

DES MEMBRES  
DE LA SOFMER  
VOUS RÉPONDENT.  
POSEZ VOS  
QUESTIONS  
SUR LEFIGARO.FR

www.lefigaro.fr/sante

## Comment reprendre une activité physique après une pathologie lourde ?



**PROFESSEUR  
VINCENT  
GREMEAUX**

Spécialiste en rééducation  
- médecine du sport  
et de l'exercice Pôle  
rééducation-réadaptation  
- CHU Dijon, Inserm U1093,  
Plate-forme d'investigation  
technologique Inserm 1432

Plusieurs réactions psychologiques et physiologiques surviennent lors du diagnostic et des traitements du cancer : anxiété, voire dépression, prise de poids, diminution de l'activité physique, liée à la sédentarité souvent induite au cours du traitement et à la fatigue. Cette dernière se manifeste chez au moins deux tiers des patients et s'installe souvent dans la durée. De nombreuses études ont évalué l'impact de l'activité physique et sportive (APS) pendant ou après le traitement dans le cas de cette maladie. Elles ont montré, de façon quasi constante, outre une nette diminution du risque de récurrence, une amélioration des capacités cardio-respiratoires, musculaires et de la sensation de fatigue, comme de la qualité de vie. Avec, le plus souvent, un bon suivi des exercices, particulièrement lorsque ceux-ci sont initiés précocement dans le traitement de la maladie et supervisés par des professionnels.

Cela est d'autant plus vrai dans le cadre du cancer du sein que nous prendrons pour exemple, où les séquelles physiques, fréquemment mal vécues, représentent un frein psychologique supplémentaire à la pratique d'APS, dans des milieux où le corps est souvent affiché au premier plan. Ainsi, les patientes, même antérieurement sportives, présentent un certain nombre de barrières physiques, psychologiques et sociales vis-à-vis de la pratique sportive. Actuellement, la pratique d'une APS reste limitée à 20-30 % des patientes en rémission. De plus, le message concernant la pratique sportive n'est dispensé que par 20 % des médecins oncologues.

L'activité physique (AP) est définie comme « toute situation mettant en jeu la musculature, quel que soit le but, s'accompagnant d'une augmentation de la dépense énergétique ». Elle inclut donc les activités quotidiennes, de loisir et sportives. Le sport est habituellement considéré comme un « sous-ensemble de l'AP, spécialisé et organisé, sous forme d'exercices ou compétitions, le plus souvent impliquant des organisations ou clubs ». On définit plus généralement l'exercice comme une AP planifiée, structurée



Cours de karaté pour des patients atteints du cancer, leur permettant de réduire leur fatigue due à leur traitement sous chimiothérapie, à l'Hôpital privé des Peupliers, à Paris.

et répétée, réalisée dans le but de maintenir ou améliorer la santé et les capacités.

Après un cancer du sein, les patientes doivent donc être rapidement encouragées à reprendre une activité physique minimale, sous forme, initialement, de rééducation motrice en cas de séquelles entravant la mobilité, telles qu'un lymphoedème ou des cicatrices rétractiles. Elle sera associée à un début de reconditionnement à l'effort, du fait du déconditionnement lié à l'inactivité et à la fatigue induite par les traitements.

**En pratique, la reprise de l'APS doit répondre à la règle des « 3R » :**  
Raisonnée, Régulière et Raisonnée

Depuis quelques années, on assiste à l'émergence de structures proposant des APS plus structurées, dans un cadre souvent spécifique, intégrant généralement des patientes au stade initial. Cela facilite la réappropriation du corps souvent mutilé, la prise de conscience des capacités de mobilisation, et, par là même, des bénéfices de l'AP, tant sur le plan psychologique que pour diminuer la sensation de fatigue. On peut citer, par exemple, des initiatives originales proposant la pratique de l'escrime, qui incite les pa-

tients à l'utilisation du bras souvent négligé, dans un cadre ludique.

