisance du retour lymphatique » (Alran, 2012). Un certain nombre de ses facteurs de risque est connu. Il y a d'une part les facteurs de risque liés aux traitements, comme le type de chirurgie axillaire et les traitements adjuvants tels que la radiothérapie axillaire et la chimiothérapie, et d'autre part les facteurs de risque liés au patient, comme la déclaration d'une infection du membre supérieur homolatéral à la chirurgie, la prise de poids après l'intervention, l'obésité, la suractivité du membre supérieur (McLaughlin, 2013 ; Alran, 2012) … La technique du ganglion sentinelle est une avancée en matière de prévention, puisqu'elle réduit fortement ce risque, par comparaison au curage axillaire (Arlan, 2013 ; O'Toole, 2013). Le lymphœdème est une pathologie chronique, occasionnant au niveau du membre atteint des douleurs, une perte de force musculaire et de mobilité, une atteinte esthétique, et donc globalement une diminution de la qualité de vie.

Il est de la responsabilité de tout le corps médical de prévenir ce risque, et cela passe par l'éducation des patientes, qui permet également de détecter plus tôt un lymphœdème et d'améliorer ensuite sa prise en charge. Le traitement du lymphœdème (drainage lymphatique manuel et bandages) est effectué par la profession des kinésithérapeutes. Leurs compétences vis-à-vis du système lymphatique justifie leur rôle dans sa prévention également. Dans cet établissement, l'éducation sur le curage axillaire et ses conséquences débute pour le patient avec le chirurgien et l'assistante de soins, avant l'intervention chirurgicale (Annexe 1). C'est ensuite au kinésithérapeute qu'incombe le rôle d'informer la patiente, dès le lendemain du curage axillaire. Au sein de cet établissement, un protocole interne précise les modalités de prise en charge de ces patients ; les chirurgiens y demandent à ce qu'ils soient vus systématiquement en kinésithérapie après un curage axillaire. Au cours d'une séance d'environ trente minutes où le kinésithérapeute expose à la patiente les consignes et exercices post-opératoires, la patiente reçoit plus de précisions sur l'intervention et ses conséquences sur le système lymphatique (Annexe 2). Sont définis le curage axillaire, le réseau lymphatique et son rôle, avec un vocabulaire adapté, et il est expliqué que l'intervention est responsable d'une insuffisance lymphatique présente à vie. Auprès de la patiente sont abordées des notions de sécurité et de surveillance (par rapport à la compression, aux plaies, aux infections, au niveau du membre supérieur homolatéral à l'intervention), d'écoute des sensations nouvelles au niveau de son bras, afin de savoir prendre des temps de pause si nécessaire. Il est également conseillé de reprendre une vie la plus normale possible après la période post-opératoire.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Enfin, le lymphœdème et son traitement sont présentés. A la fin de la séance, une fiche appelée « Document destiné aux patients ayant subi un curage axillaire » (Annexe 3) est remise à la patiente. Ce document a été rédigé par le service de kinésithérapie du centre. Il résume les informations précédemment énoncées, bien qu'elles n'y soient pas toutes retrouvées. Il est à noter que la majorité des séances est effectuée par une kinésithérapeute du service spécialisée dans le lymphœdème. Les autres séances sont réalisées par des kinésithérapeutes ayant été formés à cette pratique par elle. Cette précaution a été prise pour conserver un certain niveau de qualité dans l'information.

Une part des patientes du Centre qui doivent être vues par un kinésithérapeute ne bénéficie pas de cette séance post-opératoire. En effet, celles dont l'intervention est datée de la veille de jours fériés, ou tout simplement du week-end, sortent de l'hôpital avant que la séance puisse avoir lieu. Dans ce cas, l'équipe infirmière se charge de remettre le document récapitulatif, sans plus d'explications. Constatant cela, le service de kinésithérapie s'est interrogé : ces patientes sont-elles défavorisées par rapport aux patientes qui rencontrent un kinésithérapeute le lendemain de l'opération ? Ou, au contraire, le document est-il suffisant pour informer les patientes des règles d'hygiène de vie à adopter après un curage axillaire ? Ces deux groupes de patientes ont-ils le même niveau de compétence vis-à-vis du risque d'apparition du lymphœdème relatif au cancer du sein ? Quel est, en somme, l'impact de la kinésithérapie en post-opératoire immédiat sur les compétences en prévention de la morbidité liée au curage axillaire des patientes traitées pour un cancer du sein ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé au cours du mois de mai 2015 une étude préliminaire monocentrique visant à mesurer le niveau de compétence des patientes opérées pour un curage axillaire un an et quatre mois après leur intervention, par le moyen d'un questionnaire créé à cet effet. L'enquête a été soumise par téléphone à vingt-deux patientes opérées d'un curage axillaire au mois de janvier 2014 au sein du Centre de lutte contre le cancer, afin de comparer les résultats des personnes ayant bénéficié de la séance post-opératoire (composant le groupe-contrôle) et les résultats de celles qui n'ont reçu comme informations que le document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire (composant le groupe-test).

Nous exposerons dans cet écrit la méthodologie de cette enquête transversale, ces résultats, puis nous en discuterons la réalisation pour nous interroger sur sa portée en kinésithérapie.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Matériel et méthode

2.1. Population

Cette étude porte donc sur les patientes opérées dans un Centre de lutte contre le cancer pour un cancer du sein avec la technique chirurgicale du curage axillaire. Avec l'autorisation de la Directrice générale du Centre, une recherche au sein des Dossiers Patients Informatisés appelée « Full Text Multi DPI » a été effectuée. Cet outil est un dispositif du réseau intranet de l'établissement permettant de sélectionner des dossiers informatisés de patients à partir de critères de recherche et de mots-clefs. Le mot-clef « curage axillaire » a été recherché, sur une période d'un mois, entre le 1er et le 31 janvier 2014, dans les mots de suite « chirurgie » figurant dans les dossiers de patients encore en vie. Cette recherche a permis d'obtenir une liste de cinquante-sept patients.

Ces résultats ont ensuite été affinés par la lecture des cinquante-sept dossiers informatisés. Les informations suivantes ont été recherchées pour ensuite déterminer l'éligibilité de chaque patient à cette étude :

- Prénom, nom, âge, sexe ;
- Numéro de dossier ;
- Type d'intervention pour le traitement du cancer du sein, date et lieu de l'intervention ;
- Côté opéré ;
- Date du rendez-vous post-opératoire avec un kinésithérapeute du service, et s'il a eu lieu ;
- Antécédents de cancers, et particulièrement un autre cancer du sein qui aurait nécessité un curage axillaire ;
- Déclaration d'un lymphœdème secondaire aux traitements qu'a reçu le patient pour son cancer du sein ;
- Résidence du patient hors de la France métropolitaine.

Les patients pouvant participer à l'étude doivent avoir été opérés dans le Centre de lutte contre le cancer (et non un autre établissement) d'un curage axillaire entre le 1er et le 31 janvier 2014, dans le cadre d'un traitement de cancer du sein. Ils ne peuvent avoir été traités par curage axillaire que d'un seul côté au cours de leur vie. En effet, le questionnaire se basant sur la comparaison des habitudes ou sensations entre le membre supérieur homolatéral au curage axillaire et l'autre après la chirurgie, il ne pourra pas être soumis à des patients opérés des deux côtés. La limite d'âge est fixée à 75 ans. Pour finir, ne peuvent participer à l'étude que des patients résidant en France Métropolitaine. Le moyen de communication qui a été utilisé pour passer l'enquête est un téléphone interne du Centre, avec lequel il n'est pas possible de passer des appels hors du territoire métropolitain. Le coût des appels aurait également été trop important, et aucun budget n'avait été alloué pour cela. Cette précision a été apportée aux critères d'éligibilité car un certain nombre de patients originaires de Guyane viennent en long

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 1 - Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Intervention au Centre de lutte contre le cancer	Résidence hors France métropolitaine
Intervention entre le 1er et le 31 janvier 2014	Âge supérieur à 75 ans
Chirurgie de curage axillaire unilatérale	Chirurgie d'ablation du ganglion sentinelle
Patient venu dans le cadre d'un traitement de cancer du sein	Existence d'une autre intervention de curage axillaire

Tableau 2 - Description des âges de l'échantillon

	Echantillon	Groupe-test	Groupe-contrôle
Moyenne d'âge	51 ans	62 ans	49 ans
Médiane	49 ans	62 ans	48 ans
Âge minimum	29 ans	53 ans	29 ans
Âge maximum	72 ans	72 ans	72 ans

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

séjour au Centre de lutte contre le cancer pour leur prise en charge.

Le sexe ne fait pas partie des critères d'exclusion de cette étude. Cependant, après avoir appliqué les critères d'éligibilité à notre population initiale, seules des femmes ont été retenues pour l'étude. En effet, peu d'hommes développent un cancer du sein : ils représentent 0,6% des cancers du sein, et 1% des cancers chez l'homme (Oger, 2015). Par ailleurs, les patients ayant été traités par la technique de prélèvement du ganglion sentinelle ne sont pas éligibles à l'étude, car ils ne bénéficient pas de la séance kinésithérapique post-opératoire dont bénéficient les patients opérés d'un curage axillaire dans cet établissement.

Après application de ces critères d'inclusion et d'exclusion (Tableau 1), l'échantillon s'élevait à vingt-quatre patientes. S'agissant d'une étude préliminaire et puisque peu de temps a été consacré à l'enquête, la taille de l'échantillon est peu importante. Le groupe de patientes ayant bénéficié de la séance kinésithérapique au lendemain de l'intervention est nommé « groupe-contrôle », tandis que le groupe n'ayant eu droit qu'au document est nommé « groupe-test ». Notre échantillon, divisé en deux, était initialement composé de vingt-et-une patientes dans le groupe-contrôle et de trois patientes dans le groupe-test. Les actes kinésithérapiques étant enregistrés dans le dossier informatisé, il a été possible de savoir si chaque patiente a été vue le lendemain de sa chirurgie, et de définir ensuite l'appartenance à un des deux groupes. Au décours de l'étude, deux patientes n'ont malheureusement pas pu être incluses : une n'a pas souhaité participer, tandis que l'autre n'a jamais répondu aux appels. Notre échantillon est finalement constitué de vingt patientes dans le groupe-contrôle et de deux patientes dans le groupe-test. La moyenne d'âge des patientes est de 51 ans, avec des âges compris entre 29 et 72 ans (Tableau 2). La médiane étant de 49 ans et proche de la moyenne, les âges de l'échantillon sont bien répartis. La moyenne d'âge des patientes du groupe-contrôle est de 49 ans. La moyenne d'âge du groupe-test est de 62 ans, avec une patiente de 53 ans et une patiente de 72 ans. Les deux groupes semblent peu comparables par leur âge, avec un groupe-test dont les deux patientes sont plus âgées que la moyenne de l'échantillon. Les tailles des groupes sont aussi très inégales.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.2. Matériel

L'étude devait être réalisée sur le temps du stage, du 20 avril au 5 juin 2015, c'est-à-dire sept semaines. La rédaction définitive du questionnaire a été terminée le 7 mai. Celui-ci a été testé le 11, 12 et 13 mai, et les appels téléphoniques ont été commencés le 18 mai, ce qui laissait trois semaines pour appeler les vingt-quatre patientes. Cette date a été choisie pour débuter l'étude car je voulais prendre le temps nécessaire au cours de mon stage pour bien connaître les patientes venues pour une chirurgie de curage axillaire. En effet, j'ai profité de ce stage pour être formée à effectuer la séance post-opératoire sur laquelle porte cette étude, et de cette manière, j'étais en contact avec des personnes ayant le vécu des patientes que j'allai interroger, ce qui, à mon sens, me permettait d'être plus à même de les comprendre, et également de finir la rédaction du questionnaire.

Aucun budget n'a été alloué à l'étude, mis à part pour l'impression des vingt-quatre questionnaires, à partir d'un ordinateur et d'une imprimante du Centre.

Le questionnaire a été écrit avec l'aide de la cadre kinésithérapeute du Centre de lutte contre le cancer où a été réalisée l'étude et d'une des kinésithérapeutes du service. C'est cette même kinésithérapeute qui réalise la majorité des séances kinésithérapiques au lendemain de l'intervention de curage axillaire, et qui forme les nouveaux kinésithérapeutes du Centre à dispenser eux-mêmes les conseils.

Après réflexion, nous avons choisi de soumettre notre enquête aux patientes par téléphone, de manière indirecte (où le report des réponses est réalisé par l'enquêteur). Ce moyen d'administration est simple et peu coûteux, et permet d'obtenir de meilleurs résultats qu'une auto-administration (où l'enquêté reporte lui-même les réponses sur le document) (Javeau, 1978). L'auto-administration présentait le risque que la participante recherche des informations d'une source extérieure à ses propres connaissances au moment de répondre. L'envoi postal aurait demandé beaucoup de temps et se serait avéré onéreux. L'utilisation du téléfax ou du courrier électronique aurait réduit notre échantillon à la population des personnes en possédant ou connaissant leur utilisation. L'envoi par correspondance entraîne également un risque d'avoir un nombre important de non-réponses (Javeau, 1978). Enfin, beaucoup de temps et d'organisation auraient été nécessaires pour rencontrer personnellement les patientes et leur administrer l'enquête. Le téléphone est apparu comme une alternative de choix, bien qu'elle réduise notre échantillon aux personnes résidant sur le territoire métropolitain. Toutes les personnes à recruter pour l'étude possédaient au moins un numéro de téléphone fixe. Une seule des personnes de l'échantillon final n'a jamais répondu au téléphone. Ce moyen de communication correspond donc aux objectifs de cette enquête.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'étude a été démarrée avec l'accord de la cadre du service de kinésithérapie et de la Direction générale du Centre de lutte contre le cancer où se déroule cette étude. Le Service Juridique du Centre a informé qu'un consentement oral était suffisant pour la participation à l'étude des patientes (Annexe 4).

Les appels ont tous été passés par moi-même du même téléphone fixe de l'établissement, dans la salle personnelle des kinésithérapeutes, où j'étais seule et ne subissais pas de perturbations extérieures. Toutes les réponses et autres informations reçues durant l'appel ont été notées à la main sur le questionnaire nominatif.

2.3. Méthode

2.3.1. Construction du questionnaire

Tout un travail d'amont a été réalisé pour avoir une connaissance la plus large possible du sujet. Une recherche bibliographique a été commencée un an avant le début du stage, pour connaître les thématiques du cancer du sein et ses traitements, du curage axillaire, du lymphœdème secondaire au cancer du sein et sa prévention, mais également la méthodologie de recherche clinique et de rédaction d'un questionnaire. Au mois d'octobre 2014, je suis allée observer durant une demi-journée plusieurs séances kinésithérapiques au cours desquelles étaient dispensés les conseils concernant le curage axillaire. Ceci et l'étude du document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire (Annexe 3) ont été étudiés pour la création des questions. Au cours de mon stage, j'ai pu observer quelques consultations données par un médecin angiologue en vacation à l'établissement, appelées les « consultations lymphœdème », afin de mieux saisir la pathologie, et éventuellement la psychologie des patientes ayant eu des traitements de cancer du sein. Enfin, comme dit précédemment, les premières semaines du stage m'ont permis de voir en séance post-opératoire les patientes opérées d'un curage axillaire, et d'être ainsi au plus proche du sujet traité par l'étude. Le questionnaire a en somme été rédigé de manière itérative, où avec le temps des éléments de compréhension venaient faire évoluer le projet. Les derniers changements ont été apportés après le pré-test.

Le questionnaire est apparu d'emblée comme le moyen que nous allions utiliser pour cette étude, que nous pouvons définir comme une enquête de sociologie. Celle-ci a comme but l'évaluation du niveau de compétence des patientes du Centre à propos du curage axillaire et de ses conséquences au long terme. Nous souhaitons observer si une différence existe entre les deux groupe-test et groupe-contrôle précédemment décrits. Il existe trois moyens d'enquête en sociologie, qui sont l'observation, l'entretien, et le questionnaire (Javeau, 1978).

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le questionnaire a l'avantage par sa simplicité d'administration, par la possibilité de coder les réponses, et par sa facilité d'interprétation, d'autant plus si un maximum de questions fermées est utilisé. Par ce moyen, une note pourra être attribuée à chaque patiente. Nous avons décidé de créer notre propre questionnaire. Il porte sur les notions spécifiquement abordées par les kinésithérapeutes du Centre de lutte contre le cancer au lendemain de la chirurgie et le document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire (Annexe 3). Il n'est par conséquent pas validé scientifiquement. Tout a cependant été mis en œuvre pour le construire de manière raisonnée et justifiée.

Il existe plusieurs types de questions. On distingue tout d'abord les questions fermées, les questions ouvertes, et les questions semi-ouvertes. Les questions fermées, ou dichotomiques, sont les plus simples à interpréter ; à une réponse correspond une variable. Leur compréhension et leur dépouillement sont aisés. Les questions ouvertes donnent plus de renseignements, la réponse peut être plus nuancée, cependant leur dépouillement demande une interprétation qui peut être sujette à erreurs. Les questions semi-ouvertes sont une alternative ; la nuance est permise par le choix proposé de réponses, et le code établi à l'avance facilite l'exploitation. L'inconvénient réside dans l'influence que l'éventail de choix peut avoir sur l'enquêté, qui peut être amené à choisir une réponse à laquelle il n'aurait pas pensé (Loubet Del Bayle, 2000). De plus, la lecture de la question au téléphone peut s'avérer trop longue. Un maximum de questions fermées sera utilisé dans ce questionnaire. Il y a enfin les questions de fait et les questions d'opinion. Les questions de fait recherchent des informations concrètes. Elles peuvent être des questions posées directement sur des faits concrets, des questions d'action, ou des questions d'intention. Elles cherchent à « cerner une dimension de la pratique » (De Singly, 2012). Les questions d'opinion permettent de rendre compte de l'implication de la patiente, par des données subjectives, mais demandent un jugement de la réponse, et donc la mesure perd en précision. On cherche un point de vue objectif pour répondre à l'enquête, et non à savoir ce que la patiente dit faire, avec omission ou exagération. Un maximum de questions de fait sera donc utilisé.

La rédaction des questions est une étape à soigner. Elle doit répondre à deux critères de précision et de neutralité (Loubet Del Bayle, 2000). La question doit pouvoir être comprise par toutes les personnes interrogées, il faut pour cela utiliser des expressions compréhensibles, proches de celles employées dans la vie ordinaire (Mornex, 2010). Certains termes médicaux pourront être vulgarisés au besoin. Par exemple, le terme « membre supérieur » a été remplacé par le terme « bras », beaucoup plus utilisé dans le langage courant. Il faudra être vigilant à ce que la tournure de la question ne suggère pas une réponse plutôt qu'une autre (c'est ce que François De Singly définit comme l'« effet d'imposition » (De Singly, 2012)). Les questions peuvent provoquer une peur d'être jugé ou de ne pas correspondre à une norme sociale ; pour contrer cet effet, il convient d'éviter que les questions comportent des jugements de valeurs,

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ou demandent à la patiente de s'impliquer personnellement. Il est à noter qu'il existe un « phénomène psychologique de l'attirance du oui » (Loubet Del Bayle, 2000) pour les questions fermées. On peut ajouter aux notions de précision et de neutralité la notion de rédaction éthique. Selon un article écrit par une psychologue clinicienne, certaines patientes peuvent parfois présenter des symptômes de stress post-traumatique à la suite des traitements pour leur cancer du sein (Nicolleau-Petit, 2009). C'est un sujet sensible qui est ici abordé, il est donc nécessaire de ne pas heurter les personnes un an après leur chirurgie par l'utilisation de tournures ou de formules indélicates.

