



La réadaptation oncologique

De plus en plus de personnes survivent au cancer. Mais la maladie et son traitement entraînent souvent des atteintes d'ordre physique, psychique et social. Les programmes de réadaptation oncologique améliorent la qualité de vie des personnes touchées et facilitent le retour à la vie de tous les jours et la reprise de l'activité professionnelle.

1. Introduction

Chaque année, environ 39 500 personnes développent un cancer en Suisse (NICER, 2016) et la tendance est à la hausse. Grâce aux progrès considérables réalisés en matière de dépistage et de thérapie médicale, de plus en plus de patients bénéficient d'un pronostic de survie à long terme. Cette évolution positive s'accompagne de nouveaux défis dans les domaines du suivi et de la réadaptation des personnes touchées.

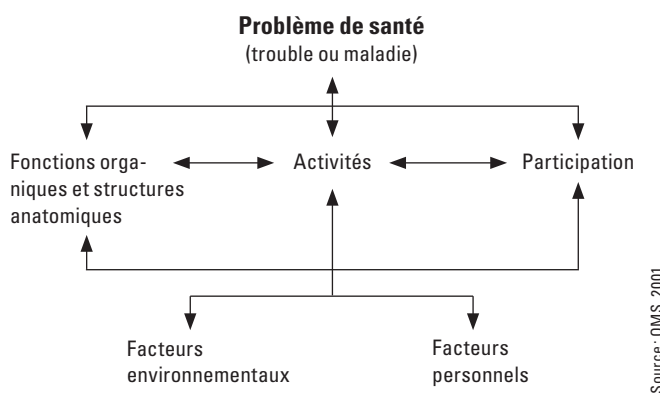
Ainsi, il importe avant tout de conserver et de recouvrer la santé physique et psychique, une qualité de vie optimale, de s'adapter aux éventuelles restrictions durables et de surmonter les expériences vécues. Il s'agit de réduire les contraintes physiques et psychiques (telles les douleurs, les limitations fonctionnelles, la fatigue chronique, l'anxiété, etc.) pouvant être causées par l'affection cancéreuse ou les traitements visant à la combattre grâce à des mesures de réadaptation adéquates, et d'aider les patients à mieux gérer leur maladie. L'objectif est en particulier de maintenir et de restaurer l'aptitude des personnes concernées à prendre part à la vie professionnelle et sociale (participation).

2. Conception de la réadaptation oncologique

La réadaptation oncologique est un processus axé sur la santé et l'autonomie, qui comprend l'ensemble des mesures coordonnées d'ordre médical, pédagogique, social et spirituel. Elle permet à une personne atteinte d'un cancer de surmonter des handicaps ou des restrictions dus à la maladie ou à son traitement et de retrouver un fonctionnement physique, psychique et social optimal. « L'objectif est qu'elle puisse reprendre sa vie en mains par ses propres moyens avec la plus grande autonomie possible et retrouver sa place dans la société. » (Eberhard, 2015).

Dans le domaine de la réadaptation, la réflexion est fondée sur le modèle bio-psycho-social de la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, fig. 1). Ce modèle présente un système de composantes interdépendantes. Ainsi, si une composante varie, elle influe en théorie sur l'état de toutes les autres.

Fig. 1 : modèle bio-psycho-social de la CIF



Source : OMS, 2001

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, New York, 22 juillet 1946). Un problème de santé associé à des restrictions physiques et/ou psychiques peut entraver les possibilités de prendre activement part à la vie. Le fait qu'une atteinte fonctionnelle nuise à la capacité de mener une vie autodéterminée et « saine » au sens de la définition de l'OMS, et le cas échéant dans quelle mesure, dépend également de facteurs contextuels (environnementaux et personnels).

Dans l'esprit du modèle bio-psycho-social, nous concevons les maladies comme des troubles de l'unité formée par le corps et l'âme, lesquelles ont des répercussions sur tout le contexte de vie des personnes concernées. Outre la dimension physique (biologique), les dimensions psychique (y c. mentale / spirituelle) et sociale (vie familiale et professionnelle) sont également prises en compte.

