

2008



**RÉFÉRENTIEL
RÉGIONAL DE
BONNE PRATIQUE EN
MÉDECINE PHYSIQUE ET
DE RÉADAPTATION CHEZ
LES PATIENTS ATTEINTS
DE CANCER**

www.reseau-carol.fr

Pour illustrer l'article précédent de P. Calmels et al, est joint en annexe un exemple de référentiel : celui du Réseau Régional de Cancérologie d'Alsace CAROL, proposé par Jean-Philippe Thiebault. Cette annexe introduira les prochains référentiels « SOS » issus des Journées Référentiels Réseaux J2R-SOS (AFSOS - ACORESCA - UNR-santé) qui seront publiés début 2011 dans la revue Oncologie.

Les référentiels régionaux

Les référentiels de bonne pratique en cancérologie sont des documents synthétiques d'aide à la décision élaborés par des groupes de travail pluridisciplinaires de professionnels de santé membres du réseau de cancérologie Alsace Carol. Ils sont destinés à présenter les principes de prise en charge des tumeurs ou des symptômes, principes reconnus au niveau régional alsacien dans le cadre des réseaux, au niveau national dans le cadre de la Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer) pour ce référentiel.

Ce référentiel est consultable dans sa version web sur le site Internet du réseau Carol¹ : <http://www.reseau-carol.fr>.

1 Pour toute information, veuillez contacter :
le Réseau régional de cancérologie Alsace – Carol
 3, rue de la Porte-de-l'hôpital, BP 30042,
 F-67085 Strasbourg cedex, France
 Tél. : +33 3 88 25 86 30 ;
 e-mail : flemanceau@strasbourg.fnclcc.fr
 M. Frédéric Lemanceau : *responsable projet*

Groupe de travail

Durant la période 2007–2008, un groupe de travail a abordé les critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation (MPR) chez les patients atteints de cancer. Ce document est le fruit de leur réflexion. Il sera susceptible d'être actualisé en fonction des évolutions de l'état de l'art en MPR et en cancer.

Membres du groupe

- Dr Thiebault Jean-Philippe, *coordinateur*
 Médecin Chef de Service

Médecine Physique et Réadaptation
 Hôpitaux Civils
 39 Avenue de la Liberté
 68024 COLMAR Cedex
jeanphilippe.thiebault@ch-colmar.fr

- Dr Passadori Anne
- Mme Bousinier Audrene, *kinésithérapeute*
- Dr Baret Gabriel
- Mme Foureson Mireille, *ergothérapeute*
- Mme Fenigstein Nina, *cadre supérieur kinésithérapeute*
- Dr Gault Dominique

Introduction

Les affections malignes se caractérisent par la diversité de leurs atteintes cliniques, de leurs modalités thérapeutiques et de leur évolution.

Leurs retentissements fonctionnel, psychologique et social peuvent nécessiter, au cours de cette évolution, une prise en charge en service de soins de suite, plus spécifiquement en service de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou en services de soins de suite médicalisés polyvalents ou à orientation hémato-oncologique.

La MPR est concernée dès lors qu'il existe une déficience relevant des techniques spécifiques de cette spécialité. Le médecin de MPR doit pouvoir

intervenir alors comme expert à la demande du cancérologue et éventuellement proposer une orientation et surtout un programme thérapeutique de rééducation/réadaptation discuté avec l'équipe de cancérologie selon l'état clinique, évolutif et le pronostic et en accord avec les attentes du patient.

Les modalités de prise en charge des pathologies cancéreuses en service de MPR sont assez complexes par rapport aux autres pathologies habituellement prises en charge, car elles se doivent d'être souples et surtout adaptées en permanence aux conditions personnelles du patient et à sa maladie cancéreuse.

La prise en charge des patients atteints d'une affection cancéreuse nécessite des contacts, des échanges, des temps de concertation entre les médecins de MPR et les médecins oncologues. Ces contacts doivent être formalisés afin de définir des référents spécifiques sans pour autant exclure et déresponsabiliser l'ensemble des équipes. Au centre de ces concertations, doivent être abordées les difficultés liées à l'annonce de la maladie et de son pronostic.