La création du questionnaire se fait en trois étapes (De Singly, 2012). A partir de l'observation de la séance post-opératoire, il faut tout d'abord déterminer les éléments pertinents pour le questionnement de départ, qui font partie du sujet de l'étude. Par exemple, le kinésithérapeute traite des consignes post-opératoire à respecter pendant un mois uniquement (Annexe 2), mais cette notion ne fera pas partie du questionnaire puisqu'elle n'est pas relative à la problématique. Ensuite, il faut sélectionner les informations qui seront utilisées pour le questionnaire. Tous les conseils donnés pour un curage axillaire ne peuvent être évalués, par soucis de longueur de l'enquête, qui doit être d'autant plus courte que nous avons choisi comme moyen de communication le téléphone (Javeau, 1978). L'évaluation ne portera que sur les notions les plus importantes. Certaines situations jugées non universelles voire peu courantes n'ont pas été utilisées :

- la compression du système lymphatique par des vêtements ou des bijoux trop serrés au niveau des membres supérieurs ;
- le port de charges lourdes prolongé (qui n'est pas conseillé, mais réalisable en fonction des sensations et en fractionnant l'effort) ;
- l'éviction des situations pouvant entraîner des infections (blessures, coups de soleil).

Enfin, l'énoncé de chaque question et de sa réponse doit être justifié, son intérêt dans le questionnaire doit être démontré. Le nombre de questions a été choisi pour que le questionnaire ne dure qu'environ dix minutes, afin d'éviter que la personne interrogée éprouve de l'agacement ou une perte d'intérêt au cours de l'entretien. L'ordre des questions a été choisi de manière logique, en les regroupant par thème, pour ne pas désorienter l'enquêtée. Le questionnaire sera débuté par trois questions d'introduction simples.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le questionnaire complet figure en Annexe 5.

Tableau 3 - Rappels des questions

	Question
1	Êtes-vous opérée du côté gauche ou droit ?
2	Avez-vous rencontré un kinésithérapeute du service du centre Léon Bérard le jour suivant votre opération ?
3	Considérez-vous avoir retenu les conseils donnés par la fiche / lors de cet entretien ?
4	Considérez-vous que suite à cette opération du sein vous soyez obligée de faire plus attention à votre bras droit qu'auparavant ?
5	Avez-vous le sentiment aujourd'hui, suite à l'opération, - De surprotéger votre bras droit, de vous servir plus de l'autre bras ? - D'être attentive aux moments de faiblesse du bras tout en ayant une utilisation normale ? - De surmener votre bras droit au cours de la journée, de ne pas être attentive ?
6	Faites-vous des pauses si vous ressentez au niveau de votre bras droit une gêne persistante ?
7	Sur quel bras vous prend-on la tension artérielle ?
8	Sur quel bras vous fait-on les prises de sang ?
9	Que faites-vous si vous remarquez une plaie (coupure, piqûre, par exemple) sur votre bras droit ?
10	Considérez-vous qu'il faille aller tout de suite chez le médecin si vous repérez des signes d'infection au niveau de votre bras droit ?
11	Considérez-vous comme une urgence l'apparition de signes de gonflement au niveau de votre bras, s'il n'y a pas de signes d'infection ?
12	Dans quelle position est-il judicieux de placer votre bras droit si un gonflement apparaît ?
13	Pensez-vous que la prise de poids puisse avoir une conséquence sur la santé de votre bras droit ?
14	Considérez-vous qu'une activité physique utilisant les membres supérieurs, soit au niveau de votre bras droit bénéfique ou néfaste ?
15	Êtes-vous aujourd'hui plus vigilante à propos de votre bras droit lors des fortes chaleurs ?
16	Que pouvez-vous faire pour diminuer la température de votre bras lors des fortes chaleurs ?
17	Pourriez-vous me décrire ce qu'est un lymphoedème ?
18	Savez-vous que faire si des signes d'installation du lymphoedème apparaissent ?

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les différents sujets des questions sont directement tirés des informations données lors de la séance post-opératoire. Ci-dessus est présentée la justification de chaque question. Le questionnaire est présenté en Annexe 5 et les questions sont rappelées en tableau 3 ci-contre.

Question 1 : le questionnaire se base sur la comparaison des sensations et des habitudes de vie entre le côté opéré et le côté non-opéré. Il y a donc à disposition deux types de questionnaires imprimés, respectivement écrits pour les patientes opérées du côté gauche et du côté droit. Cela permettra de faciliter la lecture des questions et de rendre l'entretien plus fluide. Cette première question a pour but de vérifier si le questionnaire convient bien à la patiente (puisque nous connaissons déjà cette information). Elle n'est pas prise en compte dans le score final, car sa réponse ne permet pas de répondre à notre problématique. Réponses attendues : droit ou gauche.

Question 2 : l'appartenance à chaque groupe avait été vérifiée en amont dans le dossier médical, grâce à la rentrée des actes kinésithérapiques dans les dossiers des patients. Cependant, une erreur pourrait être faite si un acte n'avait pas été enregistré dans l'ordinateur au moment des soins. Cette question permet de vérifier l'appartenance de la patiente au groupe-contrôle ou au groupe-test, et de diminuer les risques d'erreur liés au biais d'attrition. Elle n'est pas prise en compte dans le score final puisque sa réponse ne permet pas non plus de répondre à notre problématique. Réponses attendues : oui ou non.

Question 3 : il s'agit d'une question d'opinion, dont la réponse attendue est subjective. C'est une auto-évaluation du niveau de connaissance. La réponse à la question montre de façon indirecte quelle importance est donnée aux conseils sur le curage axillaire, qui sont par ailleurs à connaître et appliquer tout au long de la vie. Réponse juste : oui. Réponse fausse : non.

Question 4 : cette question permet d'évaluer si la patiente a ressenti du changement au niveau de son membre supérieur suite à l'intervention, et si en regard elle a su modifier son attitude dans la vie quotidienne. Réponse juste : oui. Réponse fausse : non.

Question 5 : suite au curage axillaire, on explique à la patiente qu'il existe une potentielle fragilité au niveau de son « bras », à laquelle il est bon d'être attentive, et que sachant cela il faut ménager les efforts, sans pour autant délaisser son membre. Il ne faut pas vivre en position de protection car l'activité musculaire est le moteur de l'activité lymphatique. On conseille de reprendre une vie la plus normale possible à partir d'un mois après l'opération. Un moment de faiblesse du membre supérieur peut être le signal d'un blocage du système lymphatique. Réponse juste : est attentive aux moments de faiblesse du bras tout en ayant une utilisation normale. Réponses fausses : surprotège son bras et se sert plus de l'autre bras ; surmène son bras au cours de la journée et n'est pas attentive.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Question 6 : son but est de nous permettre de savoir si la patiente a comme habitude de prendre des temps de repos en cas de fatigue du bras (qui correspondrait à une sur-production de lymphe, avec un acheminement difficile vers le tronc) : elle porte sur une compétence de sécurité. Une pause dans l'activité musculaire du membre supérieur permet de produire moins de déchets musculaires, donc moins de lymphe, puis une reprise normale de la circulation lymphatique. Nous conseillons aux patientes de fractionner leurs efforts. Cette question implique que la patiente ressente une gêne, une fatigue, et soit capable de la reconnaître. Réponse juste : oui. Réponse fausse : non.

Question 7 : la prise de tension artérielle entraîne une compression, que l'on cherche à éviter car elle coupe la circulation lymphatique qui aura de la difficulté à redémarrer ensuite. Il est possible de prendre la tension artérielle sur l'autre bras ou la cheville. Cette question de savoir-être permet de savoir si la patiente évite bien de faire cet examen sur le bras concerné par le curage. Pour une patiente opérée d'un curage axillaire à gauche : Réponse juste : Droit. Réponses fausses : gauche ; ne fait pas attention. Les réponses attendues pour cette question sont « gauche » ou « droit », ce qui permet ici d'éviter le phénomène d'attirance du oui.

Question 8 : le garrot entraîne une compression, et l'aiguille crée une porte d'entrée pour les germes. Il s'agit également d'une question mêlant compétences de sécurité et d'adaptation. Cette fois encore, nous testons l'automatisme de la patiente à protéger son membre supérieur lors d'une prise de sang. Pour une patiente opérée d'un curage axillaire à gauche : Réponse juste : Droit. Réponses fausses : gauche ; ne fait pas attention. Ce choix de réponses permet également de se soustraire du phénomène d'attirance du oui.

Question 9 : c'est une question ouverte sur la désinfection des portes d'entrée d'infection. La réponse attendue est précise, donc facile à coder. Il s'agit d'une question sur le savoir-agir de la patiente en cas de plaie sur le « bras » du même côté de l'opération, en l'absence d'un système lymphatique fort. Il s'agit là d'une compétence d'auto-soins. Les ganglions qui ont été excisés fabriquaient des anticorps, ceux qui prennent le relai sont plus à distance. Il y a plus de facilité à faire une infection. Les patientes ne sont pas toujours très réactives quant à la désinfection, et parfois la séance post-opératoire est l'occasion pour elles d'apprendre à avoir ce réflexe. Réponse juste : se désinfecter. Réponse fausse : toute autre réponse.

Question 10 : il s'agit d'une question à propos du réflexe à avoir lorsqu'une infection se déclare. La séance permet à certaines patientes d'apprendre à reconnaître les signes d'infection (œdème, rougeur, chaleur, douleur, et fièvre). Il faut réagir vite si ces signes sont repérés au niveau du membre supérieur, et consulter un médecin dans la journée, voire les urgences. Le risque est le sepsis et la destruction du système lymphatique atteint, avec la déclaration consécutive d'un lymphœdème. Réponse juste : oui. Réponse fausse : non.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Question 11 : cette question traite de l'attitude à avoir en cas d'œdème du bras, sans déclaration d'infection. Seule l'infection est une urgence. Parfois, le simple repos permet au gonflement de disparaître, il peut s'agir d'un ralentissement passager du retour lymphatique. On ne conseille de consulter le médecin que si les signes persistent pendant quelques jours. Réponse juste : oui. Réponse fausse : non.

Questions 12 : on montre au lendemain de l'intervention la position de déclive, que l'on décrit comme « bras tendu au repos, avec la main située dans un plan au-dessus du cœur ». Il faut prendre la position de déclive pour favoriser le retour lymphatique. Réponses justes : position de repos en déclive, la main surélevée, au-dessus du plan du cœur. Réponse fausse : autre réponse.

Question 13 : on conseille de rester stable au niveau du poids, car son augmentation favorise l'apparition du lymphœdème selon plusieurs études (O'Toole, 2013 ; Alran, 2012). De plus, si un lymphœdème se déclare, il sera plus difficile à traiter car plus induré (Annexe 2) Réponse juste : oui. Réponse fausse : non.

Question 14 : on conseille aux patientes de rester active après l'intervention, de reprendre ou de commencer une activité physique régulière telles que la marche, la natation … La patiente doit être attentive aux potentielles sensations nouvelles au niveau de son membre lors de la pratique des activités. Réponse juste : bénéfique. Réponse fausse : néfaste ; ne sait pas.

Question 15 : les périodes de fortes chaleurs sont responsables d'une dilatation des vaisseaux, et parfois d'une sensation de lourdeur, même si le membre supérieur est actif. Réponse juste : oui. Réponse fausse : non.

Question 16 : c'est une question ouverte attendant un nombre restreint de réponses. Certaines actions très simples permettent de diminuer la température cutanée et la dilatation du membre supérieur, et donc la sensation de lourdeur. Réponses justes : rafraîchir, mouiller, appliquer un linge humide, se baigner, vaporiser de l'eau. Réponses fausses : appliquer de l'eau glacée ; ne sait pas.

Question 17 : lors de la séance post-opératoire, la patiente apprend à reconnaître les signes d'installation du lymphœdème, c'est-à-dire un gonflement du bras, sans être rouge ou chaud, et sans fièvre, généralisé comme localisé. Cette question est ouverte, et attend des réponses précises. Réponses justes : gonflement du bras, œdème du bras qui persiste, gros bras, lorsque l'eau / la lymphe du bras n'est pas bien évacuée. Réponse fausse : ne sait pas ; description du lymphocèle.

Question 18 : en cas d'apparition de signes d'installation d'un lymphœdème, les réflexes à avoir sont pour la patiente de mettre son membre supérieur au repos et en déclive, de faire des automassages de drainage, et de consulter son médecin traitant dans la semaine. Le but est d'ensuite commencer un traitement kinésithérapique. Réponses justes : se placer en position de repos et de déclive, automassage, consulter un médecin dans la semaine. Réponse fausse : ne rien faire ; ne sait pas.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le questionnaire est introduit par la lecture d'un paragraphe permettant de démontrer l'intérêt et le sérieux de l'étude, car les personnes appelées pourraient montrer de la défiance, si par exemple elles venaient à penser qu'il s'agit d'un appel à but commercial. Il débute par la présentation des personnes qui réalisent l'étude, dans le cadre de l'établissement de santé où les patientes ont été soignées. Le sujet de l'enquête est exposé en remettant en mémoire le contexte dans lequel des informations à propos du curage axillaire ont été remises suite à l'intervention. La problématique de l'étude est énoncée, puis l'accord pour la participation est demandé explicitement. Un espace prévu en-deçà permet d'inscrire la réponse de la patiente. Enfin, les consignes pour répondre correctement au questionnaire sont données. Il est également précisé que les données sont anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Si la patiente venait à demander des informations complémentaires, une suite au préambule avait été prévue afin de l'orienter vers le Service communication, la Direction générale ou la Commission de relation avec les usagers.

A la fin du document est placé un cadre créé pour inscrire la note reçue au questionnaire, et noter toute remarque venant de la personne enquêtée. En effet, il a été prévu qu'à la fin du questionnaire la patiente puisse s'exprimer librement, par exemple en partageant ses interrogations, une expérience, ou pour revoir ensemble les notions de la séance post-opératoire qui n'ont pas été comprises.

Nous avons pu terminer la rédaction du questionnaire après le pré-test. Le pré-test est indispensable à la recherche. Il permet de soumettre le questionnaire une première fois, d'observer les réactions des patientes, leurs réponses, et de recueillir leurs remarques. Le questionnaire a été testé sur trois patientes venues pour une opération de curage axillaire entre le 11 et le 13 mai 2015, le lendemain de la première séance post-opératoire kinésithérapique (au cours de laquelle les conseils avaient été dispensés). Il a également été testé sur deux patientes venues pour une chirurgie reconstructrice du sein et ayant été opérées d'un curage axillaire quelques mois auparavant. Leurs retours ont permis de modifier quelques questions, en les raccourcissant ou en les rendant plus compréhensibles. Le but était de ne pas avoir à se répéter ou à reformuler certaines phrases lors de l'administration réelle. Les patientes n'ont pas semblé se formaliser des questions ou de leurs tournures lors de ce pré-test.

Le questionnaire a finalement été mis en page dans un grand tableau, avec une case vide devant chaque réponse possible pour faciliter le report. Les pages du document ont été attachées entre elles dans l'ordre. Le barème choisi est inscrit en rouge en face de chaque réponse possible. Les questions sont numérotées. Un cadre est prévu en haut du document pour inscrire le numéro de dossier ; il s'agit par ailleurs de la seule information personnelle retrouvée sur le questionnaire, pour minimiser le biais d'évaluation.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.3.2. Administration du questionnaire

Comme expliqué précédemment, il a été choisi de faire passer le questionnaire de manière indirecte et par téléphone. L'étude proprement dite a été réalisée entre le 18 mai et le 5 avril 2015. Il s'agissait de faire passer vingt-quatre enquêtes téléphoniques. Deux à trois patientes ont été contactées par jour, pour pouvoir à la fois finir l'enquête avant la fin du stage et ne pas téléphoner à trop de patientes dans une journée, car il y aurait un risque que le discours devienne monotone et impersonnel. Les appels ont été passés entre 10h et 11h30, et entre 14h et 16h, c'est-à-dire à des moments de la journée où les personnes sont communément plus disponibles. J'ai été la seule personne à soumettre les questionnaires. Certaines patientes ont pu être interrogées lors du premier appel téléphonique. D'autres ont dû être appelées plusieurs fois avant de pouvoir proposer l'enquête. Un message a été laissé sur le répondeur téléphonique de deux patientes, qu'il n'a pas été possible de joindre directement. Ce message expliquait l'origine et le but de l'appel, et présentait succinctement l'enquête. Dans ce cas malheureusement, les patientes ont pu avoir le temps de se remémorer les précautions à avoir concernant le curage axillaire, ou même de relire le document récapitulatif, et on peut se demander si la note obtenue est alors seulement imputable à leurs réelles compétences.

Le déroulement de l'enquête a suivi chaque fois les mêmes étapes, afin de tendre à uniformiser chaque entretien téléphonique, et de réduire le biais intra-enquêteur. Après avoir interrogé la personne appelée sur sa disponibilité pour les quelques minutes qui suivent, l'entretien était débuté par la lecture du préambule et la demande de consentement oral à la participation à l'étude. Pour plus de fluidité, la lecture de cette introduction n'était pas toujours fidèle aux mots exacts du texte, mais les mêmes informations ont été données à toutes les patientes. Le ton utilisé était clair et neutre, pour montrer le sérieux de l'étude. L'accord ou non pour participer à l'étude était reporté sur la case prévue à cet effet située sur la première page du questionnaire imprimé. Une femme sur les vingt-quatre personnes appelées n'a pas souhaité participer à l'étude. Puis les consignes et indications nécessaires pour répondre au questionnaire étaient données aux enquêtées.

Les questions ont été lues en essayant d'adopter le même ton, afin de ne pas inciter à choisir une réponse plutôt qu'une autre, et lentement et clairement, pour éviter de devoir répéter l'énoncé. Il n'a pas été nécessaire au cours des entretiens téléphoniques de reformuler les questions. Pour les questions ouvertes, il était directement jugé si la réponse donnée était juste ou fausse, puisque les réponses attendues étaient notées sur le questionnaire.

A la fin du questionnaire, il a été proposé aux patientes d'ajouter des informations de façon libre, à propos de tout sujet souhaité, en relation ou non avec l'étude. Certaines patientes ont souhaité parler de la pratique nouvelle d'un sport, de l'adhésion à une association de patientes traitées pour un cancer du sein, ou encore des difficultés rencontrées après leurs traitements … Si certaines questions n'avaient pas eu leur réponse juste, des explications complémentaires pouvaient être apportées en correction.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans ces entretiens, la difficulté a résidé dans le fait de devoir aborder des sujets parfois douloureux avec des patientes, sans pouvoir mesurer l'effet que les échanges avaient sur elles à cause de la distance créée par le moyen de communication qu'est le téléphone. Les patientes semblaient très touchées par le sujet de l'appel, et ressentaient le besoin de partager certaines expériences ou inquiétudes à la fin du questionnaire. Il s'agissait alors d'être à l'écoute. Pendant tout l'entretien, des notes étaient prises à la main sur le questionnaire nominatif imprimé. Chaque entretien durait quinze à vingt minutes.

Sur les vingt-quatre patientes formant l'échantillon initial, une patiente n'a pas pu être contactée par téléphone, et, comme dit précédemment, une patiente n'a pas souhaité participer à l'étude. L'échantillon final est donc de vingt-deux patientes, avec vingt patientes dans le groupe-contrôle et deux patientes dans le groupe-test.

