

Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation et pathologies cancéreuses

P. Calmels¹, M. Genty², J.-M. Wirotius³, I. Fayolle-Minon¹, B. Le-Quang¹, A. Yelnik⁴
Groupe Rhône-Alpes/Fedmer

¹Service MPR, hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne, F-42055 Saint-Étienne cedex 02, France

²Clinique privée de réadaptation Valmont, CH-1823 Glion, Suisse

³Service MPR, centre hospitalier de Brive, F-19312 Brive-la-Gaillarde, France

⁴Service MPR, hôpital Fernand-Widal, 200, rue du Faubourg-Saint-Denis, F-75010 Paris, France

Correspondance : paul.calmels@chu-st-etienne.fr

Reçu le 29 mars 2010 ; accepté le 20 juillet 2010

Criteria for the use of physical medicine and rehabilitation in the management of cancer patients

Abstract: *Introduction* : Physical medicine and rehabilitation (PMR) cares are limited in practice in France. The complexity of treatments and their potential effects on disability, life expectancy, constitute some chronic factors of the cancer diseases. This chronic evolution is more and more indication of PMR interventions to limit deficiency or disability.

Objectives : To present the PMR modalities at different situations of the cancer diseases evolutions.

Methodology : This paper reports the orientation in our outpatient unit, the modalities for cares in PMR, the role of PMR doctors and the different technological or competent needs for cancer patients with deficiency or disability.

Discussion : A new and important reflexion with information, studies and acquired experiences are necessary. Organization of cares, institutions and cooperation must be developed in this specific domain of the rehabilitation for cancer patients with disability.

Keywords: Physiotherapy – Occupational therapy – Second care institution – ICF – Disability – Deficiency

Résumé : *Introduction* : La prise en charge de la rééducation et de la réadaptation des affections cancérologiques reste encore limitée. La complexité croissante du traitement des cancers, l'espérance de vie, en faisant une maladie chronique, justifient de développer des programmes de rééducation et de réadaptation.

Objectifs : Évoquer les modalités d'une prise en charge en médecine physique et de réadaptation (MPR) selon les différentes phases d'évolution : phase aiguë, phase secondaire ou phase tardive.

Méthodologie : Ce travail rapporte les éléments constituant les critères d'orientation et de prise en charge en MPR, selon l'évolution, dans le champ des maladies cancéreuses, faisant état du rôle des médecins de MPR et des différents moyens techniques à mettre en œuvre pour ces patients, en fonction des localisations, des complications et prenant en compte l'ensemble des dimensions : déficiences, incapacités, handicaps.

Discussion : Au-delà de cette volonté de prise en charge de ce type de patients, un travail d'information et de formation, de modélisation des prises en charge mais aussi des outils de rééducation, des structures ambulatoires, de la constitution de filières sur l'ensemble de la prise en charge

dans ce champ spécifique, semble nécessaire à mettre en place.

Mots clés : Kinésithérapie – Ergothérapie – Soins de suite et réadaptation – Handicap – Déficience – Classification internationale du fonctionnement (CIF)

Introduction

La prise en charge des affections cancérologiques reste encore limitée dans le champ des compétences en médecine physique et de réadaptation (MPR). Pourtant, la complexité croissante du traitement des cancers offre une opportunité pour mettre en place et développer des programmes de rééducation et de réadaptation [3,7,10,13,15,18,19]. Une enquête effectuée en 2006 montrait que 4 % des patients en MPR présentaient un cancer avec des atteintes essentiellement médullaires et cérébrales, et la plupart des centres de MPR déploieraient un manque de connaissance de l'apport et des modalités techniques que la MPR pouvait apporter pour les patients présentant des déficiences et un retentissement fonctionnel consécutif à une affection cancéreuse [16].

La Société de MPR s'est engagée à développer son champ d'activité dans ce domaine, car le cancer constitue une affection chronique avec, comme toute affection chronique, son lot de conséquences

motrice, cognitive et fonctionnelle dans les actes de la vie quotidienne.

