

MPR et Cancer(s) Onco-réhabilitation

Pr Sophie JACQUIN-COURTOIS (MD, PhD)

Hôpital Henry Gabrielle - Hospices Civils de Lyon – France
Equipe Trajectoires CRNL



Rééducation/Réadaptation en oncologie

MPR et pathologies oncologiques: rationnel

Focus: fatigue et cancer

MPR et oncologie en pratique: les différents contextes

Rééducation/Réadaptation en oncologie

MPR et pathologies oncologiques: rationnel

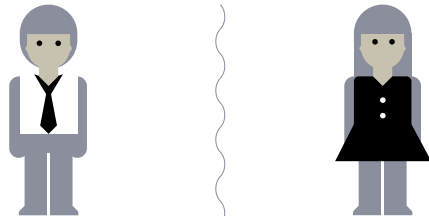
Focus: fatigue et cancer

MPR et oncologie en pratique: les différents contextes

1 Contexte épidémiologique

Cancer: pathologie fréquente++

pronostic + favorable: dvpt programme de dépistage, amélioration des traitements



LA PRÉVALENCE TOTALE
DES CANCERS EN FRANCE
MÉTROPOLITAINE

400 000 NOUVEAUX CAS DE CANCERS ESTIMÉS EN 2017
EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

214 000 nouveaux cas

Majoritairement représentés par les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum

TSM: 353,2 pour 100 000 [2]

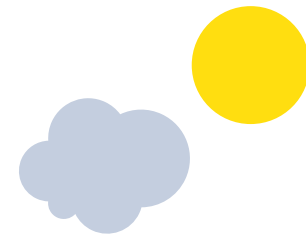
Âge médian au diagnostic: 68 ans

186 000 nouveaux cas

Le cancer du sein reste de loin le plus fréquent devant les cancers du côlon-rectum et du poumon.

TSM: 284,5 pour 100 000 [2]

Âge médian au diagnostic: 67 ans



NOMBRE DE PERSONNES
AYANT EU UN CANCER

3 MILLIONS 1 570 000 HOMMES,
1 412 000 FEMMES

2 Contexte thérapeutique

Traitements lourds, prolongés, contraignants, agressifs

Effets secondaires (CT, RT, IT, HT, allogreffe)

*anémie, métabolique, altération fonction cardiaque/rénale,
amyotrophie, toxicité gastro-intestinale, neurotoxicité, fibrose, GVH,...*

+ de guérison - avec ou sans séquelles

+ de rémission

En France, >50% patients traités sont en vie à 5 ans et 38% guériront

Epreuve difficile (physique, psychologique),
répercussions vie personnelle, sociale, professionnelle

Retentissement fonctionnel souvent méconnu ou sous-estimé

Effets à moyen terme ou plus tardifs

Mayer et al, 2017

→ **Cancer = Maladie chronique**



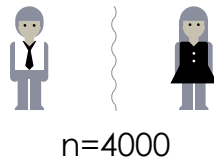
3 Constat clinique / besoins identifiés



Le rapport complet « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer » est téléchargeable sur e-cancer.fr.

LA VIE CINQ ANS APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CANCER

VICAN5 2018



Explorer les différentes facettes de la vie 5 ans après un dg de cancer:

- état de santé
- séquelles et suivi
- difficultés rencontrées au quotidien
- impact de la maladie et de ses traitements sur les ressources et l'emploi

63,5 %

des personnes souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements.

48,8 %

des hommes

52,6 %

des femmes

sont limités dans leur activité physique.

48,7 %

des personnes souffrent d'une fatigue cliniquement significative.

73 %

des personnes ont ressenti des douleurs au cours des quinze derniers jours.

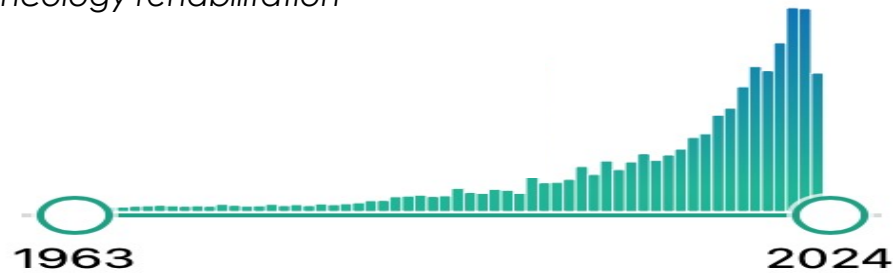
32,5 %

des personnes rapportent une dégradation persistante de leur qualité de vie mentale.

4 Contexte scientifique

Une littérature de plus en plus importante sur les besoins de rééducation/réadaptation

oncology rehabilitation



Cancer patients' needs for rehabilitation services

63% PEC rééducative

- 43% kinésithérapie
- 34% réentraînement effort
- 27% accompagnement psychologique
- 24% groupes de support
- 24% « convalescence »
- 19% travailleur social
- 6% ergothérapie

Thorsen et al 2011

Dennett Elkins 2020

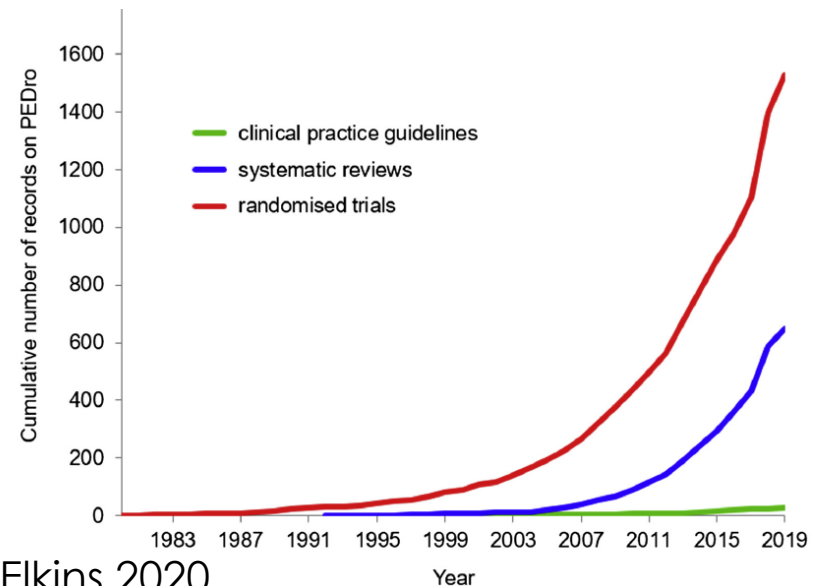
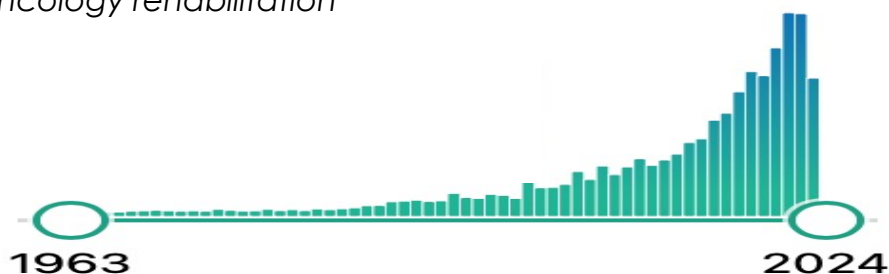


Figure 1. Cumulative oncology content on the Physiotherapy Evidence Database (PEDro) by article type, based on November 2019 update of the database.

4 Contexte scientifique

Une littérature de plus en plus importante sur les besoins de rééducation/réadaptation

oncology rehabilitation



Des référentiels de pratique qui identifient les besoins, les ressources, les parcours et les organisations de prises en charge

RÉÉDUCATION ET CANCER (INDICATIONS)

FATIGUE ET CANCER

TROUBLES COGNITIFS ET CANCER (HORS TUMEURS DU SNC)

RÉÉDUCATION ET CANCER (NEURO-ONCOLOGIE)

RÉHABILITATION RESPIRATOIRE ET CANCER (ONCOLOGIE THORACIQUE)

5 Evidence et Recommandations

Pourquoi et comment la MPR doit contribuer aux soins dans les pathologies oncologiques





CA CANCER J CLIN 2021;71:149-175



A call for action
initiative 2017

besoins non couverts de réhabilitation
renforcer les systèmes de santé

A Systematic Review of Rehabilitation and Exercise Recommendations in Oncology Guidelines

Nicole L. Stout, DPT, CLT-LANA ^{1,2}; Daniel Santa Mina, PhD ^{3,4}; Kathleen D. Lyons, ScD, OTR ^{5,6};
Karen Robb, PhD, BSc^{7,8}; Julie K. Silver, MD ^{9,10,11,12}

Abstract: Guidelines promote high quality cancer care. Rehabilitation recommendations in oncology guidelines have not been characterized and may provide insight to improve integration of rehabilitation into oncology care. This report was developed as a part of the World Health Organization (WHO) Rehabilitation 2030 initiative to identify rehabilitation-specific recommendations in guidelines for oncology care. A systematic review of guidelines was conducted. Only guidelines published in English, for adults with cancer, providing recommendations for rehabilitation referral and assessment or interventions between 2009 and 2019 were included. 13840 articles were identified. After duplicates and applied filters, 4897 articles were screened. 69 guidelines were identified with rehabilitation-specific recommendations. Thirty-seven of the 69 guidelines endorsed referral to rehabilitation services but provided no specific recommendations regarding assessment or interventions. Thirty-two of the 69 guidelines met the full inclusion criteria and were assessed using the AGREE II tool. Twenty-one of these guidelines achieved an AGREE II quality score of ≥ 45 and were fully extracted. Guidelines exclusive to pharmacologic interventions and complementary and alternative interventions were excluded. Findings identify guidelines that recommend rehabilitation services across many cancer types and for various consequences of cancer treatment signifying that rehabilitation is a recognized component of oncology care. However, these findings are at odds with clinical reports of low rehabilitation utilization rates suggesting that guideline recommendations may be overlooked. Considering that functional morbidity negatively affects a majority of cancer survivors, improving guideline concordant rehabilitative care could have substantial impact on function and quality of life among cancer survivors. CA Cancer J Clin 2021;71:149-175. © 2020 American Cancer Society.

Keywords: cancer rehabilitation, clinical pathways, consensus, disability, guideline, intervention, oncology

2009-2019

69 guidelines identifiés avec recommandations
spécifiques en terme de réhabilitation

Evidence-based guidelines



37 guidelines: référence à la réhabilitation mais
sans recommandations spécifiques (évaluation
ou intervention)

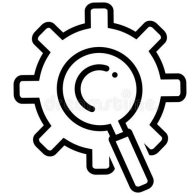
32 guidelines: critères AGREE II
dont 21 guidelines: critères AGREE II +

Pour tous types de cancers
Pour tous types de conséquences
liées au cancer et/ou à ses
traitements

REHABILITATION: composant à part
entière du soin oncologique



En pratique



Faible taux de recours aux soins
de réhabilitation

Guidelines non pris en compte?

