
Gisèle Bourdeau • Physiothérapeute • Centre de jour, la Maison Michel-Sarrazin • Responsable de formation pratique • Département de réadaptation, Université Laval • Courriel : gisele.bourdeau@rea.ulaval.ca

La physiothérapie en soins palliatifs

Gisèle Bourdeau

Nombreux sont les besoins des personnes atteintes de cancer en phase de soins palliatifs ; soulagement, réconfort, écoute, maintien de l'autonomie n'en sont qu'un faible échantillon. Pour tenter de répondre à tous ces besoins, il est impératif de réunir autour d'une personne malade tous les intervenants nécessaires pour assurer son bien-être ainsi qu'un soutien adéquat aux proches.

Au sein de l'équipe interdisciplinaire formée à cet effet, les physiothérapeutes occupent une place prépondérante, surtout en ce qui concerne le soulagement de la douleur et la préservation de l'autonomie fonctionnelle. Que ce soit pour assurer le maintien à domicile ou pour améliorer le bien-être en fin de vie, la physiothérapie, par ses divers moyens d'intervention, peut jouer un rôle important.

Comment les physiothérapeutes peuvent-ils répondre à certains besoins physiques de ces personnes ?

Les soins palliatifs et la physiothérapie

Situons d'abord le physiothérapeute. Ce dernier est responsable de l'évaluation, de la planification et de l'implantation du plan de traitement d'une personne atteinte de problèmes affectant les os, les muscles, les articulations, le système nerveux et le système cardio-respiratoire¹. Il peut aussi intervenir dans les domaines de l'urologie et de la gynéco-obstétrique ainsi que pour le soin des plaies. Avec l'organisation des équipes de soins dans le réseau de la santé, et surtout dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), la physiothérapie en soins palliatifs prend toute son importance. Le physiothérapeute en

CLSC peut agir à titre de consultant ou faire partie intégrante de l'équipe de base en soins palliatifs. Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dans les unités ou avec les équipes de soins palliatifs, les physiothérapeutes agissent, le plus souvent, à titre de consultants pour des problèmes particuliers et ponctuels, à la demande de l'équipe soignante.

En soins palliatifs, nous rencontrons des personnes dont l'état général peut varier énormément. En phase préterminale, certaines personnes peuvent être peu souffrantes, autonomes et très actives socialement. Par contre, d'autres peuvent supporter énormément de douleur, connaître des difficultés importantes dans leurs déplacements et, à la limite, en phase terminale, être totalement incapables de se lever ou même de bouger par elles-mêmes.

Tel que l'a décrit le D^r Courneya², les effets physiques et fonctionnels du cancer et de ses traitements (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie) peuvent se traduire par une diminution de la fonction cardio-vasculaire, une réduction de la fonction pulmonaire, un affaiblissement de la force musculaire, une détérioration du tissu musculaire, une perte de poids, des difficultés de sommeil, des nausées et des vomissements ainsi que par des douleurs entraînant une diminution du fonctionnement physique et psychologique qui persiste même après la fin des traitements. L'approche physiothérapique en soins palliatifs ne peut être conventionnelle; elle nécessite une modification des principes généraux qui inspirent habituellement les interventions. Celles-ci devront porter sur les séquelles fonctionnelles de la maladie, tout en considérant la multipathologie et les effets systémiques des traitements.

La première rencontre d'évaluation

Lors d'une première rencontre avec la personne malade, les physiothérapeutes procèdent à l'examen subjectif (quantifier et qualifier la douleur, préciser les moments de son apparition, décrire les autres symptômes), au questionnement concernant les habitudes de vie, à l'observation de la posture, des méthodes de transfert et de la marche. Ces informations ainsi que tout autre détail que peuvent nous fournir le personnel soignant ou les proches qui accompagnent le malade nous permettent de cerner les besoins de ce dernier ainsi que les divers problèmes qui devraient justifier notre intervention. Par la suite, nous

procédons à une évaluation qui pourra être globale ou très spécifique, selon l'état du malade. Il arrive souvent qu'une évaluation ne soit complétée qu'après une seconde rencontre, considérant la grande fatigabilité de la majorité de ces personnes. Une fois la collecte de données complétée, nous devons mettre en place un plan d'intervention en introduisant progressivement les actions susceptibles d'aider la personne malade et en évaluant à chaque visite les résultats obtenus par ces interventions. Les objectifs de la physiothérapie en soins palliatifs visent donc à assurer le bien-être de la personne et à l'aider à accomplir les activités de la vie quotidienne à sa portée.

Plus précisément, les objectifs d'intervention en physiothérapie viseront principalement le contrôle de la douleur et la préservation de la mobilité et de l'autonomie fonctionnelle. S'ajouteront, selon les besoins spécifiques des personnes malades, le contrôle de l'œdème, l'amélioration de la fonction respiratoire, la prévention des plaies, des chutes et de l'ankylose ainsi que le combat contre la fatigue chronique.