En 2001, la Fédération française de MPR (Fedmer) a proposé un référentiel sur les « Critères de prise en charge en MPR », révisé en 2008. Dans cette nouvelle version, un chapitre a été rédigé pour les affections cancérologiques. Cet article rapporte l'essentiel de ce chapitre, adapté à une terminologie nouvelle de l'identification des services de soins de suite liée à la publication des nouveaux décrets qui les régissent (décrets du 17 avril 2008 relatifs aux soins de suite et de réadaptation [SSR]). Ce référentiel vise, pour un certain nombre d'affections chroniques et invalidantes, à proposer des critères d'orientation en structures MPR (ou autres types de structures), selon l'état clinique et les déficiences en rapport avec les lésions, mais aussi l'état fonctionnel, psychologique et les conditions sociales et environnementales. Ce référentiel spécifie aussi les objectifs de rééducation-réadaptation, les moyens à mettre en œuvre et les modalités.

Il s'inscrit dans la démarche conceptuelle de la classification internationale du fonctionnement (CIF) selon une approche tridimensionnelle des conséquences des maladies et du handicap, prenant en compte les composantes organiques anatomiques et physiologiques, fonctionnelles et environnementales. Cette approche, reconnue et utilisée classiquement dans de nombreuses affections chroniques, peut être utilisée dans les suites de lésions cancérologiques sources de handicap [5,10,17,20].

Les affections malignes se caractérisent par la diversité de leurs atteintes cliniques et de leurs modalités thérapeutiques. Ainsi, leurs retentissements fonctionnel, psychologique et social peuvent nécessiter, au cours de leur évolution, une prise en charge en MPR ou en soins de suite médicalisés. La MPR est ainsi concernée dès lors qu'il existe une déficience relevant des techniques spécifiques de cette spécialité. Le médecin de MPR

intervient alors comme expert à la demande du cancérologue. En pratique actuellement, la prise en charge des patients présentant une affection cancéreuse en MPR est peu développée, peu structurée et ne fait l'objet que de peu de travaux de recherche et d'organisation sanitaire. L'objectif de ce chapitre est de présenter des critères qui nous paraissent essentiels dans l'orientation d'une prise en charge en MPR mais aussi en SSR.

Par souci didactique et de cohérence, nous avons choisi de présenter cette pathologie en phases initiale, secondaire et tertiaire, même si une telle linéarité n'est pas toujours rencontrée dans les pathologies cancéreuses, et encore moins dans la prise en charge de type rééducative. Les modalités de prise en charge en MPR souvent complexes se doivent d'être plus souples et adaptées aux conditions personnelles du patient et de sa maladie cancéreuse.

En préambule, il nous est apparu nécessaire de développer certaines notions, caractéristiques de la pathologie cancéreuse, mais que l'on peut toutefois aussi rattacher au contexte physiopathologique, clinique, évolutif de certaines autres affections chroniques invalidantes.

Notion de temporalité

Caractéristique même d'une affection chronique, la notion de temporalité est importante dans le cadre des affections cancéreuses, le temps est souvent en jeu :

- temps de la maladie d'abord, qui est prépondérant, rythmé par les différents bilans et traitements (traitements médicaux spécifiques du cancer et radiothérapie, chirurgie). C'est souvent une contrainte, car l'évolutivité de la maladie peut exiger une importante « réactivité », alors que souvent en MPR le temps est un allié ;
- temps du corps malade qui réagit à la maladie et aux traitements, différemment avec sa douleur, sa fatigue, ses bonnes et mauvaises

journées, ses mieux, ses rémissions mais aussi ses aggravations, etc. ;

- temps de la vie en général, car elle est souvent en jeu ; vie passée et temps qui reste.

Cette notion de « vie en jeu » est très importante, car toujours présente pour le patient comme pour les soignants à toutes les phases de la maladie.

Notion de modalité thérapeutique

C'est une condition importante, car le schéma rééducatif, quelle que soit la déficience, ne peut se superposer simplement à celui habituellement proposé face à une déficience identique d'une autre étiologie. Des questions se posent chaque fois sur ce que l'on doit faire, un choix entre bénéfiques et contraintes sur la hiérarchisation des choix thérapeutiques, sur le caractère licite ou non de telle proposition thérapeutique. Ainsi, le schéma rééducatif, qui constitue un véritable « parcours en rééducation », doit s'adapter à l'évolution des besoins et des conditions cliniques et fonctionnelles du patient mais aussi au schéma thérapeutique du cancer, variable selon l'évolution naturelle de la maladie et l'efficacité et la tolérance des thérapeutiques anticancéreuses.