Alors même que la morbidité
fonctionnelle est connue

Amélioration/adaptation
nécessaire pour avoir un impact
substantiel sur fonction et QoL



Experiences of breast cancer survivors with exercise rehabilitation: qualitative systematic review and meta-synthesis

Purpose This study aimed to synthesize and evaluate the available qualitative literature on posttreatment participation in exercise rehabilitation among breast cancer survivors.

n=24 études

Synthesized finding 1: Benefits of participating in exercise rehabilitation

effets bénéfiques physiques, psychologiques, sociaux

Synthesized finding 2: Facilitators of participation in exercise rehabilitation

motivation interne, support externe

Synthesized finding 3: Obstacle factors for participating in exercise rehabilitation

limitation physique, conflits/reprise des rôles, support social insuffisant, accès aux professionnels et/ou équipements

Synthesized finding 4: Evaluation of the exercise program

Synthesized finding 5: Recommendations

programme de 12 semaines
plusieurs formats (in/out)
importance de la pair-émulation
maintien dans la durée?
importance de la gestion des émotions
importance du support social et familial

6 Affichage stratégique

STRATÉGIE
DÉCENNALE
DE LUTTE CONTRE
LES CANCERS
2021-2030

FEUILLE DE ROUTE 2021-2025

Place de la MPR++
appréhension globale et fonctionnelle
compétences, ressources, outils
pluridisciplinarité
dimension recherche et clinique



AXE 2 : LIMITER LES SÉQUELLES ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE

FICHE ACTION II.1

DÉVELOPPER LA RECHERCHE POUR DIMINUER LES SÉQUELLES ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES

FICHE ACTION II.5

ASSURER L'ACCÈS RAPIDE À UNE OFFRE DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE ET DE RECONSTRUCTION POST-TRAITEMENT

FICHE ACTION II.7

PRÉVENIR, DÉPISTER, TRAITER LES SÉQUELLES LIÉES À LA MALADIE OU AU TRAITEMENT

Mais dans le même temps...

Une prise en charge MPR des affections cancérologiques encore limitée



spécificité des besoins

diversité des atteintes cliniques

contraintes des thérapeutiques

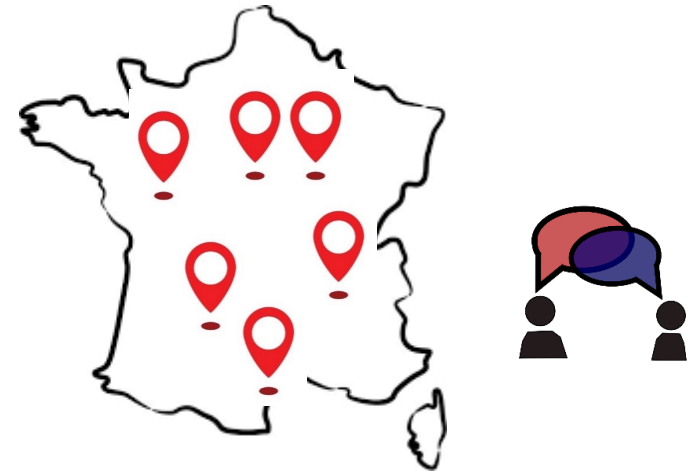
évolutivité possible

temporalité

(in)stabilité

cancer > déficiences

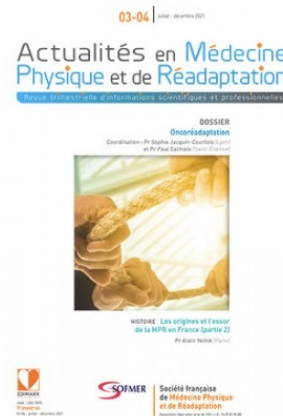
facteur pronostic et risque vital



expériences locales

partenariat et lien direct

- AP, rééducation et cancer du sein
- Fatigue liée au cancer
- MPR et SOS
- Préhabilitation
- Oncogériatrie
- Oncohématologie
- Lésions médullaires métastatiques
- Enjeux fonctionnels/sarcomes osseux
- Tumeurs cérébrales primitives
- CRCI
- Place des EM



MPR en oncologie: pour quels patients

L'évaluation peut être proposée à toute personne atteinte de KC

En cours de traitement (chimio, RT, etc...) ou **après** traitement

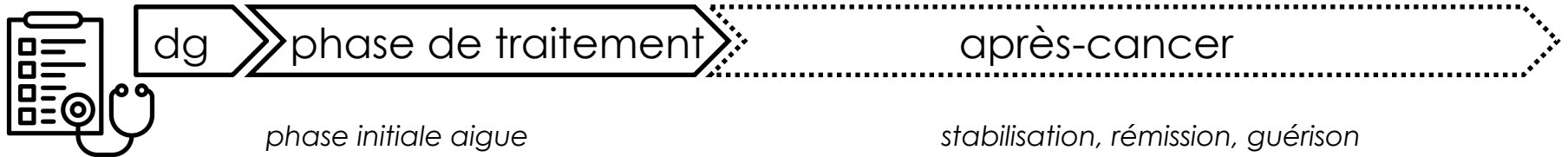


Association Francophone des Soins Oncologiques de Support
<https://www.afsos.org>

soulagement, mieux-être,
accompagnement

parcours de soins
besoin de santé publique

LA VIE CINQ ANS
APRÈS UN
DIAGNOSTIC
DE CANCER



MPR



MPR



MPR



MPR



MPR

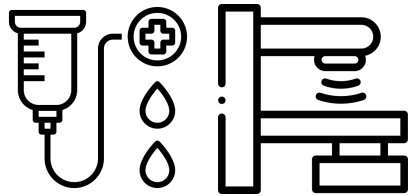
PREHABILITATION

information, évaluation fonctionnelle,
prévention, confort, orientation
rééducation, réadaptation

MPR en oncologie: pour quels patients

Cs d'évaluation qui peut être proposée à toute personne atteinte de KC

En cours de traitement (chimio, Rx, etc...) ou **après** traitement



Enfants, adultes, seniors



Questionnement sur la gêne fonctionnelle, les besoins

Adaptation de la proposition d'accompagnement



DEFICIENCE

ACTIVITE

PARTICIPATION

CONTEXTE

MPR en oncologie: quelle organisation

Objectifs de réadaptation selon les phases évolutives
Choix bénéfiques/contraintes, hiérarchisation
Moyens, modalités de mise en œuvre, résultats attendus
Schéma discuté et partagé (RCP)



DEFICIENCE

ACTIVITE

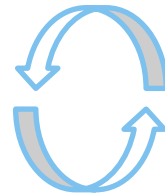
PARTICIPATION

CONTEXTE

Cs
HTP
[HC]

EM

*privilégier le recours
à des soins ambulatoires*



Dg: activité du KC, extension KC,
traitements en cours ou prévus
Problèmes fonctionnels actuels
Besoins exprimés par le patient
Objectifs fixés accord patient et équipe
Définir des critères d'**évaluation**

Information patient/entourage
Évaluation des déficiences
et du pronostic fonctionnel
Prévention, dg, traitement de complications
Orientation vers PEC pluridisciplinaire

Proposition de parcours/programme

Souvent pluridisciplinaire, adapté en fonction

- du caractère fluctuant EG
- de la fatigabilité



Thérapie physique: pour traiter/prévenir les incapacités force, mobilité, nutrition, douleur, soins stomies, appareillage, drainage lymphatique, cognition, réentraînement à l'effort

Soutien psychologique : pour traiter/prévenir la dépression, l'anxiété et le repli sur soi

Soutien social : pour préserver la vie sociale et l'autonomie organiser les aides pour AVQ, associatif

Soutien professionnel pour favoriser maintien et/ou retour à l'emploi

Optimiser la **participation** /groupes

Proposition de parcours/programme

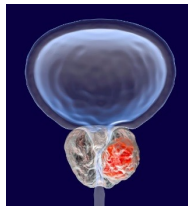
diversité des contextes

âge, agressivité,
évolutivité,
pronostic
lignes de traitement

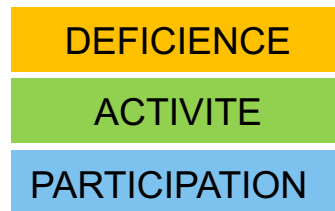
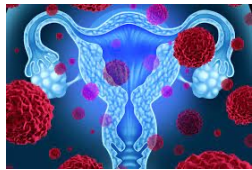
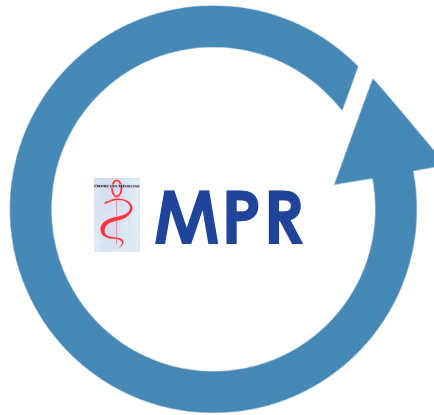


Réseaux
de santé et
filières
de soins

transversalité
des symptômes et séquelles



EN COURS DE CONSTRUCTION



CONTEXTE



Graft
Versus
Host



Des axes de réflexion et des pistes concrètes



- **Sensibiliser** les intervenants du soin primaire oncologique à l'orientation vers la MPR si besoin d'une PEC plus globale
- Systématiser progressivement le **screening** en fin de traitement actif de certains besoins (dimension physique, cognitive, nutritionnelle, psychosociale) (exemple: plateforme JUMP)
- Solliciter les professionnels (médecins de MPR, rééducateurs) à participer à la **réflexion** et à l'**élaboration** de guidelines [améliorer le contenu mais aussi la diffusion et la construction des parcours de soins intégrés]
- Promouvoir des modèles de **collaboration clinique** onco/MPR pour une évaluation et une proposition au plus près des besoins (PROs)
- **Fluidifier** les parcours (enjeu médical et administratif) et intégrer les interventions
- Promouvoir la **formation** et l'**information** auprès des étudiants et des professionnels (DU/DIU Onco-Rehabilitation?)
- Afficher l'enjeu de **recherche**

Rééducation/Réadaptation en oncologie

MPR et pathologies oncologiques: rationnel

Focus: fatigue et cancer

MPR et oncologie en pratique: les différents contextes



Pr Guillaume MILLET

Fatigue chronique

Unrelenting feeling of fatigue, that is not improved by rest or sleep – Interfere with daily functioning

Concerne beaucoup de personnes:

- vieillesse de la population
- amélioration de la survie (ex: cancer)

Cancer-Related Fatigue CRF

A distressing persistent subjective sense of physical, emotional, and/or cognitive tiredness or exhaustion related to cancer or cancer treatment that is not proportional to recent activity that interferes with usual functioning

48,7 %

des personnes souffrent d'une fatigue cliniquement significative.

Berger et al, 2019

→ Fatigue devient de plus en plus un sujet pertinent++



~ 80% during treatment with chemotherapy and/or radiotherapy



~ one-third of cancer survivors who have completed primary treatment and/or are in clinical remission



Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F)



Below is a list of statements that other people with your illness have said are important. Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

| | | Not at all | A little bit | Some-what | Quite a bit | Very much |
|------|--|------------|--------------|-----------|-------------|-----------|
| HE7 | I feel fatigued | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| HE12 | I feel weak all over..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An1 | I feel listless ("washed out")..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An2 | I feel tired..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An3 | I have trouble <u>starting</u> things because I am tired | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An4 | I have trouble <u>finishing</u> things because I am tired | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An5 | I have energy..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An7 | I am able to do my usual activities | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An8 | I need to sleep during the day | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An12 | I am too tired to eat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An14 | I need help doing my usual activities..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An15 | I am frustrated by being too tired to do the things I want to do | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| An16 | I have to limit my social activity because I am tired | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Table 1
Measures of fatigue for use in patients with cancer

Unidimensional Measures

Symptom Distress Scale
 Fatigue Symptom Inventory
 Brief Fatigue Inventory
 Fatigue Severity Scale

Multidimensional Measures

Revised Piper Fatigue Scale
 Cancer Fatigue Scale
 Revised Schwartz Cancer Fatigue Scale
 The Multidimensional Fatigue Inventory
 The Multidimensional Fatigue Symptom Inventory

Mécanismes de la CRF (Cancer-Related Fatigue)

Hypothesized mechanisms

Direct

Indirect

Physiologic

- Voluntary activation
- Muscle strength
- Muscle endurance
- Cardiopulmonary fitness
- Body composition
- Fatiguability
- Muscle efficiency

Biologic/hematologic

- Inflammatory response
- Muscle damage
- Metabolic function (insulin resistance)
- Endocrine function
- Immune function
- Anemia (brain and muscle oxygenation)

Psychological

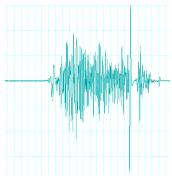
- Anxiety
- Depression
- Distress
- Cognition

Social

- Social interaction
- Positive reinforcement

Behavioral

- Sleep quantity and quality
- Appetite



Adapted from McNeely et al. 2010

Mécanismes de la CRF (Cancer-Related Fatigue)

Mécanismes en cause?