Examinons ensemble par quelles modalités la physiothérapie peut atteindre ses objectifs d'intervention afin de procurer au malade en soins palliatifs un meilleur confort et d'améliorer la qualité de sa fin de vie.

Le contrôle de la douleur

La douleur exerce un effet déterminant sur la qualité de vie des personnes atteintes de cancer en soins palliatifs. Tel que l'a décrit le Dr Cohen³, la douleur rappelle la présence du cancer, empêche la personne de vaquer à ses occupations habituelles (loisirs, activités de la vie quotidienne, relations avec les autres, etc.). La douleur rend la personne différente, lui enlève sa capacité de jouir de la vie. Idéalement, l'équipe soignante doit donc viser un bon contrôle de la douleur, avec un minimum de toxicité et d'effets secondaires tels qu'une diminution de l'éveil, des nausées et des vomissements, des problèmes d'estomac, et autres. C'est dans ce contexte que, par des interventions physiques externes sans effet secondaire systémique, la physiothérapie peut jouer un rôle complémentaire dans le soulagement qu'apportent les médicaments et les autres approches thérapeutiques.

L'origine de la douleur cancéreuse

En soins palliatifs, les causes possibles de la douleur sont nombreuses. L'Organisation mondiale de la santé⁵ décrit quatre sources possibles : elles peuvent tout d'abord provenir du cancer lui-même. Mentionnons, par exemple, les infiltrations osseuses (soit par tumeurs primaires ou par métastases), les compressions nerveuses ou l'infiltration des tissus mous. Les douleurs peuvent aussi être secondaires aux traitements : névralgie postopératoire (par atteinte directe de nerfs lors d'une chirurgie ou irritation par le tissu cicatriciel), douleur fantôme d'un membre amputé, inflammation, fibrose ou myélopathie consécutive à la radiothérapie ou encore neuropathie attribuable à la chimiothérapie. En troisième lieu, les douleurs peuvent survenir lors d'une détérioration de l'état général, soit par un alitement prolongé, par la dénutrition pouvant provoquer des spasmes musculaires, par l'ankylose, les rétractions ou le lymphœdème. Finalement, mentionnons tous les autres types de douleurs, aucunement reliées au cancer mais plutôt associées à une maladie chronique ou à des blessures antérieures comme les douleurs musculo-squelettiques (ex. : les tendinites, capsulites), l'arthrose, l'arthrite et autres.

Il est important de souligner que, de la même façon que plusieurs types de médicaments seront nécessaires pour contrôler une douleur cancéreuse, l'utilisation d'une combinaison de modalités thérapeutiques, de concert ou en alternance, sera très souvent nécessaire pour améliorer le confort et diminuer certains symptômes.

Voyons maintenant un à un les moyens concrets pouvant être utilisés par les physiothérapeutes dans le but de contrôler la douleur chez les malades en soins palliatifs.

La neurostimulation électrique transcutanée (TENS)

La neurostimulation électrique transcutanée, appelée aussi TENS, est un traitement non invasif pour lequel il y a peu de contre-indications et qui peut s'avérer utile dans le traitement des douleurs chez les patients en soins palliatifs. Le physiothérapeute utilise un petit appareil qui procure une stimulation électrique transcutanée de bas voltage ayant pour objectif de diminuer la sensation

de douleur. Le traitement s'applique au moyen de paires d'électrodes recouvertes d'un gel conducteur et fixées sur la peau. L'emplacement de ces électrodes peut varier selon divers facteurs, en particulier le type et la localisation de la douleur, la sensibilité et l'état de la peau.

Deux mécanismes d'action peuvent expliquer l'efficacité de la stimulation électrique transcutanée : le premier relève de la théorie du portillon de Melzack et Wall⁵ qui suggère qu'une contre-irritation provenant de la TENS et transmise à la moelle épinière vient bloquer les stimuli douloureux. Pour obtenir cet effet, on doit utiliser une stimulation électrique de haute fréquence (80-125 Hz) et une longueur d'ondes entre 40 et 100 μ s (microsecondes). Le patient ressent alors un léger fourmillement. L'analgésie se fait sentir rapidement mais elle est de courte durée (20 m à 2 h). Cette forme de stimulation, appelée aussi TENS conventionnelle, peut être utilisée à la demande pour soulager des douleurs aiguës ou chroniques, avec un temps d'arrêt entre chaque période de stimulation à cause du phénomène d'accoutumance (2-3 séances / jour, 30-60 m).