Classiquement, trois périodes de prise en charge peuvent être distinguées (bien que la réalité de la maladie cancéreuse, l'hétérogénéité des atteintes, des déficiences, des traitements et leur évolution puissent rendre différente cette succession) :

– une *phase initiale* où le rôle du médecin de MPR est essentiellement consultatif (instabilité clinique,

traitement anticancéreux en cours, fatigabilité et asthénie extrêmes) ;

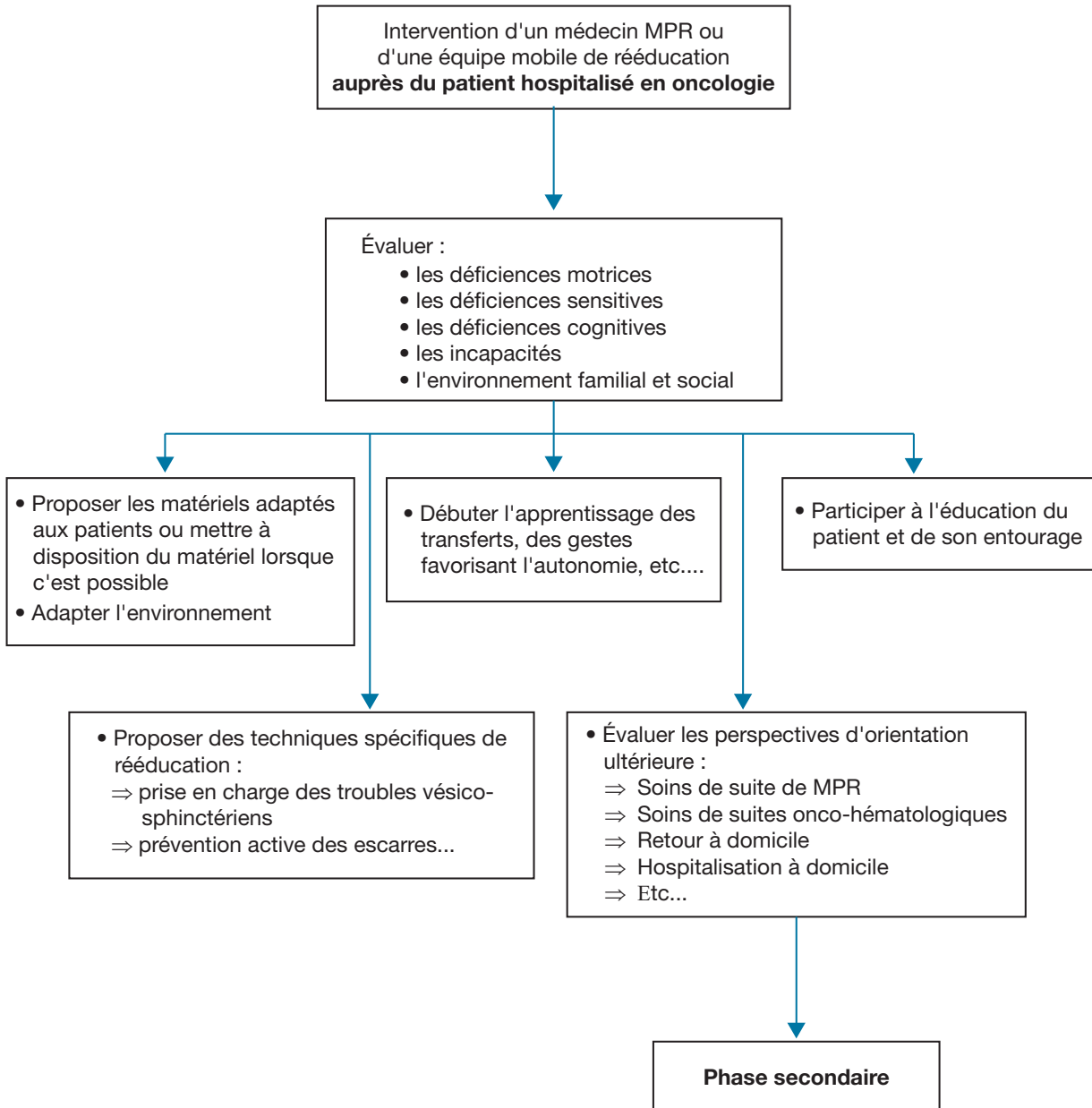
– une *phase secondaire* posttraitement cancérologique qui reste cependant dépendante de l'état clinique et psychosocial du patient ;

– une *phase tertiaire* de guérison ou de stabilisation où la prise en charge est peu différente de celle du patient ayant une affection identique d'origine non maligne. Mais dans certains cas, il peut s'agir de la phase terminale d'un cancer évolué.