2.3.3. Méthode de traitement des données

L'objectif de cette recherche est de comparer le niveau de compétence des patientes ayant reçu une information orale à propos du curage axillaire et des patientes n'ayant reçu qu'une information écrite récapitulative de cette information orale. Le moyen de mesure est le questionnaire rédigé à cette occasion, et le critère de jugement est la note finale à ce questionnaire.

Considérant que toutes les notions retrouvées au sein du questionnaire ont une importance équivalente, un même barème est attribué à chaque question. Une réponse juste rapporte 1 point. Une réponse fausse ou une absence de réponse rapporte 0 point. Les réponses justes et les réponses fausses que peuvent potentiellement rendre les patientes ont été imaginées lors de la création du questionnaire. Les réponses apportées par les patientes lors du pré-test correspondaient à celles imaginées. Dans le cas des questions ouvertes, les réponses attendues (dont le nombre par question est restreint) sont notées sur le questionnaire, et celles-ci nécessitent peu d'interprétation. De plus, la formulation des questions n'autorise que des réponses brèves et précises, ce qui facilite leur interprétation. Le point peut donc être facilement attribué ou non à la relecture du questionnaire. Le barème a été inscrit en rouge à côté de chaque réponse possible sur le questionnaire imprimé, pour faciliter le comptage des points. La somme des points obtenus donne une note rapportée sur 16.

Les données engendrées par un questionnaire sont les réponses aux questions, la note finale, et les remarques ajoutées en fin d'enquête. Ces informations ont été reportées dans un tableau informatique et anonymisées, en remplaçant le nom et le numéro de dossier par un code « Lettre + Chiffre » correspondant à chaque personne de l'étude.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les données engendrées par un questionnaire sont les réponses aux questions, la note finale, et les remarques ajoutées en fin d'enquête. Ces informations ont été reportées dans un tableau informatique et anonymisées, en remplaçant le nom et le numéro de dossier par un code « Lettre-Chiffre » correspondant à chaque personne de l'étude.

Le moyen permettant de mesurer la compétence de notre échantillon de patientes est la note finale reçue au questionnaire. Le seuil de réussite a été fixé à 13/16, car une indulgence sur trois questions a été accordée. En effet, si toutes les notions abordées dans les questions ont une importance équivalente pour prévenir les complications du curage axillaire, elles ne sont pas toutes universelles. C'est le cas de trois questions 6, 13 et 15. Toutes les patientes opérées pour un curage axillaire ne vont pas être amenées à ressentir de gêne au niveau du bras lors de mouvements répétées, et n'auront pas cette nécessité de faire des pauses pour fractionner l'effort. Elles ne sont pas toutes concernées par la problématique de prise de poids, et certaines doivent même être préoccupées par un poids trop faible (qui augmente le risque d'apparition du lymphœdème dans le cas d'une carence protéinique) (Annexe 2). Enfin, les périodes de forte chaleur ne sont pas toujours responsables d'une gêne au niveau du membre supérieur.

Cette étude est une étude transversale. Par définition, ce type d'étude ne permet pas de démontrer de lien de causalité mais de mettre en avant des associations (Massin, 2011 ; Mornex, 2010). Dans le cas présent, la question se pose de savoir s'il existe un lien entre la délivrance d'une information orale au lendemain de l'intervention et le niveau de connaissance relatif à ces informations. L'influence de facteurs de confusion sera également recherchée. Un facteur de confusion est un facteur venant modifier la relation entre deux évènements et entraînant une erreur d'interprétation de ce lien (Massin, 2011). L'analyse des données chiffrées se doit donc d'être descriptive, et les résultats seront à observer avec recul.

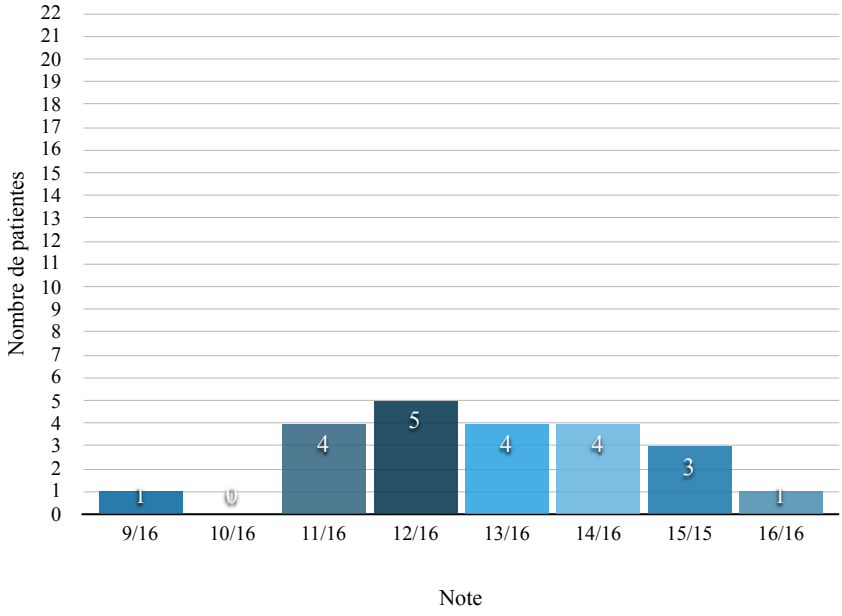
Le questionnaire, ses caractéristiques, et la façon dont les participants ont répondu seront également analysés. Enfin, les remarques ajoutées après le questionnaire, dans le temps de discussion libre, seront recueillies afin de dégager des thématiques récurrentes.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 4 - Statistiques descriptives des résultats au questionnaire

	Total	Groupe-test	Groupe-contrôle
Moyenne	12,8	12	12,9
Médiane	13	12	13
Note la plus haute	16	13	16
Note la plus basse	9	11	9
Etendue	7	2	7
Q1	12	#	#
Q3	14	#	#
Etendue inter-quartile	2	#	#
Mode	12	#	#

Figure 1 - Répartition des résultats



CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Résultats

L'analyse des données est réalisée en trois temps : l'analyse du critère principal, c'est-à-dire le niveau de compétence des personnes interrogées, par le moyen de la note reçue au questionnaire ; l'analyse des informations données secondairement par le questionnaire ; l'analyse des remarques faites à la fin du temps de l'enquête téléphonique.

3.1. Analyse selon le critère principal

Pour répondre à la question de départ, il est nécessaire de comparer les notes obtenues au questionnaire des patientes ayant reçu l'information orale et l'information écrite (à propos du curage axillaire) et des patientes n'ayant reçu que cette information écrite (Annexe 6). Il n'est pas possible de conclure à partir de l'observation des moyennes des résultats obtenus par chaque groupe. En effet, l'inégalité de taille des groupes, et particulièrement la petitesse du groupe-test, rendent impossible l'application de tout test statistique. L'analyse de ces données se doit donc d'être descriptive. Les valeurs énumérées ci-dessous sont reportées dans le tableau 4 ci-contre.

Le groupe-test a obtenu une moyenne de 12/16 (11/16 et 13/16). Le groupe-contrôle a obtenu une moyenne de 12,9/16. La moyenne générale est de 12,8/16. Toutes ces valeurs sont situées à niveau ou juste en-dessous du seuil de réussite (13/16). La moyenne du groupe-test est très légèrement inférieure à celle du groupe-contrôle et de l'échantillon. Cet écart est inférieur à 1 point, c'est-à-dire la valeur d'une question. Il semble qu'il n'y ait pas de différence, ou peut-être une légère infériorité pour le groupe-test, au demeurant la constitution des groupes ne permet pas de conclure catégoriquement.

Les notes de l'échantillon sont réparties de façon symétrique autour de la valeur 13/16. En effet, la moyenne (12,9/16) et la médiane (13/16) sont très proches. Cette tendance est visible sur la figure 1 ci-contre.

Douze personnes (dont une du groupe-test) ont une note supérieure ou égale au seuil de réussite. Plus de la moitié sont donc considérées comme ayant réussi le questionnaire.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 2 - Répartition des notes en fonction de l'âge

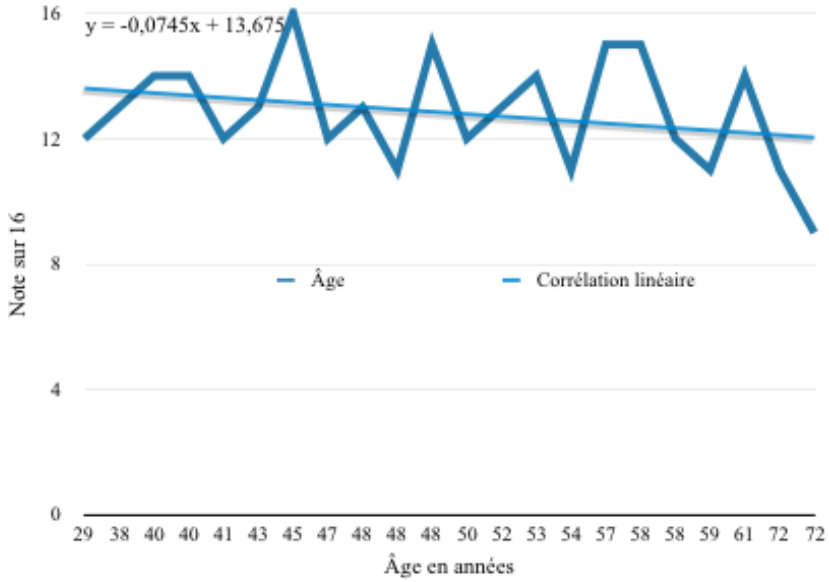
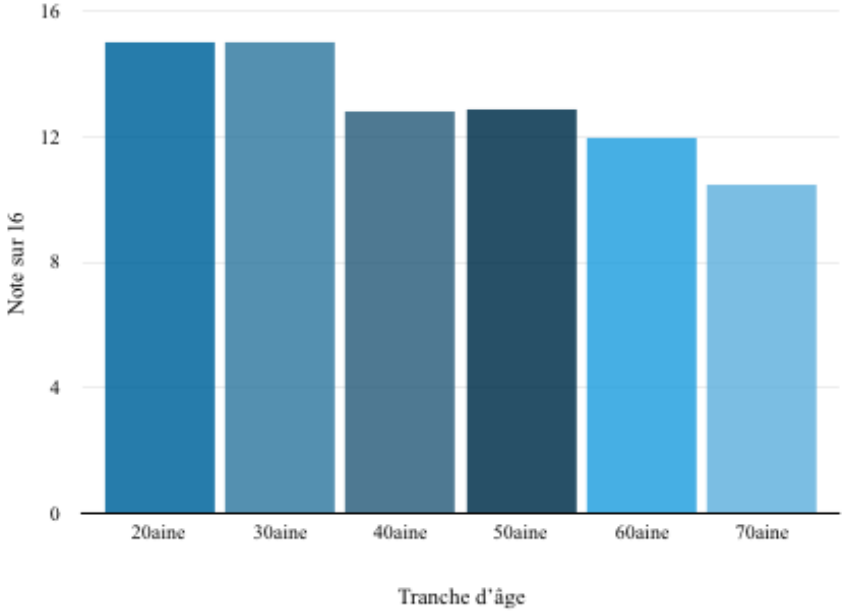


Figure 3 - Répartition des notes en fonction de la tranche d'âge



CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

3.2. Analyse secondaire du questionnaire

3.2.1. Analyse en fonction des caractéristiques de l'échantillon

Les seules caractéristiques de l'échantillon ayant été recensées dans cette étude sont le sexe et l'âge des patients. L'échantillon n'étant formé que de femmes, aucune comparaison ne peut être réalisée avec le sexe masculin.

Lors de l'analyse de l'âge des patientes et des notes obtenues, il peut être deviné une moins bonne capacité à répondre au questionnaire avec l'avancée en âge de l'échantillon. La médiane de la population est de 49 ans. La moyenne des notes obtenues chez les patientes de moins de 49 ans est de 13,2/16, et chez les patientes de plus de 49 ans de 12,5/20. Le nombre de personnes ayant eu une note supérieure au seuil de réussite (13/16) est plus important chez les personnes de moins de 49 ans (7) que les personnes de plus de 49 ans (5). La figure 2 ci-contre représente la note obtenue au questionnaire en fonction de l'âge de la patiente. On peut remarquer que la courbe de régression linéaire est négative, avec des résultats moins bons avec l'augmentation en âge. Cela ne permet pas d'établir un lien de cause à effet entre l'âge et la note au questionnaire, cependant cela indique que l'âge est un biais potentiel dans cette étude. Le diagramme de la figure 3 montre également de meilleurs résultats dans les classes d'âges plus jeunes.

3.2.2. Analyse de la connaissance des notions

Chaque question traite d'un point spécifique de la séance post-opératoire. On peut cependant remarquer que certaines questions abordent ensemble un même sujet. Neuf notions parmi les seize questions de connaissance ont ainsi pu être dégagées :

- Auto-évaluation de leur niveau de connaissance
- Attention portée et utilisation du membre supérieur
- Actes médicaux
- Plaies et infections
- Gonflement du bras
- Prise de poids
- Activité physique
- Fortes chaleurs
- Lymphœdème

Les pourcentages de réussite par question ont été reportés dans le tableau 5. Les neuf notions et leurs pourcentages respectifs de réussite sont reportés dans le tableau 6 (à la page suivante).

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 5 - Réussite par question

	Nombre de bonnes réponses	Pourcentage de réussite
Question 3	16	73 %
Question 4	21	96 %
Question 5	13	60 %
Question 6	19	87 %
Question 7	22	100 %
Question 8	22	100 %
Question 9	20	91 %
Question 10	20	91 %
Question 11	14	64 %
Question 12	17	78 %
Question 13	8	37 %
Question 14	19	87 %
Question 15	20	91 %
Question 16	18	82 %
Question 17	17	78 %
Question 18	16	73 %

Tableau 6 - Réussite par notion

Notion	Questions correspondantes	Nombre de bonnes réponses	% de bonnes réponses
Auto-évaluation de leur niveau de connaissance	Q3	16	73 %
Attention portée et utilisation	Q4 Q5 Q6	17,6	81 %
Actes médicaux	Q7 Q8	22	100 %
Plaies et infections	Q9 Q10	20	91 %
Gonflement du bras	Q11 Q12	15,5	71 %
Prise de poids	Q13	8	37 %
Activité physique	Q14	19	87 %
Fortes chaleurs	Q15 Q16	19	87 %
Lymphoedème	Q17 Q18	16,5	75 %

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les questions avec les meilleurs pourcentages de réussite concernent les actes médicaux à ne pas réaliser sur le membre homolatéral à l'intervention (100% des réussite aux questions 7 et 8), et le risque que représentent les plaies et infections (91% de réussite aux questions 9 et 10). C'est la question 13, sur la notion du risque lié à la prise de poids, qui obtient le moins de bonnes réponses (huit participantes sur vingt-deux seulement, c'est-à-dire 37%).

73% considèrent avoir retenu les informations relatives au curage axillaire. Une seule participante ne pense pas que l'intervention l'entraîne aujourd'hui à devoir faire plus attention à son bras. A la question 5, six personnes ont répondu surprotéger leur bras, trois personnes ont répondu avoir une utilisation trop intensive, tandis que treize personnes pensent avoir une utilisation normale. Trois des vingt-deux patientes ne font pas de pause au moment de ressentir une gêne. En moyenne, seize participantes savent comment agir en cas de gonflement du bras. Trois considèrent que l'activité physique est néfaste pour leur membre supérieur. Vingt personnes doivent être plus attentives lors des périodes de fortes chaleurs, et dix-huit savent comment gérer cette situation pour leur bras. Enfin, cinq patientes n'ont pas su définir le lymphœdème, et six ne connaissent pas la conduite à tenir en cas de constatation de ses symptômes.

Bien que les deux patientes du groupe-test n'aient pas eu le même score au questionnaire, il est à noter qu'elles ont toutes deux répondu faux aux questions 13 et 16. La question 13 aborde le lien entre prise de poids et lymphœdème ; elle n'est pas retrouvée dans la fiche récapitulative. La question 16 aborde la notion d'abaissement de la température du bras lors des fortes chaleurs.

3.3. Analyse du temps libre

Un temps d'échange libre avait été prévu à la fin de l'enquête téléphonique, après la soumission du questionnaire. Ces informations ont été reportées sur informatique (Annexe 7) pour être analysées. Sept thématiques ont pu être mises en évidence :

- Kinésithérapie en ambulatoire
- Sphère psycho-sociale
- Attention et auto-soins
- Douleurs et gêne
- Activité physique
- Le Centre de lutte contre le cancer
- Programmes de réhabilitation après un cancer du sein

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Premièrement, il est apparu qu'au moins quatorze des vingt-deux patientes ont bénéficié de séances de kinésithérapie après le traitement de leur cancer du sein, pour les motifs suivants : traitement d'un lymphœdème, douleur autour de la zone opérée (parfois irradiée), diminution de l'amplitude d'épaule, et traitement de la cicatrice. Les deux personnes formant le groupe-test n'ont pas bénéficié de séances de kinésithérapie suite à l'intervention. Huit personnes interrogées ont exprimé de l'inquiétude vis-à-vis de leur bras, se déclarant pour certaines « anxieuses », ou constamment inquiètes à l'idée de développer un lymphœdème. Certaines femmes ont développé des compétences d'auto-soins dans leur vie quotidienne ; une d'entre elles se dit particulièrement attentive à son bras, et pour soulager la gêne passe de l'eau froide ou masse son bras, tandis que deux femmes de l'échantillon se sont vu prescrire un manchon compressif préventif. Douze patientes ont confirmé avoir des sensations de gêne, parfois même des douleurs, au niveau de la zone opérée ou du membre supérieur homolatéral, qui peuvent entraîner une sous-utilisation et un manque de force au niveau de ce bras. Une des personnes interrogées a remarqué que le temps de cicatrisation d'une plaie au niveau du bras était plus long qu'auparavant. Une seule femme a déclaré n'avoir aucun problème de santé particulier au niveau du membre supérieur concerné par l'intervention. Deux personnes ont confié avoir développé un lymphœdème secondaire. Quatre personnes reconnaissent l'importance de l'activité physique pour leur bien-être physique et moral. Une personne pratique l'aviron en groupe avec un programme de réhabilitation après cancer du sein. Certaines pratiquent la natation ou la marche, et une d'entre elles le Tai-Chi et le Kung Fu. Il est à noter que deux patientes ont participé à un programme de réhabilitation à l'effort après cancer du sein et en ont exprimé les bénéfices physiques et psychologiques, et au niveau de l'apprentissage des règles d'hygiène de vie après le curage axillaire. Les notions inculquées pour prévenir la morbidité entraînée par le curage axillaire ont, selon ces deux patientes, été beaucoup mieux retenues à travers ce programme qu'à travers le rendez-vous au lendemain de l'opération. Elles jugeaient que trop peu de temps s'était écoulé entre l'intervention et la prise d'informations. Une personne s'est dit très satisfaite de la prise en charge générale au Centre de lutte contre le cancer.

Une seule personne n'a pas souhaité ajouter de remarque. Aucune plainte ou aucun mécontentement de la part des patientes n'ont été reçus lors de l'enquête.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. Discussion

Ce questionnaire avait pour but d'évaluer le niveau de compétence des patientes du Centre de lutte contre le cancer à un an et quatre mois de leur intervention de curage axillaire, dans le cadre d'un traitement de cancer du sein. L'intérêt était de comparer les résultats des deux groupes de patientes, afin d'évaluer la pratique kinésithérapique qui consiste à éduquer à la prévention de la morbidité liée au curage axillaire. Cette morbidité est à long terme principalement représentée par le lymphœdème secondaire du membre supérieur. Cette partie analyse le travail effectué afin de proposer un projet aux résultats exploitables.

