



GUIDE DE LA PRESCRIPTION ET DE LA COTATION POUR LES KINÉSITHÉRAPEUTES EN SÉNOLOGIE

Séverine Crespo-Andrieu

Olga Pitiot

Thierry Delapierre

Suite à la présentation sur le salon



Octobre 2025

*Rédaction Thierry Delapierre, Séverine Crespo-Andrieu,
Olga Pitiot et Jocelyne Rolland*

LEXIQUE

POUR PARLER LE MÊME LANGAGE

Ordonnance : document papier ou numérisé délivré par le médecin et comportant soit une ou plusieurs prescriptions, soit un certificat, soit des conseils, etc.

Prescription : demande formelle et écrite du médecin pour l'achat de médicaments, pour le suivi de traitements paramédicaux ou médicaux, pour la pratique d'activité physique (« sport sur ordonnance »).

Libellé : texte de la prescription.

Lettre clé : code utilisé dans le système de tarification des actes médicaux et paramédicaux dans le cadre des remboursements de l'assurance maladie.

Coefficient : chiffre associé à la lettre-clé permettant de calculer le tarif de chaque séance.

Cotation : ensemble constitué de la lettre clé et du coefficient.

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

TER : pour TERritoires

VSC : V pour Variable (*en opposition à Référentiel*), S pour (membre) supérieur) et C pour Chirurgical

Pour info : I pour (membre) Inférieur, M pour Médical

RAV : R pour Rééducation, A pour Affections et V pour Vasculaires

NMI : Actes de rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires

SOMMAIRE

- I. INTRODUCTION
- II. Le cas particulier de la cotation RAV 15,5 en sénologie et ses alternatives
- III. Règles générales pour la prescription
- IV. Le Bilan Diagnostic Kinésithérapique en sénologie, que faire, qu'en faire ?
- V. La cotation en sénologie, règles et exemples
- VI. Territoires ? Pourquoi pas mais lesquels en sénologie ?
- VII. Cancer du sein bilatéral, mastectomie bilatérale : on fait quoi ?
- VIII. « Massage de la cicatrice de mastectomie », on fait quoi ?
- IX. Bouger contre la sarcopénie, contre les neuropathies ? Nomenclature ou Hors Nomenclature ?
- X. On fait quoi si le libellé n'est pas adapté aux conclusions de mon BDK ?
- XI. Le Hors-Nomenclature
- XII. Conclusion : des pistes pour l'avenir
- XIII. ANNEXES
 - À quoi sert une fiche de synthèse et comment la rédiger ?
 - Les fiches bilan du Réseau des Kinésithérapeutes du Sein ?
 - Recommandations de prescription à transmettre aux prescripteurs

INTRODUCTION

La sénologie est un domaine en constante évolution. La désescalade des traitements fait varier leurs effets secondaires qui restent nombreux et lourds ; en parallèle la qualité de vie optimale est recherchée pendant et après le parcours avec comme finalités la pratique de l'activité physique, le retour au travail et la reprise de la vie familiale et sociale.

La kinésithérapie, soin de suite et de support, semble incontournable pour les femmes et les hommes touchés par le cancer du sein.

Toutefois, la prescription de kinésithérapie et son corollaire, la cotation qui permet de déterminer le tarif des soins, sont rendues difficiles par l'évolution souvent méconnue de ce domaine :

- On est passé d'un paradigme de soin basé sur la prise en charge (très passive) du lymphœdème du membre supérieur à une orientation plus globale et plus active des séances, visant à aider la reconstruction des patientes au sens large.
- On est passé d'une population de femmes touchées à l'âge moyen de 63 ans (plutôt inactives) à une population de femmes de plus en plus jeunes (40-50 ans) et actives, ayant des projets de vie différents et donc des besoins différents.

Ce guide élaboré à partir d'une conférence organisée pendant le salon REEDUCA en octobre 2025, permet de préciser à la fois, les règles de la prescription en kinésithérapie et, les spécificités de celle-ci en sénologie.

À destination des kinésithérapeutes, ce livret pourra aussi aider les prescripteurs à mieux cerner la législation qui entoure la prescription en kinésithérapie.

NOTE : *Le cancer du sein touche les femmes (62.000 en 2023) et environ 500 hommes par an en France. Par souci d'allègement du texte, il sera fait mention des « patientes » mais bien évidemment sans oublier les hommes concernés par le cancer du sein et la prescription de kinésithérapie.*

LE CAS PARTICULIER DE LA COTATION RAV 15.5 EN SÉNOLOGIE ET SES ALTERNATIVES

Cette cotation a été ajoutée à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en mars 2015 sous la forme AMK 15.5 sur décision de l'UNCAM. Répond-elle pour autant aux besoins des kinésithérapeutes en sénologie ?

À cette époque encore marquée par la prédominance du lymphœdème du membre supérieur (LOMS) dans les suites d'un cancer du sein, et à la demande de syndicats de kinésithérapeutes, l'HAS avait organisé en 2012 un groupe de travail afin de créer cette cotation spécifique de la kinésithérapie en sénologie.

En 2024 lors de la réécriture de la NGAP en kinésithérapie, celle-ci est devenue RAV 15.5 (RAV pour Rééducation des Affections Vasculaires).

Son intitulé est inchangé : « Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème ».

La séance doit être de l'ordre de 60 mn ; 10 séances sont autorisées en phase intensive de traitement. Si celle-ci doit se prolonger, il sera nécessaire de pouvoir le justifier par un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), avec information au prescripteur.

Cette cotation ne peut s'appliquer que lorsque la personne prise en charge présente des critères bien spécifiques et très limitatifs.

Ces critères sont les suivants :

- Différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral,
- Asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein,
- Compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM + bandages,
- Répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphœdème et à la raideur de l'épaule.

Cette nouvelle cotation a eu le mérite de remplir un vide puisqu'avant celle-ci, il n'existait pas de cotation adaptée au cancer du sein.

Indépendamment du fait que cette cotation ne doit être utilisée qu'en présence des critères ci-dessus (dont la pose obligatoire de bandage nécessitant acceptation de la patiente) au risque de devoir payer des indus

sur les sommes encaissées en cas de non-respect de ces critères d'attribution du 15.5, elle présente un décalage par rapport à la clinique d'aujourd'hui.

En effet dans une méta-analyse publiée en 2013¹ et qui fait référence encore aujourd'hui, il était mentionné que l'incidence du LOMS à 2 ans après la chirurgie était 4 fois plus élevée en cas de curage axillaire (CA) qu'en cas de biopsie du ganglion sentinelle (BGS). Cependant cette complication secondaire de la chirurgie ne touchait en moyenne que 16,6% des patients (CA : 20% de LOMS, BGS : 5 % de LOMS). Dans une publication plus récente (2020)² cette diminution de l'incidence du LOMS (CA : 21,5% de LOMS, BGS : 4,7 % de LOMS) est bien confirmée en particulier en rapport avec la pratique de la biopsie du ganglion sentinelle qui remplace peu à peu le curage axillaire³. Même si cet effet secondaire de la chirurgie axillaire n'est donc plus représentatif du contexte du cancer du sein, les problématiques engendrées par l'apparition d'un LOMS restent une préoccupation de santé publique et leurs prises en charge ne doivent pas être négligées.

Les alternatives au RAV 15,5 :

Les critères pour appliquer la cotation du RAV 15,5 sont donc très spécifiques concernant le type de LOMS.