3. Objectifs

L'objectif de la réadaptation est le maintien ou la restauration de la plus grande autonomie possible (participation à la vie sociale). Pour pouvoir retrouver sa place dans la société, les personnes touchées ont besoin d'un certain degré de fonctionnalité et d'activité.

Heim (2008) et Bartsch (2009) citent les objectifs de la réadaptation oncologique en les classant en cinq grandes catégories :

Objectifs somatiques

- Réduction de la fatigue/de l'épuisement
- Amélioration de la performance
- Développement et renforcement de la musculature squelettique
- Amélioration de la mobilité articulaire
- Atténuation des douleurs
- Optimisation de la restauration prothétique
- Réduction d'un lymphœdème
- Amélioration de la sécheresse buccale
- Diminution de l'incontinence
- Amélioration de la fonction intestinale
- Amélioration des troubles de la déglutition
- Amélioration des troubles de la parole

Objectifs psychiques

- Réduction de l'anxiété
- Diminution de l'état dépressif
- Amélioration de l'acceptation des changements corporels
- Traitement des problèmes familiaux et conjugaux
- Diminution des troubles du sommeil

Objectifs sociaux

- Amélioration de l'intégration sociale
- Réinsertion professionnelle
- Participation à la vie sociale et culturelle
- Information dans le domaine juridico-social
- Communication conjugale/sexualité

Objectifs en matière de motricité

- Traitement d'une limitation fonctionnelle
- Promotion de l'activité au quotidien
- Augmentation des distances parcourues à pied
- Renforcement de l'activité physique
- Amélioration des capacités cognitives
- Amélioration de la continence et de la fonction sexuelle

Objectifs éducatifs (transmission des connaissances)

- Connaissances sur la maladie et les thérapies
- Stratégies de gestion du stress
- Stratégies de gestion de la peur et des symptômes dépressifs
- Connaissances sur l'alimentation équilibrée
- Techniques de relaxation

Dietz (1974) classe en outre les objectifs de la réadaptation en quatre catégories correspondant aux phases d'évolution de la maladie :

Prévention :

prévention de limitations fonctionnelles. La prévention commence peu après le diagnostic, c.-à-d. avant, pendant ou immédiatement après le traitement du cancer.

Rétablissement :

processus visant à restaurer l'état initial. Le rétablissement concerne les patients qui ne font face à aucune ou uniquement à une faible altération des fonctions organiques à long terme. Il est réaliste d'aspirer à réintégrer pleinement la vie sociale et professionnelle, et c'est l'objectif visé.

Soutien :

processus visant à compenser les pertes de motricité. Le soutien s'adresse aux patients présentant des tumeurs avancées associées à des pertes de motricité croissantes. L'objectif est de renforcer la mobilité et les capacités des patients à s'aider eux-mêmes grâce à des mesures de compensation et d'adaptation.

Soins palliatifs :

les soins palliatifs sont destinés aux patients atteints d'un cancer en phase terminale. L'objectif est de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie en contrôlant ou en éliminant les symptômes et en permettant une autonomie au moins partielle.

4. Moment et durée de la réadaptation oncologique

L'OMS envisage la réadaptation comme un processus qui commence avec le diagnostic et prend idéalement fin avec la restauration et le maintien de l'aptitude à participer. Pour atteindre ces objectifs, il importe d'envisager une réadaptation dès le début du processus de traitement afin de garantir une chaîne de soins continue, de réduire les séjours hospitaliers et d'accélérer le retour à la vie de tous les jours (Eberhard, 2011).

En Angleterre, le National Health Service (NHS) propose que les besoins en matière de réadaptation de toutes les personnes atteintes d'un cancer soient examinés au cours de différentes phases du parcours du patient : au moment du diagnostic, au début et à la fin du traitement médical, en cas de récurrence et dans le cadre des soins palliatifs (NHS, 2009).