4.1. Méthodologie de l'étude

4.1.1. Population

Il est regrettable que le manque de puissance provienne en grande partie de la taille de l'effectif, et particulièrement de l'effectif du groupe-test. Sur les cinquante-sept dossiers trouvés initialement grâce au moteur de recherche, trente-trois personnes sont des patientes ayant été opérées d'un curage dans le Centre où l'étude a été réalisée au mois de janvier 2014. Parmi ces trente-trois patientes, vingt-quatre ont été éligibles à l'étude. Il est à noter que vingt-sept patientes sur les trente-trois personnes venues pour une intervention de curage axillaire, c'est-à-dire 82%, ont été vues par un kinésithérapeute le lendemain. Six personnes (18%) sont donc sorties avec comme seule source d'informations le document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire. Notre échantillon initial, sans les perdus-de-vue, était caractérisé par les mêmes proportions : 17% formaient le groupe-test, et 83% le groupe-contrôle. A la fin de l'enquête, le groupe-test ne représentait plus que 9% de l'échantillon total. Il faudrait un échantillon de taille comprise entre soixante et cent dix personnes pour qu'un groupe-test de minimums dix personnes soit représenté à la même proportion que dans la population source.

Trop peu d'informations ont été recueillies lors de l'étude pour permettre d'identifier la présence de facteurs de confusion. Seule la donnée âge a été recueillie. Pour pouvoir faire une meilleure description des individus de l'échantillon, et ensuite une meilleure analyse des résultats, il est nécessaire de recueillir plus d'informations. Elles pourront être recoupées avec les données obtenues lors de l'enquête, afin de mettre en évidence l'existence de facteurs de confusion. Dans deux études à propos de l'importance de l'éducation en prévention du lymphœdème chez les patientes ayant été traitées pour un cancer du sein, les auteurs ont questionné les participantes sur des données démographiques (ethnie), leur statut familial ou marital, leur niveau d'éducation (collège, lycée, université), leur profession, et sur les facteurs de risque du lymphœdème tels que l'âge, le poids, le nombre de ganglions excisés pour le curage

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

axillaire et la procédure chirurgicale et les traitements pour le traitement de cancer du sein (Fu, 2010 ; Trusson, 2016). Pour l'étude présentée dans ce mémoire, les autres données qu'il aurait été judicieux de recueillir sont :

- la profession et le niveau d'étude : la capacité à comprendre une question et à choisir une réponse dans un panel proposé peut s'avérer plus aisée chez des personnes ayant été plus loin dans les études que pour d'autres personnes.
- la latéralité : l'utilisation du membre supérieur et les sensations que les patientes expérimentent potentiellement peuvent être différentes en fonction du membre supérieur touché et du membre dominant de la personne.
- l'Indice de Masse Corporelle (IMC) : précédemment a été posée une interrogation quant à la question 13 sur le lien entre la prise du poids et le risque d'apparition du lymphœdème. L'IMC pourrait être comparé aux réponses à la question 13, pour voir si effectivement ce sont les patientes concernées par la prise de poids qui sont plus à même d'y répondre.
- la pratique de kinésithérapie en ambulatoire suite à l'intervention, à quel moment, à quelle fréquence, pour quels motifs : ces données permettrait de comparer l'importance de la kinésithérapie suite à l'intervention et les résultats au questionnaire, et peut-être de l'identifier comme un facteur de confusion dans notre enquête.

La limite d'âge a été fixée de façon arbitraire à 75 ans. Dans un article sur l'âge et le travail (Faurie, 2008), les auteurs expliquent qu'un déclin des capacités cognitives s'observe avec l'avancée en âge, mais ce déclin n'est pas significatif avant 70 ans. Les travaux de Trusson et al. et Fu et al. n'ont pas utilisé de limite d'âge supérieure. Pour augmenter l'effectif et la représentativité de l'échantillon vis-à-vis de la population cible, il semble qu'il ne soit pas nécessaire d'utiliser de limite d'âge pour le recrutement.

Les résultats à l'enquête ont été biaisés par deux éléments au cours de l'enquête, concernant l'échantillon : une personne a refusé de participer à l'étude, tandis qu'une autre n'a jamais pu être contactée.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

4.1.2. Matériel

Les moyens prévus pour l'enquête ont été satisfaisants car ils correspondaient aux besoins de l'étude. Les trois semaines ont été pleinement utilisées pour contacter les 24 patientes, sachant qu'il a été parfois nécessaire d'appeler plusieurs fois certaines personnes avant de pouvoir les joindre. Au cours de la construction de l'étude et de l'administration du questionnaire, aucun besoin de financement supplémentaire n'est apparu.

Si certaines personnes ont été difficiles à contacter (avec particulièrement une personne qui n'a jamais répondu), le téléphone reste un moyen de communication aisé et cohérent avec les objectifs de la recherche. Le taux de réponse quand la communication avait débuté est très élevé, avec seulement un refus de participer sur les vingt-quatre femmes de l'échantillon.

La salle personnelle des kinésithérapeutes du Centre a été très commode pour passer les appels, dans une ambiance calme où toute l'attention a pu être portée sur la personne appelée et le questionnaire.

4.1.3. Méthode

Cette étude a comme objectif d'évaluer une pratique spécifique au Centre de lutte contre le cancer où elle prend place. Le moyen d'évaluation se devait de lui être propre, et donc unique. Ce questionnaire n'a donc jamais été utilisé dans de précédentes recherches, et n'est pas validé scientifiquement. Il est à noter que les questionnaires dont la vocation est d'être validés par la communauté scientifique sont rédigés en concertation entre plusieurs acteurs de la profession médicale et parfois même avec des patients (Gossec, 2013 ; Baudot, 2016). Malgré les recherches sur les thèmes de l'étude et la connaissance de règles théoriques sur les enquêtes de sciences sociales, des erreurs ont été commises. Il semblait en premier lieu qu'utiliser un maximum de questions fermées serait plus profitable à l'enquête, pour la simplicité de compréhension par les patientes et d'analyse après dépouillement. On peut supposer finalement qu'il était plus facile pour les participantes de répondre à des questions fermées que des questions ouvertes, que leurs données sont donc plus qualitatives pour répondre à la problématique. Le phénomène « d'attirance du oui » est notamment très présent dans les questions fermées. Il aurait été également souhaitable de n'utiliser que des questions de fait. Les questions 3, 4 et 5 sont des questions d'opinion, et il apparaît aujourd'hui qu'elles ne sont pas pertinentes pour mesurer des connaissances ou des compétences. Elles ne permettent de rendre qu'un jugement, une subjectivité.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le pré-test a donné de bonnes pistes pour améliorer et finaliser le questionnaire. Celui-ci est cependant critiquable car il n'a pas été réalisé dans les mêmes conditions que l'enquête. Il aurait été préférable de contacter par téléphone cinq patientes opérées d'un curage axillaire dans l'établissement en décembre 2013 et correspondant à nos critères d'éligibilité. Cela aurait également permis de s'entraîner à faire passer les questionnaires, et d'être plus à l'aise pour débuter réellement l'enquête par la suite.

Le préambule a été efficace pour faire saisir le contexte aux personnes appelées, et a permis de leur donner confiance. Le fait d'avoir créé deux questionnaires, un pour les patientes opérées à droite et un pour les patientes opérées à gauche, a été très utile pour la fluidité de lecture. Il y avait suffisamment de place et d'espaces prévus sur tout le questionnaire pour écrire des remarques. Le document était facile à manipuler par l'enquêteur. Le fait d'avoir un seul enquêteur permet d'éviter les différences de discours, c'est-à-dire le biais inter-enquêteur. Tous les appels se sont très bien déroulés, certaines personnes ont même semblé apprécier cet échange. Trois semaines ont été nécessaires pour mener l'étude, car il arrivait souvent de devoir appeler plusieurs fois une personne avant de pouvoir la joindre. Un message a été laissé sur le répondeur de deux participantes, afin qu'elles puissent rappeler le numéro du Centre si elles souhaitaient participer. Il est apparu au fil de l'enquête que premièrement ces personnes avaient entre temps la possibilité de relire le document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire, et que pour réussir à les joindre il était suffisant de rappeler une ou deux fois (à deux jours d'intervalle, pour ne pas déranger la personne).

4.2. Interprétation des résultats

L'analyse des données apportées par le questionnaire est à observer avec prudence. L'inégalité de taille du groupe-test et du groupe-contrôle empêche de conclure et de répondre au questionnement initial de la recherche. Le barème peut également être critiqué, puisqu'il donne une importance égale à chaque question. Les questions 3, 4 et 5 sont des questions d'opinion, et ne sont pas valides pour tester des connaissances. La question 3 est très critiquable. En effet, une personne qui pense se souvenir des conseils gagne un point, sans que cette donnée puisse être vérifiée, sans qu'une compétence ait été réellement testée. Les notes sont par conséquent difficilement exploitables. Enfin, face à ces réflexions, la détermination du seuil de réussite à 13/16 ne semble plus pertinente.

L'analyse secondaire a plus d'intérêt, puisqu'elle constitue une bonne piste pour une recherche ultérieure. La recherche des facteurs confondants est incomplète, puisque la seule donnée permettant d'analyser les individus de l'échantillon est l'âge, qui est par ailleurs suspecté d'en être un. L'analyse de la réussite par notion et par question permet de mettre en évidence des besoins de connaissance. La notion de prise de poids ne semble pas assez connue de notre échantillon, alors qu'elle fait partie des facteurs de risque supposés du lymphœdème chez les patients opérés d'un curage axillaire.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Il peut tout de même être remarqué que les patientes ont su globalement bien répondre aux questions, et que les notions que le service de kinésithérapie cherche à inculquer à ses patientes leur sont bien connus.

Le temps d'échange libre à la fin de la conversation téléphonique a permis de recueillir des informations précieuses. Si elles ne permettent pas de répondre à la question de départ, elles peuvent ouvrir une réflexion sur la méthodologie de cette recherche, et également sur le parcours de soin des patientes après leur traitement de cancer. Par leurs remarques, il a semblé qu'elles étaient conscientes de la problématique du lymphœdème, qu'elles la prenaient au sérieux. Ceci est corroboré par le fait que les notes obtenues au questionnaire sont globalement bonnes. Certaines personnes ont pu partager leur anxiété. Il est apparu que la source de gêne au niveau du bras ne provenait pas seulement de l'insuffisance lymphatique, comme le sous-entendait la question 6, mais également de la cicatrice, de brides axillaires … Il est à noter que les personnes qui se sont définies comme anxieuses vis-à-vis de leur membre supérieur ont un moins bon niveau de réussite à la question 5 (et par ailleurs des notes supérieures ou égales à 12/16). Ceci peut renforcer l'idée que la question 5 ne permet pas de mesurer la connaissance des patientes, mais apporte seulement un auto-jugement de leur pratique. Ces échanges ont également mis en évidence la variabilité potentielle des sources d'informations relatives au curage axillaire. Il avait été décidé de mener l'étude plus d'un an après l'intervention car il était supposé qu'à cette date les conseils ne seraient plus rappelés par des professionnels de santé aux patientes. Il apparaît cependant que beaucoup de patientes voient un kinésithérapeute pour des motifs relatifs au curage axillaire, ou que certaines ont participé à des programmes de réhabilitation spécifiques au cancer du sein. Certaines participantes ont confié que pour elles cette occasion pédagogique intervenait trop tôt après l'intervention, que ça ne permettait pas de retenir correctement les informations. Dans une étude sur l'impact d'un programme d'exercices et d'éducation pour réduire le risque de lymphœdème sur la prévalence du lymphœdème et le bénéfice perçu par les patientes (Jeffs, 2016), certaines femmes ont émis qu'il serait plus intéressant de donner les conseils plus tard, un mois après l'intervention, ou même à plusieurs reprises. Cette étude montre également que les patientes estiment beaucoup ce genre d'occasions éducatives et en ressentent les bénéfices. Il est à noter que les informations étaient données de façon libre ; elles ne sont pas systématisées, il est donc impossible de les utiliser pour des statistiques.

Pour finir, le manque de puissance des résultats provient également du type d'étude qui a été choisi. Une enquête transversale permet d'associer des éléments et non pas d'identifier la présence d'une causalité, en raison du manque d'informations sur la chronologie de ces éléments (Mornex, 2010).

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

4.3. Intérêt et perspectives

Cette recherche clinique ne permet pas de conclure à la supériorité d'une information orale ou d'une information écrite seule pour éduquer à la prévention de la morbidité relative au curage axillaire dans le Centre de lutte contre le cancer. Les recherches effectuées dans la littérature n'ont pas trouvé d'études similaires, ayant comme dessein d'évaluer cette pratique kinésithérapique par le moyen d'un test de connaissance. Les travaux précédemment menés évaluent le plus souvent des programmes d'éducation à la prévention par d'autres critères, comme le développement du lymphœdème ou des questionnaires de qualité de vie (Jeffs, 2016 ; Stuiver, 2015 ; Fu, 2010). De plus, les résultats de ce travail ne sont applicables qu'au sein du Centre où il a été réalisé. Ils constituent une base pour une recherche ultérieure, puisqu'ont été identifiées certaines erreurs. Des solutions peuvent être proposées.

Premièrement, l'étape d'échantillonnage devra être réalisée de sorte que chaque groupe soit égal et constitué d'au moins dix individus. Dix individus minimums sont nécessaires par groupe pour appliquer des tests statistiques. Si la proportion du groupe-test pour l'étude approximait celle de la population source, un trop grand nombre d'individus serait à interroger. L'étude pourrait être réalisée sur des sujets ayant été opérés sur une période de trois mois ; les patients du groupe-contrôle seraient sélectionnés au hasard, à nombre égal que le groupe-test. L'échantillon serait alors formé de vingt patients ou plus, comme le travail de recherche initial ; plus de temps ne serait donc pas forcément nécessaire. La limite d'âge peut être retirée des critères de sélection, l'échantillon n'en est que moins représentatif. Le questionnaire devra être revu. Les questions d'opinion ne correspondent pas à l'objectif, seules des questions de fait devront être utilisées. Il faudra veiller à ce que les questions ne soient pas trop simples. On peut pour cela utiliser des questions ouvertes qui attendent une réponse précise, donc facile à coder. Le pré-test devra être réalisé dans les mêmes conditions que l'enquête, c'est-à-dire par téléphone, avec des patientes correspondant aux critères d'éligibilité. Cela permettra également à l'enquêteur de s'entraîner à l'exercice de la passation du questionnaire. Mener une enquête téléphonique est moins simple qu'il n'y paraît ; avoir la confiance et l'aplomb nécessaires a demandé un peu de temps.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Lors des appels, la présentation dès les premières secondes est primordiale. Il s'agit de retenir l'attention de la personne tout en lui inspirant sérieux et confiance. Il conviendra de ne pas laisser de message sur le répondeur, car cela constitue une source évitable de biais, mais plutôt d'appeler plusieurs fois à quelques jours d'intervalle si la personne ne répond pas. La posture à avoir doit être professionnelle et empathique, sans tomber dans l'indifférence ou la compassion. L'échange libre après la soumission du questionnaire reste très intéressant, car il a permis de soulever des interrogations sur la méthodologie de l'enquête. Il sera enfin judicieux de collecter plus de données de manière systématique, pour identifier les potentiels facteurs de confusion.

Les résultats obtenus devraient alors être plus satisfaisants. Il faudra tout de même rester prudent quant à leur interprétation. Il s'agit d'une étude transversale dans laquelle il est probable que des facteurs de confusion existent, par la présence importante du réseau de soin chez les patientes ayant été traitées pour un cancer du sein. Il semble difficile de pouvoir imputer le niveau de connaissance à l'unique présence ou absence de la séance kinésithérapique au lendemain du curage axillaire. Si cependant au cours d'une étude ultérieure il apparaît qu'elles ont toutes un bon niveau de compétence, quel que soit leur groupe, une interrogation pourra être faite quant à l'importance de la pratique kinésithérapique ici évaluée.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

5. Conclusion

Une enquête par questionnaire a été menée entre le 18 mai et le 5 juin chez vingt-deux patientes opérées d'un curage axillaire un an et quatre mois auparavant, afin d'évaluer leur niveau de compétence relatif à la prévention de la morbidité liée à l'intervention. L'intention était de comparer les résultats des patientes ayant reçu une éducation à la prévention de manière orale au lendemain de la chirurgie aux résultats des patientes ayant reçu ces informations via un document récapitulatif, au sein du Centre de lutte contre le cancer où a eu lieu l'enquête. S'il n'a pas été observée de différence au niveau des résultats au questionnaire, des erreurs dans la méthodologie de recherche ne nous permettent pas de conclure plus précisément.

Ce travail a été initié par une demande du service de kinésithérapie du Centre de lutte contre le cancer. Les kinésithérapeutes souhaitaient savoir s'il y avait un réel intérêt à voir les patients en séance individuelle au lendemain de l'intervention, ou si finalement la présence ou non de cette occasion éducative influe peu sur leur niveau de compétence à un an. La réflexion secondaire du service de kinésithérapie concernait la possibilité de mener cette séance en groupe plutôt qu'individuellement. Des éléments de réponse peuvent être apportés.

Premièrement, ces séances post-opératoires n'ont pas comme seule vocation d'éduquer les patients à la prévention de la morbidité liée au curage axillaire. Elles permettent aux kinésithérapeutes de faire un rapide bilan de l'état de santé du patient, et de mettre en place des traitements nécessaires. Les patientes ressentent souvent des contractures des muscles trapèzes supérieurs et moyens après l'intervention, que le kinésithérapeute est en mesure de prendre en charge. Les exercices nécessaires à l'entretien de la mobilité des épaules et pour limiter la création d'adhérences cutanées sont également enseignés à cette occasion. Ensuite, lors d'un entretien réel, certains sujets peuvent être développés plus en profondeur en fonction du profil du patient, de ses demandes et de ses besoins. Ceci n'est pas possible si la seule source d'information provient d'un document écrit. Enfin, l'analyse de l'échange libre à la fin de la conversation téléphonique nous a permis de savoir que ce temps éducatif était estimé, et qu'il permettait de prendre conscience de l'existence de la problématique concernant le système lymphatique. Dans l'étude menée par Jeffs et al., 98% des patientes interrogées ont approuvé la disposition de sessions de prévention telles qu'ils les proposent aux personnes ayant eu des traitements pour un cancer du sein (Jeffs, 2016). Parallèlement, les séances en groupe présentent d'autres avantages. Les patientes pourraient échanger sur leurs sensations, leurs limites, se motiver entre elles, se soutenir. Cela pourrait leur permettre de se rendre compte qu'elles ne sont pas les seules à devoir gérer cette problématique. Réaliser les exercices en groupe peut potentiellement se révéler stimulant. Ce sont sur ces principes que se basent les programmes de réhabilitation après cancer du sein et les programmes d'éducation thérapeutique (HAS, 2007).

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Deux inconvénients persistent : ces séances de groupe ne permettront pas de proposer des soins individuels aussi facilement, et il pourra être difficile d'amener en séance des patients dont l'état général est altéré.