Une deuxième explication de l'analgésie que procure la TENS repose sur la théorie des endorphines. Une stimulation à basse fréquence activerait la production d'endorphines et d'enképhalines inhibant la transmission de l'influx douloureux. L'analgésie est diffuse, se fait sentir lentement (après 30 à 45 m) et dure plus longtemps (2 à 6 h). Cet effet est obtenu par une stimulation de basse fréquence (1-4 Hz) et une longueur d'ondes élevée (200-300 μ s). La méthode est utilisée surtout pour apaiser les douleurs profondes et chroniques. Il est conseillé de commencer avec 1 à 2 séances par jour, d'environ 45 minutes chacune.

Il est possible et souvent avantageux de varier les paramètres utilisés afin d'obtenir des effets combinés des deux mécanismes d'action ; cela permet aussi de diminuer le phénomène d'accoutumance nerveuse, et surtout de rendre la stimulation « confortable ». Il peut être nécessaire de faire l'essai de quelques traitements avant de déterminer le type de courant qui soulagera le patient.

Certains états répondent particulièrement bien à l'usage de la TENS⁶ telles que les douleurs d'origine nociceptives, c'est-à-dire les douleurs osseuses (tumeurs primaires ou métastases), celles reliées à des atteintes musculo-squelettiques ou nerveuses et les douleurs abdominales. Les douleurs d'origine

nerveuse telles que les douleurs neurologiques secondaires à la compression d'un plexus ou d'une infiltration (ex. : sciatalgie) peuvent aussi être soulagées par la TENS.

Tel qu'il a été mentionné précédemment, il n'existe que quelques rares contre-indications à l'utilisation de la TENS : un mauvais état de la peau (plaies, inflammation), la localisation à la région des sinus carotidiens, à l'abdomen d'une femme enceinte, à la région thoracique d'une personne portant un stimulateur cardiaque (surtout à la demande) et chez une personne non consciente du traitement (confuse, agitée...).

L'application d'agents thermiques

La chaleur

Les spasmes musculaires secondaires à des traumatismes sont soulagés par la chaleur. Un cycle douleur-spasme-douleur qui s'installe à la suite d'un traumatisme engendre une perception douloureuse et une activation musculaire réflexe. Lors d'une activité musculaire prolongée, une ischémie en résulte, qui active les nocicepteurs (récepteurs de la douleur) musculaires et cause un spasme musculaire qui s'entretient ainsi par lui-même⁷.

Chez les personnes atteintes de cancer, le traumatisme résulte de la présence d'une tumeur ou de métastases créant une pression dans les tissus mous environnants. Il peut aussi être attribuable à des structures osseuses douloureuses. Les muscles qui entourent ces régions douloureuses réagissent par une activité accrue, et des spasmes finissent par se produire. La tension musculaire provient également de l'anxiété ou du stress en lien avec l'état psychologique de la personne malade. Parfois, elle peut être engendrée par un déséquilibre musculaire consécutif à une chirurgie invasive (ex. : évidement cervical).

Une posture antalgique, adoptée volontairement ou non pour protéger une zone douloureuse, peut aussi provoquer des spasmes musculaires. Il en est de même si le malade adopte une façon différente d'exécuter certains gestes quotidiens en raison d'une douleur ou d'une faiblesse musculaire marquée (comme dans le cas de métastases osseuses à l'humérus avec douleur et faiblesse des

muscles de l'épaule ; celles-ci entraînent des spasmes aux trapèzes en raison de l'attitude compensatoire d'élévation de la ceinture scapulaire).

Le soulagement par la chaleur peut découler de la théorie de la contre-irritation causée par la chaleur, laquelle est basée sur le mécanisme de barrière ou portillon (voir TENS)⁵. La relaxation, autre effet touchant le système nerveux central, produit un soulagement de la douleur, particulièrement si celle-ci résulte de la tension ou de spasmes musculaires.

Les changements vasculaires en réponse à l'application de chaleur peuvent aussi réduire la douleur⁶. Un plus grand débit sanguin augmente l'apport nutritionnel dans la zone à restaurer et élimine les déchets du tissu atteint. De plus, on ne peut négliger l'effet psychologique de réconfort que procure la chaleur, bien au-delà de l'effet purement physique.

Le froid

L'usage du froid pour diminuer la douleur peut se faire par une application brève et intense ou encore plus douce et prolongée. Plusieurs mécanismes peuvent expliquer l'action antalgique de l'application du froid, que ses effets soient locaux ou qu'ils agissent sur le système nerveux central. Mentionnons d'abord l'effet contre-irritant qui stimule les récepteurs, lesquels bloquent à leur tour le portillon⁵ (voir TENS). Un deuxième mécanisme d'action serait la réponse vasomotrice locale au froid, soit la vasoconstriction. Cela motive l'usage courant fait du froid, d'une durée maximale de 12 à 15 minutes, lors des processus inflammatoires aigus (entorses, claquages musculaires).