Notion de « maladie cancer »

À la différence de la plupart des autres affections nécessitant une prise en charge en MPR, les affections cancéreuses sont dominées par le pronostic et le risque vital. Quelle que soit l'atteinte, quelle que soit l'évolution, le « cancer » prédomine par rapport aux déficiences qu'il engendre. Cela peut remettre en cause à tout moment les choix thérapeutiques, leurs modalités, leur efficacité. La notion « d'état stabilisé », souvent rapportée dans les prises en charge MPR, revêt une autre réalité en cancérologie, et le risque d'évolutivité doit rester présent en permanence pour l'ensemble des thérapeutes.

Phase initiale

C'est l'étape du diagnostic et de plus en plus souvent aussi de son annonce au patient, ainsi que de la mise en place et de la surveillance du traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) avec contrôle de son efficacité sur l'évolutivité clinique.

L'état clinique du patient est, à cette phase, souvent très instable, avec des effets indésirables parfois mal tolérés et une fréquente fragilité psychologique. Certaines déficiences motrices (hémiplégie, paraplégie, amputation, atrophie musculaire, neuropathie périphérique, etc.) et/ou cognitives peuvent justifier d'un avis MPR. Toutefois, le rôle de la MPR à cette phase est le plus souvent limité compte tenu de l'instabilité clinique globale et de l'asthénie des patients.

À ce stade, le médecin de MPR peut intervenir en tant que consultant afin :

- d'évaluer l'ensemble des déficiences motrices, sensitives et cognitives pour tenter d'établir un pronostic fonctionnel. Cette évaluation doit intégrer non seulement l'intensité des déficiences, dont leur caractère temporaire, séquel-laire ou évolutif ainsi que le pronostic vital et les possibilités thérapeutiques, l'état général et psychologique du patient ainsi que son environnement architectural et humain ;
- de contribuer à la prévention, au diagnostic et au traitement de certaines complications, en particulier celles du décubitus ou celles propres à la déficience, notamment motrice : installation du patient au lit et au fauteuil, adaptation de son environnement, adoption de techniques de transfert et de protection ostéoarticulaire ; et celles souvent ignorées, troubles sphinctériens, troubles de la déglutition et de communication par exemple ;
- de participer à l'information du patient et de son entourage concernant le retentissement fonctionnel probable de l'affection (exemple de l'hémiplégie sur une tumeur cérébrale, d'une amputation pour

ostéosarcome, etc.) et des possibilités d'appareillage pouvant pallier en partie la fonction déficiente.

Il s'agit donc d'un rôle essentiellement consultatif, pouvant s'appuyer néanmoins sur des bilans plus précis réalisés notamment en hospitalisation de jour (HDJ) MPR (bilan pluridisciplinaire). Il paraît en effet important, à cette phase là, de « sidération » psychologique du patient, d'éviter les hospitalisations et les va-et-vient dans plusieurs unités. Il est de plus nécessaire que le patient ressente une cohésion thérapeutique et puisse clairement identifier le rôle de chaque intervenant et leur complémentarité.

Après cette période aiguë, le patient peut souvent retourner à domicile, toutefois l'état clinique ou les conditions sociofamiliales précaires nécessitent une admission en soins de suite médicalisés : état clinique fragile, nécessité d'une surveillance médicale, de soins complexes ou pluriquotidiens ne pouvant être réalisés à domicile, environnement humain et architectural précaire.

Phase secondaire

Il s'agit de la période dite « après cancer » dans le Plan cancer, incluant différentes situations selon l'évolution lésionnelle, la réponse thérapeutique, le pronostic et bien sûr le retentissement fonctionnel.

C'est là plus souvent à cette phase que se justifie une prise en charge en MPR. Cependant, au-delà des avis et moyens techniques offerts par la MPR, les conditions de prises en charge dépendent de l'état clinique et psychosocial du patient.