Il apparaît aussi qu'une séance kinésithérapique unique ne soit pas suffisante en terme de prise en charge. Les patientes ayant participé à des programmes de réhabilitation à l'effort après cancer du sein ont vanté leurs mérites en terme d'amélioration physique, psychique et de la qualité de vie. Quatorze patientes ont déclaré avoir eu besoin de séances de kinésithérapie pour des motifs relatifs au cancer du sein. Certaines patientes, et notamment celles qui ont suivi un programme de réhabilitation, ont exprimé que cette éducation à la prévention intervenait trop tôt après l'intervention, que ça ne leur avait pas permis d'intégrer correctement les notions instruites. L'essentiel est que ces patientes retiennent ces informations, et que leur suivi dans l'après-cancer soit de qualité. Ces personnes ressentent souvent au moment de l'arrêt des soins un sentiment d'abandon, concernant la présence du corps médical et des autres patients souffrant d'un cancer du sein (Allen, 2008). Un suivi plus prolongé tel qu'il est proposé dans les programmes de réhabilitation spécifique au cancer du sein ou les programmes d'activité physique adapté correspond aux besoins exprimés par les patients (Bachmann, 2015). Il y aurait un bénéfice physique et psychologique à proposer des programmes de reconditionnement qui associent une prise en charge individuelle (Bagot, 2010). Le choix de délivrer une information de manière individuelle ou en groupe doit être fonction des besoins de l'établissement, du service de kinésithérapie, et des patients.

Ce travail a consisté en somme en l'évaluation d'une pratique kinésithérapique par son impact sur les patients concernés, et plus particulièrement sur leur niveau de compétence. Il est apparu que tester des compétences était plus difficile que ce que je pensais au départ. Il n'est pas aisé de rédiger des questions qui soient toujours en totale cohérence avec la problématique et l'objectif de départ. La tentation est forte de questionner sur des notions qui sortent du cadre précis de l'étude. De plus, les questions doivent être à la fois comprises par tout l'échantillon et suffisamment complexes pour que les connaissances soient réellement testées.

Par ailleurs, cette expérience m'a été personnellement enrichissante. Aller à la rencontre de personnes par téléphone demande un certain aplomb, d'autant qu'avant de commencer l'enquête je ne pouvais pas prévoir leurs réactions. J'ai été agréablement surprise par leur ouverture et leur envie de communiquer. Le temps libre en fin de conversation était véritablement un temps d'échange ; certaines patientes avaient à cœur de me donner des informations pour m'aider dans ma recherche, d'autres en profitaient pour exprimer des interrogations sur des soucis relatifs au curage axillaire.

Les bénéfices retirés de ce projet seront également réinvestis dans ma pratique kinésithérapique quotidienne. Je connais aujourd'hui bien le parcours de soin des patientes atteintes d'un cancer du sein, et les problématiques rencontrés à la suite des traitements.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le cancer du sein, le curage axillaire et le lymphœdème secondaire du membre supérieur sont des sujets très bien représentés dans la littérature scientifique, notamment anglophone. J'ai appris à avoir une lecture beaucoup plus critique des écrits disponibles au fil de mes recherches. Le fait d'avoir monté un projet et d'en analyser ensuite les points forts et les points faibles me permet également de mieux mesurer la qualité des études menées par d'autres. Enfin, cette analyse a été une véritable remise en question de mon travail, exercice nécessaire pour entretenir un certain niveau de qualité dans notre pratique quotidienne en masso-kinésithérapie.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Bibliographie

Site de l'Institut National du Cancer

- (1) : Accueil ; Patients et proches ; Les cancers ; Cancer du sein
- (2) : Accueil ; Les données ; Les types de cancer ; Le cancer du sein

Les trois plans cancer

- Plan cancer : 2003 – 2007. Mission interministérielle pour la Lutte contre le cancer
- Plan cancer 2009 – 2013
- Plan cancer 2014 – 2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France

ALLEN J.D., SAVADATTI S., GURMANKIN LEVY A., 2008, « The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor' », Psycho-oncology, Volume 18, pp. 71 à 78

ALRAN S., BIFFAUD J.C., 2012, « Effet de la chirurgie axillaire sur le système lymphatique », Kinésithérapie scientifique, Volume 537, pp. 9 à 18

BACHMANN P., BAUDINET C., FOUCAUT A.M., KEMPF A.S., MEYRAND R., BERTHOUZE S., FERVERS B., TOUILLAUD M., 2015, « Activité physique pendant et après le cancer : comment prescrire et dans quels objectifs ? », Nutrition clinique et métabolisme, Volume 29, pp. 121 à 125

BAGOT J.L., TOURNEUR-BAGOT O., 2010, « Pertinence de l'éducation thérapeutique dans le cancer du sein », Psycho-Oncology, Volume 4, Supplément 1, pp. 21 à 25

BAUDOT A., ORIOL M., TINQUAUT F., MOINE V., MORICEAU G., MURON T., PACAUT C., COLLARD O., JACQUIN J.P., SABAN-ROCHE L., BOSACKI C., REGNIER-DENOIS V., CHAUVIN F., BOURMAUD A., 2016, « Validation d'un questionnaire mesurant l'adhérence et les compétences de gestion des effets secondaires chez des patients traités par capécitabine », Bulletin du cancer, Volume 103, n°3, pp. 241 à 251

BOCCARDO F.M., ANSALDI F., BELLINI C., ACCOGLI S., TADDEI G., MURDACA G., CAMPISI C.C., VILLA G., ICARDI G., DURANDO P., PUPPO F., CAMPISI C., 2009, « Prospective evaluation of a prevention protocol for lymphedema following surgery for breast cancer », Lymphology, Volume 42, pp. 1 à 9

DE SINGLY F., 2012, « Le questionnaire », 3ème édition, Armand Colin, 124 pages

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FAURIE I., FRACCAROLI F., LE BLANC A., 2008, « Âge et travail : Des études sur le vieillissement au travail à une approche psychosociale de la fin de la carrière professionnelle », Presses Universitaires de France Volume 71, pp. 137 à 172

FERRANDEZ J.C., Kinésithérapie des opérées du sein », 2014, Kinésithérapie Scientifique, Volume 557, pp. 23 à 28

FU M., CHEN C., HABER J., GUTH A., AXELROD D., 2010, « The effect of providing information about lymphedema on the cognitive and symptom outcomes of breast cancer survivors », Official Journal Of The Society Of Surgical Oncology, volume 17 n°7, pp. 1847 à 1853

GOSSEC L., FAUTREL B., FLIPON E., LECOQ D'ANDRE F., MARGUERIE L., NATAF H., PALLOT PRADES B., PIPERNO M., POILVERD R.M., RAT A.M., SADJI F., SORDET C., THEVENOT C., BEAUVAIS C., 2013, « Tolérance des biothérapies : élaboration et validation d'un questionnaire évaluant les compétences d'auto-gestion et de sécurité du patient : le questionnaire BioSecure. Une initiative de la Société française de rhumatologie, section Education thérapeutique », Revue du rhumatisme, Volume 80, pp. 479 à 485

HAS, 2007, « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques », 112 pages

INVS, 2008, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005 », 136 pages

JAVEAU C., 1978, « L'enquête par questionnaire : Manuel à l'usage du praticien », Les Editions d'Organisation, 158 pages

JEFFS E., PURUSHOTHAM A., 2016, « The prevalence of lymphedema in women who attended an information and exercise class to reduce the risk of breast cancer-related upper limb lymphedema », Springer Plus, Volume 5 n°21, 10 pages

LOUBET DEL BAYLE, J.L., 2000, « Initiation aux méthodes des sciences sociales », L'Harmattan, 272 pages

MASSIN N., DEMANGE V., BOURGKARD E., 2011, « Etudes épidémiologiques transversales », Pathologie professionnelle et de l'environnement, EMC, 8 pages

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

MCLAUGHLIN S.A., GABARIA S., GIBSON T., ARNOLD M., DIEHL N., CROOK J., PARKER A., NGUYEN J., 2013, « Trends in Risk Reduction Practices for the Prevention of Lymphedema in the First 12 Months after Breast Cancer Surgery », Journal of the American College of Surgeons, Volume 216, n°3, pp. 380 à 389

MORNEX R. et sous la direction du RECIF, 2010, « Recherche clinique : penser, réaliser, publier », Edition Abatos, pp. 56-57 et pp. 208 à 217

MORTON R.F., HEBEL J.R., MCCARTER R.J., 1998, « Epidémiologie et biostatistique », Edition Doin Initiatives Santé, pp. 189 à 194

NICOLLEAU-PETIT V., 2009, « Les séquelles psycho-affectives après le traitement d'un cancer du sein », La Lettre du Sénologue, n°44, 3 pages

OGER A.S., BOUKERROU M., CUTULI B., CAMPION L., ROUSSEAU E., BUSSIERES E., RARO P., CLASSE J.M., 2015, « Le cancer du sein chez l'homme : approche épidémiologique, diagnostique, et thérapeutique : étude multicentrique rétrospective à propos de 95 cas », Gynécologie Obstétrique & Fertilité, vol. 43, pp. 290-296

O'TOOLE J., JAMMALLO L.S., SKOLNY M.N., MILLER C.L., ELLIOTT K., SPECHT M.C., TAGHIAN A.G., 2013, « Lymphedema following treatment for breast cancer: A new approach to an old problem », Oncology/Hematology, Volume n°88, pp. 437 à 446

STUIVER M.M., TEN TESSCHER M.R., AGASI-IDENBURG C.S., LUCAS C., AARONSON N.K., BOSSUYT P.M.M., 2015, « Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphoedema in patients who are at risk of developing lymphoedema after breast cancer therapy (Review) », The Cochrane Library, n°2, 80 pages

TRUSSON D., PILNICK A., ROY S., 2016, « A new normal ? : Women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer », Social Science and Medicine, Volume 151, pp. 121 à 129

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 1

Auteurs : Jennifer D. Allen, Sanghamitra Savadatti et Andrea Gurmankin Levy
Titre : The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'
Type de document : Article scientifique
Source : Psycho-oncology, Volume 18, pp. 71 à 78
Date de parution : 2008
Nombre de pages : 8 pages

Plan de l'article :

1. Introduction
2. Méthode
3. Résultats
4. Discussion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : cancer du sein, survivant, fin des traitements

Eléments en lien avec le mémoire :

Le nombre de personnes survivant au cancer du sein a augmenté.
Les patientes sont souvent peu préparées au retour à la vie quotidienne après le cancer. Il y a une rupture des interactions avec les professionnels de santé. Les patientes craignent souvent la récidive. Elles doivent assumer la responsabilité de s'auto-surveiller.
Le but de cette étude est de comprendre les peurs des patientes à propos de la récurrence du cancer, le sentiment de perte de surveillance et du soutien social venant des professionnels de santé, des membres de la famille et des autres patientes. Le but est également de comprendre les stratégies utilisées pour gérer ces problèmes au moment de la transition entre la fin des soins et la vie après le traitement.
Cette étude a été menée sur 47 patientes au cours de groupes de discussion comprenant une moyenne de 8 patientes. L'intérêt de mener cette enquête par groupe est que cela pousse plus loin les raisonnements, les patientes enrichissent entre elles le discours. L'exploration est plus lointaine. Cela permet également à l'investigateur de ne pas avoir à autant commander l'entretien collectif.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les thèmes abordés sont :

1. Les changements positifs dans leur vie résultant de l'expérience du cancer
2. La peur de la récidive
3. La détresse émotionnelle
4. Le sentiment de perte associé à la fin des traitements.

C'est un sentiment de perte d'une surveillance continue et de perte du support par les professionnels de santé. Il existe également le sentiment de perte des amitiés créées avec d'autres personnes atteintes du cancer du sein, et de ce soutien.

5. La difficulté à retourner à une vie normale

Commentaires :

Il existe chez des patientes traitées pour un cancer du sein un sentiment d'abandon à la fin des traitements pour le cancer. Ces femmes se sentaient soutenues par le corps médical et les autres patients.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 2

Auteurs : Séverine Alran, Jean-Christophe Biffaud
Titre : Effet de la chirurgie axillaire sur le système lymphatique
Type de document : Article scientifique
Source : Kinésithérapie scientifique, Volume 537, pp. 9 à 18
Date de parution : 2012
Nombre de pages : 10 pages

Plan de l'article :

1. Le système lymphatique du sein et du membre supérieur
2. La chirurgie du sein et du creux axillaire : anatomie chirurgicale
3. Effets de la chirurgie axillo-mammaire sur le système lymphatique
4. Conclusion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : cancer du sein, chirurgie axillaire, morbidité, éducation en post-opératoire immédiat

Eléments en lien avec le mémoire :

La chirurgie du sein et du creux axillaire : anatomie chirurgicale

Le curage axillaire est une ablation d'en moyenne dix ganglions du creux axillaire, situés sous la veine axillaire. L'ablation du ganglion sentinelle est une ablation du premier relai ganglionnaire ; en moyenne deux ganglions sont retirés.

Le traitement conservateur par définition permet de conserver le volume du sein ; il peut s'agir d'une mastectomie partielle, d'une tumorectomie ou d'une segmentectomie. Le traitement radical est la mastectomie totale. Les chirurgies reconstructrices sont réalisées six à douze mois après la radiothérapie. Les reconstructions immédiates peuvent être faites s'il n'y a plus de radiothérapie indiquée.

Effets de la chirurgie axillo-mammaire sur le système lymphatique

Le lymphocèle se définit comme une collection de lymphe au niveau de la zone opérée ; sa fréquence d'apparition post-opératoire et de 20 à 40%. La technique du ganglion sentinelle a permis de réduire d'un facteur 4 le risque de lymphocèle, par rapport à la technique du curage axillaire.

Les brides axillaires sont des cordons sous-cutanés situés souvent au niveau du creux axillaire, du sein, peuvent aller jusqu'au poignet. Ils entraînent douleurs et limitations d'amplitude.

Le lymphœdème est une complication apparaissant à distance de la chirurgie. Il s'agit d'une

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

« augmentation du volume du membre supérieur par insuffisance du retour lymphatique. » Les facteurs de risque connus du lymphœdème sont l'obésité, la prise de poids après le diagnostic, les infections, les blessures, une suractivité du membre supérieur et les voyages en avion. La prévalence après un curage axillaire va de 15 à 47%, et jusqu'à 60% si une radiothérapie axillaire est associée. L'incidence du lymphœdème est moins élevée après une exérèse du ganglion sentinelle : 5%. Les traitements préventifs proposés sont la technique du ganglion sentinelle, une éducation en séance de kinésithérapie post-opératoire immédiat des patients, un livret d'information, des séances de rééducation du tronc et du membre supérieur à commencer un mois après la chirurgie, le port d'un manchon en avion, la pratique de l'activité physique. La pratique de prévention n'est pas harmonisée en France.
La radiothérapie axillaire est responsable d'une majoration du risque d'apparition du lymphœdème : 60%.
La chimiothérapie adjuvante peut augmenter le risque d'apparition du lymphœdème.
La thérapie ciblée et l'hormonothérapie n'augmentent pas ce risque.

Conclusion

Le curage axillaire est pourvoyeur de morbidité (lymphocèle, brides axillaires, lymphœdème). Le lymphœdème est lui-même pourvoyeur de douleurs, d'un retentissement psycho-social et donc d'une diminution de la qualité de vie.
La prévention primaire du lymphœdème est représentée par la technique du ganglion sentinelle à la place du curage axillaire. La prévention secondaire est représentée par de la kinésithérapie post-opératoire immédiate avec exercices de rééducation, livret éducatif, par la prescription d'un manchon, par la mise en place de règles hygiéno-diététiques en cas de prise de poids ou de surpoids, et par le dépistage précoce du lymphœdème.

Commentaires :

Cet article de revue permet de faire un résumé des données à connaître sur le curage axillaire. Des données sont réutilisables pour la pratique kinésithérapique quotidienne.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 3

Auteur : François de Singly
Titre : Le questionnaire
Type de document : livre
Editeur : Armand Colin
Date de parution : 2012
Nombre de pages : pp. 20 à 25 et pp. 60 à 85

Plan du livre :

Chapitre 1 : pourquoi produire des chiffres ?
Chapitre 2 : la conception du questionnaire
Chapitre 3 : la fabrication du questionnaire, les déterminants sociaux
Chapitre 4 : la fabrication du questionnaire, les règles du questionnement
Chapitre 5 : l'exploitation du questionnaire
Conclusion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : questionnaire, méthodologie, rédaction

Eléments en lien avec le mémoire :

Chapitre 2 : la conception du questionnaire

Le questionnaire évaluant une pratique se conçoit en trois étapes :

1. les éléments pertinents de la pratique à évaluer sont déterminés
2. les informations qui seront utilisées dans le questionnaire sont sélectionnées parmi les éléments pertinents
3. il est enfin nécessaire de justifier l'intitulé de chaque question.

Chapitre 4 : la fabrication du questionnaire, les règles du questionnement

Il faut privilégier les questions de fait (à propos d'une dimension de la pratique) par rapport aux questions d'opinion (sur un jugement de cette pratique). On souhaite être le plus objectif possible. Il faut être vigilant à ne pas formuler les questions de fait de sorte qu'on obtienne une réponse d'opinion.

Questions fermées et ouvertes : les questions fermées ont l'avantage car le codage est plus facile. Les questions ouvertes nécessitent de faire l'inventaire des réponses possibles avant de passer le questionnaire. Leurs réponses ne sont pas suggérées comme pour les questions fermées, mais elles peuvent parfois manquer d'intérêt ou être incodables. Les questions fermées seront donc privilégiées pour simplifier le questionnaire et le dépouillement et pour répondre

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

précisément à une problématique, tandis que les questions ouvertes seront privilégiées pour comprendre « la complexité du réel ».
Règles pour lutter contre l'effet d'imposition d'une problématique : il convient de rédiger les questions dans une formulation qui n'impose pas l'enquêté à répondre d'une manière plutôt qu'une autre. Il faut être vigilant au choix des mots, des tournures, du ton des mots utilisés.

Règles pour éviter les erreurs techniques : une question ne doit interroger qu'un seul élément à la fois. Il ne faut pas proposer trop de choix de réponses, que les personnes interrogées pourraient oublier au fil de leur lecture. Il faut éviter les questions qui contiennent des négations et des doubles négations. Les personnes interrogées suivent malgré elles le fil du questionnaire, il faut donc les ranger par thème et dans un ordre logique.

Commentaires :
L'ensemble de cet ouvrage est intéressant lorsqu'on souhaite monter une recherche clinique, et particulièrement sur le sujet des sciences sociales. Il a beaucoup été utilisé, avec l'association d'autres livres dont les informations se complétaient.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 4

Auteurs : Fu M., Chen C., Haber J., Guth A., Axelrod D.
Titre : The effect of providing information about lymphedema on the cognitive and symptom outcomes of breast cancer survivors
Type de document : Article scientifique
Source : Official Journal Of The Society Of Surgical Oncology, volume 17 n°7
Date de parution : 2010
Nombre de pages : 7 pages

Plan de l'article :

1. Résumé
2. Matériel et méthode
3. Résultats
4. Discussion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : cancer du sein, lymphœdème, prévention, information, test de connaissance

Eléments en lien avec le mémoire :

Certains facteurs de risque du lymphœdème secondaire au cancer du sein sont inévitables : la mastectomie, le curage axillaire ou la radiothérapie. Nous connaissons de potentiels facteurs de risque eux évitables : les infections du membre supérieur, les blessures du bras, la sur-utilisation du bras, et les voyages en avion. Le but de cette étude est de comprendre comment apporter des informations à propos du lymphœdème secondaire au cancer du sein affecte les patientes au niveau cognitif et symptomatique.