Un autre phénomène peut expliquer le soulagement apporté par l'usage du froid : les changements métaboliques qui surviennent dans les axones des nerfs périphériques. Le froid peut diminuer la vélocité de conduction et l'activité synaptique de ces nerfs⁸. L'ampleur du changement obtenu dépend de la durée et du degré d'altération de la température⁹, c'est-à-dire que le traitement sera plus efficace si la durée d'application dépasse 15 minutes. Cela pourrait donc expliquer les résultats cliniques positifs de soulagement par l'application de froid en présence de douleur neurogénique. On peut utiliser à cet effet des enveloppements froids commerciaux (gel), des sacs de pois congelés ou de la glace concassée dans un sac ou une serviette, selon l'effet désiré.

Le massage

Le massage peut, par son effet relaxant et apaisant, participer au contrôle de la douleur. Sur le plan physique, il contribue à la production d'endorphines, décontracte les muscles et améliore la circulation. La production de chaleur associée au massage favorise la relaxation, la détente et la sensation de confort. Sur le plan psychologique, le toucher que nécessite le massage, qui se pratique dans un climat de respect et d'intimité, procure à la personne qui le reçoit l'impression d'être soignée, aimée. La combinaison des effets sur ces deux plans favorise le bien-être.

Le massage est indiqué dans les cas de spasmes ou de tensions musculaires pouvant être en lien avec une infiltration osseuse ou celle des tissus mous environnants. Il peut être bénéfique aussi dans les zones touchées par des chirurgies invasives qui ont provoqué des pertes ou des déstabilisations musculaires importantes. Il est aussi très apprécié par les malades qui présentent des tensions musculaires secondaires au stress et à l'anxiété qu'entraîne leur état. Utilisé depuis longtemps au Royaume-Uni comme thérapie complémentaire, le massage a démontré ses effets physiques et physiologiques bénéfiques pour le soulagement de l'anxiété et de la tension¹⁰.

Une étude a été menée en 1999 par le Dr Ahles et ses associés¹¹, au Dartmouth-Hitchcock Medical Centre du New Hampshire, auprès de patients en traitement pour une greffe de moelle osseuse. On a examiné l'impact de la massothérapie sur des aspects psychologiques (dépression, anxiété), physiques (nausées, douleur), psychophysiologiques (tension artérielle, rythmes cardiaque et respiratoire) et sur le système immunitaire. L'analyse des résultats évaluant les effets immédiats du massage a démontré que les patients du groupe bénéficiant de la massothérapie présentaient, au jour 7, des réductions plus importantes de la tension artérielle, de la détresse, de la fatigue, des nausées et de l'anxiété que le groupe témoin. À la mi-temps de l'hospitalisation, les résultats exprimaient une diminution plus importante de l'anxiété et, au congé, une réduction significative de la fatigue.

Les résultats de cette étude suggèrent que le massage est une technique efficace pour améliorer la qualité de vie des patients qui subissent des traitements ou vivent des épisodes extrêmement stressants sur les plans physique et

psychologique. Le massage est aussi avantageux parce qu'il représente une méthode relativement passive pouvant être utilisée même jusqu'au moment où le malade n'est plus en mesure d'exercer des activités plus exigeantes physiquement (exercices, marche, activités sociales, etc.)

Rares sont les personnes qui ont pu s'offrir ce genre de douceurs au cours de leur vie ; le massage est donc apprécié par la majorité des malades. Ajouté aux autres interventions, le massage contribue de façon appréciable au mieux-être de ces personnes. Il importe de trouver le type de massage qui leur convient ainsi que la position dans laquelle il doit être effectué pour assurer leur confort et obtenir les meilleurs résultats.

Les exercices

Les exercices sont un bon moyen de contrer ou de prévenir certaines douleurs et dysfonctions associées à l'hypotonie ou à l'inactivité. De plus, ils permettent à la personne atteinte de participer activement à la lutte contre les signes et les symptômes reliés à sa maladie¹².

Le renforcement musculaire, même léger, permet de stabiliser ou de protéger des structures. Pensons à une épaule douloureuse en raison de l'affaiblissement des muscles stabilisateurs, lequel provoque une tension accrue sur les structures ligamentaires qui la maintiennent. Certains exercices peuvent viser à corriger la posture et ainsi prévenir ou diminuer les douleurs reliées à une posture inadéquate.

Les exercices d'assouplissement préservent ou améliorent la mobilité articulaire et redonnent aux tissus la souplesse nécessaire à leur intégrité. Ils assurent ainsi la fonction et permettent de diminuer ou de prévenir les douleurs. Notons aussi que la marche, en plus de conserver un certain niveau d'activité et d'énergie, permet de prévenir et d'aider à soulager les problèmes de constipation.

Certaines situations nécessitent prioritairement l'introduction d'exercices passifs afin de prévenir les douleurs qui s'installent inévitablement et progressivement. Tel est le cas quand la personne est alitée, trop faible pour se mobiliser par elle-même (phase terminale). À ce stade, l'instauration d'un court programme de mobilisation passive de tous les membres, pouvant être exécuté par

le personnel soignant ou par les aidants naturels, permet d'éviter l'ankylose et les douleurs qui y sont associées.