Cependant un LOMS ne rentrant pas dans les caractéristiques de cette cotation peut être pris en charge en parallèle de la kinésithérapie en rapport avec la chirurgie du sein. Par exemple, le BDK a mis en évidence une limitation douloureuse de l'épaule avec cordes lymphatiques axillaires, des douleurs et contractures cervicales et un LOMS au niveau de la main et de l'avant-bras (ou un besoin de drainage compte tenu de la présence des cordes lymphatiques).

La prescription peut alors contenir les deux libellés suivants, distincts :

1. « *Kinésithérapie post-opératoire sur déficits fonctionnels* » pour un TER 9,51, épaule, thorax et rachis cervical (9,81 depuis l'avenant 8, fin mai 2026)
2. « *Kinésithérapie sur conséquence d'affection vasculaire* » pour un RAV 8, prise en charge du lymphoedème

¹ DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013 May;14(6):500-15.

² Davies C, Levenhagen K, Ryans K, Perdomo M, Gilchrist L. Interventions for Breast Cancer-Related Lymphedema: Clinical Practice Guideline From the Academy of Oncologic Physical Therapy of APTA. *Phys Ther.* 2020 Jul 19;100(7):1163-1179.

³ celle-ci représentant actuellement environ 70% des gestes axillaires

À noter que la réalisation de bandage dans ce contexte de LOMS aura sa propre cotation : supplément pour bandage multicouche 1 membre RAV 1.

Il manque donc toujours une cotation spécifique pour la prise en charge du cancer du sein, sans lymphoedème. À ce manque, s'ajoute le constat que de nombreux prescripteurs rédigent cette prescription sans en connaître les règles, qui seront donc, pour rappel, développées ci-dessous.

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LA PRESCRIPTION DE KINÉSITHÉRAPIE⁴

Règle n°1 : Toute prescription de kinésithérapie doit mentionner l'indication de « rééducation fonctionnelle » ou de « kinésithérapie » ; par exemple la prescription de « Drainage Lymphatique Manuel » (DLM), mentionné ainsi, n'est pas remboursable en raison de l'absence des termes mentionnés ci-dessus.

Si ces termes sont manquants, il existe deux solutions pour le kinésithérapeute :

- Facturer les actes en HN, ce qui est difficilement imaginable dans le contexte de la sénologie et de l'ALD si l'acte a une véritable finalité thérapeutique (et non esthétique comme on le voit parfois).
- Demander au prescripteur la correction du libellé de la prescription en ajoutant l'un de ces deux termes.

Règle n°2 : La pathologie que présente la personne en soin ne doit pas être mentionnée sur la prescription puisque celle-ci passe entre les mains d'agents administratifs d'une Caisse d'Assurance Maladie. Ceux-ci n'étant pas assermentés au secret médical, le libellé doit donc rester très laconique :

- « Kinésithérapie pour déficits fonctionnels orthopédiques post-opératoires, dans le cadre de l'ALD ».
- « Kinésithérapie pour déficit vasculaire post-opératoires, dans le cadre de l'ALD »
- « Kinésithérapie pour perte d'autonomie, dans le cadre de son ALD »

En complément, il est souhaitable que le prescripteur informe le kinésithérapeute du diagnostic qu'il a posé sur un document distinct de la prescription (éventuellement au dos de la prescription); ce document sera conservé par le kinésithérapeute.

⁴ Art L4321-1 du code de la santé publique, alinéa 7 ; arrête du 6 janvier 1962 ; arrêté du 20 février 2000 ; NGAP Titre XIV, introduction ; Art L1110-4 du code de la santé publique ; art 226-13 et 226-14 du code pénal ;
Art. L161-29 du code de la sécurité sociale.

Règle n°3 : Aucune mention du nombre de séances, ni de la fréquence par semaine, ni la durée du programme de kinésithérapie, ne devraient figurer sur la prescription.

En revanche si le nombre de séances est noté ainsi qu'une fréquence hebdomadaire, le kinésithérapeute se doit de les respecter sous peine

- De devoir payer des indus si un nombre supérieur de séances est réalisé,
- D'être pénalisé pour « non-respect de la prescription médicale » en cas de nombre insuffisant de séances réalisées par rapport à la prescription (ce qui peut être identifié après une plainte déposée par le patient,
- De devoir payer des indus sur les séances réalisées en dehors de la période de validité de la prescription. En effet, c'est la date de prescription qui fait foi et non la date de début des séances. Par exemple s'il est mentionné « séances pendant 6 mois » et que la première séance se situe à 2 mois de la date de prescription il ne restera que 4 mois au kinésithérapeute pour réaliser les séances.

Le kinésithérapeute reste libre de refuser une prescription quantitative, en durée ou en fréquence, qu'il est lui-même en mesure d'évaluer (voir le chapitre : « On fait quoi si le libellé n'est pas adapté ? »).

Règle n°4 : Dans la mesure du possible, aucune mention de territoire corporel ne doit figurer sur la prescription puisque c'est le BDK qui permettra la détermination des zones à prendre en charge et leur évaluation qualitative et quantitative avant de commencer les séances. La mention de zones a pour conséquence de parfois limiter la prise en charge possible et nécessaire, et par conséquent la cotation envisageable.

Règle n°5 : Aucune mention de marque commerciale ne doit figurer sur la prescription car cela pourrait être assimilé à un détournement de patientèle vers les kinésithérapeutes équipés des appareils recommandés et de ce fait, engendrerait une concurrence déloyale pour ceux qui ne seraient pas dotés de la machine citée.

Règle n°6 : Aucune mention de technique ne devrait être mentionnée car le kinésithérapeute est libre de ses choix ; il a une obligation de résultat et de moyens et non une obligation de technique. Mais toute technique mentionnée sur la prescription s'impose⁵: en conséquence là aussi le

⁵ NGAP Titre XIV, introduction : « le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute. »

kinésithérapeute est en droit de refuser la prescription et de la faire modifier (cf. chapitre « On fait quoi si le libellé n'est pas adapté ? »)

On voit ici que le contenu de la prescription a un cadre bien défini sans toutefois proposer de libellé spécifique en sénologie. Que faire alors ?

La NGAP propose, dans la prise en charge des affections orthopédiques et rhumatologiques, des cotations en fonction du nombre de territoires concernés ; le contexte, avec ou sans chirurgie, venant compléter la cotation. L'assimilation des troubles identifiés en sénologie à ces cotations « musculosquelettiques » est tout à fait possible et recommandée : la majorité des troubles et déficits rencontrés en sénologie affectent l'épaule, le membre supérieur, voire le tronc, le rachis ou les membres inférieurs, s'accompagnent de douleurs, de dyskinésies de la scapula, parfois de neuropathies⁶, ou de troubles respiratoires⁷, de déconditionnement musculaire avec un fort impact sur la qualité de vie⁸. Cette qualité de vie en particulier celle en rapport avec des critères fonctionnels, a d'ailleurs été corrélée à la mortalité⁹.

On comprend donc que la prise en charge kinésithérapique est fondamentale, que la prescription ne doit jamais être un frein à une prise en charge adaptée, et que cette prise en charge adaptée sera en corrélation avec une ou des cotations adaptées.

Par exemple pour pouvoir utiliser à bon escient les cotations ci-dessous on comprend que le BDK réalisé par le kinésithérapeute soit indispensable ; il permettra d'établir un état des lieux des déficits et aidera à déterminer les territoires concernés, que la personne soit opérée ou pas.

- Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras
 - Opérée VSC 7,50
- Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur

⁶ Guo S, Han W, Wang P, Wang X, Fang X. Effects of exercise on chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. J Cancer Surviv. 2023 Apr;17(2):318-331.

⁷ Peel AB, Thomas SM, Dittus K, Jones LW, Lakoski SG. Cardiorespiratory fitness in breast cancer patients: a call for normative values. J Am Heart Assoc. 2014 Jan 13;3(1):e000432.

⁸ Macdonald ER, Amorim NML, Hagstrom AD, Markovic K, Simar D, Ward RE, Clifford BK. Evaluating the effect of upper-body morbidity on quality of life following primary breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis. J Cancer Surviv. 2024 Oct;18(5):1517-1547.

⁹ Suzuki K, Morishita S, Nakano J, Okayama T, Inoue J, Tanaka T, Fukushima T. Association between quality of life and mortality risk in patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer. 2024 Jul;31(4):552-561.

- Avec chirurgie sur au moins un segment : VSC 7,52
- Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés
 - Sans chirurgie TER 9,49 (9,79 depuis l'avenant 8, fin mai 2026)
 - Avec chirurgie sur au moins 1 territoire TER 9,51(9,81 depuis l'avenant 8, fin mai 2026)

Le libellé de la prescription, est capital ; les prescripteurs ne sont pas toujours suffisamment informés des règles de prescription. Une synthèse de celles-ci, à leur transmettre, est placée en annexe, sous la forme de recommandations.

LE BILAN DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE (BDK) EN SENOLOGIE : QUE FAIRE, QU'EN FAIRE ?

Réaliser un BDK est une obligation légale pour le kinésithérapeute depuis 1996¹⁰; il doit mettre en avant les déficits fonctionnels (chiffrés de préférence) ainsi que les objectifs et moyens thérapeutiques envisagés. Sous forme de fiche de synthèse¹¹ dès lors que le traitement dépasse 10 séances, il sera envoyé en fin de traitement au prescripteur pour information via les messageries sécurisées et tenu à la disposition du patient (ou remis au patient pour transmission au médecin). En cas de contrôle et de demande de justification de cotation par l'Assurance Maladie, il sera alors remis au service du contrôle médical, mais jamais au contrôle administratif (secret médical oblige).

Le BDK est reconnu comme l'un des outils principaux d'information, de coordination et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des soins de kinésithérapie par l'Assurance Maladie.

Le BDK, bilan associé à un traitement de kinésithérapie prescrit, est cotable en:

- **AMK 10,7** de façon générale (hormis exception neurologique et neuromusculaire ci-dessous) et facturé à la 1^{ère} séance puis à la 30^{ème} séance puis toutes les 20 séances.
 - Suites de la chirurgie axillomammaire
 - Présence d'un LOMS
 - Sarcopénie (liée à la chimiothérapie ou à l'inactivité)
- **AMK 10,8** s'il est lié au traitement des conséquences des affections neurologiques et musculaires (en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires); il sera facturé à la 60^{ème} séance puis toutes les 50 séances:
 - Neuropathies liées à la chimiothérapie

Un bilan préopératoire, le bilan isolé, prescrit lui-aussi, mais sans séances de kinésithérapie prescrites ou en cours, est possible et préconisé en sénologie : il est cotable AMK8.5 (pour deux membres ou un membre et le tronc) et décrira l'état orthopédique préopératoire, mais aussi fera un tableau de l'état de santé musculo-articulaire, tant en termes de compétences musculaires que de compétences à l'effort, ainsi que le mode

¹⁰ Article 2 du décret n°96-879 du 8 octobre 1996, codifié par décret en 2004 à l'article R.4321-2 du code de la santé publique.

¹¹ Voir en annexe les conseils pour rédiger une fiche de synthèse

de vie habituel de la patiente (sédentaire, inactive, active, sportive, etc.) .Cet acte isolé préopératoire aura aussi l'intérêt de la primo prise de contact ; il pourra être accompagné d'un acte d'éducation à la santé, acte non nomenclaturé, en hors convention (HC).

De nombreux exemples de BDK existent, certains sont généraux, d'autres plus spécifiques de pathologies particulières ; dans le domaine de la sénologie, le RKS propose en ligne une fiche bilan spécifique pouvant servir de modèle ainsi qu'un bilan à réaliser en préopératoire (figurant en annexe).

À l'issue de ce bilan, l'état du patient sera connu précisément du thérapeute qui pourra alors mettre en place une stratégie thérapeutique ; celle-ci pourra cependant être affinée au cours des séances grâce à la connaissance encore plus approfondie du patient lors de l'avancée de la prise en charge.

En parallèle, ce bilan permettra de décider d'une cotation en rapport avec les territoires touchés par la maladie ou par les effets secondaires des traitements.

Ce bilan et les bilans successifs permettront également de justifier de l'évolution de l'état du patient et de l'adaptation des techniques à cette évolution ; en outre il sera l'outil principal permettant de justifier l'arrêt ou la poursuite des soins de rééducation fonctionnelle.

En sénologie, la phrase suivante est souvent mentionnée : il n'y pas « un » mais « des » cancers du sein. Il pourrait en être autant des patients et patientes touchées avec donc une variété de libellés de prescriptions. Ceci étant il est facile de comprendre qu'une certaine uniformité puisse être recherchée afin de faciliter la tâche de l'assurance maladie, organisme de paiement mais aussi de contrôle des actes.

Un certain nombre de situations vont être envisagés ci-dessous afin de pouvoir définir la cotation la mieux adaptée dans les situations du quotidien du kinésithérapeute.

TERRITOIRES ? POURQUOI PAS, MAIS LESQUELS EN SÉNOLOGIE ?

La NGAP évoque uniquement des territoires, désignant un membre ou partie d'un membre ou du rachis ou de segments (segment de membre, segment du rachis).

Cas de la prescription mentionnant un ou des territoires/segments :

Si la prescription précise un territoire à prendre en charge, cela s'impose, et le traitement kinésithérapique (et donc la cotation) devra se limiter à ce territoire. Dans ce cas, la prise en charge à but thérapeutique d'un territoire non prescrit est en effet interdite, et donc sa facturation interdite aussi.

Cependant il est usuel que le kinésithérapeute constate, lors de son évaluation initiale (BDK) que des territoires non prescrits souffrent de déficits fonctionnels et nécessitent une prise en charge adaptée.

Attention ! La notion de thorax n'existe pas dans la NGAP kiné (Titre XIV) et est à refuser si elle est mentionnée, pouvant générer un refus de cotation TER (par ex sur Membre supérieur et thorax). Il faudra alors demander, si le prescripteur tient à citer les territoires, la mention de Tronc qui est présente 6 fois dans le Titre XIV :

Kinésithérapie du membre supérieur et du tronc"

De même la notion d'épaule est glissante, certains contrôleurs considérant que l'épaule fait partie de la ceinture scapulaire donc comprise dans la rééducation du rachis et du tronc. Il est conseillé de faire modifier en demandant « membre supérieur » plutôt qu'« épaule », ce qui en plus est cohérent médicalement parlant et évitera des litiges inutiles de cotations.

Il conviendra dans ces cas que le kinésithérapeute fasse modifier le libellé de la prescription, ou fasse rajouter une seconde prise en charge du territoire non identifié auparavant.