Tous les patients atteints de cancer du sein sont susceptibles à vie de développer un lymphœdème, qui, s'il peut être géré, est irréversible. Il est responsable d'une diminution de la qualité de vie. Les patients atteints de cancer du sein reportent des œdèmes du bras, une altération fonctionnelle du bras, des douleurs ou sensations inconfortables.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Utilisation de quatre instruments :

- Un instrument d'interview sur des informations démographiques et médicales : outils d'entretien pour réunir des informations démographiques et médicales à propos du diagnostic du cancer, stade de la maladie, localisation, traitements et complications.
- Un instrument d'interview sur le statut d'éducation sur le lymphœdème : deux questions ouvertes. Avez-vous reçu des informations ou une éducation expliquant comment réduire le risque de lymphœdème par vos professionnels de santé ? Si oui, qui, et donnez des explications détaillées. Cette deuxième question est posée pour vérifier la fiabilité de sa réponse. Si non, l'auteur demandait si un de ses professionnels de santé avait proposé des informations à propos du lymphœdème et de la réduction du risque de son apparition. Si le patient répond non de nouveau, il était classé dans le groupe des personnes n'ayant pas reçu d'informations.
- Un test de connaissance sur le lymphœdème et la réduction de son risque d'apparition : test de 20 questions de connaissance avec comme choix de réponses Vrai ou Faux ou Je ne sais pas.
- Un questionnaire sur le lymphœdème et le cancer du sein pour le critère symptomatique : entretien structuré sur les symptômes relatifs aux traitements du cancer du sein (oedème du bras, lourdeur, œdème du sein, oppression, engourdissement, sensibilité, douleurs, raideur, diminution de la mobilité, lymphocèle et faiblesse du bras. Réponses possibles : Oui ou Non.

Deux groupes : les patientes qui ont reçu les informations sur le lymphœdème et les patientes qui ne l'ont pas reçu.

Comparaison :

- Données démographiques, statut marital et niveau d'éducation
- Facteurs de risque : l'âge, le poids, le nombre de ganglions excisés, la procédure chirurgicale, les traitements adjuvants

Résultats : 57% des 136 sujets ont reçu les informations. Le nombre moyen de symptômes relatifs au lymphœdème était de trois. Les patients ayant reçu les informations ont rapporté moins de symptômes de manière significative et ont de manière significative de meilleurs résultats au test de connaissance. Après le contrôle des facteurs de confusion, l'éducation du patient reste un bon indicateur prédictif du lymphœdème après cancer du sein. Toujours de manière significative, moins de femmes ont rapporté d'œdème, lourdeur, limitation d'amplitude d'épaule, lymphocèle, et œdème du sein.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Discussion : le lymphœdème après ganglion sentinelle est moins fréquent qu'après un curage axillaire. Des facteurs de risque ont été associés avec le lymphœdème : mastectomie, étendue de l'excision ganglionnaire, radiothérapie, présence de ganglions positifs. La radiothérapie est souvent considérée comme le deuxième facteur de risque après le curage axillaire.
D'autres facteurs de risque ont été identifiés : âge, obésité et chimiothérapie.
Même en contrôlant ces facteurs, on trouve un autre prédicteur du lymphœdème : l'éducation du patient à propos du lymphœdème lié au cancer du sein. Les patients ayant eu une éducation à propos du lymphœdème ont un meilleur niveau de connaissance à propos du lymphœdème et moins de symptômes que les patients n'ayant pas eu cette éducation.

Conclusion : les patientes qui ont été traitées pour un cancer du sein et qui ont reçu des informations à propos du lymphœdème secondaire au cancer du sein ont significativement moins de symptômes et plus de connaissances à propos du lymphœdème. Si le type d'étude ne permet pas de poser un réel lien de causalité, il suggère qu'une prévention améliore la santé des patientes. En pratique, les survivantes du cancer du sein devraient être engagées dans des discussions dans le but d'être éduquées sur la façon de réduire leur risque de développer un lymphœdème.

Commentaires :
Le protocole de prévention n'est pas standardisé, et aucun n'est présenté. Les auteurs n'ont pas décrit leurs critères de sélection des patients.
Par ailleurs, leurs instruments de mesure utilisés pour l'étude gagnent sûrement à être connus et utilisés. Ils ont été remplis par les personnes elles-mêmes, en présence d'un des auteurs de l'article, qui pouvait répondre à leurs questions et assister les participants avec des déficiences physiques (difficultés de lecture ou d'écriture).

(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 5

Auteur : Claude Javeau
Titre : L'enquête par questionnaire : Manuel à l'usage du praticien
Type de document : Livre
Editeur : Les Editions d'Organisation - Paris, 2ème édition
Date de parution : 1978
Pages utilisées : pp. 13 à 19, pp. 37 et 38, pp. 74 et 75 et pp. 86, 89 et 90.

Plan du livre :
I L'enquête
1. Les enquêtes sociologiques
2. Les questionnaires
3. Les étapes d'une enquête par questionnaire

II Les étapes d'une enquête par questionnaire

Mots-clefs en lien avec le mémoire : enquête sociologique, questionnaire, méthodologie, questions, échantillon, administration

Eléments en lien avec le mémoire :

pp. 13 à 19

Pour s'enquérir d'une réalité sociale, on peut utiliser en sociologie les « enquêtes », qui ont pour but d'obtenir des informations à propos d'une population donnée. Il existe trois catégories de données :
- les faits : domaine personnel, de leur environnement, de leur comportement
- les opinions : données subjectives
- les attitudes et les motivations, ce qui pousse à l'action, au comportement (avoué ou apparent), elles-mêmes étudiées au départ de l'expression d'opinions

Les enquêtes sont de trois types : l'observation, l'interview (ou entretien) et le questionnaire.

Il existe les questionnaires d'administration directe = auto-administration, où la personne écrit elle-même ses réponses ; la présence de l'enquêteur n'est pas indispensable, mais il est peut-être présent et peut préciser le contenu du questionnaire. Il existe les questionnaires d'administration indirecte, où c'est l'enquêteur qui lit les questions reporte les réponses sur le document. C'est ce type de questionnaire qui obtient les meilleurs résultats.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les personnes peuvent être interrogées par trois moyens :
- Par correspondance : il y a un risque d'avoir un nombre plus élevé de non-réponses
- Par entretien : il faut tenir compte des refus et des absences.
- Par téléphone : le questionnaire ne pas être long, et l'échantillon se limitera à la population des abonnés.

Les étapes essentielles de la réalisation d'une enquête par questionnaire :
1. Définition de l'objet de l'enquête
2. Inventaire des moyens matériels mis à la disposition des réalisateurs de l'enquête
3. Recherches préalables
4. Détermination des objectifs et des hypothèses de travail
5. Détermination de la population ou univers de l'enquête
6. Construction de l'échantillon
7. Rédaction du projet de questionnaire
8. Mise à l'épreuve du projet de questionnaire
9. Rédaction du questionnaire définitif
10. Formation des enquêteurs
11. Réalisation matérielle de l'enquête
12. Codage des questionnaires
13. Dépouillement des questionnaires
14. Validation de l'échantillon et analyse des résultats
15. Rédaction du rapport

Inventaire des moyens matériels de l'enquête :
- Argent
- Temps
- Personnel
- Sources documentaires annexes
- Moyens matériels divers (impressions de document etc.)

pp. 37 et 38

Il existe deux types d'erreurs :
- l'erreur de mesure : une erreur dans le questionnaire, dans la façon de mener l'enquête. Elle est accidentelle ou systématique.
- l'erreur d'échantillonnage : elle dépend de la représentativité de l'échantillon, c'est-à-dire sa taille et son homogénéité par rapport à différents facteurs. De ce niveau d'erreur dépend la précision de l'étude, qui est relative aux objectifs de l'étude.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

p. 74 et 75

La rédaction du questionnaire doit être faite de manière à éviter de provoquer certaines réactions chez les personnes enquêtées, telles que :
- « la crainte de se faire mal juger
- le désir de se conformer à la norme sociale
- le refus de se laisser impliquer personnellement
- la suggestibilité du contenu des questions »

On peut également ajouter :
- la défiance vis-à-vis du questionnaire
- l'effet de la longueur de l'enquête, qui pourrait amener un désintérêt ou même de l'irritation
- l'effet de la complexité du questionnaire

Lors de la rédaction du questionnaire, il faut penser à l'ordre de succession des questions (ordre logique, classement par thème), et à introduire correctement l'enquête et les questions.

pp. 86, 89, 90

Les qualités chez bon enquêteur sont : la neutralité, une présentation convenable au début de l'enquête, être intéressant, savoir fournir des informations complémentaires, être le moins possible perturbant dans la vie de la personne lors de l'interrogation.
L'enquêteur doit par ailleurs, par sa neutralité, être impersonnel, pour ne pas donner la sensation que c'est un appel d'ordre privé. Il doit être cordial.

Commentaires :

Cet ouvrage, bien que très ancien (il dépasse largement la limite des dix ans précédant l'écriture de ce mémoire), est très intéressant en terme de méthodologie. Il explique avec précision comment mettre une place un questionnaire d'enquête sociologique, donnant des détails qui n'ont pas pu être retrouvés dans des livres plus récents. Il donne de précieuses informations sur la qualité rédactionnelle. Ce livre a également comme qualité d'être didactique.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 6

Auteurs : E. Jeffs and A. Purushotham
Titre : The prevalence of lymphedema in women who attended an information and exercise class to reduce the risk of breast cancer-related upper limb lymphedema
Type de document : Article scientifique
Source : Springer Plus, Volume 5 n°21
Date de parution : 2016
Nombre de pages : 10 pages

Plan de l'article :

1. Introduction
2. Participants et méthode
3. Résultats
4. Discussion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : cancer du sein, lymphœdème, prévalence, réduction du risque

Eléments en lien avec le mémoire :

Le lymphœdème affecte environ 20% des femmes ayant subi un curage axillaire, la majorité dans les deux ans post-opératoires. Les femmes au Royaume Uni après un cancer du sein reçoivent souvent des conseils de soin et d'utilisation du bras, et des informations sur des groupes d'éducation. Le rôle des exercices et des mouvements pour influencer le retour veineux et lymphatique est reconnu. Ils ne causent pas ou n'aggravent pas le lymphœdème.

Cette étude a pour but de déterminer l'impact d'une session d'informations sur la réduction du lymphœdème et un programme d'exercices, développés par l'auteur, sur la prévalence du lymphœdème dans un groupe de patientes. En plus de cela, ils ont observé l'excès de volume du bras et la perception du lymphœdème par la patiente comparée à la clinique. Enfin, ils ont voulu connaître les bénéfices perçus par les patients ayant participé à la session d'information sur la réduction du risque de lymphœdème.

Les auteurs ont utilisé un questionnaire auto-administré pour s'enquérir de la présence ou non d'un lymphœdème chez la patiente et des bénéfices perçus par les patientes après la session d'informations sur la réduction du risque de lymphœdème et le programme d'exercices. Ils ont évalué cliniquement la présence du lymphœdème et ont déterminé un pourcentage d'excès de volume du membre.

La session d'informations sur la réduction du risque de lymphœdème consiste en :

- l'explication du lymphœdème lié au cancer du sein, les risques et les mesures diminuant son

(CC BY-NC-ND 2.0)

risque d'apparition
- la démonstration et pratique d'un programme quotidien de 10 à 15 min d'exercices.

Durant cette session était encouragé le retour à un niveau d'exercice et d'activité égal au niveau avant les traitements pour le cancer, et de ne pas élever son poids à plus de 3 livres (1,5 kg).
Les questionnaires ont été envoyés par correspondance à 77 femmes avec une fiche exposant l'étude, et une enveloppe timbrée avec l'adresse de retour. Une lettre de rappel avec les mêmes documents était envoyée six semaines plus tard.
Le questionnaire est composé de 27 questions avec trois thèmes principaux : le traitement de cancer du sein, le développement d'œdème ou de symptômes associés, et la session sur la réduction du risque de lymphœdème et les bénéfices du programme d'exercices.
Chaque femme complétant le questionnaire était invitée à une évaluation clinique par lettre (avec une lettre de rappel également). Questions posées aux patientes :
- données démographiques : âge, poids, taille, ethnie, profession, niveau d'activité
- antécédents médicaux : traitements du cancer, statut actuel de la maladie, œdème, facteurs déclencheurs, précautions prises concernant le lymphœdème
- examen clinique des deux membres supérieurs pour déterminer la présence d'un lymphœdème
- perception de symptômes : œdème, douleur, lourdeur, gêne, engourdissement, picotements
- mesures cliniques : périmétrie du bras, extension et abduction d'épaule goniométriques, questionnaire de qualité de vie spécifique au lymphœdème, bilan fonctionnel du bras et de la main.

Résultats

60% ont complété le questionnaire et 52% ont participé à l'examen clinique. Le seule différence observée statistiquement significative entre les patientes ayant développé un lymphœdème et les patientes n'en ayant pas développé est au niveau de l'excès de volume du membre et la durée du lymphœdème.
Prévalence du lymphœdème
Toutes les patientes ayant répondu au questionnaire ont trouvé bénéfique la session d'information sur la réduction du risque de lymphœdème, et ont rapporté beaucoup l'estimer. Certaines patientes pensent qu'idéalement la session devrait être proposée un mois après l'opération, ou plusieurs mois après, ou en pré-opératoire, pré- et post-opératoire.

Discussion

La conception de cette étude n'a pas comme vocation de mettre en évidence des liens de causalité, mais permet de spéculer sur des associations.
Des études pour déterminer les bénéfices d'un groupe d'éducation et d'exercices enseignés par un spécialiste devraient être conduites.

(CC BY-NC-ND 2.0)

Commentaires :

Les auteurs ont choisi de contacter les participants par voie postale, au moyen de plusieurs courriers. Ce choix est très onéreux et on voit qu'il y a un nombre important de non-réponses. Cette étude est très bien détaillée et transparente. Il s'agit également d'une étude descriptive.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 7

Auteur : Jean-Louis Loubet Del Bayle
Titre : Initiation aux méthodes des sciences sociales
Type de document : livre
Editeur : L'Harmattan
Date de parution : 2000
Nombre de pages : pp. 71 à 93

Plan de l'article :

1. Introduction
2. Méthode
3. Résultats
4. Discussion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : méthodologie, sciences sociales, questionnaire

Eléments en lien avec le mémoire :

Le questionnaire

La qualité du questionnaire est primordiale pour la qualité de l'enquête. Beaucoup de soin doit être apporté à sa rédaction. Le questionnaire doit être valide (la traduction de ce que l'on veut mesurer), fidèle (entre les patients et les différents enquêteurs, les questions doivent recevoir les mêmes réponses) et opératoire (son application doit être pratique).
On distingue les questions de fait (expérience ou connaissance), les questions d'action (ce que le sujet accomplit), les questions d'intention (ce que le sujet compte faire dans telle situation) et les questions d'opinion (qui ont elles peu de validité). Il existe des questions ouvertes (le sujet peut s'exprimer librement, apporter beaucoup de précisions, ou être très vague si la personne ne sait pas quoi répondre - le contenu de la réponse demande une interprétation par l'investigateur), les questions pré-formées (où les réponses attendues ont été imaginées à l'avance), les questions fermées ou dichotomiques (questions claires et simples, mais pas de nuance possible), les questions à éventail (donne un plus grand choix de réponse, aide le sujet - l'exploitation est facile - influence la personne en l'orientant vers des choix de réponse auquel elle n'aurait pas pensé - la liste des réponses lues peut être trop longue) et enfin les questions directes et indirectes (les questions indirectes recherchent l'information voulue secondairement, après interprétation, avec par conséquent une marge d'erreur).
Les questions doivent avoir deux qualités : précision et neutralité. Les questions doivent

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

pouvoir être comprises par tout le monde ; claires ; sans équivoque ; ne doivent interroger qu'une notion à la fois. Leur formulation ne doit pas orienter le sujet vers une réponse, ne doivent pas comporter de jugement de valeur. Il faut prendre en compte l'existence du « phénomène d'attirance du oui ».
L'organisation du questionnaire : le questionnaire ne doit pas être trop long, et ne pas comporter un nombre trop important de questions. On commence par une question d'introduction, puis on regroupe les questions par thème dans un ordre logique.
Le questionnaire définitif doit être pré-testé.
La collecte des réponses : une collecte est indirecte quand l'enquêteur pose les questions et remplit le document-questionnaire. Avantages : rapidité, moindre pourcentage de non-réponses. Inconvénients : s'il faut former des enquêteurs, si des problèmes découlent de la relation enquêteur-enquêté. Les moyens d'administration sont l'entretien face-à-face ou le téléphone. L'auto-administration est une administration directe où l'enquêté lit lui-même les questions et répond sur le questionnaire.
Le dépouillement et l'analyse des données : en deux phases, le codage et le comptage (ou tris à plat) puis l'analyse et l'exploitation.

Commentaires :

Cet extrait du livre de Jean-Louis Loubet Del Bayle permet d'orienter la rédaction des questions et la présentation du questionnaire dans son ensemble. Ces principes ont été réutilisés pour créer le questionnaire présenté dans ce mémoire.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 8

Auteurs : N. Massin, V. Demange, E. Bourgkard
Titre : Etudes épidémiologiques transversales
Type de document : Article scientifique
Source : Pathologie professionnelle et de l'environnement, EMC
Date de parution : 2011
Nombre de pages : 8 pages

Plan de l'article :

1. Introduction, définition
2. Etudes transversales
3. Etudes transversales répétées dans le temps
4. Conclusion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : étude transversale, étude descriptive

Eléments en lien avec le mémoire :

Parmi les études transversales, il existe les études descriptives (qui étudient fréquence et distribution) et les études analytiques (qui recherchent l'intervention de facteurs de risque, des associations).

Etudes transversales descriptives : étude de la fréquence et de la distribution des maladies. Elles permettent d'obtenir des statistiques sanitaires, afin d'émettre des hypothèses qui seront à tester dans des études analytiques. Population-cible : population vers laquelle on souhaite inférer les résultats. Population-source : population d'où provient l'échantillon ; ce dernier doit être représentatif de la population-source pour pouvoir étendre les résultats à celle-ci. Analyse statistique : l'échantillon doit être représentatif de la population-source (âge, sexe, niveau d'étude). On peut estimer à la population la fréquence ou la moyenne des évènements mesurés, ou de la prévalence. Si on possède d'autres données, on peut comparer les paramètres à des sous-groupes de la population.

Etudes transversales analytiques : une hypothèse est posée. La puissance statistique dépend de la définition des populations étudiées, du nombre de sujets inclus, du niveau d'exposition existant dans l'étude, de la sensibilité et de la spécificité des tests de mesure utilisés, et de la force de l'association entre la cause et l'effet. Recueil de données : l'idéal est que le recueil de données soit réalisé par le même opérateur. Les données peuvent être recueillies par

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

questionnaire, avec un questionnaire portant sur les facteurs de confusion (tels que l'âge, le sexe, la taille, le poids, etc.). Analyse statistique : on décrit les deux groupes que l'on souhaite comparer en fonction de variables qui les caractérisent, on calcule la prévalence du facteur souhaité, et on recherche des facteurs confondants ou facteurs de confusion, qui sont susceptibles de conduire à une erreur d'interprétation du lien entre le facteur étudié et l'effet. Pour vérifier l'hypothèse initiale, on compare la prévalence dans les deux groupes (Test du Chi2), ou on compare les moyennes observées dans les deux groupes (test t de Student). Interprétation des résultats : si l'étude met en évidence une différence statistiquement significative, il faut vérifier que chaque groupe est bien représentatif et que l'on a pris en compte les facteurs de confusion. Si la différence n'est pas statistiquement significative, on doit remettre en cause la puissance statistique. Si elle est faible, on ne peut pas interpréter le résultat. Si elle est élevée, alors il est probable qu'il n'existe pas de différence entre les deux groupes.
Intérêts et limites de ces études : ce sont des études rapides et peu coûteuses. La principale limite liée aux études transversales est le manque d'informations concernant la temporalité entre les évènements mesurés. Il faut également penser au temps écoulé entre le facteur étudié et le moment de l'étude pour s'assurer qu'il existe un réel lien de cause à effet.