L'épaule est une articulation relativement fragile en raison de ses particularités anatomiques ; le membre supérieur est entièrement suspendu par les ligaments d'abord, puis stabilisé et activé par les divers muscles qui l'entourent. Lorsque ces muscles s'affaiblissent, ils ne réussissent plus à jouer leur rôle protecteur et le maintien de la tête humérale dans la cavité glénoïde n'est plus assuré que par les ligaments. Ceux-ci, mis sous tension indûment, réagissent en développant un état inflammatoire et deviennent douloureux. De plus, l'absence de mouvement entraînera une rétraction de la capsule articulaire qui subira l'inflammation à son tour et produira de la douleur au moindre mouvement.

En présence de faiblesse importante ou de paralysie, il est crucial de mobiliser régulièrement tous les membres atteints afin de conserver la souplesse articulaire et l'élasticité des tissus mous et ainsi prévenir les douleurs secondaires à l'ankylose. De plus, en présence de spasticité ou de rigidité, les membres adoptent souvent des positions vicieuses qui augmentent le risque d'apparition de douleur par contractures, friction ou compression (ex. : une personne tétraplégique dont les membres inférieurs se tiennent collés, serrés et se frottent à la hauteur des genoux, une personne hémiplégique avec la main fermée, le coude et le poignet en flexion).

Les exercices, quelle que soit la forme qu'ils prennent, sont indiqués à toutes les phases de la maladie et s'avèrent très efficaces dans la prévention des symptômes douloureux que peut entraîner l'immobilité.

La thérapie manuelle

La thérapie manuelle consiste à redonner aux articulations leur mobilité par des manœuvres exécutées par le physiothérapeute. Ces manœuvres, appliquées directement à l'articulation touchée, visent à normaliser les mouvements accessoires nécessaires à l'exécution de mouvements fonctionnels et non douloureux.

Le physiothérapeute doit d'abord s'assurer qu'il touche des structures saines ; pour ce faire, il consulte ou demande des résultats d'exams confirmant l'inté-

grité des structures musculo-squelettiques. La thérapie manuelle ne peut donc être utilisée que pour le soulagement de douleurs provenant de dysfonctions qui ne sont pas associées à la présence d'un cancer. Elle peut contribuer à soulager les douleurs provenant de dérangements intervertébraux mineurs, de capsulites rétractiles de l'épaule, de l'ankylose articulaire postimmobilisation ou de toute hypomobilité qui se traduit par une compensation sur un autre plan et entraîne inévitablement des douleurs secondaires.

Les aides techniques

Il est parfois nécessaire d'adapter l'environnement ou d'offrir à la personne malade un soutien technique pour atténuer les effets de la gravité, soulager les points de pression, diminuer la mise en charge ou encore pallier une diminution de la force musculaire qui entrave l'autonomie et rend plus laborieuses toutes les activités quotidiennes.

Voyons quelques exemples qui illustrent les différents types d'aides qui peuvent être offertes à ces personnes.

Les orthèses et les attelles permettent de soutenir un membre ou un segment de membre afin de prévenir l'apparition de la douleur, de la diminuer ou d'éviter que survienne une fracture.

L'usage d'un collier cervical souple ou semi-rigide peut prévenir une trop grande tension dans les muscles et ligaments cervicaux postérieurs dans les cas de manque de contrôle musculaire.

Les atteintes osseuses aux membres inférieurs, au bassin et à la colonne vertébrale peuvent rendre la démarche laborieuse, extrêmement douloureuse et, de plus, il y a risque de fracture. L'utilisation d'une aide à la marche permet donc de diminuer la mise en charge sur le membre ou la structure atteinte et ainsi d'atténuer la douleur. Selon les besoins, une canne simple, une marchette (cadre de marche) ou un ambulateur (marchette à roulettes) sera recommandé.

Les coussins et autres surfaces thérapeutiques constituent d'autres moyens de diminuer la douleur causée par la pression ou une mauvaise position. Ils permettent d'améliorer la posture, d'assurer le confort et de faciliter le maintien d'une position nécessaire pour vaquer à des activités. L'ingéniosité et la création

sont ici d'une grande utilité. Il faut adapter pour chaque personne l'appui dont elle a besoin. Cela peut être un simple coussin ordinaire qui permet de bien soutenir un membre lorsque la personne est assise ou un coussin de mousse dans lequel on perce un trou pour éviter la pression sur un ischion touché par une métastase. Il existe aussi des coussins spéciaux qui pourront être recommandés et ajustés conjointement avec l'ergothérapeute comme les coussins de gel ou ceux avec des bulles d'air (Roho). Il importe de répondre adéquatement aux besoins du malade et que l'installation soit reproductible en tout temps par la personne elle-même ou par celle qui l'accompagne.