La procédure est décrite dans le chapitre « On fait quoi si le libellé n'est pas adapté ».

Cas de la prescription ne mentionnant pas de territoires/segments

De façon générale et logique, il est cohérent de considérer que le BDK va identifier les territoires à prendre en charge et le kinésithérapeute pourra alors, soutenu par son bilan initial, justifier ses choix (et sa ou ses cotations) en cas de contrôle.

Dans certains cas, s'il est nécessaire d'entreprendre une rééducation complémentaire, il conviendra de solliciter le prescripteur pour une seconde prescription.

Par exemple, si le kinésithérapeute a identifié une neuropathie, il devra,

conformément à la loi¹² et en suivant les recommandations du chapitre «On fait quoi si le libellé n'est pas adapté», demander une prescription complémentaire de «*rééducation neurologique dans le cadre de son ALD*» afin de pouvoir faire une seconde séance consécutive, conformément à la convention en vigueur depuis l'avenant 7¹³.

Attention :

1. L'accès direct (pour les kinésithérapeutes exerçant en structures conformes) ne permet pas le cumul automatique, l'accès direct ne valant pas prescription¹⁴.
2. Le cumul n'est pas possible si le contenu de la deuxième séance est déjà compris dans l'acte initial ; par exemple, le travail d'étirement des pectoraux ou de drainage du creux axillaire ne justifient pas une cotation tronc supplémentaire -passage en TER9.51- car ils sont compris dans la rééducation du membre supérieur et de l'épaule¹⁵.

¹² Art R4321-2 CSP : «...Elle (ndlr : la fiche de synthèse) est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.»

¹³

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/MK%20Avt%205%20consolid%C3%A9%20avec%20avt%206%20d%C3%A9cision%20CE%2011%2007%2019%20et%20avt%207_aout%202023VF4.pdf

¹⁴ Point 6.3 de <https://circulaires.ameli.fr/sites/default/files/directives/cir/2024/CIR-13-2024.pdf>

¹⁵ tout comme par exemple, hors pathologie spécifique abdominale, le travail abdominal de gainage est compris dans la rééducation du lombalgique.

CANCER DU SEIN BILATÉRAL, MASTECTOMIE BILATÉRALE : ON FAIT QUOI ?

La NGAP interdit de réaliser 2 séances le même jour si la prescription est la même pour les deux séances. Pourtant ce serait nécessaire parfois pour une prise en charge concernant les 2 seins.

Ce besoin de deux séances à la suite peut concerner les tableaux cliniques suivants :

- Un cancer du sein du sein bilatéral, c'est à dire avec un diagnostic de cancer des deux seins au même moment ou avec un décalage de moins de 6 mois
- Un cancer du sein avec reconstruction immédiate ou différée et symétrisation de l'autre sein
- Une mastectomie bilatérale prophylactique avec reconstruction immédiate pour une femme porteuse d'un gène la rendant à haut risque de développer un cancer du sein
- Une oncoplastie unilatérale avec symétrisation du sein controlatéral.

Pour ne pas faire revenir une patiente une 2^{ème} fois et pouvoir réaliser deux séances consécutives, le même jour, il est nécessaire :

- D'avoir 2 prescriptions distinctes
- Dans 2 articles distincts de la NGAP : exemple orthopédie et vasculaire
- Pour 2 régions anatomiques distinctes.

Si cela est possible, au regard des résultats du BDK, il sera nécessaire de demander l'écriture de deux libellés distincts comme par exemple :

- « *Rééducation vasculaire dans le cadre de son ALD* » (pour un RAV 8 s'il existe un lymphœdème vrai) et « *rééducation sur déficit orthopédique dans le cadre de son ALD* » (pour un TER 9,51)
- « *Rééducation sur déficit orthopédique dans le cadre de son ALD* » (pour un TER 9.51) et « *rééducation respiratoire à l'effort* » (pour un ARL 8.5) s'il existe une clinique ventilatoire (justifiée par le BDK : dyspnée, hypovolumétrie, raideurs thoracique restrictive, désaturations, etc.)

Dans le cadre de ces prescriptions non « territorialisées » c'est bien le BDK qui justifiera du choix des territoires et de la cotation, soutenu par d'éventuels documents médicaux.

« MASSAGE DE LA CICATRICE DE MASTECTOMIE », ON FAIT QUOI ?

Lorsqu'un libellé ne fait pas référence à un acte prévu à la NGAP, la séance rentre dans le Hors Nomenclature/Hors Convention (HN/HC) et doit faire l'objet d'honoraires fixés avec tact et mesure¹⁶ selon la déontologie de la kinésithérapie - Le massage seul n'entrant pas dans le champs de la NGAP-

Cependant, il est établi que la prestation ne se limite pas à un simple massage, mais met nécessairement en œuvre des manœuvres de mobilisations passives et actives des tissus, d'étirements, de postures.

Il semble donc préférable, vu le contexte, ALD et de pathologie lourde, de demander une reformulation de la prescription, avec toujours le BDK en support, ce qui conduira à une prise en charge par l'assurance maladie de ces soins indispensables.

Dans le respect du secret médical, il apparaît que la mention « mastectomie » n'est pas conforme, et qu'un simple libellé de « kinésithérapie post opératoire pour déficits fonctionnels dans le cadre de son ALD » permettra de prendre en charge ces cicatrices, avec mobilisation du MS et du thorax, pour un TER9.51.

Encore une fois ici c'est bien le BDK réalisé par le kinésithérapeute qui permettra d'entrer en contact avec le prescripteur, pour faire la demande d'une reformulation pour une prise en charge plus large que le « massage de la cicatrice ».

Le BDK fourni mettra bien en évidence dans les suites de mastectomie: des limitations articulaires chiffrées de l'épaule, des douleurs (cotées avec une échelle analogique de la douleur) en lien avec les adhérences, une attitude de protection de la zone opérée (distance mur acromion en comparaison du côté non opéré), une dyskinésie de l'omoplate conséquence de l'enroulement de la ceinture scapulaire, des contractures cervicales du fait de la posture et des troubles de la ventilation, réduite du fait de la cicatrice (spirométrie).

¹⁶ **Article R. 4321-98 du CSP** : Les honoraires du masseur-kinésithérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. Le masseur-kinésithérapeute se conforme aux dispositions des articles L. 1111-3-2 et L. 1111-3-3 en ce qui concerne l'information du patient sur les frais afférents à ses prestations et aux conditions de prise en charge et de dispen

Attention : Si le BDK ne met pas en évidence de déficits fonctionnels objectivés, le kinésithérapeute agira alors à titre esthétique, donc en HN/HC.

La prise en charge de cicatrices à impact fonctionnel dans le cadre de la sénologie fait partie intégrante de l'acte, et ne justifie jamais un dépassement quel qu'il soit, même avec usage de technologie ou de techniques particulières, qui sont du choix entier du kinésithérapeute, par gout ou appétence.

De la même façon et par analogie, les prises en charge plus spécifiques de Lymphocèles, brides pectorales, douleurs, scapula alata ou dyskinésies scapulaires ne justifient pas de HN/HC, faisant partie du traitement nomenclaturé.

BOUGER CONTRE LA SARCOPÉNIE, CONTRE LES NEUROPATHIES ? NOMENCLATURE OU HORS NOMENCLATURE ?