L'admission en structure de MPR est soumise à certaines conditions préalables :

- la prise en compte du pronostic vital, en particulier à moyen terme, parfois d'évaluation difficile, car multifactoriel ; le traitement de la maladie cancéreuse ne doit pas primer sur celui de la déficience ; cela inclut aussi l'évaluation de

l'état clinique et de la dépendance actuelle, en comparaison avec l'état antérieur et l'état espéré ;

- l'état clinique doit se caractériser par une stabilité des fonctions vitales et permettre d'envisager une participation du patient au programme de rééducation : mise au fauteuil possible au moins une heure, état psychologique compatible avec l'organisation d'un projet, état biologique stable sans aplasie ou risque infectieux majeur qui imposeraient un isolement strict et prolongé incompatible avec une rééducation, etc. ;
- les déficiences (orthopédiques, neuromotrices, cognitives) doivent justifier de la mise en œuvre de techniques spécifiques de rééducation et/ou de réadaptation dont il est important de peser le bénéfice par rapport au pronostic vital et fonctionnel ;
- le patient et/ou sa famille doivent être informés du diagnostic, de l'ensemble du schéma thérapeutique et de ses risques, des possibilités d'évolution et des objectifs précis de la rééducation ; patient et famille doivent adhérer à ce programme rééducatif.

Les buts de la prise en charge en MPR sont, à cette phase :

- d'évaluer les déficiences motrices, sensitives, cognitives, viscérales, la douleur et la fatigue, et leurs conséquences fonctionnelles, en particulier les possibilités d'accomplir ou non les activités de la vie quotidienne (AVQ) [maintien, récupération des AVQ – éducation du patient – autoprogramme] ;
- de proposer au patient, en lien avec sa famille, un projet de rééducation/réadaptation, à court, moyen ou long terme selon le pronostic et les attentes du patient et/ou de la famille ;
- d'élaborer un programme de rééducation et/ou de réadaptation permettant d'améliorer, selon son état, ses déficiences et surtout son autonomie fonctionnelle et de favoriser un maintien ou un retour à domicile ; le patient doit pouvoir bénéficier de l'ensemble des techniques et démarches éducatives habituellement proposées en

MPR, adaptées aux déficiences, incapacités et handicaps résiduels : massokinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie, appareillage, service social, psychologue et psychiatre, psychomotricité, éducation physique adaptée ;

- d'assurer le suivi du programme thérapeutique et surtout d'adapter les modalités de prise en charge en fonction de l'évolution de la maladie et du pronostic ainsi que des attentes du patient ;
- pour l'enfant, d'organiser le suivi et l'orientation scolaires en fonction notamment des possibilités de concentration et de la fatigabilité ;
- pour l'adulte, évoquer dès ce stade si possible le devenir professionnel.

Les modalités de prise en charge seront soumises aux conditions médicales (état clinique, surveillance thérapeutique), à l'environnement familial, au contexte social (en particulier à la proximité du lieu de vie).

- L'hospitalisation complète (HC) peut être nécessaire en cas de déficience sévère ou multiple nécessitant un programme rééducatif plus « lourd » ou fractionné ;
- la prise en charge en HDJ sera privilégiée dès que possible afin de limiter la rupture avec le milieu de vie, mais cela toujours en accord avec le patient et son entourage.

L'évaluation clinique et fonctionnelle doit être de toute façon régulière et ainsi permettre d'adapter le programme et les modalités de prise en charge. Une collaboration étroite avec les services de court séjour (service initialement adresseur — centre de cancérologie et/ou services spécialisés assurant la cancérologie) est indispensable.

Il est toutefois important de nuancer cette organisation en soulignant certains points essentiels dans le contexte de la maladie cancéreuse :

- la fréquente difficulté à mettre en œuvre les programmes de rééducation du fait du caractère fluctuant de l'état général et de la fatigabilité de ces patients ; il est

difficile de raisonner d'ailleurs en termes de programme structuré (comme on peut le faire dans d'autres mécanismes lésionnels à déficience équivalente), avec souvent nécessité d'une rééducation « à la carte », ce qui est parfois déstabilisant pour les équipes et peut poser aussi des problèmes organisationnels ; cette notion est parfois difficile à « inculquer » aux équipes de rééducation, et l'expérience de ces équipes peut être importante à considérer ;

- la notion de confrontation aux autres patients à déficience équivalente mais d'étiologie différente : les progrès souvent beaucoup plus lents et fluctuants ainsi que les différences de prise en charge (découlant du point précédent) qui peuvent être mal vécues par les patients et familles ;
- la notion de pronostic vital et de durée de survie est en filigrane, questionnant de façon incessante la pertinence de la rééducation ; le tempo de la maladie l'emporte sur la vitesse d'adaptation aux difficultés fonctionnelles, souvent lente ; l'admission en MPR doit être motivée avec des objectifs fonctionnels n'occultant pas l'évolution de la maladie ; le retour à domicile est à privilégier parfois, même si les conditions ne sont pas optimales.