Il nous arrive aussi très souvent de conseiller à la personne malade des positions de détente ou de sommeil nécessitant l'installation d'oreillers à des endroits stratégiques afin de lui permettre un meilleur repos et de protéger certaines parties de son corps. Décrivons comme exemple une installation au lit pour une personne qui se couche sur le côté : l'usage d'un oreiller de corps qui soutient à la fois le membre supérieur et le membre inférieur du même côté, et d'un petit coussin dans le creux de la taille pour maintenir la rectitude de la colonne vertébrale. Couché sur le dos, nous conseillons : un oreiller sous les genoux pour soulager la tension dans le bas du dos et, au besoin, l'usage d'un oreiller sous un membre supérieur pour diminuer la tension et la douleur causée par une métastase osseuse ou la lourdeur d'un bras enflé.

Lorsque les patients possèdent déjà un fauteuil adapté (roulant ou gériatrique) pour leurs déplacements, il peut être alors nécessaire d'en vérifier l'ajustement (ex. : hauteur des appui-pieds, des appui-bras, etc.) et de s'assurer que le positionnement convient à leurs besoins. Sinon, nous devons effectuer les ajustements nécessaires ou faire intervenir le personnel spécialisé (ergothérapeutes, orthésistes-prothésistes).

D'autres adaptations peuvent être nécessaires pour faciliter les transferts et ainsi ménager les membres qui doivent être protégés contre les efforts (cela permet aussi de préserver plus longtemps l'autonomie). Pour n'en mentionner que quelques-unes : siège de toilettes surélevé, barre d'appui, de transfert, ridelle, etc. qui seront la plupart du temps suggérées et ajustées par les ergothérapeutes.

Les autres approches

D'autres approches sont aussi utilisées par certains physiothérapeutes pour soulager les symptômes de la maladie en phase terminale (l'ostéopathie, l'acupuncture, la visualisation, etc.). Toute autre approche complémentaire peut trouver sa place dans l'ensemble des soins que nécessite une personne atteinte de cancer en soins palliatifs. Le respect des besoins de l'individu, de ses goûts et de ses valeurs est essentiel afin de lui apporter toute l'aide nécessaire à son soulagement, son confort, son bien-être. Les exercices de détente dirigés, la visualisation tout comme les activités diverses, les loisirs et la socialisation permettent à certains individus de moins percevoir leurs douleurs parce que leur attention est concentrée sur autre chose.

Le maintien de la mobilité et de l'autonomie

Les personnes en phase avancée de cancer ne cessent de subir des pertes : leur intégrité physique, leur rôle social et familial. La plupart d'entre elles, cependant, désirent conserver le plus longtemps possible la capacité de répondre à leurs besoins personnels. De nombreux documents font état de l'importance du maintien des capacités fonctionnelles pour préserver la qualité de vie de la personne malade. Le Dr Maryl Winningham¹³ mentionne que plus du tiers du déclin des capacités fonctionnelles expérimenté par les patients atteints de cancer, sans égard au stade de la maladie, peut être attribué aux conditions hypokinétiques qui se développent conséquemment à une inactivité physique prolongée. L'exercice est recommandé pour prévenir les séquelles physiologiques du non-usage et maintenir la capacité fonctionnelle.

Diverses interventions visent à maintenir une indépendance physique et l'habileté à accomplir des activités de soins personnels. Selon la situation, le plan d'intervention pourra être composé d'exercices de renforcement musculaire, de coordination et d'équilibre, de mobilité articulaire et de flexibilité, d'activités visant à améliorer l'endurance générale et la tolérance à l'effort, d'entraînement pour une utilisation sécuritaire des escaliers ou afin d'exécuter adéquatement les transferts et déplacements au lit, ou d'entraînement à la marche avec un accessoire approprié. En plus de répondre aux besoins de la personne malade, les exercices lui permettent de participer activement à ses soins et au contrôle des symptômes que lui impose son état.

Selon les besoins et l'état du malade, les exercices peuvent être exécutés de différentes manières : les exercices actifs signifient que la personne exécute seule l'exercice, que ce soit pour gagner un peu de force ou afin de conserver une bonne mobilité. Les exercices actifs assistés sont utilisés lorsque la force du membre n'est pas suffisante et qu'il doit être aidé de façon manuelle par une autre personne ou instrumenté (ex. : pouliothérapie pour les exercices de mobilité de l'épaule). Pour leur part, les exercices autoassistés font en sorte que la personne utilise un autre membre pour se mobiliser, ex. : le bras droit qui aide à lever le bras gauche. Lors d'un exercice passif, le mouvement est exécuté entièrement par une autre personne.