Selon Cheville (2005), une réadaptation oncologique peut se révéler envisageable et judicieuse à différents stades de la maladie cancéreuse :

- Stade 1 : réadaptation une fois la thérapie initiale achevée
- Stade 2 : réadaptation une fois le traitement oncologique achevé
- Stade 3 : réadaptation pour préparer un traitement oncologique éprouvant ou en cas de récurrence
- Stade 4 : réadaptation en cas de complications imputables au cancer ou à son traitement

Les programmes de réadaptation oncologique ambulatoire analysés avec succès aux Pays-Bas s'échelonnent sur 12 à 16 semaines et s'articulent autour de modules de thérapie par le mouvement et par le sport, de conseils en matière de santé, de soutien psychoncologique et de nutrition. Lorsque leur durée n'atteint pas les huit semaines, les programmes ambulatoires manquent l'objectif visé en matière de réadaptation (Eberhard, 2011).

On sait par expérience que les programmes stationnaires durent trois à quatre semaines. Une réadaptation plus longue peut se révéler judicieuse ou nécessaire selon le type et l'étendue des restrictions touchant les patients.

5. Groupe cible

En principe, un patient a besoin de bénéficier de mesures de réadaptation lorsque la maladie entrave son activité et/ou sa participation. Les restrictions peuvent se faire sentir au quotidien (vie à domicile, tenue de la maison, garde des enfants, etc.), dans un contexte social, sociétal et professionnel.

Au début de la réadaptation oncologique, une anamnèse ainsi qu'un dépistage ou une évaluation permettent toujours d'identifier les restrictions individuelles du patient et de définir sur cette base les objectifs en matière de réadaptation (Eberhard, 2009).

Indicateurs possibles et questions en vue d'une réadaptation oncologique (Fig. 2):

- L'autonomie au quotidien est-elle restreinte (vie à domicile, finances, situation sociale)?
- La fonctionnalité et la mobilité sont-elles limitées dans la vie quotidienne?
- Les capacités physiques, l'endurance et l'activité sont-elles limitées?
- La personne est-elle confrontée à des problèmes d'alimentation?
- La personne est-elle confrontée à des problèmes émotionnels ou psychiques (image de soi/bien-être relationnel)?
- La personne a-t-elle des difficultés à gérer les problèmes liés à la maladie ou au traitement?

- Des problèmes généraux apparaissent-ils (douleurs, fatigue chronique, etc.)?
- La capacité de travail est-elle limitée?

Selon la situation (p. ex. offre de traitement ambulatoire disponible de façon adéquate) et les ressources individuelles (p. ex. possibilité de transport aux programmes de réadaptation ambulatoires), on choisira entre un programme de réadaptation oncologique ambulatoire ou stationnaire. Pour prendre une décision, il est essentiel que les personnes touchées soient réellement motivées à prendre activement part à la réadaptation. C'est une condition sine qua non pour atteindre les objectifs formulés précédemment.

Facteurs plaidant en faveur d'une réadaptation oncologique ambulatoire:

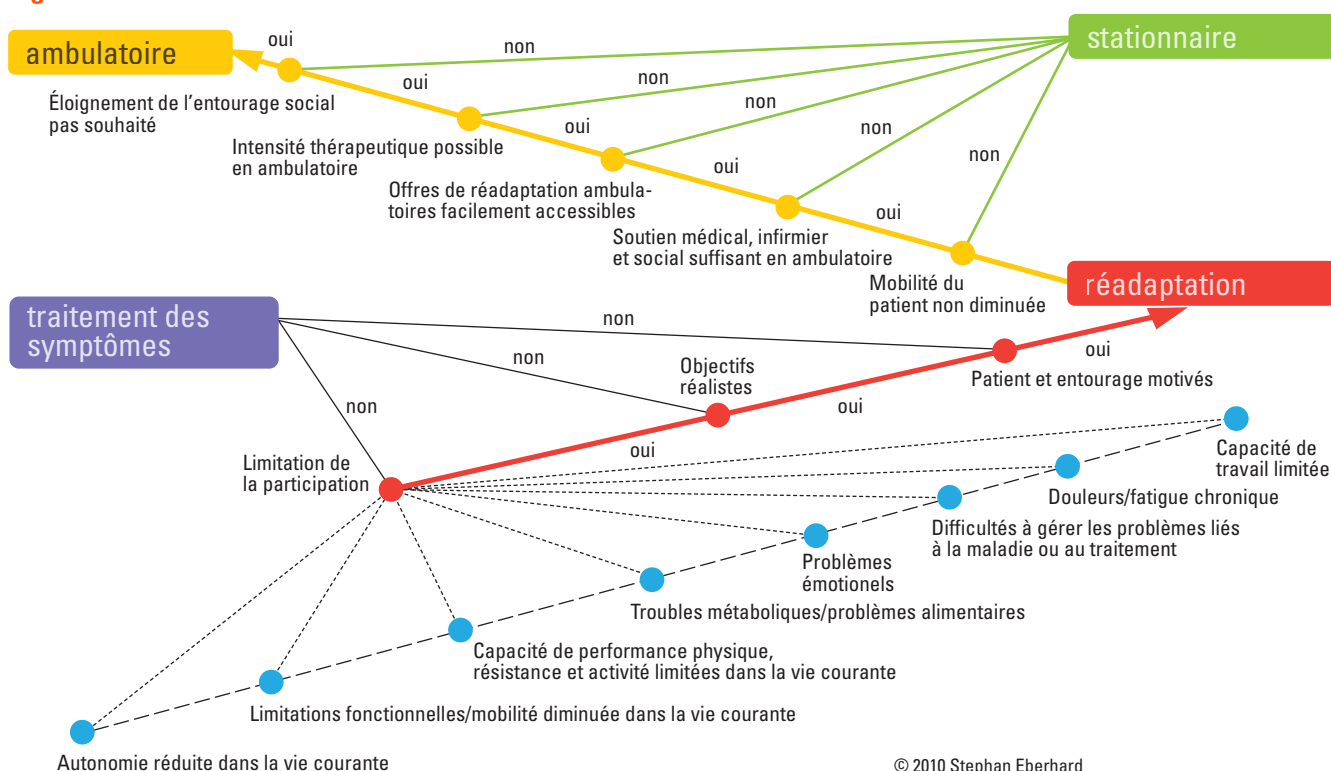
- Suivi à domicile assuré
- Disponibilité d'une offre de traitement ambulatoire
- Coordination de la réadaptation assurée
- Possibilité de transport/mobilité

Si ces conditions ne sont pas remplies, il convient d'envisager la réadaptation oncologique stationnaire.

Les facteurs plaidant en faveur d'une réadaptation stationnaire sont notamment une restriction considérable de l'autonomie imputable à des traitements aigus, la confrontation avec des situations difficiles et inédites (p. ex. problèmes physiques avec les stomies, amputations, troubles respiratoires) ou des contraintes psychiques élevées.

Souvent, les patients souffrant de douleurs aiguës ou de problèmes de fatigue importants peuvent également profiter d'un programme stationnaire, en particulier lorsque l'ensemble des possibilités ambulatoires a déjà été exploité.