La sarcopénie

Dans le cadre de la prise en charge en sénologie il est souvent nécessaire de s'intéresser à la sarcopénie en particulier comme effet secondaire de la chimiothérapie¹⁷. En parallèle l'activité physique (AP) a été démontrée comme efficace dans la lutte contre les effets secondaires des différents traitements et la prévention des récives ; on sait aussi que l'AP a démontré son impact positif sur la survie dans ce contexte.

Comment doit être prescrite cette lutte contre la sarcopénie ? Doit-elle rentrer dans la prescription de kinésithérapie ou bien pourrait-elle entrer dans le cadre du « sport sur ordonnance » ?

En effet, la modalité de réalisation des exercices, en intensité, en durée, mais aussi le mode de réalisation des séances, en groupe par exemple, pourrait faire pencher le type de prescription soit, vers la kinésithérapie, soit, vers le « sport sur ordonnance ». Ceci étant on sait que la prise en charge financière sera différente selon l'alternative choisie en particulier avec le risque d'augmenter le « reste à charge » imposé aux patientes en sénologie qui, on le sait, est déjà très élevé.

De façon quasi systématique, le kinésithérapeute prenant en charge une patiente en sénologie devrait tester la sarcopénie. Le Hand grip test^{18,19} est la plus façon la plus facile, fiable et opposable. On peut aussi utiliser le test assis-debout, décrit par la HAS²⁰, utilisé aussi pour les personnes âgées.

Si cette évaluation met en évidence une sarcopénie il sera nécessaire d'en rendre compte au médecin prescripteur par envoi de cette évaluation argumentée. Une prise en charge complémentaire adaptée, peut alors être demandée avec une seconde prescription de « kinésithérapie pour

¹⁷ Mallard J, Hucteau E, Hureau TJ, Pagano AF. Skeletal Muscle Deconditioning in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Current Knowledge and Insights From Other Cancers. Front Cell Dev Biol. 2021 Sep 14;9:719643.

¹⁸ Marie Treuil. Dépistage de la dénutrition et de la sarcopénie en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04517051

¹⁹ https://www.hug.ch/vdoc/HUG_000000843.pdf

²⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_icope.pdf

réhabilitation musculaire global ». Le kinésithérapeute pourra alors coter cette rééducation TER 9.49, puisqu'il s'agit alors bien d'un déficit fonctionnel orthopédique.

À noter que cette deuxième séance pourra compléter une séance plus ciblée sur les conséquences de la chirurgie du sein et de l'aisselle.

Si une prise en charge en groupe est souhaitée (émulation, côté ludique, etc.) et réalisable (espace, groupe homogène, volonté du kinésithérapeute, etc.), la loi autorise à le faire sous réserve que les critères suivants soient respectés : 3 personnes maximum avec une durée de séance de 3 fois 30 minutes soit 90 minutes.

Le médecin prescripteur peut choisir d'orienter la patiente plutôt vers le « sport sur ordonnance »

Il doit alors savoir que :

- Le kinésithérapeute n'est pas le seul professionnel autorisé à dispenser des cours d'AP²¹, la prescription du sport sur ordonnance n'est donc pas a priori une prescription à destination du kinésithérapeute ; l'usage d'une ordonnance bi-zone ne sera pas indiqué dans le cas de cette prescription du sport sur ordonnance, puisque non prise en charge par l'assurance maladie.
- La prescription du « sport sur ordonnance » doit répondre à un raisonnement thérapeutique bien défini²² et être de préférence sur le modèle défini par l'arrêté ministériel du 28/12/2023²³ ; elle doit alors comporter les mentions suivantes :
 - Durée de prescription : entre 3 et 6 mois renouvelable (par le médecin ou le kinésithérapeute) à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient
 - Activité préconisée : selon les référentiels d'aide à la prescription d'AP²⁴, dans le cadre des déplacements, activités domestiques, de loisirs, ou du sport (adaptation santé d'une activité sportive), répondant aux recommandations de renforcement musculaire, travail de l'endurance et de la souplesse, plus ou moins travail de l'équilibre et de la coordination en fonction des déficits.

²¹ En cas de déficiences fonctionnelles sévères seuls les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens sont habilités à animer une séance d'AP ; les autres professionnels de l'AP et en particulier les éducateurs en activité physique adaptée (APA) peuvent animer des séances d'APA pour des personnes présentant des déficits moyens ou minimes. Instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017

²² www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/arbre_decisionnel_activite_physique.pdf

²³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048737644>

²⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf

- Fréquence et intensité des séances
- Restrictions et/ou limitations fonctionnelles à prendre en compte

Cette prescription ouvre droit au patient à la réalisation d'un bilan d'évaluation de sa condition physique et de ses capacités fonctionnelles ainsi qu'à un bilan motivationnel, bilan effectué par une personne qualifiée comme le kinésithérapeute²⁵; ce bilan sera réalisé à l'entrée puis à la fin du programme d'APA²⁶.

Les séances d'APA réalisées dans ce contexte ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, même si elles sont réalisées dans le cabinet du kinésithérapeute. En revanche pour que le kinésithérapeute puisse facturer ces séances (Hors nomenclature -HN- et Hors convention -HC-) il doit :

- Obligatoirement²⁷ demander et obtenir sa carte d'éducateur sportif même si son diplôme lui donne de fait cette qualification qu'il pourra afficher sur sa plaque professionnelle : <https://declaration-educateur.sports.gouv.fr>
- Afficher ses tarifs dans sa salle d'attente (tarifs pour le bilan sport santé, les séances de coaching individuel, les séances collectives, etc.)
- Préciser sur cet affichage que les séances ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie mais que certaines assurances ou mutuelles assurent cette prise en charge ; la liste de celles-ci est régulièrement mise à jour sur le site : https://azursportsante.fr/_0/upload/outils/Listing-des-mutuelles/Listing-mutuelles-et-assurances-2025.pdf
- Établir un devis avant la réalisation des séances (si la somme engagée dépasse 70 €) et une facture lors du règlement de celles-ci

²⁸.

Dans son cabinet, le kinésithérapeute pourra, sous couvert d'une formation spécifique, proposer des cours collectifs ou individuels de Pilates, yoga, gymnastique globale, aviron indoor, fitness adapté, en fait toute APA à visée de récupération des déficits occasionnés par les traitements dont la

²⁵ https://www.ippp.fr/_files/ugd/707acc_c97f249806c24698ae07439547a4e45d.pdf

²⁶ Article D.1172-2 du Code de la Santé Publique.

²⁷ L212 et L212-11 du Code du sport

²⁸ Arrêté du 30 mai 2018, article 7 : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000037033179/2018-07-01>

sarcopénie fait partie avec les conséquences bien connues sur l'avenir de l'individu.

On peut facilement imaginer que le fait de pratiquer en parallèle de la kinésithérapie, une APA chez le kinésithérapeute, soit pour les patientes en sénologie, source de motivation et d'assiduité²⁹:

- Le professionnel est connu et reconnu
- Le lieu est familier
- L'adaptation aux exercices est personnalisée
- La pratique en groupe favorise la motivation et l'émulation
- Les progrès et les limites dans la pratique de l'AP sont connus du professionnel du fait du suivi en kinésithérapie.