La marche demeure l'exercice de prédilection car elle est accessible à une majorité de personnes, peu importe leurs capacités physiques résiduelles. Il est tout aussi important de se lever plusieurs fois par jour de son fauteuil et de marcher sur une distance de cinq mètres avec sa marchette pour une personne dont l'état général ne permet pas plus que pour une personne plus alerte de marcher quotidiennement une heure. La rééducation à la marche devient donc très souvent un élément essentiel de notre intervention. Elle permet à la personne malade de conserver le plus longtemps possible son indépendance tout en assurant sa sécurité (prévention des chutes). Elle prévient les blessures ou inconforts causés par un « patron » de marche anormal adopté par le malade pour contourner un problème. De plus, un entraînement approprié à la marche favorise la conservation de l'énergie en minimisant les efforts musculaires requis de la personne. L'usage d'une aide à la marche, en plus de compenser pour les difficultés, permet de diminuer la dyspnée que peut entraîner l'effort de marcher ainsi que la mise en charge sur un membre douloureux ou à risque de fracture.

L'efficacité optimale de la fonction respiratoire

La physiothérapie peut aussi agir sur la fonction respiratoire au moyen d'exercices qui favorisent une meilleure utilisation de l'oxygène par l'organisme et un plus grand apport de celui-ci au cerveau. En soins palliatifs, l'objectif est de retarder le plus possible l'alitement prolongé et d'encourager la mobilité de même que les positions assise et debout, tant que faire se peut. Un autre type

d'exercice consiste à stimuler une respiration plus profonde, abdominale, qui permet de diriger l'oxygène dans toutes les parties accessibles des poumons, de ralentir la respiration et ainsi de favoriser la relaxation. Il existe aussi des techniques qui permettent d'améliorer la ventilation locale, c'est-à-dire d'une partie du poumon, entraînant ainsi le dégagement des sécrétions lorsque le malade présente une toux insuffisante ou inefficace.

La gestion de la fatigue

La fatigue est une conséquence quasi incontournable du cancer. Elle peut être attribuable à la maladie elle-même, aux traitements qu'elle nécessite (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), à la mauvaise alimentation, au manque de sommeil ou d'exercice, aux différents symptômes (douleur, nausées) ainsi qu'aux problèmes psychologiques qu'elle engendre. Divers moyens peuvent être utilisés par la personne malade afin de combattre cette fatigue. Certes, le repos est essentiel, mais il ne peut à lui seul atténuer la sensation de fatigue ressentie par les personnes malades. Contrairement à ce que plusieurs pensent, il est primordial d'augmenter progressivement le niveau d'activité, et il importe de bien doser les périodes de repos et d'activité, d'exercices ou de loisirs. Le physiothérapeute conseille et aide à établir ce dosage et prescrit les exercices qui conviennent à chacun.

Le contrôle de l'œdème

L'apparition d'œdème figure parmi les complications fréquentes dont peuvent souffrir les personnes en phase avancée de cancer. L'œdème consiste en un gonflement diffus des membres, consécutif à la rétention de liquides dans les tissus sous-cutanés. En soins palliatifs, il est souvent d'origine multifactorielle. Lorsque l'œdème devient important, de nombreux problèmes peuvent en résulter : diminution de la mobilité, perte d'équilibre, douleur, formation de plaies.

À ses débuts, le lymphœdème (infiltration de liquide lymphatique) répond bien aux techniques de drainage offertes par le massage (en combinaison avec les autres moyens de contrôle). En phase plus avancée, alors que l'œdème des membres est attribuable à plusieurs facteurs, il s'étend à tout le reste du corps

(ascite, œdème généralisé) et se durcit ; le massage s'avère alors peu efficace pour le réduire mais il procure cependant une sensation d'allègement et de bien-être. Cette sensation de soulagement s'explique par différents facteurs : l'ambiance apaisante et relaxante dans laquelle le massage est offert, la position d'élévation et de repos du membre qui est massé et surtout la pression externe apportée au membre par le massage alors que, constamment, c'est la pression interne qui domine et entraîne la sortie des liquides hors des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ce qui produit cette désagréable sensation de lourdeur. Il n'est pas rare que l'on doive procéder à l'ajustement des vêtements ou des bandages compressifs afin d'aider à contrôler le gonflement et ainsi prévenir les complications entraînées par cette augmentation de volume. L'intervention est souvent complétée par un léger programme d'exercices qui permet de préserver la fonction du membre atteint, de prévenir les douleurs secondaires à la lourdeur ou à l'immobilité et surtout d'activer la circulation afin de diminuer l'œdème ou d'en ralentir la progression.

La prévention de certaines complications

L'intervention en physiothérapie doit aussi porter sur la prévention de complications fréquemment associées à la maladie. À travers les diverses interventions et l'enseignement prodigué à la personne malade, le physiothérapeute participe à la prévention des plaies (positionnement, mobilisation, contrôle de l'œdème), de l'ankylose et des douleurs subséquentes (exercices actifs, assistés ou passifs) et des chutes (exercices d'équilibre, entraînement à la marche avec un accessoire approprié, techniques de transfert et déplacements).