Fig. 2: indicateurs

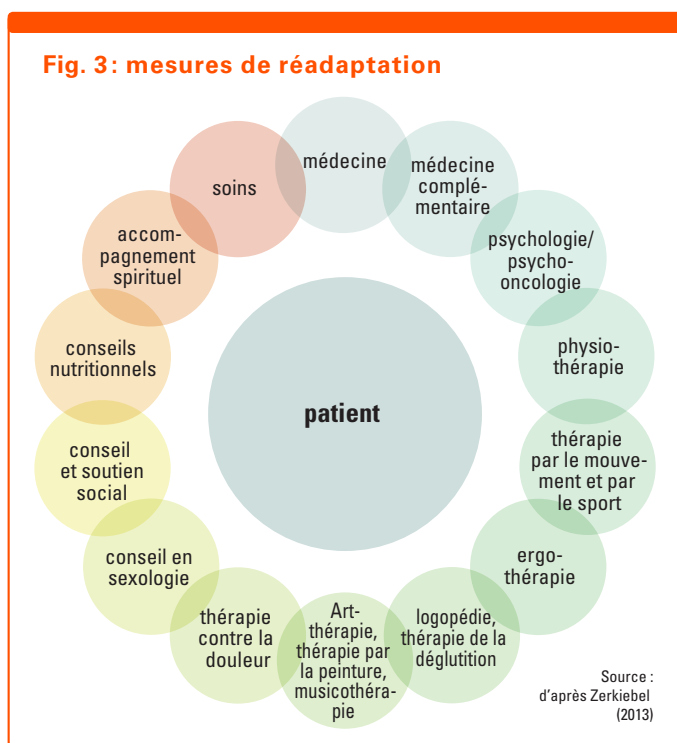


6. Mesures de réadaptation

Les mesures de réadaptation oncologique se composent des modules de médecine, médecine complémentaire, psychologie/psychoncologie, physiothérapie, thérapie par le mouvement et par le sport, ergothérapie, logopédie, thérapie de la déglutition, art-thérapie, thérapie par la peinture, musicothérapie, thérapie contre la douleur, conseil en sexologie, conseil et soutien social, conseils nutritionnels, accompagnement spirituel et soins (Fig. 3). Les modules sont proposés sous forme de thérapies individuelles ou de groupe (p.ex. thérapie par le mouvement). Parfois, des cycles de conférences ou programmes de formation (éducation) sont également organisés. La problématique individuelle des patients constitue toujours la priorité lors de la planification.

Selon les critères de SWISS REHA (2016), au moins quatre modules spécialisés doivent être proposés dans le cadre de la réadaptation oncologique ambulatoire. La physiothérapie et/ou l'ergothérapie revêtent un caractère obligatoire.