Complexe!

Processus multiples et hétérogènes



Probablement spécificités liées à chaque individu

Pas seulement du à de simples modifications biologiques
ou explications psychosociales

→ **Quelles solutions/propositions?**

Ebede et al, 2017
Pearson et al, 2018
Al Maqbali, 2021

Traitements/Interventions >450 études

Pearson et al, 2018



Aérobie (150mn/s, modéré)
+ 2-3 sessions RM

Balance bénéfique/risque ++



EPO
Methylphenidate
Modafinil

Balance bénéfique/risque +/-

| Category | Definition used in this scoping review | Included interventions | No of studies |
|------------------------------------|---|---|---------------|
| Activity Management | Pro-active management of personal energy resources (Barsevick <i>et al.</i> 2004) | Energy conservation strategies: pacing, prioritising and scheduling activities (not only education) | 4 |
| EXERCISE | Physical activity interventions in which structured and repetitive bodily movements are performed to improve or maintain one or more components of physical fitness (Howley 2001), prescribed and monitored by an exercise professional | Includes aerobic and resistive exercise; home and centre-based, group and individual. Excludes motivational interviewing | 103 |
| Mind-body therapies | Practices that focus on the interactions between brain, mind, body and behaviour with the goal to maintain or improve health (National Center for Complementary and Integrative Health, 2016). | Movement, mind- and touch-based therapies for well being – including yoga, Qi Gong, Tai Chi, Pilates, hypnosis, meditation, relaxation, music, virtual reality, massage, acupuncture/pressure, biofield and energy therapies, Reiki and warm foot baths | 63 |
| Nutrition | Dietary intervention designed to modify protein, energy, fibre or mineral intake | Dietary education and/or ingested or parenteral supplements | 2 |
| Psycho-education | A form of health education aiming to alleviate stress and low mood by preparing people for the symptom experience; thereby promoting a sense of control and self-care practices (Chan <i>et al.</i> 2011) | Talking-based therapies and education. Includes cognitive behavioural therapy, motivational interviewing for behaviour change/exercise, stress management, problem solving, coping skills, sleep management, information and education | 60 |
| Rehabilitation | Interventions designed to minimise specific impairments or participation restrictions resulting from cancer (Franklin <i>et al.</i> 2010), based on clinical assessments and facilitated by rehabilitation professionals | Goal-oriented group and individual rehabilitation conducted by one or more health professionals with a focus on body structures and functions, activity and participation outcomes | 6 |
| Supportive-expressive | Interventions including either supportive or expressive components, utilising group or other means to express and explore feelings in a supportive environment to improve coping (Kissane <i>et al.</i> 2004) | Focus is expression and psychological support. Included: writing, art, singing, support groups and pet therapy | 8 |
| PHARMACOLOGICAL | Any chemical agent that alters the biochemical physiological processes of tissues or organisms (World Health Organisation, 2014) | Non-dietary injected, inhaled or ingested substances for symptom management including drug, herbal, vitamin, mineral or homoeopathic preparations, blood and oxygen | 102 |
| Non-drug symptom management | Management of physical symptoms using other non-drug interventions | Symptom monitoring and management by nurse, doctor and/or patient; multidisciplinary symptom clinic; light exposure and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) | 22 |
| Multi-modality | Interventions that include more than one of above categories | Includes elements from more than one of above categories | 57 |



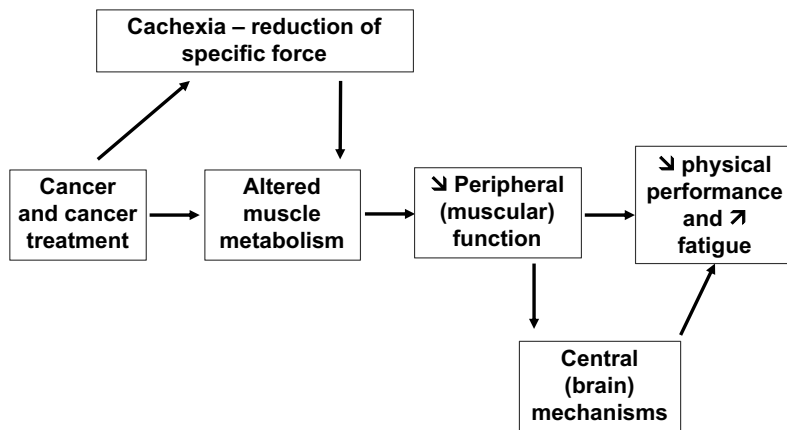
Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults (Review)

Cramp F, Byron-Daniel J

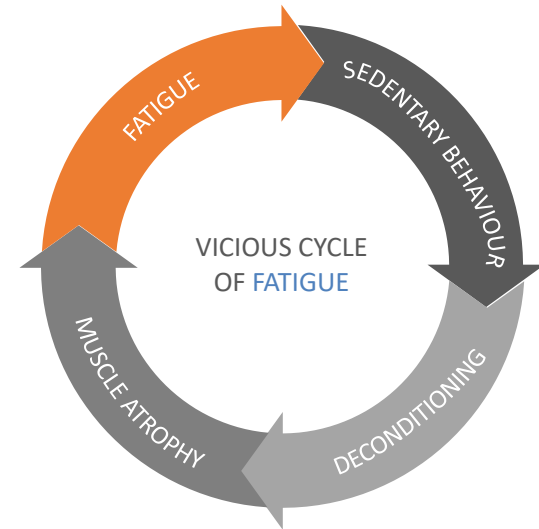
2012

Exercices aérobie: effets + sur CRF
Pas d'effet des exercices type renforcement
30 mn/j, 5j/s, 150 mn/s

La fatigue est moindre chez ceux qui pratiquent régulièrement une AP



Andrews et al. Fatigue in Cancer 2004



Vicious circle of chronic fatigue

Meilleure résistance à la fatigue aigue?

La moindre résistance à la fatigue aigue ne peut expliquer en totalité la CRF, mais contribue+ et doit être évaluée++



Dvpt d'outils adaptés pour proposer les interventions adéquates

Rééducation/Réadaptation en oncologie

MPR et pathologies oncologiques: rationnel

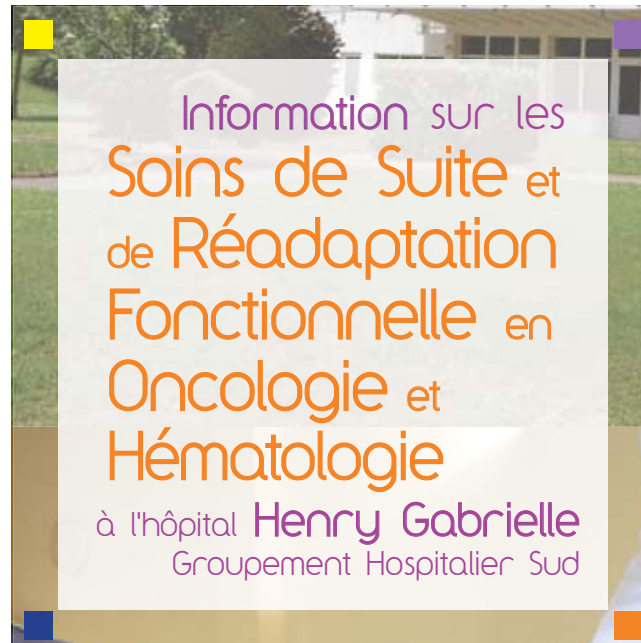
Focus: fatigue et cancer

MPR et oncologie en pratique: les différents contextes

Proposition de parcours/programme



Proposition locale



Réadaptation fonctionnelle en onco-hématologie

Dans quel contexte?

- Approche médicale
- Complément des **soins de support** pathologies agressives, aux traitements
- Une **complémentarité dans l'accompagnement** programme personnalisé, s'inscrit dans le parcours de soins
- Comme un **espace de transition** du retentissement de la maladie
- Une autre dimension, plus globale
- En pratique:
 - Patients stabilisés sur le plan médical
 - Patients en hématologie, après chimiothérapie (ex: allogreffés)
 - Patients en oncologie pendant et après traitement (ex: cancer mammaire après ttt Chirurgie, Chimio, Radiothérapie)

OBJECTIFS

- Evaluer ses capacités fonctionnelles
- Se reconditionner à l'effort et reprendre goût à l'activité physique
- Améliorer sa mobilité, sa posture et son endurance
- Mettre en place des repères diététiques
- Partager et échanger grâce à une prise en charge groupale
- Améliorer sa régulation tonique et gérer ses émotions

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Augmenter la fonctionnalité et la capacité physique
- Réduire la fatigue et améliorer les performances physiques
- Améliorer la qualité de vie, l'estime et l'image de soi, la confiance en soi
- Se réapproprier son corps
- Sortir de l'isolement, retrouver de l'endurance, le goût d'être actif
- Favoriser le retour à une vie active

Réadaptation fonctionnelle en onco-hématologie

Les modalités

Après consultation sollicitée par le médecin référent

Qui permet:

- d'établir un lien privilégié
- d'analyser les besoins du patient
- de définir conjointement les objectifs et les modalités de prise en charge autour d'un programme adapté et personnalisé

→ **Consultation**

→ **Hôpital de jour**

(1 à 2 fois par semaine)

→ **Hôpital de semaine**

(séquence(s) de 2 à 5 jours consécutifs)



L. Christophe, H. Ghesquières, C. Confavreux V. Desestret, L. Havé, S. Jacquin-Courtois



Modalités d'entrée possible dans les dispositifs de soin

Possibilité d'orientation →

AVIS MPR

- **Lieu/modalités** : en service de MCO (oncologie et hématologie), présence au staff d'hématologie, CHLS
- **Objectifs** : évaluation précoce et orientation
- **Intervenant** : Pr S. Jacquin-Courtois, Dr L. Christophe
- **Recul** : 10 ans

CONSULTATION MPR

- **Lieu/modalités** : HHG, consultation
- **Intervenants** : Pr S. Jacquin Courtois, Dr L. Christophe
- **Objectifs** : évaluation MPR et orientation
- **Recul** : 10 ans

JUMP

- **Lieu/modalités** : CHLS, HDJ MCO (1 journée complète)
- **Intervenants** : IDE, monitrice d'APA, PH rhumatologue et PH MPR
- **Objectifs** : évaluation multidimensionnelle médicale et fonctionnelle : métabolique, rénale, cardiaque, pulmonaire, osseuse, cognitive, thymique, de qualité de vie, de capacités fonctionnelles physiques, retour au travail
- **Recul** : 5 mois

CONSULTATION ONCOGOG

- **Lieu/modalités** : Hôpital Henry Gabrielle, Hôpital Neurologique, Hôpital Desgenettes, consultation
- **Intervenants** : Pr S. Jacquin-Courtois, Dr L. Christophe, Pr V. Desestret, Dr L. Havé
- **Objectifs** : diagnostic et évaluation de la plainte fonctionnelle cognitive post cancer
- **Recul** : 5 ans