Etudes transversales répétées dans le temps : elles apportent une analyse longitudinale. Elles sont également descriptives ou analytiques.

Conclusion : les études épidémiologiques sont intéressantes car faciles à réaliser, mais il faut être vigilant à l'interprétation de leurs résultats.

Commentaires :

Cet article de méthodologie démontre l'intérêt des études transversales pour des études pilotes. Leur but est de mettre une évidence la potentielle existence d'une association, sans possibilité de démontrer de lien de cause à effet. Elles ont l'avantage par leur simplicité de mise en place.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 9

Auteurs : René Mornex, et sous la direction du RECIF (Réseau d'Epidémiologie Clinique International Francophone)
Titre : Recherche clinique : penser, réaliser, publier
Type de document : livre
Editeur : Abatos
Date de parution : 2010
Nombre de pages : pp. 56-57 et pp. 208 à 217

Plan des parties utilisées :
Chapitre IV : Les études transversales
Chapitre XIV : Les outils de mesure. Instruments et questionnaires

Mots-clefs en lien avec le mémoire : recherche clinique, étude transversale, causalité, questionnaire,

Eléments en lien avec le mémoire :

pp. 56 et 57 (chapitre IV) Avantages et faiblesses des études transversales

Elles seules peuvent calculer la prévalence. Deux groupes sont comparés pour établir s'il existe une association entre un évènement et la situation dans laquelle se trouve chaque groupe. Plusieurs facteurs peuvent être étudiés en même temps. Elles permettent de créer des hypothèses pour des recherches analytiques ultérieures. Elles peuvent être réalisées rapidement et être par conséquent peu coûteuses. Des facteurs de confusion éventuels peuvent être pris en compte pour l'analyse de l'échantillon.

Une relation de cause à effet ne peut pas être démontrée car ce type d'études ne prend pas en compte la temporalité des évènements. Elles sont soumises aux biais de survie sélective, aux biais de souvenir et à des facteurs de confusion non imaginés au préalable. Il faut être vigilant à ne pas faire d'interprétations abusives.

pp. 208 à 217 (Chapitre XIV) Questionnaire : savoir exprimer ce que l'on souhaite

La question de recherche doit être connue avec précision avant la rédaction du questionnaire. On doit savoir avant tout définir ce que l'on cherche à interroger.
Il existe trois catégories de questions : les questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées.
Les termes utilisés dans le projet de questionnaire doivent être clairs, compris de tout le monde, adaptés au public.
Les questions doivent être écrites pour être claires, non ambiguës. Il convient d'éviter la double

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

négation, la double interrogation, la suggestion appuyée et les imprécisions.
Les questions doivent être regroupées par thème. Les questions personnelles sont à placer à la fin de l'enquête, quand le sujet est plus confiant.
Codage : les réponses sont converties en chiffre. Les questions fermées facilitent le codage. Pour les questions ouvertes, l'enquêteur doit prévoir des réponses possibles pour pouvoir les coder ensuite. Le codage peut apparaître directement sur le questionnaire pour pouvoir être retranscris directement à la fin de l'étude, et si les instructions de codage ne prennent pas trop de place. Le codage peut apparaître sur un tableau hors du questionnaire, ce qui l'allège.
Les deux qualités d'un questionnaire doivent être son exactitude (les questions doivent précisément mesurer les informations nécessaires à la réponse à la problématique de l'étude) et sa reproductibilité.
Présentation du questionnaire : il doit être identifié par un code propre à chaque participant à l'étude. Les questions doivent être numérotées, ainsi que les pages du questionnaire. Celui-ci doit être facilement lisible et compréhensible.
Pré-test : il s'agit d'une remise en question à la fin de la création du questionnaire. Les commentaires donnés par les enquêtés doivent être pris en compte pour améliorer la qualité du questionnaire.
Le questionnaire doit respecter le patient, et doit permettre d'établir une relation de confiance, pour le bien de l'enquête.

Commentaires :

L'ensemble de cet ouvrage est intéressant pour la méthodologie d'une recherche clinique, l'élaboration du protocole et la rédaction de ce mémoire.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

FICHE DE LECTURE 10

Auteurs : Jean O'Toole a,1, Lauren S. Jammallo b,1, Melissa N. Skolny b, Cynthia L. Miller b, Krista Elliott c, Michelle C. Specht c, Alphonse G. Taghian
Titre : Lymphedema following treatment for breast cancer : a new approach to an old problem
Type de document : Article de revue scientifique
Source : Oncology/Hematology, Volume n°88, pp. 437 à 446
Date de parution : 2013
Nombre de pages : 10 pages

Plan de l'article :

1. Introduction
2. Méthode
3. Facteurs contribuant au lymphœdème après les traitements de cancer du sein
4. Controversions non résolues à propos du lymphœdème
5. Une approche de la surveillance prospective
6. Conclusion

Mots-clefs en lien avec le mémoire : cancer du sein, traitements, morbidité, lymphœdème

Eléments en lien avec le mémoire :

Les modifications physiques sont évidentes lorsque le lymphœdème est déclaré. Cependant, le patient peut être symptomatique et ressentir un handicap physique même si l'œdème est léger. La qualité de vie peut être compromise, causée par une détresse émotionnelle, de l'anxiété, et une perturbation de l'image corporelle. La peur de développer un lymphœdème a été reportée influençant la fonction et les activités, et les personnes à risque peuvent voir leur style de vie altéré et imposé de restrictions sur leurs activités dans l'espoir de le prévenir.
Aujourd'hui, il existe un manque au niveau de l'approche universelle pour diagnostiquer le lymphœdème.
Dans leur travail, les auteurs ont souhaité démontré l'importance du risque de lymphœdème et l'impact négatif sur la qualité de vie. C'est une revue de littérature.

Facteurs contribuant au lymphœdème : nombre de ganglions excisés, nombre de ganglions positifs, radiothérapie, infection post-opératoire, chimiothérapie. Les facteurs suivant sont souvent présentés mais il existe un risque qu'ils freinent la personne dans ses activités et diminuent sa qualité de vie : activités répétitives, port de charges lourdes, prise de sang ou injection dans le bras ; facteur protecteur ; port d'un manchon compressif pour les voyages en

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

avion. Un programme progressif d'exercices n'augmente pas le risque de lymphœdème. Un IMC élevé au diagnostic est un facteur de risque.

Impact du lymphœdème sur la qualité de vie : le lymphœdème est fréquemment cité comme un effet indésirable redouté des traitements. Cette peur peut influencer l'approche des activités et peut être un rappel constant de la maladie. Le lymphœdème peut se développer longtemps après l'intervention. Le risque de développer un lymphœdème est présent toute la vie.

Controversions non résolues à propos du lymphœdème :
- La définition du lymphœdème
- La méthode de mesure
- La méthode de quantification
- Le moment approprié de la mesure
- Stratégie de prise en charge optimale

Une approche de la surveillance prospective

Conclusion : une universalité quant à la définition et la mesure du lymphœdème est nécessaire.

Commentaires :

Cet article est une revue de littérature. Il résume bien les différents facteurs de risque du lymphœdème.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexes

ANNEXE 1 : Entretien avec l'assistante de soins au Centre Léon Bérard, le 26 janvier 2016

ANNEXE 2 : Séance kinésithérapique au Centre Léon Bérard, au lendemain d'une intervention de curage axillaire chez une patiente atteinte d'un cancer du sein

ANNEXE 3 : Document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire

ANNEXE 4 : Attestation de l'accord pour la rédaction du travail écrit

ANNEXE 5 : Questionnaire sur les éléments de prévention de la morbidité liée au curage axillaire (chirurgie réalisée à droite)

ANNEXE 6 : Résultats des patientes, et leur âge

ANNEXE 7 : Compte-rendu des remarques apportées par les participantes lors du temps libre faisant suite à la soumission du questionnaire

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 1 : Entretien avec l'assistante de soins au Centre Léon Bérard, le 26 janvier 2016

Le parcours de soins de la patiente diagnostiquée d'un cancer du sein

1. Voie d'entrée de la patiente

La découverte est le plus souvent extérieure, par le médecin traitant ou le gynécologue.
Découverte parfois au Centre Léon Bérard, qui est un centre de dépistage, par une biopsie dont le résultat est rendu par un chirurgien du Centre à la patiente.

2. Consultation(s) pré-opératoire(s) avec le chirurgien

Le chirurgien choisit avec la patiente le type de chirurgie.

Simple tumorectomie + ganglion sentinelle : ne nécessite qu'une consultation pré-opératoire. La chirurgie sera ambulatoire. Si au cours de la chirurgie s'impose la nécessité de faire un curage axillaire, l'annonce sera faite lors de la consultation post-opératoire, et la chirurgie de curage axillaire sera programmée avant ou après la chimiothérapie, en hospitalisation complète.
Tumorectomie + ganglion sentinelle + examens complémentaires (PET scan, ponction ganglionnaire, IRM) : à la 1ère consultation pré-opératoire s'ajoute une deuxième consultation avec le chirurgien pour annoncer le résultat des examens et orienter la chirurgie en fonction.
Tumorectomie / mastectomie + curage axillaire d'emblée : si le cancer est infiltrant. On fait un PET scan pour savoir si le cancer est métastatique (si oui, pas de chirurgie). La patiente sera hospitalisée pour cette chirurgie.

3. Consultation avec l'assistante de soins en sénologie

Souvent le jour de la consultation avec l'anesthésiste.

Sont abordés la chirurgie, le curage axillaire (si programmé), le lymphœdème et sa prise en charge, la possibilité d'avoir au Centre Léon Bérard une consultation lymphœdème, le programme de soins, les soins post-opératoires, la présentation du DISSPO.
Une évaluation sociale est faite. La prise en charge ALD (Affection Longue Durée) et les aides sociales sont présentées.
La patiente repart avec des documents d'informations et de rappels, le tout dans un porte-document.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Souvent elle vient avec beaucoup de questions qui lui sont venues après la consultation avec le chirurgien.

4. Consultation avec l'anesthésiste, comme pour toute chirurgie

5. La chirurgie

4-5 jours si hospitalisation
S'il y a échec du ganglion sentinelle (le chirurgien n'arrive pas à le localiser), et que cette chirurgie est réalisée en ambulatoire, le chirurgien doit reprogrammer une chirurgie de curage axillaire plus tard. S'il y a échec de cette chirurgie, mais que la patiente est en hospitalisation complète, celle-ci recevra un curage axillaire sans avoir été prévenue.

6. Discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de la suite des traitements

Curage axillaire
- Si la patiente a été opérée en ambulatoire et qu'au décours de l'intervention le chirurgien découvre qu'un curage axillaire est nécessaire, ou si échec du ganglion sentinelle.

Chimiothérapie
- Toujours si la patiente a été opérée d'un curage axillaire
- Si le ganglion sentinelle est atteint
- Si le ganglion sentinelle est sain mais que la tumeur est agressive, ou selon le grade de la tumeur, ou si on est en présence d'une surexpression du gène HER2, et selon l'âge et l'état général de la patiente.

Radiothérapie
- Toujours si on est en présence d'un cancer infiltrant et qu'un traitement conservateur est réalisé
- Pas toujours si mastectomie avec ganglions sains
- Jamais sur une zone qui a déjà été irradiée

Hormonothérapie
- Si la tumeur est hormono-dépendante.

Immunothérapie
- Si on a une surexpression de HER2, la patiente reçoit chimiothérapie et immunothérapie pendant un an.

— Toutes les associations de traitements sont possibles —

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

7. Consultation post-opératoire avec le chirurgien

Le chirurgien regarde la cicatrice, annonce les résultats et la suite du programme, décidée en RCP.
Le chirurgien présente le Plan Personnalisé de Soins (PPS), en fin de chimiothérapie ou après la chirurgie s'il n'y a que de la radiothérapie. Une fiche de surveillance est donnée à la patiente, pour la prise de ses rendez-vous dans les cinq années à venir. La surveillance va être très différente en fonction des traitements qu'a reçus la patiente. C'est à la patiente de prendre ses rendez-vous. Cette fiche est faite de cases qui disent à la patiente à quels moments elle doit prendre tel rendez-vous avec tel spécialiste ou son médecin traitant.
Le suivi est organisé en 5 ans. La patiente revoit le chirurgien au bout d'un an. Le suivi est ensuite fait par les chimiothérapeutes et les radiothérapeutes. Le médecin généraliste et le gynécologue sont inclus dans le suivi. Les patientes ont une consultation tous les quatre mois les deux premières années, puis tous les six mois.

8. Reconstruction

Elle est toujours réalisée en deux opérations minimums : une chirurgie pour refaire le volume du sein, et environ trois mois après, une chirurgie de symétrisation. Elle est faite par les chirurgiens plasticiens.
On fait d'abord les traitements complémentaires. La reconstruction vient un an ou un an-et-demi après la fin de la radiothérapie. En effet, on ne veut pas que la chirurgie de reconstruction décale d'éventuels traitements adjuvants à cause du risque de mauvaise cicatrisation.
Dans le cas d'une récidive, où la patiente a déjà eu de la radiothérapie, on peut faire une reconstruction d'emblée lors de la mastectomie, car la patiente ne peut plus recevoir ce traitement irradiant.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 2 : Séance kinésithérapique au Centre Léon Bérard, au lendemain d'une intervention de curage axillaire chez une patiente atteinte d'un cancer du sein

La séance se divise en deux parties :

- Les exercices
- Les consignes

Les exercices

On réalise ces exercices pour faire mobiliser le membre supérieur, et ainsi éviter les raideurs dues aux fibroses et aux adhérences.

Il y a cinq mouvements (Annexe 3) pour chaque membre supérieur, à ne réaliser qu'une seule fois par jour, car pendant quinze jours il persiste un écoulement de lymphe, dû au fait que l'intervention a interrompu le système lymphatique et qu'il faut du temps pour cicatriser. Le risque immédiat est l'apparition d'un lymphocèle, qu'il faudra ponctionner, avec le risque d'infection que cela implique. Il est conseillé de ne pas faire le ménage, de ne pas faire de gymnastique, juste de la marche.

Il faut réaliser les exercices doucement et sans provoquer de douleur. Faire les exercices à distance de la toilette ou d'autres activités utilisant le bras.

Les consignes

Les consignes post-opératoires

Pendant un mois, il est indiqué de ne pas porter de charge de plus de 1 kg, et ne pas faire de travail en force, avec le membre supérieur concerné, pour ne pas forcer sur la cicatrice.

Pendant quinze jours, il faut éviter les activités du bras, pour permettre au système lymphatique touché par l'opération de cicatriser.

Il est une fois de plus conseillé de pratiquer la marche, pour ainsi réduire le risque de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, provoqués par l'inactivité.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les consignes à observer à vie

Lors du curage axillaire, des ganglions ont été enlevés. Ils ne « repousseront » pas. Cela crée une insuffisance lymphatique à vie. On vit normalement avec, mais il existe des situations à risque.
La circulation lymphatique ramène la lymphe au coeur.

Les trois conseils les plus importants sont :
Dans un mois, reprendre une vie la plus normale possible, la plus proche de l'état antérieur ;
Malgré l'appréhension, ne pas rien faire avec le bras ;
L'activité musculaire est le moteur de l'activité lymphatique. Ne pas le surprotéger.
Ne pas surmener le bras ;
Il s'agit d'être attentif au moment où on ressent que le bras gêne. Cela peut se traduire par de la douleur, une lourdeur, une fatigue, une sensation de brûlure, de tiraillement, de lancement etc. C'est le signal d'un blocage du système lymphatique : trop de lymphe veut retourner vers le thorax et les voies qui ont pris le relai saturent. Dans ce cas, faire une pause tout de suite, de quelques minutes, avec le membre supérieur en position de déclive (« la main au-dessus du cœur »). La pause permet que moins de lymphe soit produite, et que l'activité musculaire cesse. La circulation va reprendre et la gêne disparaîtra. Progressivement, la patiente apprendra à être à l'écoute, à savoir quand elle doit se reposer. Certaines activités devront peut-être être séquencées par rapport à avant.

Les situations à éviter

La compression forte

Elle coupe les circulations. La circulation lymphatique est fragile, et après la levée de la compression il y a un risque qu'elle redémarre avec du retard.
Il faut éviter au possible la prise de tension sur ce bras. On peut prendre la tension sur l'autre bras ou sur la cheville.
Attention aux bijoux, que la patiente doit pouvoir enlever rapidement. Il faut être vigilant si le bras est marqué par un vêtement ou un bijou.
Il n'y a pas de risque avec les vêtements près du corps ou avec le sac à main.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le port de charges lourdes prolongé

On peut reprendre le port de charges lourdes après un mois, mais sur des temps courts. Le port de charges sur des temps longs correspond à un travail statique de forte intensité. Ce type d'activité est à limiter, car les muscles en travail dynamique aident au drainage de la lymphe.

Les infections

Les ganglions lymphatiques ont le rôle de fabriquer des anticorps. Une partie des ganglions du creux axillaire a été excisée. Les ganglions qui ont pris le relai sont à distance, le temps de réaction par rapport à une infection va être plus important. On a plus de facilité à faire une infection.

Il faut être vigilant et éviter les brûlures, piqûres, coupures. Attention également aux piqûres de moustiques (il existe des sprays protecteurs). Il est conseillé de porter des gants pour des activités à risque comme le jardinage, et de se protéger des coups de soleil avec un écran total ou un vêtement.

Si par malchance la patiente crée une porte d'entrée, il faut toujours désinfecter la plaie, pour aider le travail des anticorps. Les prises de sang sur ce bras ne sont pas interdites, mais attention ne pas trop serrer le garrot et à bien désinfecter par la suite. Ne pas hésiter à prévenir le personnel soignant à propos du curage axillaire pour qu'il adapte sa prise en soins.

Leur sont décrits les signes d'infection : au niveau de la porte d'entrée, il y a présence d'un œdème chaud, rouge, gonflé, douloureux, et on va avoir de la fièvre. Dans ce cas, il faut réagir vite et aller voir le médecin dans la journée, ou aller aux urgences, dans le but de se voir prescrire des antibiotiques. Le risque est le sepsis et la destruction du système lymphatique, puis l'apparition d'un lymphœdème. Avant de partir en voyage, on peut se faire prescrire des antibiotiques par son médecin traitant, à prendre en cas d'infection du membre supérieur.

Fortes chaleurs

Elles peuvent rendre le bras lourd, à cause de la dilatation des vaisseaux, même si on est actif au niveau du bras. Dans ce cas, certaines astuces peuvent être intéressantes pour faire passer une gêne : baigner le membre supérieur dans de l'eau fraîche (et non froide), prendre un douche fraîche, utiliser un linge mouillé, un vaporisateur.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Prise de poids

Il faut essayer de rester stable au niveau du poids. La prise de poids favorise l'apparition d'un lymphœdème, de plus gras et donc difficile à traiter. Il ne faut pas non plus maigrir car une carence en protéine peut entraîner une dysfonction du système lymphatique, et un risque de lymphœdème également.

En somme, il s'agit de rester actif, d'avoir une activité physique régulière (marche, natation …), de manger équilibré, et de reprendre une vie normale, tout en respectant quelques règles de sécurité.