Fig. 3 : mesures de réadaptation

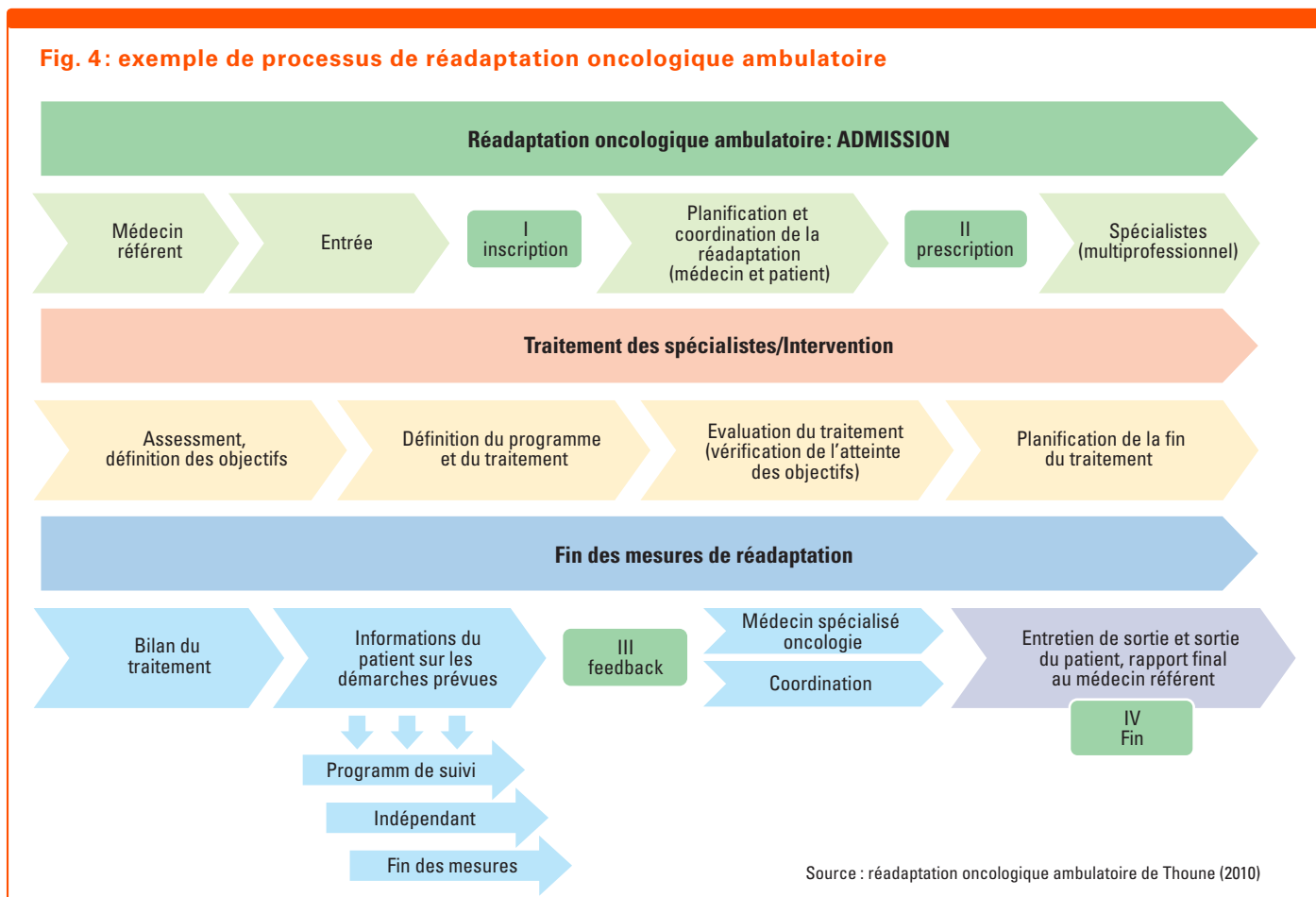


7. Processus de réadaptation

La réadaptation oncologique s'articule autour des étapes de processus suivantes (Fig. 4) :

- Admission dans le programme de réadaptation sur prescription du responsable médical et définition du programme avec la personne touchée
- Traitement de réadaptation
- Fin des mesures de réadaptation

Fig. 4 : exemple de processus de réadaptation oncologique ambulatoire



8. Instruments de travail

Les processus de réadaptation doivent présenter une structure la plus claire et la plus simple possible.

Les instruments de travail servent à garantir le bon déroulement des processus et à informer les membres de l'équipe en charge de la réadaptation de l'évolution du patient au sein du programme de réadaptation oncologique.

La Ligue suisse contre le cancer présente différents instruments de travail (p. ex. carnet de bord de réadaptation) dans son manuel concernant la réhabilitation oncologique ambulatoire.

9. Financement

Avec une prescription médicale, les mesures de réadaptation ambulatoires peuvent être décomptées par le biais des caisses-maladie (assurance de base ou complémentaire) avec la franchise habituelle pour les prestations ambulatoires. Par ailleurs, des contributions d'institutions sociales et ecclésiastiques sont investies dans l'offre de conseil de certains programmes de réadaptation.

Les programmes de réadaptation stationnaire doivent faire l'objet d'une demande du médecin (p. ex. médecins hospitaliers, oncologues, médecins de famille) avant d'être approuvés par un médecin-conseil de la caisse-maladie.

10. Promotion

Les programmes de réadaptation existants peuvent être mis en avant au moyen de dépliants, d'informations disponibles sur les sites Web des prestataires et de séances d'information ciblées.

La Ligue suisse contre le cancer a publié sur son site Internet l'ensemble des programmes de réadaptation oncologique ambulatoire et stationnaire proposés en Suisse, en les répertoriant sur une carte avec des informations complémentaires (lien: <https://www.ligue-cancer.ch/a-propos-du-cancer/la-readaptation-oncologique/>).

11. Assurance qualité

La qualité est un paramètre qui indique dans quelle mesure les prestations du système de santé accroissent la probabilité d'atteindre les résultats escomptés en matière de santé et dans quelle mesure lesdites prestations sont en adéquation avec l'état actuel des connaissances spécialisées.

La comparaison entre la situation réelle et la situation visée constitue l'élément central de l'assurance qualité. Cela signifie que pour optimiser des structures, des processus, des résultats, etc., il est nécessaire de disposer d'une représentation relativement fiable et étayée de la situation visée (connaissances scientifiques, lignes directrices, souhaits et attentes des patients ainsi que de leurs proches, efficacité, directives de conventions tarifaires, etc.) (Zerkiebel, 2015).

Pour prouver à l'externe et en toute transparence l'efficacité des mesures mises en œuvre en matière d'assurance qualité et de promotion de la qualité, l'on dispose des options suivantes :

- **Label de qualité et/ou certificats** : p. ex. critères de qualité et de prestations de SWISS REHA pour la réadaptation interne et oncologique.
- **Rapports sur la qualité** : l'institution rend compte des efforts consentis et des résultats obtenus en matière d'assurance qualité et de promotion de la qualité (il s'agit notamment des structures de l'institution, à savoir caractéristiques générales, direction médicale, mise à disposition de personnel pour la réadaptation oncologique, y c. qualifications, etc.)
- **Indicateurs** : l'institution indique dans quelle mesure elle atteint les objectifs de qualité fixés en mesurant leur degré de réalisation. Pour l'heure, il n'existe encore aucun indicateur reconnu pour la réadaptation oncologique (Zerkiebel, 2015).