SSR ONCO HÉMATO

- **Lieu/modalités** : Hôpital cardiologique puis HHG après déménagement, service d'hospitalisation complète
- **Intervenants** : 2 PH : 1MPR, un hématologue, un interne de chaque spécialité, équipe soignante et paramédicale (APA, MKDE, psychomotrien.ne, diététicien.ne, psychologue)
- **Objectifs** : lieu de soins adaptés à la rééducation et la réhabilitation de patients encore lourds médicalement et en perte d'autonomie, post hématologie relevant de l'hospitalisation complète, systématique pour post allogreffe
- **Recul** : ouverture prévue fin 2022

HOSPITALISATION DE SEMAINE

- **Lieu/modalités** : Hôpital Henry Gabrielle
- **Intervenants** : équipe médicale MPR, soignante et paramédicale (MKDE, APA, psychomotricien.ne, ergothérapeute,...)
- **Objectifs** : reprise des AVQ, réhabilitation à l'effort, se réappropriier son corps
- **Recul** : 6 ans

HOSPITALISATION DE JOUR INDIVIDUELLE

- **Lieu/modalités** : Hôpital Henry Gabrielle, 2 jours/ semaine pendant 6 semaine, en individuel
- **Intervenants** : médecin MPR, équipe paramédicale (MKDE, APA, psychomotricien.ne, ergothérapeute,...)
- **Objectifs** : réhabilitation à l'effort, se réappropriier son corps
- **Recul** : 6 ans

PROGRAMME ALIZÉS

- **Lieu/modalités** : Hôpital Henry Gabrielle, HDJ, 2 jours/ semaine, 12 semaines, en groupe de 8, cancer du sein uniquement
- **Intervenants** : médecin MPR, APA, MKDE, psychomotricien.ne, diététicien.ne
- **Objectifs** : réhabilitation à l'effort, se réappropriier son corps
- **Recul** : 10 ans

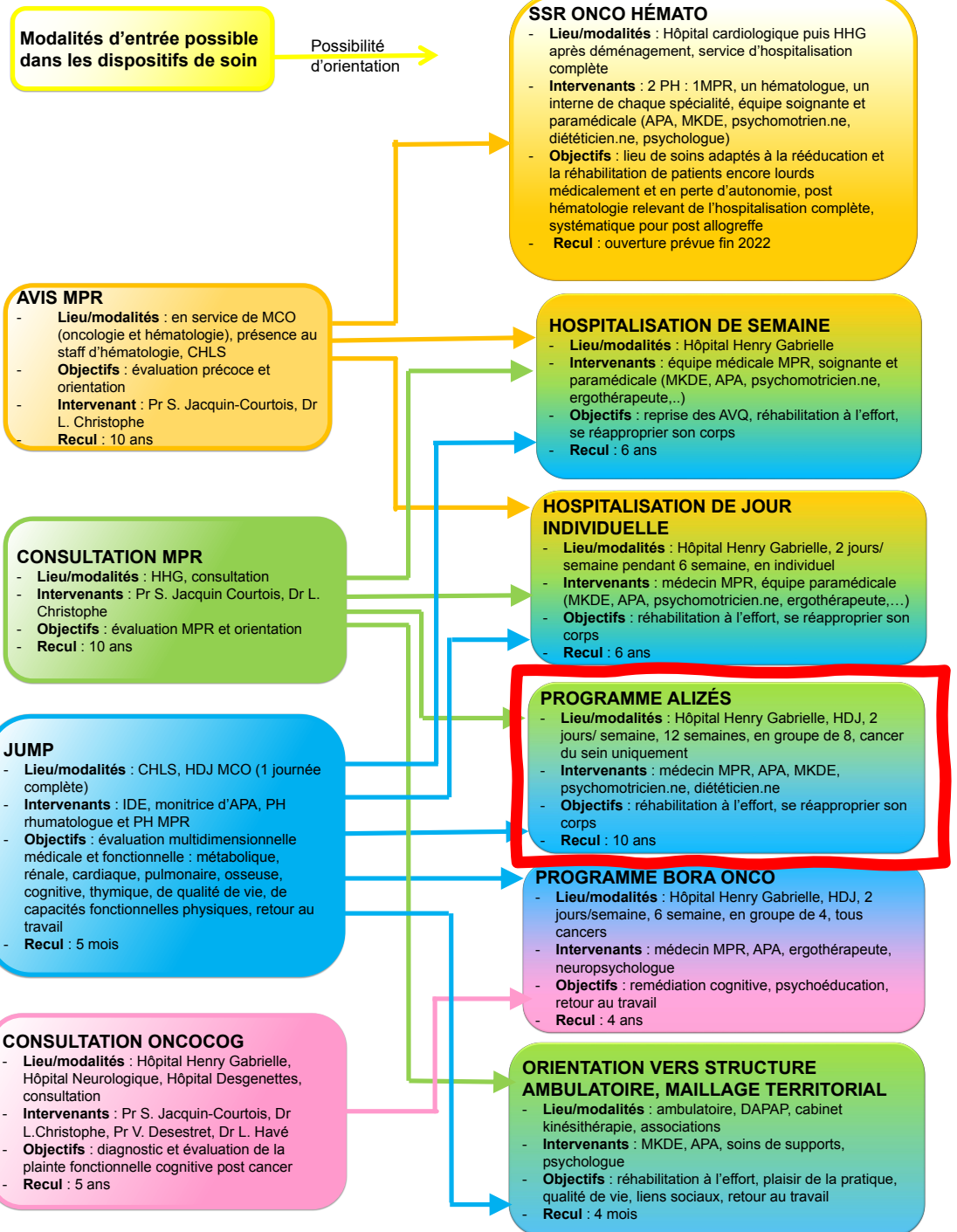
PROGRAMME BORA ONCO

- **Lieu/modalités** : Hôpital Henry Gabrielle, HDJ, 2 jours/semaine, 6 semaine, en groupe de 4, tous cancers
- **Intervenants** : médecin MPR, APA, ergothérapeute, neuropsychologue
- **Objectifs** : remédiation cognitive, psychoéducation, retour au travail
- **Recul** : 4 ans

ORIENTATION VERS STRUCTURE AMBULATOIRE, MAILLAGE TERRITORIAL

- **Lieu/modalités** : ambulatoire, DAPAP, cabinet kinésithérapie, associations
- **Intervenants** : MKDE, APA, soins de supports, psychologue
- **Objectifs** : réhabilitation à l'effort, plaisir de la pratique, qualité de vie, liens sociaux, retour au travail
- **Recul** : 4 mois

L. Christophe, H. Ghesquières, C. Confavreux V. Desestret, L. Havé, S. Jacquin-Courtois



Programme Alizés



HC
HOSPICES
DE LYON

PROGRAMME ALIZÉ

Parcours de réadaptation
après traitement du cancer

Le programme Alizés s'adresse aux femmes ayant eu un cancer du sein, une fois leurs traitements terminés. Il vise à leur redonner confiance en elles et en leurs capacités physiques, pour améliorer leur qualité de vie.

LES MODALITÉS :

- Rééducation collective
- Hôpital de jour : 2 fois par semaine, 12 semaines
- Horaires : 9h-16h
- Tenue et chaussures de sport, maillot de bain

OBJECTIFS

- Evaluer ses capacités fonctionnelles
- Se reconditionner à l'effort et reprendre goût à l'activité physique
- Améliorer sa mobilité, sa posture et son endurance
- Mettre en place des repères diététiques
- Partager et échanger grâce à une prise en charge groupale
- Améliorer sa régulation tonique et gérer ses émotions

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Augmenter la fonctionnalité et la capacité physique
- Réduire la fatigue et améliorer les performances physiques
- Améliorer la qualité de vie, l'estime et l'image de soi, la confiance en soi
- Se réapproprier son corps
- Sortir de l'isolement, retrouver de l'endurance, le goût d'être actif
- Favoriser le retour à une vie active

MODALITÉS D'ADMISSION

L'entrée dans le programme se fait sur prescription médicale et en coordination avec le(s) médecin(s) référent(s).

Cette consultation préalable permet d'établir un lien privilégié, d'analyser les besoins du patient, et de définir conjointement les objectifs et les modalités de prise en charge autour d'un programme adapté et personnalisé.

PROGRAMME

Les patientes rencontreront différents professionnels de santé :

- Kinésithérapeute
- Moniteur d'Activités Physiques Adaptées
- Psychomotricien
- Diététicien
- Infirmier
- Aide-soignant
- Médecin

De nombreux ateliers sont proposés :

- Réentraînement à l'effort
- Renforcement musculaire
- Vélo, boxe, tir à l'arc, danse, step
- Activités extérieures : marche nordique, badminton, padel tennis, escalade, escrime...
- Balnéothérapie / Aquagym
- Table ronde (1 fois/mois)
- Livret et conseils

Suivi médical rapproché et régulier, avec évaluation des bénéfices du programme.

Revue de la littérature :

Description des paramètres des différents programmes de rééducation et modalités pratiques

- 63 études, randomisées, contrôlées
5761 patients

- Moment de la prise en charge :

- ++ études après traitement adjuvant
- + études pendant le traitement adjuvant
- + études phase précoce après traitement adjuvant

- Lieu :

- Domicile
- Centre
- Centre et domicile

- Activité :
n= 28 aérobie marche, fitness, balnéo, vélo, circuit...
n= 7 résistance
n= 21 combiné

- Durée : de 2 à 4 mois

- Fréquence : 2 à 3x/semaine



Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy (Review)

Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR

Lahart et al, 2018

Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life

Leclerc et al, 2017

Evaluations

•Déficiences

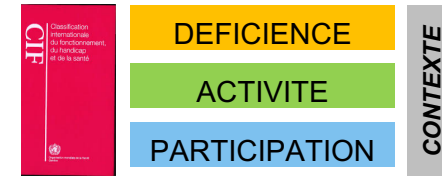
- Paramètres anthropométriques (BMI, FC, TA)
- Fatigue (FACIT-F, PFS, Brief fatigue Inventory, MFI)
- Humeur (BDI, PANAS, CES-D, POMS, SOSI)
- Performances physiques (Test de marche des 6 minutes/12 minutes, temps de marche des 2 km, endurance assis-debout, figure 8 running, force isométrique MS et MI, hand grip, GT1M(vélo), VO2max)
- Paramètres orthopédiques (mobilité épaule, douleurs articulaires)
- Symptômes post-ménopausiques
- Qualité du sommeil (Pittsburg Sleep Quality Index)
- Bilan lipidique

•Limitations d'activités

- 7 days PAR (physical activity recall), International Physical Activity Questionnaire

•Restrictions de participation

- Qualité de vie (SF36, FACT-B, FACT-G, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23, CARES)
- Activités de loisir (SPAQ)



Programme Alizés

- Groupes de 8 patientes
- 2 fois par semaine
- 12 semaines
- Phase post-adjuvante



Figure 2. Les modalités du programme pluridisciplinaire Alizés.