Cependant si le kinésithérapeute ne souhaite pas dispenser dans son cabinet des cours individuels ou collectifs d'APA il se doit d'orienter les patientes vers des associations, vers des Maison Sport Santé, vers des confrères ou consœurs kinésithérapeutes ayant cette spécificité et enfin vers des clubs ayant l'accréditation « sport-santé » de leur Fédération comme, escrime santé, escalade santé, aviron santé, tennis santé etc.

Les neuropathies

Les neuropathies en rapport avec la chimiothérapie³⁰ touchent les orteils et les doigts ; les deux pieds et les deux mains seront potentiellement des territoires à ajouter à la prise en charge lors des séances de kinésithérapie de base en sénologie autour des zones opérées, sein et aisselle.

Cet ajout pourra se faire à l'aide de la cotation NMI 10.01 (« rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires, atteinte de plusieurs membres) qui complètera donc la cotation TER 9.51 initiale.

Le BDK devra mettre en évidence la présence de ces neuropathies grâce au DN431 puis les caractériser précisément quand elles existent grâce au questionnaire NPIS (Neurophic Pain Symptom Inventory)³¹.

Ceci étant, comme pour la prise en charge de la sarcopénie il se pourrait que la kinésithérapie laisse place à la pratique d'APA avec une prescription du «

²⁹https://www.sfpapa.fr/assets/docs/workshop_AP_cancer/Synthese%20Workshop%20Activité%20Physique%20&%20Cancer.pdf

³⁰ En particulier en raison de la perfusion de taxanes (taxotère, taxol).

³¹www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/image_npsi.pdf

sport sur ordonnance » pour agir de manière plus globale sur les neuropathies³¹ permettant ainsi de prolonger le traitement de chimiothérapie ; ainsi dans une même séance d'APA il sera possible d'associer les deux prises en charge, celle de la sarcopénie et celle des neuropathies (cf. ci-dessus).

Attention : Lorsqu'une patiente utilise un vélo statique, un elliptique ou un rameur mis à disposition dans le cabinet, en libre-service (donc hors de votre présence), pendant par exemple 30 à 60 minutes après la séance de kinésithérapie, même selon un programme préalablement défini, cela est assimilable à du sport-santé donc non remboursable par l'assurance-maladie.

S'il existe une prescription distincte de « kinésithérapie sur atteinte neuropathique » avec des exercices qui devront donc être effectués en présence du kinésithérapeute, ce sera alors de la kinésithérapie remboursable, en NMI10.01, venant parfois compléter une autre séance plus spécifique de la chirurgie du cancer du sein.

³¹ Guo S, Han W, Wang P, Wang X, Fang X. Effects of exercise on chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. J Cancer Surviv. 2023 Apr;17(2):318-331.

ON FAIT QUOI SI LE LIBELLÉ DE LA PRESCRIPTION N'EST PAS ADAPTÉ AUX CONCLUSIONS DU BDK

Problème : le libellé n'est pas adapté aux conclusions du BDK et présente des irrégularités :

- Car Il y a mention de la pathologie (non-respect du secret médical)
- Car le libellé use d'une terminologie ou d'actes non nomenclaturés
- Car il y a mention d'une marque ou de technologie que l'on ne possède pas ou que l'on ne veut pas utiliser

Attention : la mention sur une prescription de marques connues d'appareils de palper-rouler aspiré, de plateformes motorisées de mobilisation, ou de micro-courants (ou autres) est contraire à la déontologie, et est donc à refuser, car générant parfois détournement du patient vers un kinésithérapeute équipé, qui pourrait sembler "meilleur" au patient. Si ces outils sont utiles et pratiques, ils ne sont jamais indispensables. Une rééducation d'excellente qualité peut être menée sans eux. Leur usage reste du choix entier du kinésithérapeute, et pour rappel ne peuvent jamais, dans le cadre de la prescription médicale, et à ce jour, faire objet d'un dépassement d'honoraire en HN/HC.

- Car il est précisé le nom des techniques à utiliser
- Car il y a visiblement une confusion avec le « sport sur ordonnance » ou de l'activité physique adaptée APA
- Car elle est restrictive au regard des déficits fonctionnels identifiés par le BDK, et donc des actes à réaliser.

Si le libellé n'est pas adapté au BDK réalisé de manière complète et exhaustive, documenté et chiffré, il sera immédiatement adressé au prescripteur avec demande adjacente de modification (en incluant le ou les libellés adaptés)

- Par Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) si possible en prévenant le prescripteur ou son secrétariat de cet envoi par téléphone texto ou autre
- Par envoi postal
- Par l'intermédiaire du patient (qui aura à charge de lui remettre ou pas, selon ses choix et diligences, et en assumera alors les conséquences)

- En mains propres, afin d'en profiter pour échanger avec lui sur les prescriptions à venir, et sur les compétences des kinésithérapeutes en particulier en sénologie.

L'échange téléphonique est possible, mais déconseillé, sans traçabilité, et souvent déranger le professionnel interlocuteur.

Le courriel non-sécurisé est une possibilité, moins recommandable que la MSS.

Il est conseillé également de tracer cette demande par dépôt du BDK et courrier sur le Dossier Médical Partagé (DMP) de la patiente, dans son espace santé, certains des logiciels-métier le permettent facilement).

La demande sera bien entendu faite au nom de la santé du patient et non de la rémunération du kinésithérapeute.

LE HORS-NOMENCLATURE

En dehors des activités de Sport-santé ouvertes aux kinésithérapeutes titulaires de la carte d'éducateur sportif, développées précédemment, il est possible de faire des actes d'éducation à la santé hors-nomenclature, bien distincts des actes de soins.

Ainsi, un kinésithérapeute pourrait envisager de faire des séances d'information en santé, auprès des patientes reçues récemment, en proposant une séance collective (3 à 4 nouvelles patientes) de 1 heure avec :

- Présentation des pathologies en sénologie, de l'anatomie du sein et du thorax, de la physiopathologie lymphatique, circulatoire, de ce qu'est une sarcopénie et l'intérêt de la vérifier, de ce qu'est une possible neuropathie, etc.
- Production de tableaux et schéma explicatifs
- Projections de vidéos courtes ou de support de type PowerPoint
- Rappel et explication des règles d'hygiène de vie et de l'intérêt de l'activité physique en prévention des facteurs de risque modifiables
- Questions-réponses

Cet acte HN, tarifé avec tact et mesure, permet à la fois de majorer l'adhésion des patientes au traitement, de factualiser un acte oublié, tout en valorisant la compétence du kinésithérapeute sur ce rôle essentiel.

***Attention :** Des conseils dispensés au cours des séances, au fil du traitement, de façon éparse et non factuelle ne peuvent pas faire objet d'une facturation HN. Il convient pour éviter tout souci de bien objectiver ces séances d'éducation à la santé de façon formelle.*

CONCLUSION : DES PISTES POUR L'AVENIR ?

On l'a vu, les cotations en sénologie sont encore imprécises, mal adaptées à l'évolution des traitements et à la réalité des effets secondaires qui touchent les femmes et les hommes traités pour un cancer du sein.

Dans l'avenir et le plus rapidement possible compte tenu de l'incidence du cancer du sein en France en constante augmentation, 2 actes spécifiques à l'oncologie mammaire devraient être ajoutés à la nomenclature professionnelle :

Un acte de rééducation cicatricielle :

La rééducation cicatricielle constitue un **acte à part entière**, indispensable dans de nombreuses situations post-chirurgicales (chirurgie mammaire, reconstructions).