Il est recommandé de participer aux **formations continues** suivantes afin de garantir la qualité spécifique à chaque discipline :

- « Pratiques interdisciplinaires en réadaptation oncologique » de l'association oncoreha.ch (en français et en allemand)
- « Bewegungs- und Sporttherapie in der Onkologie » de l'Université de Berne (en langue allemande) et « Cancer, sport et mouvement » de l'Université de Lausanne (en langue française)
- « Formation continue interprofessionnelle en psycho-oncologie » (en français, allemand et italien)

Source

La présente feuille d'information a été élaborée avec l'aimable autorisation du centre oncologique de l'hôpital Spital STS AG de Thoun sur la base du manuel « Ambulante onkologische Rehabilitation Thun – Berner Oberland 2010–2014 » (réadaptation oncologique ambulatoire Thoun – Oberland bernois 2010–2014).

Bibliographie

- Bartsch, H. (2009). Rehabilitation onkologischer Patienten Unnötige Gesundheitsleistung oder gut investiertes Geld? CME Rehabilitation 4, p. 36–44.
- Cheville, A. L. (2005). Cancer Rehabilitation. Seminars in Oncology 32, p. 219–224.
- Dietz, J. (1974). Rehabilitation of the cancer patient: Its role in the scheme of comprehensive care. Clin Bull 4, p. 104–107.
- Eberhard, S. (2009). Berner Klinik Montana. Erstellen einer Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation. Version non publiée 1.02.
- Eberhard, S. (2010). oncoreha.ch; Onkologische Rehabilitation Schweiz. Die onkologische Rehabilitation als ein zukünftiger Schlüsselfaktor der onkologischen Behandlung? Schweizer Krebsbulletin 3, p. 226–228.
- Eberhard, S. (2011). Réadaptation. Programme national contre le cancer pour la Suisse 2011–2015, p. 148–161.
- Eberhard, S. (2015). Onkologische Rehabilitation; wann, wo und für wen? Schweizer Krebsbulletin 1, p. 17.
- Heim, M. E. (2008). Onkologische Rehabilitation: Wege zurück ins Leben. Leading Opinions Hämatologie & Onkologie 1, p. 8–12.
- National Health Services (NHS). (2009). NCAT, Supporting and Improving Commissioning of Cancer Rehabilitation Services Guidelines. Angleterre.
- Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER, 2016): Le cancer en Suisse: les chiffres (www.nicer.org)
- SWISS REHA (2016). Critères de qualité de prestations pour la réadaptation ambulatoire et semi-stationnaire, p. 22–23
- Association oncoreha.ch. (2013). Konzept Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation. Concept non publié du 23.05.2013 (version 1.0)
- Organisation mondiale de la santé (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève.
- Zerkiebel, N. (2015). Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation – Wo stehen wir? Schweizer Krebsbulletin 1, p. 23–25.

Impressum

Editrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
Case postale
3001 Berne
Tél. 031 389 91 00
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

Auteurs

Contact Réadaptation oncologique en Suisse alémanique

Beate Schneider-Mörsch
Spécialiste en réadaptation
Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, Case postale, 3001 Berne
Tél. 031 389 94 17
beate.schneider@liguecancer.ch

Contact Réadaptation oncologique en Suisse romande et au Tessin

Nicolas Sperisen
Spécialiste en promotion de la santé et en réadaptation
Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, Case postale, 3001 Berne
Tél. 031 389 92 90
nicolas.sperisen@liguecancer.ch

Organisation partenaire

oncoreha.ch
c/o Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
3001 Berne
Tél. 031 389 91 04
info@oncoreha.ch

Cette feuille d'information est également disponible en allemand et en italien.

© 2018, Ligue suisse contre le cancer, Berne

LSC / 1.2018 / 021233953141