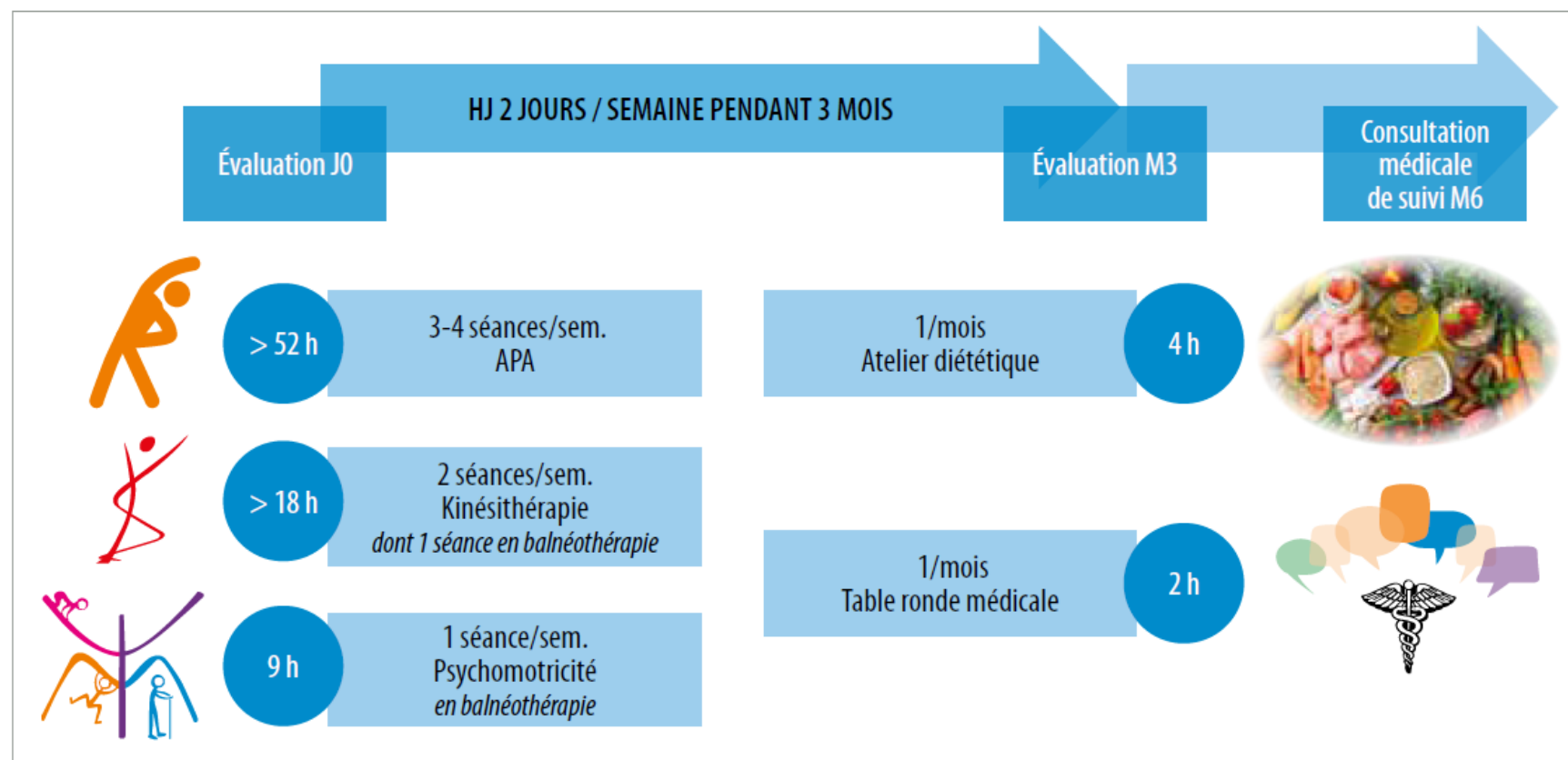


Tableau I. Description de la population.

| | |
|---|--------------|
| Nombre de participantes | 133 |
| Âge (années) | 52,7 (9,6)* |
| Délai début du programme – Diagnostic (mois) | 11,7 (4,3) |
| Délai début du programme – Radiothérapie (mois) | 4,3 (4,0) |
| Stade | |
| Local | 128 (96 %)** |
| Métastatique | 5 (3,8 %) |
| Récidive | 6 (4,5 %) |
| Chirurgie | |
| Mastectomie | 78 (59 %) |
| Tumorectomie | 55 (41 %) |
| Traitement non chirurgical | |
| Radiothérapie | 126 (95 %) |
| Chimiothérapie | 122 (92 %) |
| Chimiothérapie d'entretien | 32 (24 %) |
| Hormonothérapie | 95 (71 %) |

| | |
|---|-----------|
| Activité professionnelle | |
| Arrêt de travail | 87 (66 %) |
| Retraitée | 22 (17 %) |
| En activité | 1 (1 %) |
| Sans activité | 14 (11 %) |
| Autres (indépendant, congé parental...) | 6 (5 %) |
| Activité sportive | |
| Aucune | 36 (37 %) |
| < × 1/sem. | 19 (20 %) |
| > × 1/sem. | 42 (43 %) |

* moyenne (ET) ; ** nombre (%).

Tableau II. Données cliniques avant et après l'application du programme Alizés.

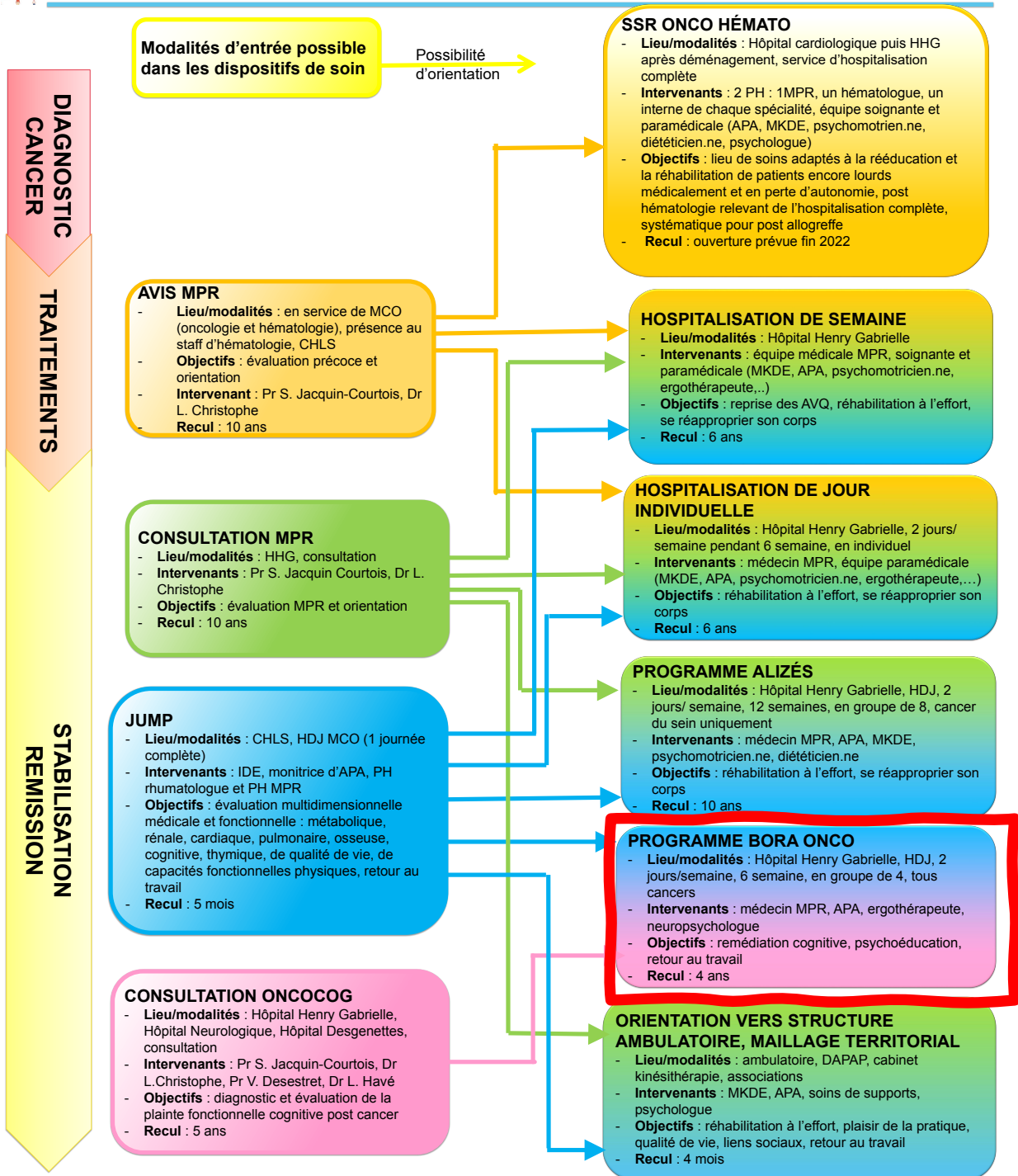
| M3 | | | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|----------|-----|---------|
| | Avant | Après | Δ | n | p |
| IMC | 25,6 (5,0) | 25,9 (4,8) | 0,3 | 112 | 0,56 |
| Test des 6 minutes | | | | | |
| Distance | 572 (70,3) | 644 (61,6) | 72,1 | 112 | < 0,001 |
| % Théorique | 85,8 (10,5) | 96,6 (9,2) | 10,8 | | |
| Assis-debout | | | | | |
| Nombre | 22,5 (5,2) | 30,1 (6,5) | 7,6 | 113 | < 0,001 |
| Indice | | | | | |
| 1 | 3 (2,4 %) | | | | |
| 2 | 8 (6,3 %) | | | | |
| 3 | 7 (5,6 %) | 1 (0,9 %) | | | |
| 4 | 36 (29 %) | 9 (8,1 %) | | | |
| 5 | 72 (57 %) | 101 (91 %) | | | |
| SF-36 | | | | | |
| PF | 74,6 (15,9) | 84,1 (14,1) | 9,5 | 111 | < 0,001 |
| RP | 20,4 (27,1) | 41,7 (38,1) | 21,4 | 110 | < 0,001 |
| RE | 73,9 (20,5) | 118 (57,4) | 69,6 | 111 | 0,22 |
| VT | 43,4 (16,7) | 58,8 (14,5) | 15,4 | 111 | < 0,001 |
| AH | 59,5 (13,3) | 63,0 (10,8) | 3,5 | 111 | < 0,01 |
| SF | 64,2 (21,5) | 73,9 (20,5) | 9,7 | 111 | < 0,001 |
| BP | 58,2 (52,2) | 64,0 (21,7) | 5,8 | 111 | 0,57 |
| GH | 52,4 (17,6) | 56,6 (19,1) | 4,2 | 111 | < 0,01 |
| FACT-B | 91,2 (15,9) | 103 (19,0) | 11,4 | 116 | < 0,001 |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|-----------|------------|-----------|---------|
| Piper | 5,6 (1,9) | 3,6 (1,9) | -7,4 | 112 | < 0,001 |
| Comportement | 5,1 (2,3) | 3,1 (2,1) | -2,1 | 114 | < 0,001 |
| Affective | 6,7 (2,4) | 4,1 (2,5) | -2,2 | 114 | < 0,001 |
| Sensorielle | 5,7 (1,9) | 3,6 (2,0) | -2,1 | 114 | < 0,001 |
| Cognitive | 5,2 (1,8) | 3,8 (2,0) | -1,4 | 114 | < 0,001 |
| Beck | 6,8 (4,8) | 4,5 (3,7) | -2,2 | 111 | < 0,001 |
| M6 | | | | | |
| | | | Avant | Après | |
| Activité sportive | Aucune | | 36 (37 %) | 3 (3,1 %) | |
| | < × 1/sem. | | 19 (20 %) | 13 (13 %) | |
| | > × 1/sem. | | 42 (43 %) | 80 (82 %) | |
| Activité professionnelle | AT | | 87 (66 %) | 18 (23 %) | |
| | Retraitée | | 22 (17 %) | 4 (5,1 %) | |
| | Temps plein | | 1 (0,76 %) | 5 (6,3 %) | |
| | Temps partiel | | | 31 (39 %) | |
| | Reprise envisagée | | | 12 (15 %) | |
| | Sans activité | | 14 (11 %) | 9 (11 %) | |
| | Autres (congé parental, indépendant...) | | 6 (5,38 %) | | |

Quid de la pérennisation d'une pratique autonome?