Elle vise à :

- Améliorer la mobilité des tissus,
- Diminuer les douleurs et adhérences,
- Restaurer la fonction,
- Prévenir les troubles posturaux et fonctionnels secondaires,
- Améliorer le confort et la qualité de vie des patientes.

Cet acte nécessite :

- Une formation spécifique,
- Du temps de soin adapté,
- Un savoir-faire technique précis.

Sa reconnaissance explicite permettrait une **meilleure lisibilité**, une **juste valorisation** du travail réalisé et une prise en charge plus cohérente au regard des besoins réels des patients.

Une prise en charge pour 2 actes réalisés le même jour adaptés à une prise en charge bilatérale (cancers bilatéraux en augmentation aujourd'hui, reconstruction mammaire et symétrisation, chirurgie prophylactique)

Il apparaît logique et médicalement pertinent de permettre :

- La réalisation d'actes le même jour pour une prise en charge bilatérale,
- Une reconnaissance adaptée de la charge de travail réelle du professionnel,
- Une optimisation du parcours de soins pour le patient, en évitant la multiplication des séances inutiles.

Cette évolution favoriserait :

- Une meilleure efficacité thérapeutique,

- Une réduction de la fatigue et des déplacements pour les patientes,
- Une cohérence entre la pratique clinique et le cadre réglementaire.

En complément, il serait judicieux, à côté de la spécificité en cancérologie, de faire reconnaître par L'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes une spécificité « Sénologie », plus adaptée à la réalité des pathologies d'aujourd'hui et du rôle de la kinésithérapie dans ce contexte.

La prise en charge en sénologie (cancer du sein, pathologies mammaires bénignes, reconstructions, lymphœdèmes, troubles cicatriciels et fonctionnels associés) requiert des **compétences spécifiques**, sur le plan technique et relationnel.

Cette spécificité implique :

- Une connaissance approfondie des traitements chirurgicaux, médicaux et radiothérapiques du sein,
- La maîtrise des techniques de rééducation post-chirurgicale et post-oncologique spécifiques,
- Une expertise dans la prévention et la prise en charge des complications (douleurs, raideurs, troubles de la sensibilité, lymphœdème),
- Un accompagnement global, physique et psychocorporel, des patientes.

Une reconnaissance officielle par l'Ordre permettrait :

- De mieux identifier les professionnels formés,
- De sécuriser les parcours de soins,
- De valoriser les compétences acquises par des formations dédiées,
- D'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge des patientes.

ANNEXES

À quoi sert une fiche de synthèse et comment la rédiger ?

Ce résumé succinct des points important du bilan permet :

- D'informer le médecin prescripteur du déroulement des soins, à la fin de ceux-ci ou en cas de nécessité au cours du traitement (exemple en cas d'incidents, interruption imprévue, demande de poursuite des soins etc. Ce courrier est obligatoire au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances.
- De justifier si besoin auprès de l'assurance maladie, la cotation choisie par le kinésithérapeute pour la facturation des soins,
- De garder en mémoire ce point intermédiaire ou final de l'évolution de la patiente dans son dossier kinésithérapique.
- Comme tout courrier envoyé au médecin ou aux autres professionnels de santé, de faire connaître et reconnaître les compétences des kinésithérapeutes (par ailleurs interdits de publicité).

Tenu à la disposition du patient s'il le demande, il fait partie de l'alliance thérapeutique en mettant le patient au centre du traitement en tant qu'acteur de son traitement.

En rapport avec la fiche BDK en sénologie mise à disposition par le RKS, cette fiche de synthèse en reprend les principaux items. Cette synthèse doit être imaginée comme une lettre au prescripteur dont le contenu serait la réponse à des questions obligatoires (écrites en rouge ci-dessous) ; pour plus de clarté, seules les questions figurent ici, les réponses sont issues du dossier bilan et propres à chaque patiente. Les réponses aux questions en mentionnant les points les plus pertinents créent cette synthèse ; ces points doivent permettre d'imaginer la patiente.

Aide à la rédaction d'une fiche de synthèse :

En cas de lettre à l'assurance maladie pour justifier d'une cotation, seuls certains items seront retenus ; ils sont pointés ici avec un *

***De qui s'agit-il ?**

Quelle est sa profession, sa situation familiale, son âge au moment des séances, ***la date de prescription et le nom du prescripteur ?**

Quel est son mode de vie ?

Quel est son côté atteint et son côté dominant, le cas échéant le côté de la chambre implantable ?

Existe-t-il des comorbidités ?

***La patiente a-t-elle reçu une chirurgie ?** si oui date et type.

*Quels sont les autres traitements suivis, leur durée ou leur date de début / ou de fin ?

***Quelles sont les régions du corps concernées par les troubles ?**

*Quels sont les principaux déficits loco-régionaux et/ou systémiques ?

Quelle est la date de la prise en charge kinésithérapique, combien de séances ont été réalisées depuis, à raison de quelle fréquence hebdomadaire ?

Quelles sont les objectifs majeurs de la prise en charge et les principales techniques employées lors des séances ou en dehors (hands on / hands off) ? y compris les objectifs de la patiente.

*Des incidents de parcours ou des complications ont-ils existé ?

*Quels sont les résultats / améliorations / aggravations constatées ?

Quels ont été les obstacles, les freins à la mise en place des techniques envisagées ?

Est-ce que les objectifs de la patiente ont été atteints ?

Comment est le mental / moral de cette patiente ?

***Est-il nécessaire de continuer les séances ? de les espacer ? d'orienter autrement la prise en charge ?**

Quelles sont les recommandations déjà données ou à donner à cette patiente ?

LES FICHES BILAN DU RÉSEAU DES KINÉSITHÉRAPEUTES DU SEIN



Bilan pré-opératoire* - Chirurgie d'un Cancer du Sein

Les consultations pré-opératoires permettent d'anticiper la prise en charge des patients en kinésithérapie et cela s'avère nécessaire après la chirurgie. Elles ont trois objectifs majeurs :

- Repérer les comorbidités qui sont des freins à la récupération complète après les traitements
- Enseigner quelques exercices à faire dès la chirurgie pour limiter ses effets secondaires et récupérer au mieux tout en informant la patiente des éventuels incidents de parcours. Délectés précocement par la patiente ainsi sensibilisée, leur prise en charge par le service hospitalier en sera facilitée.
- Répondre aux questions que la patiente se pose en vue de la chirurgie et autres traitements adjuvants, et désamorcer les idées reçues.