Lymphœdème secondaire du membre supérieur

Dans le cas où le bras gonfle, sans être rouge ou chaud, et sans fièvre : il peut s'agir d'un lymphœdème (ou « gros bras »). Il peut être très localisé. Voici la conduite à tenir :
Ce n'est pas une urgence.
Il faut être active avec son bras, pour favoriser le retour lymphatique.
Il faut se mettre en position de déclive.
On se masse, on étire la peau (une technique de massage, type drainage lymphatique manuel, que la patiente peut réaliser sur elle-même est montrée en séance).
Au bout de deux jours, si le bras est encore enflé, ou plus, il faut consulter le médecin traitant dans la semaine, qui prescrira un traitement kinésithérapique.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 3 : Document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire

Informations patients

Document destiné aux patients ayant eu un curage axillaire

Vous venez d'être opéré(e) d'un curage axillaire (ablation des ganglions du creux axillaire). Ces ganglions appartiennent au système lymphatique, aussi cette chirurgie entraine une modification de la circulation lymphatique et nécessite une prise en charge kinésithérapique en postopératoire à l'hôpital, puis chez un kinésithérapeute en cabinet libéral si nécessaire.

Qu'est-ce que le système lymphatique ?

La lymphe est le liquide dans lequel baignent nos cellules. La lymphe circule dans un réseau organisé de petits canaux appelés vaisseaux lymphatiques. Ces vaisseaux sont interrompus par les ganglions lymphatiques qui sont comme des «usines d'épuration ». La lymphe s'écoule lentement à travers ce réseau jusqu'à aller se déverser finalement dans la circulation sanguine.
Le rôle des ganglions est de filtrer les germes ou microbes qu'ils arrêtent. Les ganglions participent à la fabrication des défenses de notre organisme et font donc partie de notre système immunitaire.

- Que se passe-t-il le jour d'un curage axillaire ?

Le chirurgien modifie les voies lymphatiques en enlevant les ganglions, ce qui entraine une insuffisance lymphatique. Ceci va progressivement être compensé par les voies lymphatiques superficielles.

- Quelles sont les conséquences d'une insuffisance lymphatique ?

En cas d'obstacle, d'efforts prolongés, de surmenage musculaire, ou d'infection, la lymphe ne peut plus circuler normalement, il y a une surproduction temporaire.
Dans cette situation, elle peut s'accumuler dans les tissus et former un lymphoedème (gros bras)

Objectifs de la rééducation au cours de l'hospitalisation

- Diminuer la douleur après l'intervention
- Eviter la raideur de l'épaule
- Favoriser une cicatrisation sans adhérence, conservant ainsi la souplesse du creux de l'aisselle
- Limiter le risque de lymphoedème

Conseils pour limiter les risques de lymphoedème

- Soyez à «l'écoute» de votre bras. Toutes les activités sont possibles comme avant mais il faut savoir faire une pause quand votre bras commence à être «lourd, pesant ou douloureux», c'est le signal à écouter. Lorsque la gêne disparaît vous pouvez reprendre votre activité.
- Eviter toute compression (prise de tension, bijoux et vêtements trop serrés aux manches ou bridant les épaules). Préférer l'autre membre supérieur pour le sac à main.
- Prévenir le risque infectieux :
  - Désinfecter toutes plaies (brûlure, piqûre, coupure, égratignure...)
  - Porter des gants lors d'activités à risque (jardinage, bricolage, vaisselles...)
- Eviter le plus possible au niveau du bras concerné les perfusions, prises de sang, injections.
- Eviter la chaleur prolongée sur le bras (exposition au soleil prolongée, coup de soleil, bain chaud, épilation à la cire chaude). Garder le bras à l'ombre lors de la conduite automobile. Les jours de fortes chaleurs, si vous sentez votre bras «lourd », n'hésitez pas le rafraîchir (douche froide, glace...) pour stimuler la circulation.
- Eviter de porter des objets lourds de façon prolongée. Lors d'effort intense ou répétitif, utiliser de préférence le bras sain. Mieux vaut préférer une activité en mouvement à une activité statique.

LA REPRISE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE EST RECOMMANDÉE, ÉVITER LA SÉDENTARITÉ !!!!

Ces conseils doivent vous permettre de mener une vie normale et de reprendre progressivement toutes vos activités. Vous n'êtes pas handicapé(e).

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Auto-surveillance

Vous devez apprendre à reconnaître les manifestations du lymphoedème :

- Gêne
- Fatigabilité
- Lourdeur (bras pesant)
- Gonflement

Si vous ressentez l'un de ces signes, arrêtez l'activité en cours et mettez votre bras au repos en le surélevant.

Si ces manifestations persistent ou qu'apparaissent : chaleur, rougeur, douleur, consultez votre médecin traitant.

De quels moyens dispose-t-on pour traiter le gros bras ?

Votre médecin traitant vous prescrira des séances de DLM (drainage lymphatique manuel) effectuées par un kinésithérapeute libéral formé, ainsi que la mise en place d'une contention adaptée (bandage ou manchon).

Questions diverses

● Aurais-je systématiquement des séances de kinésithérapie à la sortie de l'hôpital ?
Lors de la consultation post-opératoire de suivi avec le chirurgien, celui-ci décidera de la nécessité d'une prescription de séances de kinésithérapie

● Avec quoi dois-je désinfecter ma plaie et pendant combien de temps ?
Tout produit noté antiseptique peut être utilisé sans préférence. Il est conseillé de désinfecter jusqu'à cicatrisation de la plaie (apparition d'une croûte).

● A partir de quand puis-je reconduire ?
Eviter de reconduire tant que la raideur de l'épaule occasionne une gêne à la conduite et représente un risque. Il est conseillé de rester tranquille une quinzaine de jours en postopératoire.

● Est-ce normal d'avoir une perte de sensibilité sur la face postérieure de mon bras?
Oui, cette anesthésie est due à l'irritation de certains rameaux sensitifs cutanés. Parfois au contraire une hypersensibilité douloureuse peut apparaître dans les jours qui suivent l'intervention.

● Est-ce normal qu'il n'y ait qu'une partie de mon bras qui gonfle ?
Un lymphoedème ne touche pas forcément tout le bras et peut être limité à une zone précise (main, coude...).

● Y-a-t-il des précautions à prendre pour un long voyage en avion ?
Le port d'une contention est conseillé. Pensez à bouger votre bras régulièrement car le mouvement facilite la circulation lymphatique.

● Pendant combien de temps dois-je suivre ces conseils et surveiller mon bras ?
La surveillance du bras et ces conseils doivent être respectés tout au long de votre vie.

CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER A LYON ET EN RHONE-ALPES

Réalisation : novembre 2012 - Equipe de kinésithérapie -

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Informations patients

Exercices d'automobilisation après curage axillaire

1 Buts :

Commencer à étirer et mobiliser la zone opérée afin d'éviter toutes rétractions, brides.
Prendre conscience que vous pouvez bouger votre bras.

2 Rythme : 5 exercices
- 5 mouvements par exercice
- 1 à 2 fois par jour sauf après ablation des redons où il faut faire une pause pendant une semaine
- A réaliser durant un mois

3 Ci-après, vous découvrirez cinq exemples d'exercices parmi d'autres :

Consignes à respecter :
- ne pas bloquer sa respiration
- pas d'étirements brusques
- rester en dessous du seuil douloureux

Elévation antérieure

Position de départ

Position d'arrivée

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

Main sur l'oreille

Position de départ

Position d'arrivée

Mouliner dans les deux sens

Papillon

Position de départ

Position d'arrivée

Pousser les murs

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 4 : Attestation de l'accord pour la rédaction du travail écrit

Annexe IV : Attestation de production d'autorisations écrites
Du patient et de son médecin en vue de la rédaction du travail écrit

Je soussigné : ...Christophe.....P.E.T.I.T.N.I.C.O.L.A.S.....représentant la direction pédagogique de l'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie Université Claude Bernard Lyon1 – ISTR,

Atteste que

Madame, Mademoiselle, Monsieur .....C.A.N.U.....A.l.e.x.a.n.d.r.e.....,

Étudiant(e) en kinésithérapie de l'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie Université Claude Bernard Lyon1 – ISTR a présenté les pièces justificatives montrant le suivi de la procédure de demande d'autorisations écrites visant au respect des règles déontologiques d'anonymat et garantie du secret professionnel, sous forme écrite et informatique.

Autorisation remise à l'intéressé(e) pour servir ce que valoir de droit.

Le 17/05/16.

Signature et tampon :

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
LYON 1

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 5 : Questionnaire sur les éléments de prévention de la morbidité liée au curage axillaire (chirurgie réalisée à droite)

Numéro de dossier

Texte d'introduction :

Bonjour. Je suis Alexandra Canu, étudiante en deuxième année à l'école de kinésithérapie de Lyon. Je suis en ce moment stagiaire au [Centre de lutte contre le cancer]. Ce stage est pour moi l'occasion de rédiger mon mémoire de troisième année. Je travaille, dans le cadre de ce mémoire, avec le service de kinésithérapie et de sénologie du [Centre de lutte contre le cancer] pour mener une étude clinique.
Vous avez été opérée ici même il y a un an. A la suite de cette opération, nous vous avons transmis un certain nombre d'informations concernant les mouvements des membres supérieurs à réaliser, et à propos du risque d'apparition du lymphoedème, ou syndrome du « gros bras ». Vous avez notamment reçu une fiche récapitulative.
L'étude que nous menons a pour but d'évaluer la manière dont nous vous avons présenté ces informations et transmis ces conseils. Nous avons donc besoin de vous pour répondre à un questionnaire. Êtes-vous d'accord pour participer à l'étude en répondant à ce questionnaire ?

☐ Oui
☐ Non

Remarques :

Je vous demanderais dans ce cas de répondre de manière simple et franche à mes questions. Pour chaque question, une seule réponse est possible. Je pourrai ensuite répondre aux éventuelles interrogations qui vous viennent à l'esprit.
Les données recueillies sont anonymisées, et utilisées uniquement dans le cadre de l'étude que je vous ai présentée.

Si la patiente veut plus d'informations, on peut la renvoyer vers le Service communication, ou la Direction générale du [Centre de lutte contre le cancer], ou la Commission de relation avec les usagers.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Question	Réponse
1	Êtes-vous opérée du côté gauche ou droit ?	☐ Gauche ☐ Droit
2	Avez-vous rencontré un kinésithérapeute du service du centre Léon Bérard le jour suivant votre opération ?	☐ Oui *(groupe-contrôle)* ☐ Non *(groupe-test)*
3	Considérez-vous avoir retenu les conseils donnés par la fiche / lors de cet entretien ?	☐ Oui **1** ☐ Non **0**
4	Considérez-vous que suite à cette opération du sein vous soyez obligée de faire plus attention à votre bras droit qu'auparavant ?	☐ Oui **1** ☐ Non **0**
5	Avez-vous le sentiment aujourd'hui, suite à l'opération,	☐ De surprotéger votre bras droit, de vous servir plus de l'autre bras ? **0** ☐ D'être attentive aux moments de faiblesse du bras tout en ayant une utilisation normale ? **1** ☐ De surmener votre bras droit au cours de la journée, de ne pas être attentive ? **0**
6	Faites-vous des pauses si vous ressentez au niveau de votre bras droit une gêne persistante ?	☐ Oui **1** ☐ Non **0**
7	Sur quel bras vous prend-on la tension artérielle ?	☐ Droit **0** ☐ Gauche **1**
8	Sur quel bras vous fait-on les prises de sang ?	☐ Droit **0** ☐ Gauche **1**
9	Que faites-vous si vous remarquez une plaie (coupure, piqûre, par exemple) sur votre bras droit ? *Question ouverte*	☐ Se désinfecter **1** ☐ Sinon **0**
10	Considérez-vous qu'il faille aller tout de suite chez le médecin si vous repérez des signes d'infection au niveau de votre bras droit ?	☐ Oui **1** ☐ Non **0**
11	Considérez-vous comme une urgence l'apparition de signes de gonflement au niveau de votre bras, s'il n'y a pas de signes d'infection ?	☐ Non **1** ☐ Oui **0**
12	Dans quelle position est-il judicieux de placer votre bras droit si un gonflement apparaît ? *Question ouverte*	☐ Position de déclive, la main au dessus du coeur **1** ☐ Sinon **0**

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Question	Réponse
13	Pensez-vous que la prise de poids puisse avoir une conséquence sur la santé de votre bras droit ?	☐ Oui **1** ☐ Non **0**
14	Considérez-vous qu'une activité physique utilisant les membres supérieurs, soit au niveau de votre bras droit : *Question semi-ouverte*	☐ Bénéfique **1** ☐ Néfaste / Ne sait pas **0**
15	Êtes-vous aujourd'hui plus vigilante à propos de votre bras droit lors des fortes chaleurs ?	☐ Oui **1** ☐ Non **0**
16	Que pouvez-vous faire pour diminuer la température de votre bras lors des fortes chaleurs ? *Question ouverte*	☐ Rafraîchir le bras, par différents moyens **1** ☐ Ne sait pas **0**
17	Pourriez-vous me décrire ce qu'est un lymphoedème ? *Question ouverte*	☐ Oui, c'est l'apparition d'un gonflement persistant au niveau du bras, ou « gros bras », la lymphe n'est plus correctement drainée, etc. **1** ☐ Non **0**
18	Savez-vous que faire si des signes d'installation du lymphoedème apparaissent ? *Question ouverte*	☐ Oui, masser le bras dans le sens du retour, aller chez le médecin si ces signes persistent **1** ☐ Non **0**

/ 16

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 6 : Résultat des patientes, et leur âge

Résultats des patientes, et leur âge

Numéro	Note sur 16	Âge
A1	13	48
B1	11	48
C1	15	48
D1	13	38
D2	12	29
D3	14	61
F1	11	59
G1	12	41
G2	14	40
H1	14	40
I1	15	58
K1	12	47
M1	15	57
M2	11	72
N1	12	58
P1	12	50
R1	13	43
R2	13	53
T1	14	52
S1	9	72
V1	11	54
Y1	16	45

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 7 : Compte-rendu des remarques apportées par les participantes lors du temps libre faisant suite à la soumission du questionnaire

	Kinésithérapie ambulatoire	Sphère psycho-sociale
A1	A eu des séances de kinésithérapie	
B1	Voit un kinésithérapeute	
C1	Fait de la kinésithérapie pour le curage axillaire, une fois par semaine pour du drainage lymphatique manuel	
D2	Voit un kinésithérapeute	A propos du lymphoedème : la patiente se sentait moins prévenue sur l'aspect psychologique que sur l'aspect physique du problème
D3		Paniquée à l'idée du gros bras - épée de Damoclès. Très inquiète. Mais a quand même retrouvé une vie normale.
G1	Voit un kinésithérapeute une fois par semaine	
G2	Fait de la kinésithérapie pour le curage axillaire	Inquiète pour son bras
H1	Fait de la kinésithérapie une fois par semaine	
I1	A fait beaucoup de kinésithérapie suite à l'intervention : du drainage pour prévenir le lymphoedème, et du travail de l'amplitude du bras.	Patiente anxieuse
K1	Fait de la kinésithérapie	
M1		Elle ne veut pas se considérer comme une handicapée du bras.
M2	Ne voit pas de kinésithérapeute	
N1	Fait de la kinésithérapie deux fois par semaine pour du drainage, car a développé un lymphoedème très léger	
P1	Fait de la kinésithérapie depuis l'opération, pour le bras notamment	
R1	Ne fait pas de kinésithérapie	N'a pas repris le travail. Ressent des inquiétudes pour son membre supérieur
R2	Ne fait pas de kinésithérapie	Parfois inquiète pour son bras
S1	Ne fait pas de kinésithérapie	
T1	Fait de la kinésithérapie deux fois par semaine, à cause de la cicatrice.	Avoue être souvent inquiète pour son membre supérieur
V1	Fait deux séances de kinésithérapie par semaine	
Y1	Fait de la kinésithérapie	

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Attention et auto-soins	Douleurs et gêne
A1		A moins de force qu'avant au niveau du bras. Ressent un manque de force par rapport au côté opposé, et se demande s'il va persister.
B1		Fragilité, mais pas dans l'utilisation quotidienne. Ressent des contractures, car sportive, uniquement sur le côté opéré.
C1	A un manchon, pour les trajets en avion	
D2		Ressent douleurs et gênes au niveau du bras.
D3		Symptômes « bizarres » au niveau de ce bras.
F1		Douleurs au niveau du sein
G2		Douloureuse
H1	Semble très attentive à son bras, passe de l'eau froide, fait des auto-massages	A des sensations de bras qui gonfle.
K1		N'a eu aucun problème suite à l'opération au niveau du bras.
M1		Elle a remarqué qu'une coupure met beaucoup plus de temps à cicatriser. Présente un début de lymphoedème, mais ne se fait pas soigner. Voit le médecin la semaine prochaine.
M2		A un lymphoedème.
N1	Porte un manchon à titre préventif, lors du ménage ou du jardinage, pour diminuer le gonflement.	La radiothérapie a créé des adhérences au niveau costal.
P1		Douleurs au niveau du bras avec la chaleur. Sous-utilise le bras.
R1	Ressent un mieux-être depuis qu'elle se force à utiliser son bras gauche.	
T1	Doit faire beaucoup plus attention à son bras qu'auparavant.	
V1		Suite à l'opération, a subi 21 ponctions de lymphe. A porté une brassière et une compression sur le sein. Dernière ponction en juillet 2014. Ressent une gêne lorsqu'elle porte ses anciens t-shirts à manches courtes (a dû les couper). Quand elle fait beaucoup de mouvements, elle a une sensation de remplissage au niveau du creux axillaire, et un gonflement aux niveaux de la main et du poignet. Va un peu mieux aujourd'hui.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Activité physique	Le Centre de lutte contre le cancer
C1		La position de déclive, main au-dessus du coeur, n'est pas décrite dans la fiche.
I1	Le programme de réhabilitation après cancer du sein lui a permis de prendre conscience de l'importance de l'exercice physique.	
K1		Elle trouve que c'était trop tôt après l'opération pour donner les conseils. A la limite, il faudrait plus un deuxième rendez-vous. Elle dit qu'elle avait mal compris ce qu'on lui avait dit à propos du curage axillaire au lendemain de l'opération, car trop tôt.
M1		Contente de la prise en charge au Centre : respect et écoute.
P1	Fait de la marche et de la piscine. Fait toujours les exercices enseignés au lendemain de l'intervention.	
S1		Elle trouve dommage qu'il n'y ait pas de suivi par les médecins et les kinésithérapeutes après l'opération.
V1	Fait du Taï Chi et du Kung Fu. Elle ressent beaucoup de gêne quand elle ne fait pas de Taï Chi. 2h de Kung Fu + 2h de Taï Chi enchaînées, plusieurs fois par semaine.	
Y1		L'entretien avec la kinésithérapeute le lendemain de l'opération lui a permis déjà de bien savoir ce qu'il fallait faire vis-à-vis de son bras ; elle est également suivie par un kinésithérapeute qui connaît bien la problématique du lymphoedème.

	Programmes de réhabilitation après un cancer du sein
I1	Elle trouve dommage le manque d'informations concernant le programme de réhabilitation après cancer du sein au Centre de lutte contre le cancer (il faudrait selon elle améliorer la communication). Elle a trouvé le programme génial. Il lui a permis d'oser les mouvements avec le bras, sans aller trop fort. Là-bas, ils proposent des conseils, de la diététique, un suivi, un suivi psychologique … Il lui a permis de prendre conscience de l'importance de l'exercice physique.
K1	Elle a fait un programme de réhabilitation après cancer du sein ; elle a adoré. Elle a le sentiment que c'est plutôt là qu'elle a appris les informations relatives au curage axillaire.

CANU
(CC BY-NC-ND 2.0)