L. Christophe, H. Ghesquières, C. Confavreux V. Desestret, L. Havé, S. Jacquin-Courtois



S. NASH., J. HOLE., D. VARSOVIE., V. SERVAJEAN., V. PUGNIET., S. LYARD., K. REILLY., S. JACQUIN-COURTOIS.

Description of an interdisciplinary, holistic cognitive rehabilitation program for adults with mild to moderate cognitive impairment after acquired brain injury

Karen T. Reilly, Julie Holé, Stuart Nash, Virginie Pugniet, Valérie Servajean, Didier Varsovie & Sophie Jacquin-Courtois



PROGRAMME BORA (Initial)

4 Patients cérébrlésés, avec troubles cognitifs légers à modérés

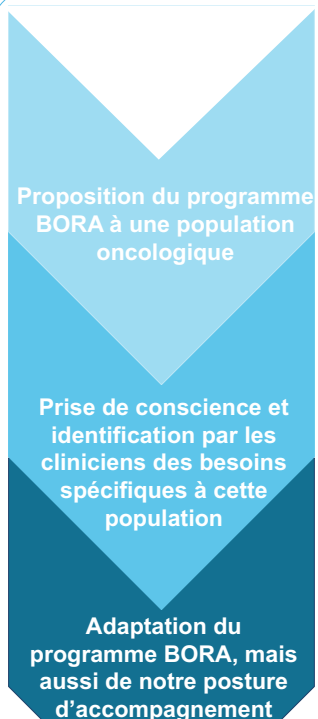
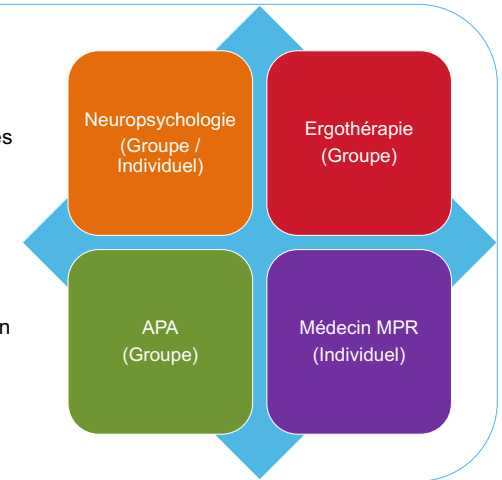


HDJ 2 jour par semaine, pendant 6 semaines



Objectifs :

- Identification et compréhension des forces et faiblesses
- Prise de conscience des changements
- Métacognition / Mise en place de stratégies de compensation
- Confiance en soi / Estime de soi / Affirmation en soi
- + Objectifs individualisés



PROGRAMME BORA (Onco)

- Nécessité de prise en charge des troubles cognitifs en oncologie
 - Effet « miroir grossissant », avec des troubles cognitifs moins importants mais une conscience plus aigüe
 - Besoin accru de reconnaissance de la maladie et des changements consécutifs
 - Besoin important de redevenir acteur de sa prise en charge
 - Moins de supervision et plus d'autonomisation
 - Plus d'activités en groupe
- pour favoriser les échanges sur le vécu des situations personnelles abordées, pour favoriser les échanges sur l'identification des ressources mobilisées pour y faire face
- permet de travailler parallèlement la confiance en soi



Évaluation d'un programme de *Rééducation* chez des patientes atteintes de *CRCI* (Cancer Related Cognitive Impairment) dans les suites d'un *Cancer du Sein*

EURECA : EvalUation of REmediation programs after breast CAncer

MARIANNE MERCEUR – CCA CHU DE RENNES



MÉLANIE COGNE, MCU-PH – RENNES
SOPHIE JACQUIN-COURTOIS, PU-PH – LYON
KAREN REILLY, PHD – LYON



Protocole EURECA

EVALUATION of REmediation programs for patients suffering from mild cognitive deficits after breast Cancer

| Phase | Non Intervention 14/12/20-10/01/21 | | | | Intervention 11/01/21-21/02/21 | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------|---------------------|---------------------|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Semaine | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 |
| Visio En 1 ou 2x, au choix | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV | FACTCog + QdV |
| | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue | Psycho + Fatigue |
| Consult | Niveau socio-culturel Test neuropsych : 1 cs de 2h (du 14/12 au 17/12) | | | | Test neuropsych : 1 cs de 2h (mardi, mercredi ou v | | | | |

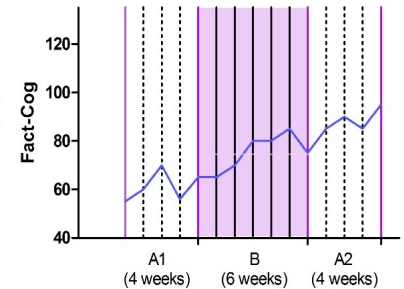
Echelles et temps de passation :

- Critère de jugement principal :
 - o FACT-Cog : 15 minutes
- Critères de jugement secondaires :
 - o Test neuropsychologique : **environ 1H30, avec pause au milieu (consultation de 2 heures)**
 - Vigilance TAP : 30 minutes
 - Covert Shift Attention TAP : 5 minutes
 - PASAT : 15 minutes
 - MoCA : 15 minutes
 - SMDT : 5 minutes
 - o Evaluation psychologique : environ 30 minutes
 - HAD : 5 minutes
 - BSI18 : 5 minutes
 - Rosenberf Self-Esteem Scale : 5 minutes
 - MCQ30 : 10 minutes
 - o Qualité de vie :
 - FACT-B : 15 minutes
 - o Fatigue :
 - FACIT-F : 5 minutes

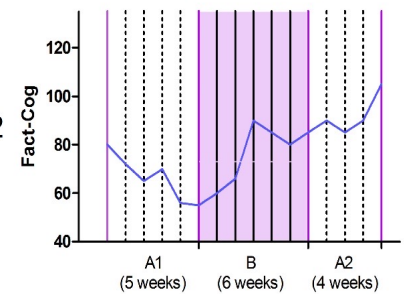
— day hospital consultation

---- tele-consultation

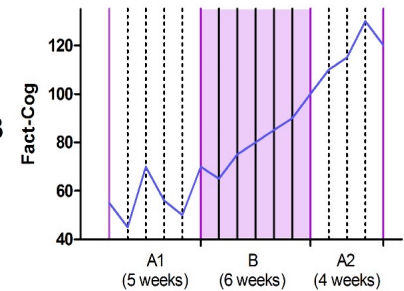
Patient 1



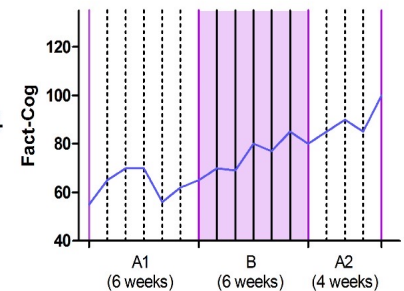
Patient 2



Patient 3



Patient 4



g
+
≥
1

Que révèle le discours des patientes sur les troubles cognitifs subtils induits par un cancer du sein ?

Amélie RICHARD, Karen T. REILLY et Sophie JACQUIN-COURTOIS



CONTEXTE

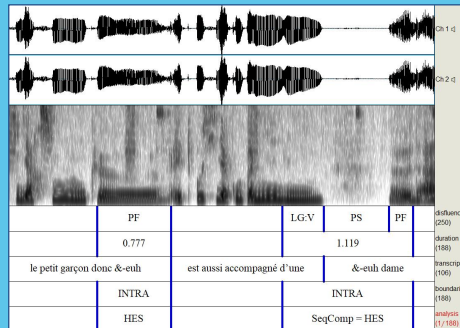
- *Cancer-Related Cognitive Impairment* (CRCI)
- 17-75% patientes avec cancer du sein [1]
- Impact négatif sur la qualité de vie [2]
- Attention, FE, mémoire, langage [3]
- Manque du mot
- Ampleur plainte > scores tests neuropsychologiques

OBJECTIFS

- Explorer le profil linguistique des patientes avec cancer du sein
- Mieux appréhender les mécanismes cognitifs sous-jacents

METHODE

- 14 patientes > 8 mois post diagnostic
- Épreuves de discours :
 - Narratif (séquence d'images DN1 + rappel de texte DN2)
 - Spontané (discussion thématique DS)
- Transcription et annotation des disfluences



PRAAT (Boesma & Weenink, 2021)

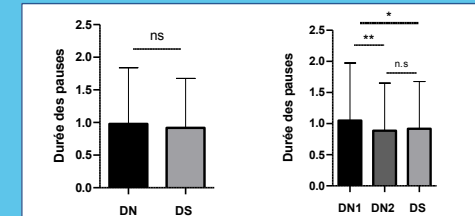
- Analyse des disfluences (pauses, répétitions à l'identique, reformulations de phrases)
- Évaluation cognitive et facteurs associés (fatigue, anxiété/dépression)

RESULTATS

- 12/14 patientes avec plainte cognitive (score FACT-Cog PCI < 60)
- 13 patientes avec plainte spontanée d'anomie
- Anomie non révélée par tests objectifs
- Taux de disfluences 2 x plus élevé que données normatives issues de la littérature [4]

| Variables linguistiques | Moyenne | ET | Données normatives |
|---|---------|-----|--------------------|
| Débit de parole (# syll/s) | 3,4 | 0,4 | 5,2 – 5,6 |
| Longueur Moyenne d'un Énoncé (# mots/énoncé) | 6,2 | 0,8 | 6 – 7 |
| Taux de disfluences (# / 100 mots) | 13,5 | 2,7 | 4,5 – 5,97 |
| Taux de pauses (# / 100 mots) | 10,4 | 2,2 | 4,2 – 6,8 |

- Pas de différence entre genre narratif (DN1 + DN2) vs spontané



- Pas de relation entre disfluences et facteurs associés (fatigue, humeur)