En pratique, la reprise de l'APS doit répondre à la règle des « 3R » :

**Raisonnée :** précédée d'un examen médical visant à écarter toute contre-indication liée à l'état général ou aux effets secondaires des traitements, bien que fréquents mais ne constituant que très rarement une contre-indication absolue. Cet examen, idéalement réalisé par un médecin spécialisé dans la prise en charge par l'exercice et le sport des pathologies chroniques, permet par ailleurs

de fixer des objectifs raisonnables, qui peuvent être réactualisés avec les progrès, sous forme d'une véritable « prescription » précisant type, intensité, durée et fréquence des exercices.

**Régulière :** idéalement journalière, après une reprise progressive, au minimum deux fois par semaine.

**Raisonnée :** précédée d'un échauffement, progressive dans la durée et l'intensité lors de la reprise, de type et intensité conforme à la prescription du spécialiste, et suivie (retour au calme, avant-arrêt, et arrêt) de la pratique.

Le premier objectif sera bien sûr de

proposer des APS visant à obtenir un impact positif sur l'évolution de la pathologie cancéreuse et les effets secondaires physiques et psychologiques des traitements. À ce titre, les recommandations optimales sont la pratique d'exercices de deux types. D'une part, en endurance, où l'on référencera les exercices prolongés de type marche, natation et vélo, à une intensité modérée (au seuil d'essoufflement - ou selon la perception de l'effort qui peut être assez facilement autoenseignée par un professionnel de santé ou de l'activité physique -), ou encore mieux contrôlée par la fréquence cardiaque fixée par le médecin), et pratiqués idéalement 30 minutes à raison de cinq fois par semaine. D'autre part, des exercices de renforcement musculaires légers, améliorant le tonus, la posture et la mobilité, idéalement enseignés par un professionnel.

Le deuxième objectif sera de susciter l'envie de s'engager dans la dynamique positive d'une pratique, non uniquement pour les raisons médicales citées ci-dessus, auxquelles s'ajoutent bien entendu les autres effets bénéfiques sur de nombreuses pathologies (hypertension, diabète, ostéoporose, hypercholestérolémie...), mais simplement pour le plaisir que suscite la pratique sportive. Il est alors nécessaire d'intégrer la réflexion concernant l'APS dans la totalité du parcours de soin, dès le diagnostic. C'est là que la proposition d'APS, sous une forme plus proche des pratiques sportives conventionnelles, prend tout son intérêt.

La modification des comportements vis-à-vis de l'activité physique nécessite en effet d'y consacrer un temps important, sans oublier de l'intégrer dans une bonne hygiène de vie (sommeil, nutrition...), et idéalement dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique intégrant tous les acteurs de santé, visant à améliorer « l'alliance thérapeutique » entre le corps médical et la patiente. Plusieurs expérimentations sont menées actuellement dans notre pays avec des organisations variables selon les régions, mais des résultats toujours positifs. La principale problématique reste la mise en place de ces réseaux, mais il existe actuellement une réflexion forte pour le développement de la formation des médecins, paramédicaux et professionnels du milieu sportif à la prescription de l'activité physique dans les pathologies chroniques. Cet élément, associé au soutien des tutelles dans le cadre d'initiatives telles que le plan « Sport, santé, bien-être » devrait permettre, à l'avenir, de proposer ces initiatives au plus grand nombre et ainsi améliorer la qualité de vie de ces patients. ■

## Quels sont les nouveaux enjeux en rééducation d'un handicap cognitif ?



**PROFESSEUR  
GILLES RODE**

Spécialiste en médecine  
physique et de  
réadaptation, Hospices  
civils de Lyon - Hôpital  
Henry-Gabriele,  
ImpAct Team, Centre des  
neurosciences de Lyon,  
université Lyon-1

Une lésion cérébrale acquise (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, sclérose en plaques, maladies neurodégénératives) peut être à l'origine d'un handicap cognitif invalidant tel qu'une atteinte du langage (ou aphasie), de la mémoire, de l'attention, de la reconnaissance visuelle ou encore de la conscience de soi (anosognosie).