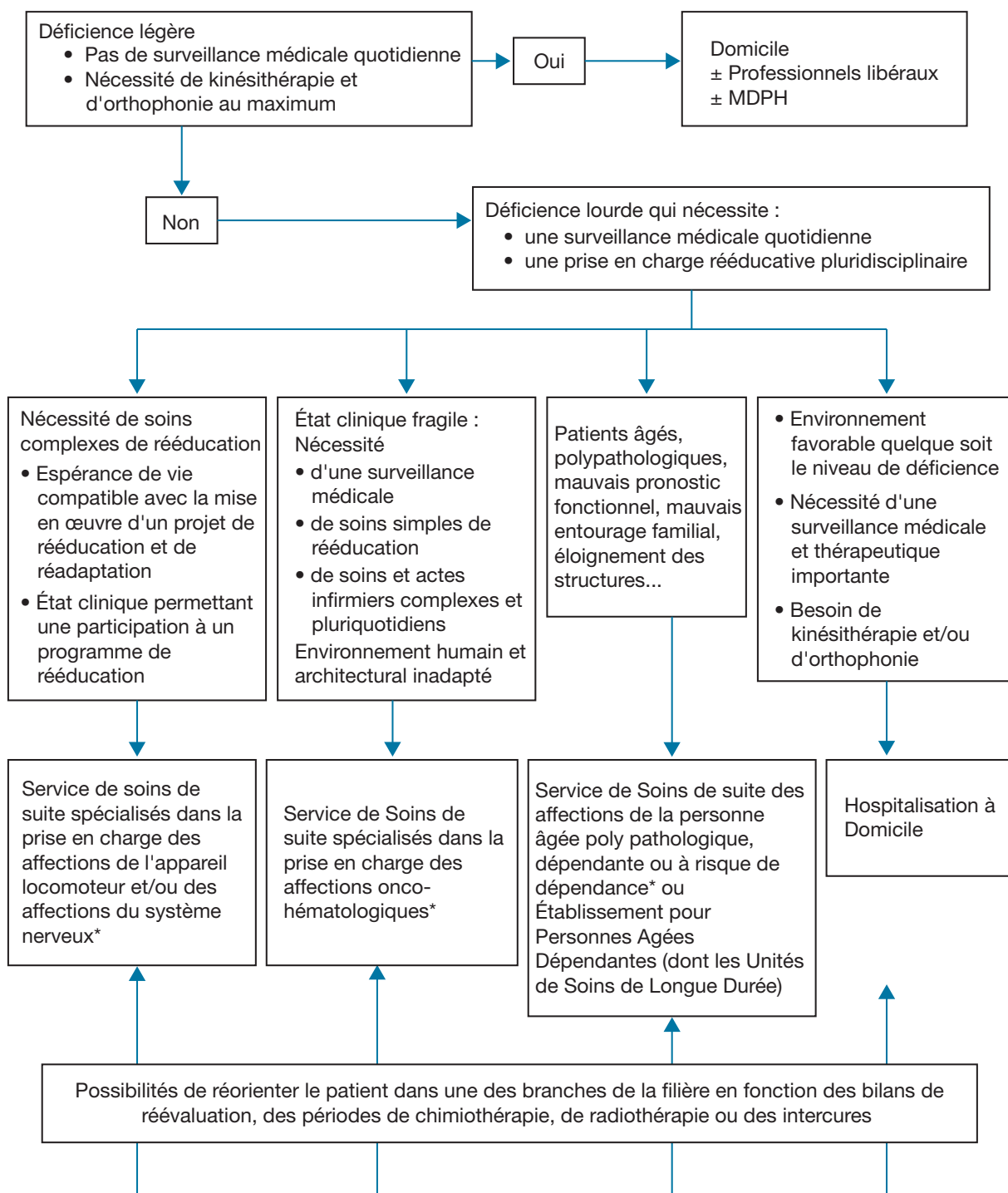
Remerciement

Au Dr Paul Calmels pour son travail de référence : « Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation, Fedmer, version 2008 ».

Phase initiale



Phase secondaire (Post-traitement anticancéreux)



(* Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de suite et de réadaptation)