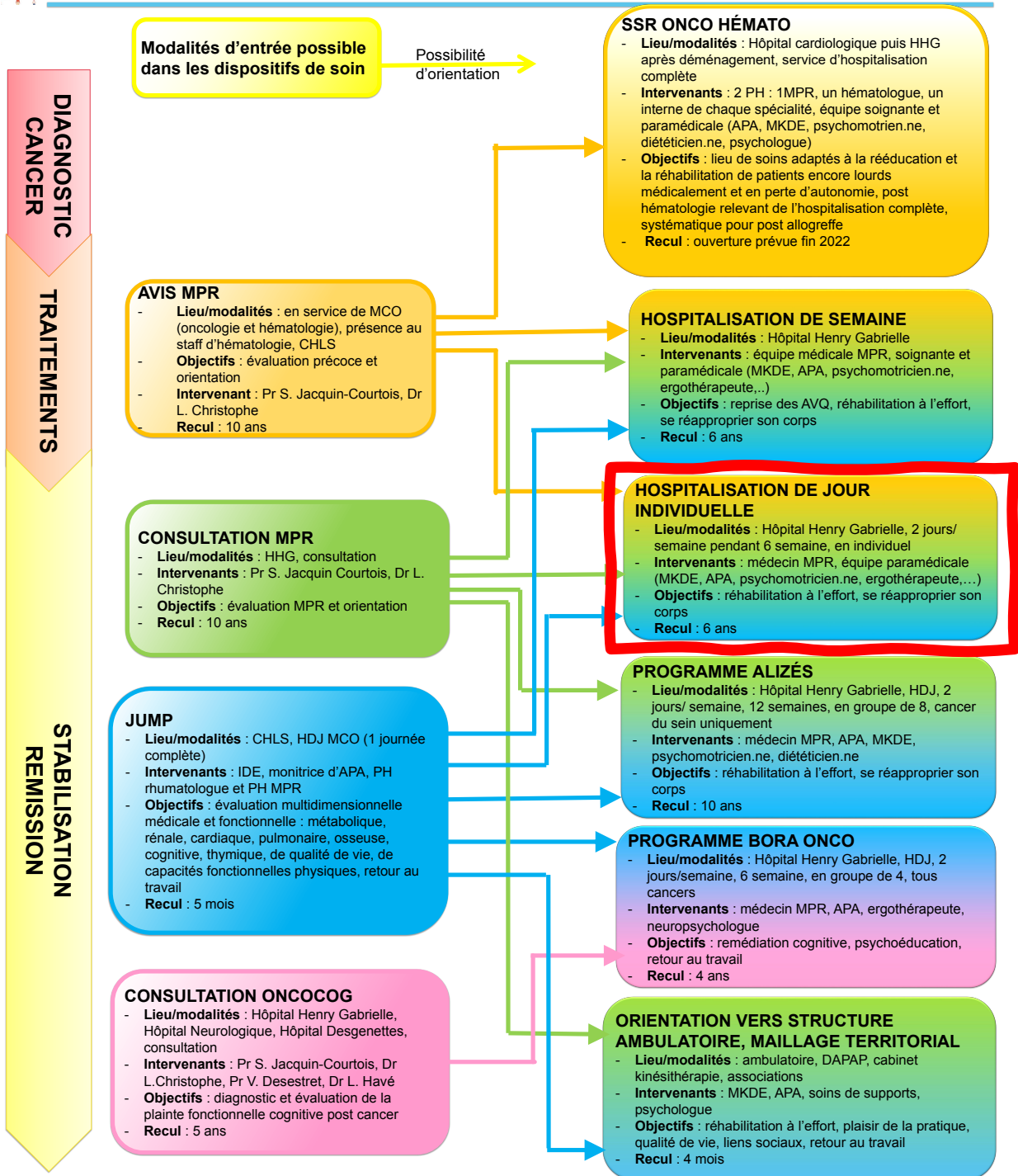
CONCLUSION

- Impact du CRCI sur le langage
- Anomie révélée par les **nombreuses disfluences**
- Intérêt **écologique** du discours narratif
- Analyse des disfluences : **approche novatrice** pour l'évaluation de l'anomie des patientes traitées pour un cancer du sein

PERSPECTIVES

- ▶ Ajout de groupe contrôle
- ▶ Définition de seuils pathologiques
- ▶ Développement d'un outil de dépistage

L. Christophe, H. Ghesquières, C. Confavreux V. Desestret,
L. Havé, S. Jacquin-Courtois



Autres contextes oncologiques

Modalités d'admission

Après consultation

solicitée par le médecin référent
auprès du Pr Jacquin-Courtois

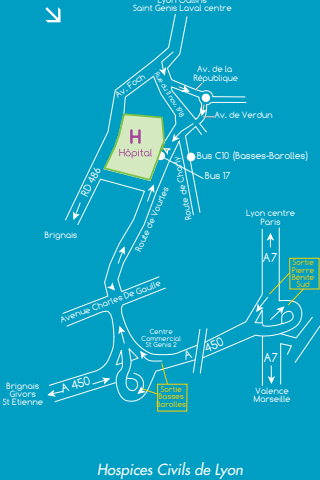
Qui permet :

- d'établir un lien privilégié
- d'analyser les besoins du patient
- de définir conjointement les objectifs et les modalités de prise en charge autour d'un programme adapté et personnalisé

Accueil Renseignements

Secrétariat / coordination
T 04 78 86 50 64 (36 50 64)
M hg.secretariat@chu-lyon.fr

Accès



Hospices Civils de Lyon

Document à l'usage
des professionnels et
des patients



Hospices de Lyon

Information sur les
Soins de Suite et
de Réadaptation
Fonctionnelle en
Oncologie et
Hématologie
à l'hôpital Henry Gabrielle
Groupement Hospitalier Sud

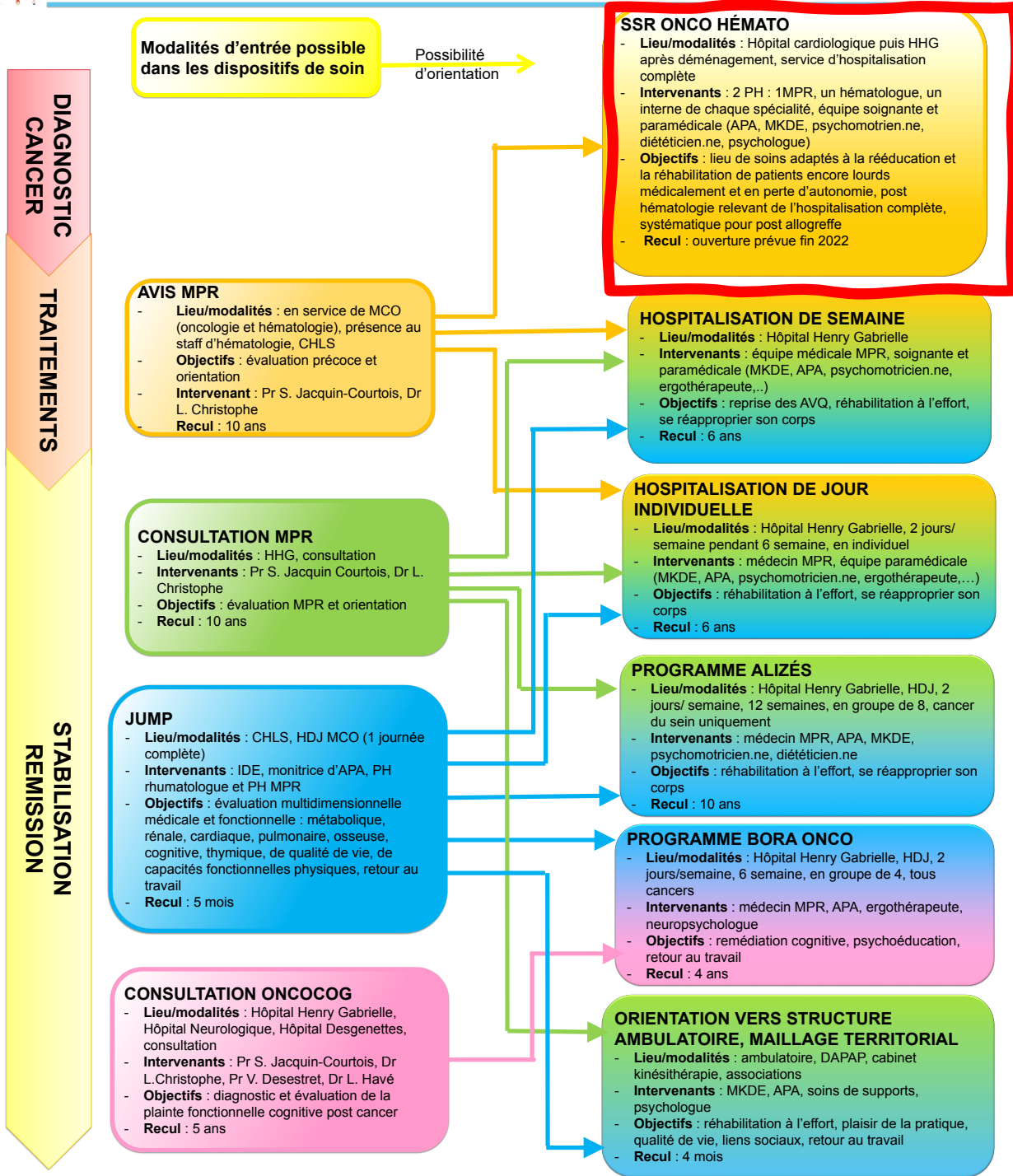
Hospices Civils de Lyon

Oncologie:

- ovarien
- bronchique/pulmonaire
- neuro-onco

plutôt HJ

L. Christophe, H. Ghesquières, C. Confavreux V. Desestret, L. Havé, S. Jacquin-Courtois



Pathologies hématologiques

Quid des données en hématologie?

REVIEW

Exercise in adult and pediatric hematological cancer survivors: an intervention review

KY Wolin¹, JR Ruiz², H Tuchman¹ and A Lucia³

Ccl:

- intérêt des exercices aérobie, d'intensité faible à modérée
- type marche, vélo motorisé
- en augmentant progressivement durée et intensité
- sécurisé

Résultats difficiles à extrapoler (modalités de ttt, dg et stade initial variés)

- adulte: 3 fois/s (composition corporelle, stabilisation des performances physiques)
- tx Hb et PlaQ minimal?
- chez l'enfant: PEC efficace en période hospitalière et consolidation

Is physical exercise possible in patients with critical cytopenia undergoing intensive chemotherapy for acute leukaemia or aggressive lymphoma?

Thomas Elter · Martina Stipanov · Eva Heuser ·
Michael von Bergwelt-Baildon · Wilhelm Bloch ·
Michael Hallek · Freerk Baumann

The emerging role of exercise and health counseling in patients with acute leukemia undergoing chemotherapy during outpatient management

Mary Jarden^{a,b,*}, Lis Adamsen^{b,c}, Lars Kjeldsen^a, Henrik Birgens^d, Anders Tolver^e,
Jesper Frank Christensen^b, Merete Stensen^d, Vivi-Ann Sørensen^a, Tom Møller^{a,b}

A Randomized Trial of the Effect of a Walking Regimen on the Functional Status of 100 Adult Allogeneic Donor Hematopoietic Cell Transplant Patients

Todd E. DeFor,^{1,2} Linda J. Burns,³ Eva-Maria A. Gold,⁴ Daniel J. Weisdorf³

A randomized trial on the effect of a multimodal intervention on physical capacity, functional performance and quality of life in adult patients undergoing allogeneic SCT

M Jarden^{1,2}, MT Baadsgaard², DJ Hovgaard¹, E Boesen³ and L Adamsen^{2,4}

REVUE: INTERET DE L'AP

FAISABILITE

EN PHASE DE CONSOLIDATION

EN PHASE DE GREFFE

En post allo-grefe

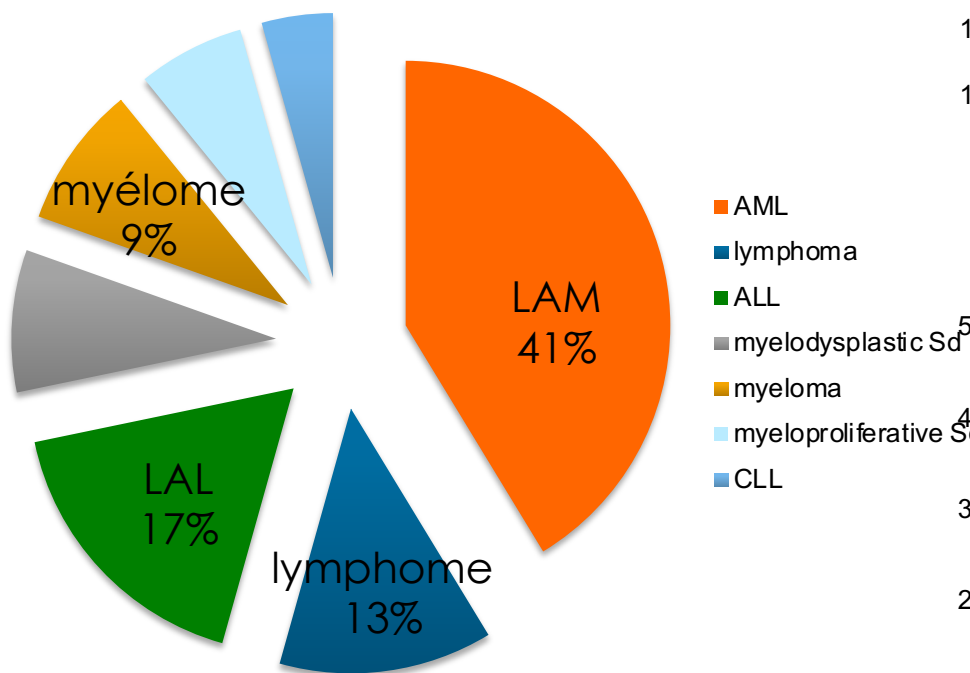
Hématologie post-allogreffe

46 patients (âge moyen= **46.9 ans** [20-67])