Ainsi, en termes d'orientation en soins de suite (SSR) des patients atteints d'une affection maligne, on peut proposer l'organisation suivante, en la teintant toutefois des nuances spécifiques au contexte de ces affections. Sont en priorité orientés :

- à domicile, les patients bénéficiant d'un environnement favorable et/ou présentant des déficiences suffisamment légères, ne justifiant pas d'une surveillance médicale quotidienne, nécessitant au maximum une prise en charge kinésithérapique et orthophonique ;
- en service de SSR spécialisé de MPR (SSR neurologique ou locomoteur selon la dénomination actuelle), les patients nécessitant des soins complexes de rééducation et dont l'état général et l'espérance de survie sont compatibles

avec la mise en œuvre d'un projet de rééducation et de réadaptation ;

- en service de SSR dits polyvalents (ex. : soins de suite médicalisés), les patients nécessitant une surveillance médicale, des soins de rééducation simples, des soins et actes infirmiers complexes et pluriquotidiens, et/ou dont l'environnement humain et architectural ne permet pas d'envisager un retour au domicile à ce stade ;

- en service de long séjour (en fait unité de soins de longue durée ou EHPAD), certains patients très âgés, polypathologiques (âge physiologique et/ou chronologique supérieur à 85 ans), d'autant plus que peuvent s'associer à un mauvais pronostic fonctionnel, un entourage humain et un contexte social précaires (qualité de l'entourage familial compte tenu de sa nécessaire implication, proximité des structures de soins par rapport au domicile, etc.). Cette orientation passe la plupart du temps par un séjour en SSR pour affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (ex. : SSR gériatrie) ;
- en hospitalisation à domicile (HAD), les patients bénéficiant d'un environnement favorable, quel que soit le niveau des déficiences, mais justifiant d'une surveillance médicale et d'une prise en charge thérapeutique importante, avec massokinésithérapique et/ou orthophonique. L'HAD, lorsqu'elle existe, peut offrir aux différents stades de la maladie ou du programme thérapeutique une prise en charge médicale et de réadaptation satisfaisante dans les conditions d'environnement habituel du patient. Le lien avec les structures MPR est à privilégier pour les bilans et prises en charge spécifiques de rééducation/réadaptation (par exemple ergothérapie, neuropsychologie, bilans sphinctérien, de déglutition, etc.). L'HDJ en MPR permet cette évaluation et prise en charge en partenariat avec l'HAD.

Se pose à ces deux phases le problème de patients très dépendants pour les AVQ avec des déficiences sévères. Ces patients ne justifient pas en soi d'une prise en

charge en MPR, car aucun programme rééducatif ne peut être mis en œuvre, mais l'importance de la dépendance peut parfois poser un problème d'admission en SSR polyvalent (situation parfois détournée par un accueil en SSR pour personnes âgées). Ce problème est encore accentué pour des patients jeunes, très dépendants, qui posent d'une part des difficultés de retour et de maintien à domicile, et d'autre part d'institutionnalisation compte tenu de l'âge.

Phase tertiaire

Deux situations peuvent se présenter :

- la phase terminale d'un cancer évolué : le patient doit être pris en charge par une structure de soins palliatifs. Le rôle du médecin de MPR est d'aider les équipes de soins palliatifs à la mise en place de moyens techniques permettant d'améliorer le confort et de diminuer la douleur des patients dans un contexte de déficience motrice, d'assurer le maintien de la qualité de vie et le plus d'autonomie (aides techniques pour l'alitement, postures, techniques de massages, drainages, neurostimulation transcutanée, aides techniques et sociales pour les aidants et famille, etc.) ;
- la guérison ou la rémission : la prise en charge rééducative en phase tertiaire vise, comme dans les pathologies non malignes, à améliorer les conditions de réadaptation sociale et professionnelle en tenant compte des séquelles fonctionnelles et cognitives du patient, de son état psychologique (sentiment d'inutilité, d'abandon, difficultés professionnelles, etc.), de son environnement et de ses souhaits. La rééducation doit aussi avoir un rôle dans l'amélioration des performances globales du patient, notamment en termes d'endurance, par le biais de programmes spécifiques de réentraînement à l'effort et d'activités physiques adaptées (APA), favorisant la reprise d'activités professionnelles et sociales.