*Bilan proposé par Jocelyne Rolland

Date du bilan pré-opératoire :		Type de chirurgie		Date prévue de l'intervention		Nom de l'oncologue :	
Nom du Chirurgien :		Téléphone : E-mail :		Situation familiale Profession :		Profession :	
Prénom :		Côté atteint : Dt G		Côté atteint : Dt G		Profession : + Force : oui non + Position : assise debout	
Côté dominant : Dt G		Sédentarité : + marche chaque jour : oui non + durée : + autre activité physique :		Habitudes de vie : + tabac : oui non + alcool : oui non		Morphologie : + tour de hanche : + tour de taille : Autre douleur ou pathologie musculaire squelettique significative ? + rachis cervical ? + rachis thoracique ? + rachis lombaire ? + autre région ? + EVA de 0 à 10 ?	
Problème d'épaule (côté atteint) : + oui non + lequel ?		Problème d'épaule (autre côté) : + oui non + lequel ?		Bilan épaule : + élévation (position de RT*) : OK à surveiller + Abd/Rot lat. (position de RT*) : OK à surveiller + Main dans le dos : OK à surveiller		possible avec douleur impossible avec douleur impossible avec douleur	
Chimiothérapie néo-juvénile : + oui non		Fatigue : + quand ? + de 0 à 10 ?		Neuropathies : + où ? MS MI Visage		Cathéter : + où ? Dt G	
Condition physique : + Test assis debout 30 s. + Nombre de répétitions : + Condition cardio-respiratoire : + Pathologie ? oui non + Mode de respiration : Abdominale Thoracique Mixte		Condition physique : + Force des MS : - Break test : abducteurs flexion coude rotateurs latéraux épaule + Force des MI : - Se relever du sol : avec aide d'1 tiers : avec appuis des mains : sans aide des mains :		Condition physique : + Force du tronc : - Faire des pompes face au mur - Ramasser un objet du plat en pliant les genoux - Faire un effort en soufflant et en serrant le ventre :			
Points d'attention : Le « mental » et le « physique »		Exercices proposés et remarques : Remise du livret, difficultés, facilités, réticences, etc...					

Le cancer du sein touche 1% d'hommes ; par souci de simplification on parle de patiente mais bien évidemment tout est transférable aux hommes atteints.

Les séances de kinésithérapie permettent aux patientes de récupérer tout déficit occasionné par les différents traitements chirurgicaux et adjuvants. Elles ont quatre objectifs majeurs :

- Gérer les incidents post-opératoires, les stases et œdèmes et les éventuelles douleurs.
- Enseigner des exercices pour entretenir l'amplitude de l'épaule et la force musculaire du membre supérieur.
- Entretenir voir améliorer les disformes pour qu'elles soient discrètes et n'impactent pas la qualité de vie.
- Amorcer le réentraînement à l'effort pour aboutir à la reprise de l'activité physique.

Date du bilan post-opératoire :			Date de l'intervention		Type de chirurgie :	
Nom de l'oncologue :			Traitements adjoints :		Période de prise en charge :	
Nom du chirurgien			Téléphone :		Situation familiale :	
Prénom :			E-mail :		Profession :	
Côte dominant :	Dt	G	/	Côté atteint :	Dt	G
Activité physique : + marche chaque jour : oui non + durée : + autre activité physique :						
Attitude de protection du sein : + oui non						
Respiration ? OK OK OK		Douleurs notables : oui non + lesquelles ?		Force musculaire : + Force : oui non + Position : assise debout		
Bilan épaule : + Elévation (position de RT*) : OK + Abd/Rot lat. (position de RT*) : OK + Main dans le dos : OK		Douleurs notables : possible avec douleur possible avec douleur possible avec douleur		Morphologie : + tour de hanche : + tour de taille : Catathéter : oui non + où ? Dt G		
Thrombose lymphatique superficielle : + invisible ? oui non + visible ? oui non + douloureuse ? oui non + localisation ?		Brinde pectorale : oui non Fatigue : oui non + quand ?		Scapula alata : oui non Zones de fibrose : oui non + localisation :		
Myopathies : oui non + où ? MS MI Visage		Neuropathies : oui non + où ? MS MI Visage				
Troubles sensitifs : + allodymie ? + dysesthésie ? + hypoesthésie ? + noter les territoires :						
Distances sensitives : + localisation 1 : état : qualité mécanique : + localisation 2 : état : qualité mécanique : + localisation 3 : état : qualité mécanique :						
Force musculaire : Mvmt choisi : + Tirage : + RE : + RI :						
Distance patiente / point d'attache						
Nbr de rép. avt fatigue						

Précisions sur les exercices de force musculaire :

Tirage : tirer sur l'élastique, coudes pliés, écartés du thorax, mains à hauteur des épaules.

RE = **Rotation externe en élévation** : monter les mains plus haut que les coudes restant à hauteur des épaules

RI = **Rotation interne** : emmener les mains dans le dos

Lymphoedème MS : + sensation de lourdeur dans le MS : oui non + lymphostase : oui non + diminution en déclive : oui non + action de la fatigue ? + action de l'exercice ?	Lymphoedème avéré : + prend le godet : oui non + localisation : + mesure :	Oedème du sein : + lymphostase : oui non + lymphoedème : oui non + mesure comparative : vertèbre - mamelon - sternum - droit : - gauche :
Effets secondaires de la CT		
Effets secondaires de la RT		
Effets secondaires de la HT		
Reconstruction : date des chirurgies : + type de reconstruction : + zones donneuses : + zones receveuses :	RMI + points notables + points notables :	RMS
Non reconstruction Extra plate		
Condition physique : + Test assis-debout 30 s : - Nombre de répétitions :	Condition physique : + Force du tronc : - Faire des pompes face au mur : - Ramasser un objet dos plat en pliant les genoux - Faire un effort en soufflant et en serrant le ventre	Condition physique : + Force du tronc : - Faire des pompes face au mur : - Ramasser un objet dos plat en pliant les genoux - Faire un effort en soufflant et en serrant le ventre
Conclusions du bilan : + l'impression générale : + les besoins de la patiente : + les déficits notables : + les points d'attention :		
Exercices proposés et remarques : Remise du livret post-opératoire, difficultés, facilités, réticences, etc.		

Le cancer du sein touche 1% d'hommes, par souci de simplification on parle de patiente mais bien évidemment tout est transférable aux hommes atteints

RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION À TRANSMETTRE AUX PRESCRIPTEURS

Votre kinésithérapeute spécialisé en sénologie vous informe :

La prescription en kinésithérapie répond à des recommandations précises, qui ont de plus évolué depuis la nouvelle nomenclature des actes professionnels parue en 2024.

Recommandation n°1 : Toute prescription de kinésithérapie doit mentionner obligatoirement l'indication de « rééducation fonctionnelle » ou de « kinésithérapie ».

Recommandation n°2 : La pathologie ne doit pas être mentionnée sur la prescription (secret médical) ; voici des libellés possibles en sénologie :

- « Kinésithérapie pour déficits fonctionnels orthopédiques post-opératoires, dans le cadre de l'ALD ».
- « Kinésithérapie pour déficit vasculaire post-opératoire, dans le cadre de l'ALD »
- « Kinésithérapie pour perte d'autonomie, dans le cadre de son ALD ».

Sur un document distinct de la prescription (éventuellement au dos de la prescription) la mention de la pathologie et/ou du type de chirurgie sera précisée.

Recommandation n°3 : Aucune mention du nombre de séances, ni de la fréquence par semaine, ni la durée du programme de kinésithérapie, ne doivent figurer sur la prescription (le bilan du kinésithérapeute fait foi).

Recommandation n°4 : Dans la mesure du possible, aucune mention de territoire corporel ne doit figurer sur la prescription (le bilan du kinésithérapeute fait foi).

Recommandation n°5 : Aucune mention de marque commerciale ne doit figurer sur la prescription (notion de concurrence déloyale).

Recommandation n°6 : Aucune mention de technique ne devrait être mentionnée (le kinésithérapeute est libre de ses choix de technique).

À la suite du traitement et comme la loi l'impose, le kinésithérapeute adressera au médecin prescripteur, une fiche de synthèse reprenant les

différents items du Bilan Diagnostic Kinésithérapique ainsi que les différentes étapes et résultats du traitement mis en place.