HJ n=20 (âge moyen= 40.9 ans)

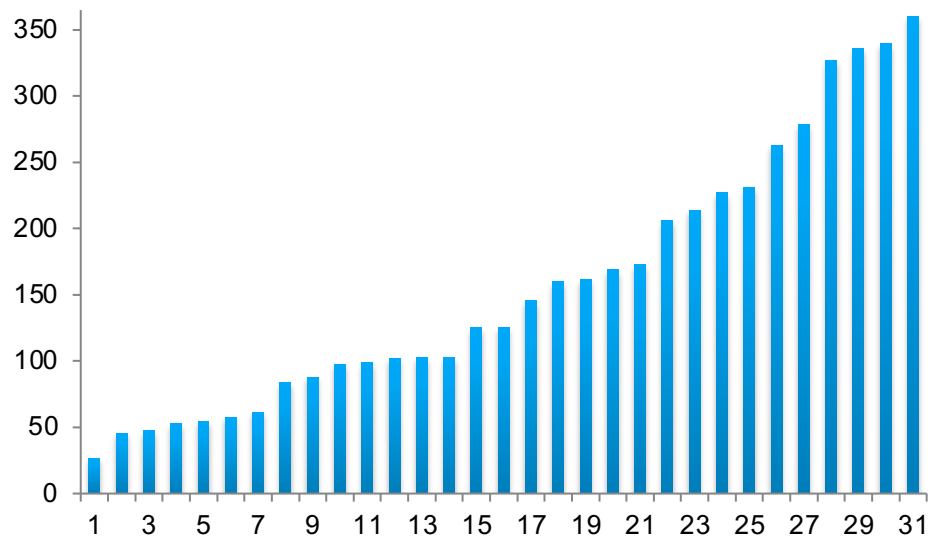
HS n=26 (âge moyen= 53 ans)

Dg hématologique

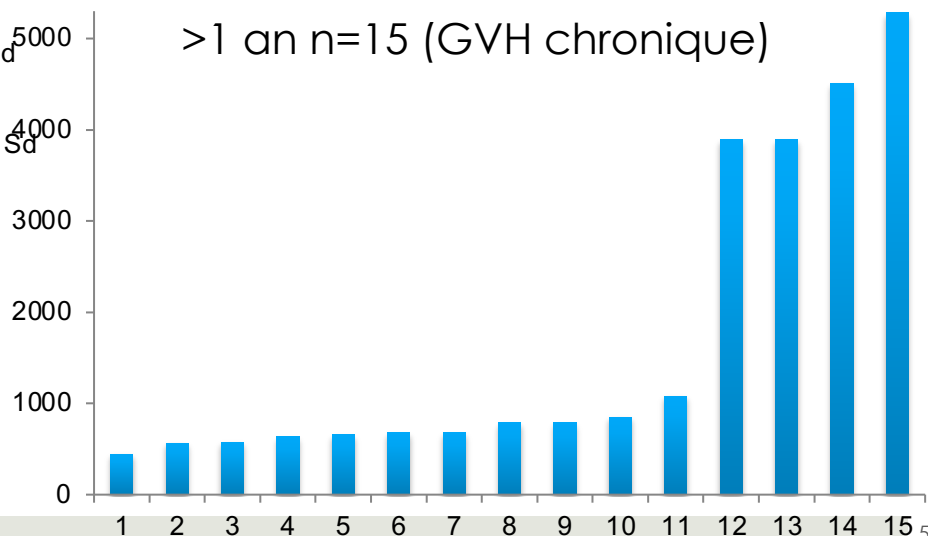


Délai post-greffe

<1 an n=31



>1 an n=15 (GVH chronique)



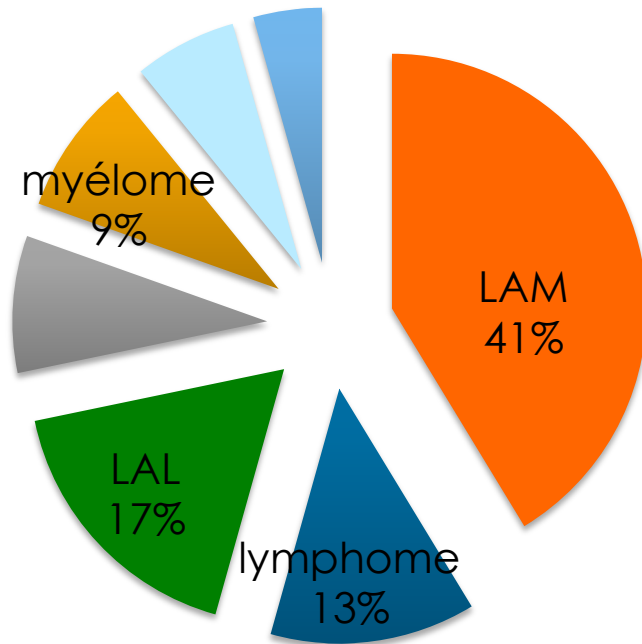
Hématologie post-allogreffe

46 patients (âge moyen= **46.9 ans** [20-67])

HJ n=20 (âge moyen= 40.9 ans)

HS n=26 (âge moyen= 53 ans)

Dg hématologique



Résultats préliminaires

- grande diversité:
délai post-greffe, durée de PEC
- bonne faisabilité et sécurité
- amélioration fonctionnelle++

- nécessité de proposer un **programme individualisé**
 - situation médicale, statut physique
 - état émotionnel et psychologique
 - contexte familial et environnemental

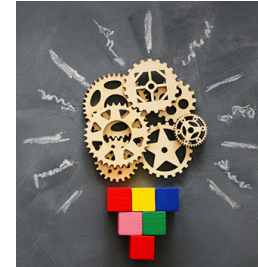
- promouvoir intervention précoce

Des besoins évidents
Une légitimité claire

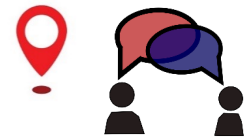
LA VIE CINQ ANS
APRÈS UN
DIAGNOSTIC
DE CANCER

Cancer patients' needs for rehabilitation services

Des axes de réflexion et des pistes concrètes



À développer et à structurer, en privilégiant le partenariat local
À adosser à de la recherche



De l'affichage à la volonté et à la réalisation
Ce que l'on peut et ce que l'on doit faire

STRATÉGIE
DÉCENNALE
DE LUTTE CONTRE
LES CANCERS
2021-2030
FEUILLE DE ROUTE 2021-2025



MPR

multidimensionnel
pluridisciplinaire

dans une démarche prospective
avec adaptabilité++



CONTEXTE

Rôle central de l'AP (prévention primaire et tertiaire)

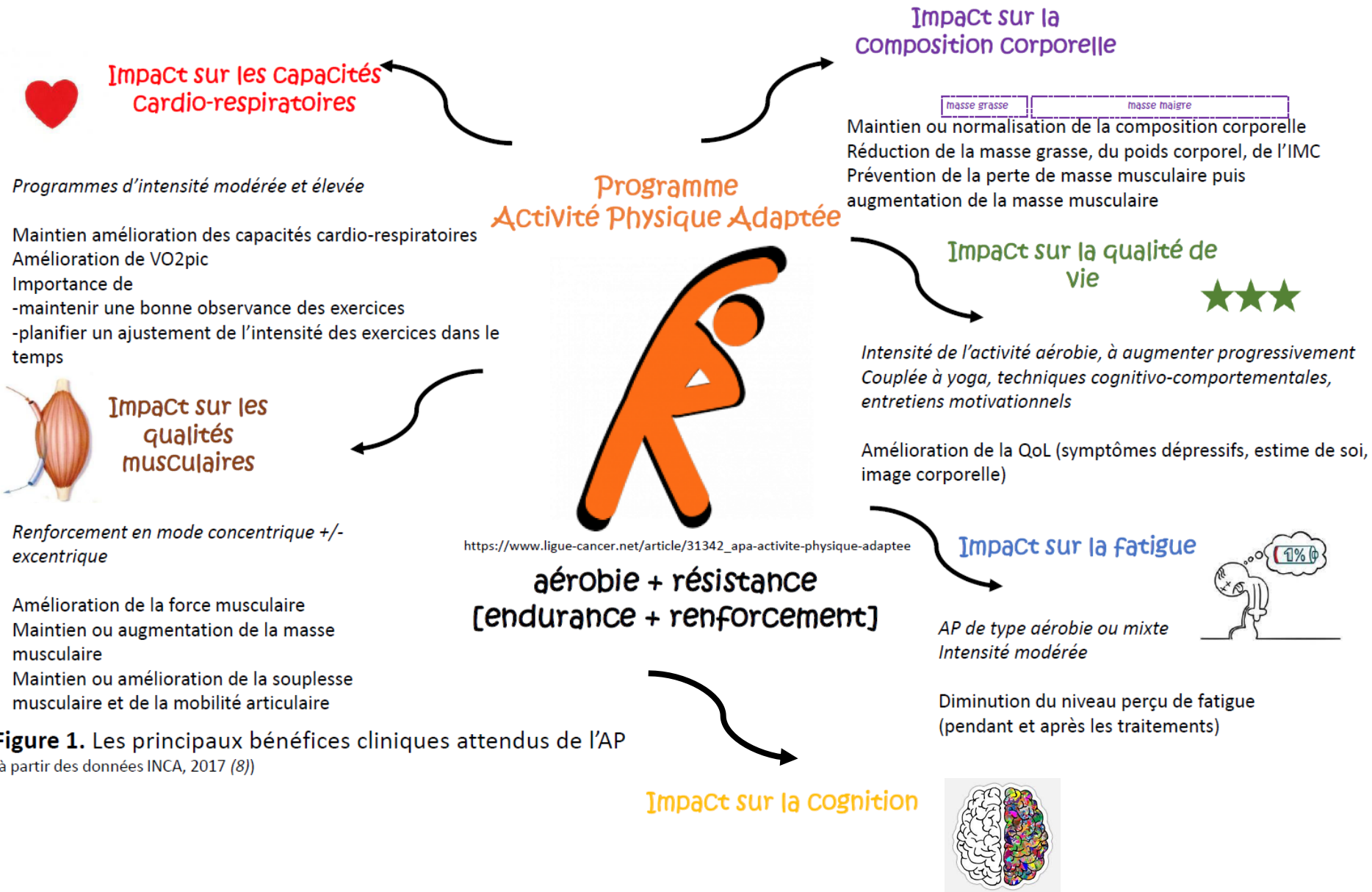


Figure 1. Les principaux bénéfices cliniques attendus de l'AP (à partir des données INCA, 2017 (8))

Etat des lieux de la place de la MPR dans la prise en charge du cancer

- Un contexte particulier
le facteur pronostic
mais aussi l'évolution chronique
- Un contexte essentiel
les conséquences de l'affection, des traitements
la qualité de vie
- Une expérience « limitée »
globalement assez peu de publications
justifications générales
peu de programmes
- Un nouveau défi
contexte épidémiologique
pronostic de survie – prise en charge chronique





Activité Physique et Cancer
 Rééducation et Cancer
 Troubles cognitifs et Cancer

03-04 | juillet - décembre 2021

Actualités en Médecine Physique et de Réadaptation

Revue trimestrielle d'informations scientifiques et professionnelles

DOSSIER

Oncoréadaptation

Coordination : Pr Sophie Jacquin-Courtais (Lyon)
 et Pr Paul Calmels (Saint-Etienne)



HISTOIRE Les origines et l'essor
 de la MPR en France (partie 2)

Pr Alain YESSIER (Paris)