Cas particuliers

Pathologies malignes de l'enfant

Elles sont prises en charge en pédiatrie ou en oncologie pédiatrique. Les phases d'hospitalisation doivent être les plus brèves possibles. L'intervention du médecin de MPR se fera donc en milieu pédiatrique ou en ambulatoire. Il doit permettre de déterminer et de mettre en œuvre l'attribution de toutes les aides techniques ou fonctionnelles pour le retour au domicile (fauteuil, supports antiescarres, etc.). Les hospitalisations en service MPR seront exceptionnelles, concernant uniquement des déficiences très sévères nécessitant des apprentissages longs (hémiplégie sévère, tétraplégie, etc.).

Certains enfants, même très atteints et fatigables, peuvent aller en service MPR (habilité à l'accueil d'enfant) à condition que le programme de rééducation proposé soit adapté au jour le jour. Privilégier l'HDJ et les prises en charge courtes est encore plus vrai pour les enfants : cela permet l'indispensable maintien de l'enfant dans son milieu de vie, mais aussi une adaptation de la fréquence et de l'intensité des soins de rééducation à l'état général et à la fatigue.

La prise en charge et le suivi des déficiences sont préférentiellement confiés à une équipe spécialisée en rééducation pédiatrique, chaque fois que cela est possible en termes de proximité. Au-delà de ce contexte de rééducation, il faut savoir offrir à l'enfant la possibilité de se retrouver avec d'autres de son âge en animation par exemple.

En cas de guérison avec des séquelles, il faut surveiller la croissance de l'enfant afin d'éviter ou de prévenir des déformations osseuses (cyphoses rachidiennes sur les zones en regard de la voie d'abord utilisée par le chirurgien pour les tumeurs médullaires, scoliose après radiothérapie sur les cartilages fertiles des vertèbres par exemple).

La reprise de l'activité scolaire doit être prudente, progressive et adaptée.

La fin de vie peut se faire au domicile avec un accompagnement adapté en unité de court séjour possédant une expérience en ce domaine ; cela est important pour l'accompagnement des parents dans leur deuil.

Pathologies malignes des personnes âgées

Elles voient leur thérapeutique modulée en fonction de l'âge (physiologique et chronologique) et des facteurs de comorbidité. Il peut s'agir d'emblée de soins palliatifs. Cela n'exclut nullement une prise en charge en SSR, avec les mêmes critères que pour l'adulte jeune. Le rôle respectif de la gériatrie et de la MPR est bien établi : les gériatres savent mieux prendre en charge la polyopathie des personnes âgées, les médecins de MPR maîtrisent mieux les indications et les techniques de rééducation des déficiences, quel que soit l'âge. Les patients peuvent donc être pris en charge en gériatrie, avec intervention du médecin de MPR à la demande comme expert consultant. La prise en charge complète par une structure de MPR peut s'envisager lorsque la déficience le nécessite et que l'état médical est compatible avec le programme de rééducation, avec la nécessité d'un lien de coordination du programme de prise en charge avec un gériatre.

Discussion

Ces critères constituent des éléments de réflexion et de proposition pour développer ce champ de compétences de la MPR avec les services de cancérologie et les unités de soins de support lorsqu'elles sont mises en place. Le cancer ne doit pas constituer un motif d'exclusion d'accès aux compétences MPR. Mais le cancer constitue, de par son évolutivité et parfois sa gravité, une situation particulière, et contrairement à d'autres situations mieux stabilisées, la prise en charge de MPR doit répondre à un projet fonctionnel du patient prenant en compte un rapport corps malade/corps handicapé évolutif

(topographie, temporalité d'installation des lésions, pronostic).

À partir de ces données générales et d'une meilleure connaissance mutuelle de l'apport de la MPR, mais aussi de l'attente des patients et des équipes de soins et d'accompagnement, un chantier encore important de collaboration doit se mettre en œuvre.