Il peut s'agir aussi de déficits plus complexes, affectant l'initiation, la planification des actions et l'adaptation du comportement social (fonctions exécutives). Le patient qui en est atteint se plaint de difficultés pour se concentrer, pour effectuer rapidement une tâche cognitive ou réaliser plusieurs tâches en même temps, pour organiser son travail ou gérer une situation imprévue. Certains patients se plaignent aussi de modifications de leurs émotions et de difficultés relationnelles. Ces troubles peuvent être non diagnostiqués, mal interprétés

par l'entourage ou minimisés par le patient. Ils sont parfois sous-estimés, en particulier à la suite de lésions de petite taille du cerveau, chez des patients ne présentant aucun autre déficit moteur.

### Dépister les déficits

Il est donc important de dépister ces déficits cognitifs, d'en mesurer la sévérité et le retentissement dans la vie quotidienne, car ils peuvent être à l'origine d'une perte de confiance du patient et entraîner une dépression secondaire. Cette évaluation cognitive est pluridisciplinaire, impliquant des médecins, des neuropsychologues, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychologues, des psychomotriciens et des orthoptistes. Elle permet d'identifier les processus cognitifs déficitaires (comme, par exemple, un déficit d'apprentissage ou de rappel des informations dans les troubles de mémoire, un déficit de dénomination ou de reconnaissance auditive dans les déficits du langage) et de proposer une rééducation cognitive adaptée. Ces deux aspects - évaluation et rééducation cognitives - font partie du champ d'activités des services de médecine physique et réadaptation spécialisés dans le domaine de la cognition.

Dans le cadre de cette évaluation cognitive, l'analyse des données

d'imagerie cérébrale est essentielle : elle permet de montrer quelles sont les régions cérébrales détruites, d'aider ainsi à établir un pronostic de récupération, mais également d'identifier les régions intactes (aires corticales, réseaux de neurones) qui joueront un rôle dans la récupération et/ou la compensation de la fonction cognitive. Il existe aujourd'hui de nombreux travaux qui montrent ainsi que l'amélioration entraînée par une rééducation cognitive, par exemple de la dénomination ou de l'attention spatiale, s'accompagne d'une augmentation significative de l'activité de régions cérébrales déterminées. Si ces régions sont restées intactes, il y a donc une possibilité de les stimuler par une rééducation cognitive ciblée.

### Neuromodulation cérébrale

Les rééducations cognitives reposent aussi sur différents types d'approches : un apprentissage conscient ou explicite, impliquant la participation active du patient durant les exercices, par exemple d'évocation ou d'imagerie mentale ; ou un apprentissage non conscient ou implicite, en quelque sorte à l'insu du patient, par l'utilisation de stimulations sensorielles, de tâches sensorimotrices ou visuo-motrices répétées, comme l'adaptation prismatique dans la rééducation de l'hémiparésie. Par ailleurs, des progrès



Séance de rééducation de l'aphasie avec une orthophoniste, suite à un accident vasculaire cérébral. MENDEL/BSIP

récents dans la compréhension du fonctionnement cérébral ont montré qu'à la suite d'une lésion d'un hémisphère cérébral qui est la cause d'un déficit cognitif, il existe une augmentation anormale de l'activité de l'hémisphère controlatéral sain. Cette hyperexcitabilité est corrélée à la sévérité du déficit cognitif. Elle est interprétée comme un phénomène de plasticité cérébrale maladaptative de l'hémisphère sain. En réduisant cette hyperexcitabilité par des techniques de neuromodulation cérébrale, qui consistent à appliquer sur la tête du patient, en regard de l'hémisphère sain ou lésé, une stimulation externe (magnétique transcrânienne répétée (rTMS) ou transcrânienne à effet direct (tDCS), on réduit le déficit cognitif.

Aujourd'hui, ces nouvelles techniques peuvent être associées aux méthodes de rééducation classiques et permettent ainsi l'obtention d'effets cumulatifs à moyen terme. Il s'agit de méthodes novatrices qui vont être amenées à se généraliser. Enfin, les rééducations cognitives bénéficient aussi des innovations technologiques comme la réalité virtuelle, les nouveaux supports numériques que sont les smartphones ou les tablettes, qui permettent un apprentissage cognitif dans d'autres contextes, notamment à domicile. Ces nouveaux outils technologiques facilitent aussi la mise en place de nouvelles compensations des déficits cognitifs lorsque les possibilités de récupération par rééducation ont atteint leurs limites. ■