La réflexion actuelle pour intégrer la MPR à la cancérologie nécessite :

- une meilleure connaissance de l'apport technique et d'expertise de la MPR pour ces patients, avec pour le patient un projet fonctionnel permettant d'avoir accès aux moyens et compétences de la spécialité ; par exemple : évaluation de la marche, de la préhension, de la capacité à l'effort, évaluation fonctionnelle pour les actes de la vie quotidienne, bilan et prise en charge de la spasticité, des troubles sphinctériens, des troubles de déglutition, des troubles cognitifs, proposition d'appareillage de suppléance, fonctionnel ou à visée stabilisatrice et antalgique, etc. [2,4,7,9,12-14] ;
- le bénéfice d'une évaluation pluridisciplinaire de techniques non réalisables en ambulatoires : ergothérapie, neuropsychologie, bilans de troubles de déglutition, éducation aux autosondages, etc. [1,5,6,11,18,20] ;
- la participation de médecins de MPR comme consultants en lien avec les unités de soins de support ou même la participation d'unités mobiles de MPR lorsqu'elles existent avec les unités de soins de support. Ce lien peut parfois se prolonger avec les HAD permettant une évaluation écologique des besoins en termes de soins, d'autonomie et d'accompagnement social et professionnel. Cet avis peut aussi permettre de suivre et de proposer des programmes de rééducation ou de réadaptation ambulatoires [19] et d'adapter les techniques de rééducation aux conditions de vie et de pronostic [7,8] ;
- l'identification au niveau d'un territoire de santé d'une filière

cancérologique sanitaire et médico-sociale, afin d'établir des liens fonctionnels et des activités complémentaires entre les différentes structures impliquées en phase aiguë et les services de SSR polyvalents ou spécialisés, les unités de soins palliatifs, les structures médico-sociales d'accueil temporaire (accueil de jour ou accueil de répit), les unités d'accompagnement médico-social (SAMSAH) et socioprofessionnel, avec un rôle de coordination et d'animation par les unités de soins de support. Le choix du lieu de mise en place du projet fonctionnel va être celui qui, à un moment donné de l'histoire du sujet, permettra d'avoir le plus de chance :

- d'être évalué avec pertinence ;
- de se réaliser avec succès (famille ou structure de MPR) ;
- l'acquisition et le partage d'une certaine expérience pour tenter de décrire mieux certains schémas thérapeutiques selon certaines situations cliniques fréquentes.

Conclusion

L'incidence croissante des cancers, la prise en charge à différentes phases évolutives, l'incessant développement des approches thérapeutiques et la diversité des conséquences fonctionnelles justifient pleinement le développement de la MPR dans ce champ, en lien ou au sein des structures de soins de support qui se mettent en place (unité, service, département, fédération, etc.). Toutefois, une réflexion approfondie des pratiques de MPR est fondamentale dans ce domaine de pathologies au potentiel évolutif très différent des pathologies suivies en MPR.

Le concept de pluridisciplinarité de la MPR peut tout à fait faire écho à celui de la cancérologie, notamment au niveau des dispositifs de soins de support. Les liens entre les disciplines et les organisations devraient pouvoir s'enrichir et se densifier.

Groupe MPR Rhône-Alpes et Fedmer

M. Barat, B. Barrois, F. Beltramo, C. Benaim, C. Beneton, P. Bénézet, C. Bérard, E. Bérard, J.-C. Bernard, F. Beuret-Blanquard, B. Biot, M.-A. Blanchon, G. Boileau, V. Brun, P. Calmels, F. Caron, J.-M. Casillas, P.-Y. Chagnon, C. Charbonnier, C. Charle, P. Charpentier, D. Chomard, E. Chometon, C. Cochet, A. Condemine, I. Courtois, J.-M. Cussac, M.-C. D'anjou, J.-P. Devailly, P. Davoine, G. De Korvin, A. Delarque, D. Deparcy, A. Descotes, E. Ebermeyer, M. Enjalbert, D. Eveno, I. Fayolle-Minon, V. Forin, C. Gabrielle, L.-C. Galin, V. Gautheron, F. Genet, M. Genty, G. Goudet-Lunel, F. Guillou, I. Hodgkinson, P. Hugeux, G. Kemoun, B. Lacroix, C. Lagier, A.-L. Vannier, S. Lefebvre, B. Le-Quang, Y.-N. Marduel, G. Metton, M.-C. Mochon-Loison, M. Moncet-Soler, B. Morineaux, J. Pelissier, M. Perrigot, V. Quentin, S. Ragot, A. Redon, C. Remy, H. Rienmeyer, F. Rigal, G. Rode, B. Rousseau, A. Sahi, T. Sarraf, M. Schneider, P. Thoumie, B. Vallez, M. Verhaege, J.-M. Wirotius

Déclaration de conflit d'intérêt :
les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Abrahm JL, Banffy MB, Harris MB (2008) Spinal cord compression in patients with advanced metastatic cancer: "all I care about is walking and living my life". *JAMA* 299(8): 937-46
2. Allgayer H, Dietrich CF, Rohde W, et al. (2005) Prospective comparison of short- and long-term effects of pelvic floor exercise/biofeedback training in patients with fecal incontinence after surgery plus irradiation versus surgery alone for colorectal cancer: clinical, functional and endoscopic/endosonographic findings. *Scand J Gastroenterol* 40(10): 1168-75
3. Clark J, Ford S, Hegedus P (2004) Developing a comprehensive cancer center

- rehabilitation program. *J Oncol Manag* 13 (5): 13–21
4. Dimeo FC, Thomas F, Raabe-Menssen C, et al. (2004) Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 12(11): 774–9
 5. Djurdjevic A, Nikolic S (2009) Profile of handicap situations in cancer patients. *J BUON* 14(3): 435–40
 6. Dutta D, Vanere P, Gupta T, et al. (2009) Factors influencing activities of daily living using FIM-FAM scoring system before starting adjuvant treatment in patients with brain tumors: results from a prospective study. *J Neurooncol* 94(1): 103–10
 7. Fattal C, Gault D, Leblond C, et al. (2009) Metastatic paraplegia: care management characteristics within a rehabilitation center. *Spinal Cord* 47(2): 115–21
 8. Fayolle-Minon I, Condemine A, Phaner V, Calmels P (2008) Physical medicine and rehabilitation and oncology: ethical reflexion. *Ann Readapt Med Phys* 51(3): 201–6
 9. Franklin DJ, Packer L (2006) Cancer-related fatigue. *Arch Phys Med Rehabil* 87(3 Suppl 1): S91–S3
 10. Gilchrist LS, Galantino ML, Wampler M, et al. (2009) A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Phys Ther* 89 (3): 286–306
 11. Goodwin JA, Coleman EA, Shaw J (2006) Short Functional Dependence Scale: development and pilot test in older adults with cancer. *Cancer Nurs* 29(1): 73–81
 12. Jones LW, Eves ND, Haykowsky M, et al. (2009) Exercise intolerance in cancer and the role of exercise therapy to reverse dysfunction. *Lancet Oncol* 10 (6): 598–605
 13. Labourey JL (2007) Physical activity in the management of cancer-related fatigue induced by oncological treatments. *Ann Readapt Med Phys* 50(6): 450–4
 14. Li J, Bentzen SM, Li J, et al. (2008) Relationship between neurocognitive function and quality of life after whole-brain radiotherapy in patients with brain metastasis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 71 (1): 64–70
 15. Movsas SB, Chang VT, Tunkel RS, et al. (2003) Rehabilitation needs of an inpatient medical oncology unit. *Arch Phys Med Rehabil* 84(11): 1642–6
 16. Palacio A, Calmels P, Genty M, et al. (2009) Oncology and physical medicine and rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med* 52(7–8): 568–78
 17. Parsons JA, Davis AM (2004) Rehabilitation and quality-of-life issues in patients with extremity soft tissue sarcoma. *Curr Treat Options Oncol* 5(6): 477–88
 18. Poirier P (2007) Factors affecting performance of usual activities during radiation therapy. *Oncol Nurs Forum* 34(4): 827–34
 19. Stevinson C, Fox KR (2006) Feasibility of an exercise rehabilitation programme for cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 15(4): 386–96
 20. Wedding U, Röhrig B, Klippstein A, et al. (2006) Impairment in functional status and survival in patients with acute myeloid leukaemia. *J Cancer Res Clin Oncol* 132(10): 665–71