La continuité des soins

Au-delà des interventions qu'il aura planifiées et mises en application, le physiothérapeute doit assurer la continuité des soins que requiert l'état du malade. Tout d'abord, il doit favoriser la prise en charge par la personne elle-même en choisissant des modalités ou des activités qu'elle sera en mesure d'exécuter ou de reproduire en son absence (à sa chambre ou à son domicile). Le physiothérapeute fera l'enseignement d'exercices, de techniques de transfert ou

l'entraînement à la marche avec un accessoire approprié ou encore les démonstrations d'installation dans les différentes positions pour améliorer le confort et la détente.

Le physiothérapeute est aussi appelé à offrir de l'enseignement aux personnes qui accompagnent le malade afin d'assurer efficacité et sécurité dans les méthodes de transfert et déplacements, d'encourager et de guider dans l'exécution des exercices et de conseiller dans l'utilisation d'appareils, d'aides techniques ou simplement pour le positionnement adéquat destiné à assurer le confort du malade. Fréquemment, il répond aux questions des familles portant sur tout problème fonctionnel pouvant se présenter à domicile.

La continuité des soins passe aussi par la collaboration avec le personnel soignant dans les unités de soins ou les maisons d'hébergement. Le physiothérapeute, après avoir établi un plan d'intervention, transmet ses recommandations au personnel et démontre au besoin les techniques ou exercices qui doivent être utilisés avec la personne concernée. Cette précieuse collaboration assure l'efficacité des traitements en physiothérapie en multipliant les interventions et en permettant de reproduire plus fréquemment les installations nécessaires au confort de la personne malade.

En dernier lieu, il arrive fréquemment que le suivi du malade soit assuré par deux établissements (ex. : CLSC et centre de jour) ; les physiothérapeutes concernés sont donc appelés à communiquer entre eux pour assurer la continuité et la complémentarité des soins. Cela permet aussi d'échanger à propos de différents aspects de l'évolution de la maladie qui ont été remarqués et d'établir un consensus concernant les interventions à privilégier.

Conclusion

Les physiothérapeutes ont un rôle important à jouer au sein de l'équipe de soins palliatifs, que ce soit en établissement ou dans les cas de soutien à domicile. Un programme de soins approprié permet d'offrir à cette clientèle une complémentarité des interventions afin d'assurer le plus longtemps possible sa participation aux activités de la vie quotidienne ainsi que son mieux-être en fin de vie.

La physiothérapie en soins palliatifs

Objectif général :

Assurer le bien-être en fin de vie et l'autonomie fonctionnelle

Objectifs spécifiques d'intervention

- Contrôler la douleur
- Maintenir la mobilité et l'autonomie
- Optimiser la fonction respiratoire
- Combattre la fatigue
- Diminuer l'œdème
- Prévenir certaines complications
- Assurer la continuité des soins

Modalités thérapeutiques

- La neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- L'application d'agents thermiques :
 - la chaleur
 - le froid
- Le massage
- Les exercices
- La thérapie manuelle
- Les aides techniques
- Les autres approches

Références

La présentation des références relève de l'auteur.

1. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ), *Profession : physiothérapeute*, Montréal, juin 2003.
2. Courneya, Dr K., Friedenreich, Dr C.M. (1999). « Physical Exercises and Quality of Life », *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 21 n° 2.
3. Cohen, R. (2000). « Pain Control and Quality of life », *Cancer Rehab, cahier de notes complémentaires*, Montréal, 21-23 janvier.
4. Arcand et Hébert (1997). « Soins palliatifs », *Précis pratique de Gériatrie*, ch. 65, Edisem, FMOQ, Maloine, Paris.
5. Melzack R., Wall P.D. (1982). *Le défi de la douleur*, Chenelière et Stanké, MR Maloine, Paris.
6. McDonald N. et al (1998). « Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) », *Oxford Textbook of Palliative Medicine* p. 421-427.
7. Michlovitz S.L. (1996). *Contemporary Perspectives in Rehabilitation*, FA Davies Cie. Philadelphia, p. 51-55, 86-87.
8. Buchthal F. and Rosenfalck (1966). « Evoked Action Potentials and Conduction Velocity in Human Sensory Nerves ». *Brain Research* 3 :1.
9. Zankel, H.T. (1966). « Effects of Physical Agents on Motor Conduction Velocity of the Ulnar Nerve ». *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 47 : 787.
10. Wilkinson S. (1999). « An Evaluation of Aromatherapy Massage in Palliative Care », *Palliative Medicine*, 13 : 409-417.
11. Ahles T.A. (1999), « Massage Therapy for Patients Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation », *Journal of Pain and Symptoms Management*, Vol. 18 No. 3 September.
12. MacDonald N. (2000). « Cancer Rehab and Palliative Care », *Cancer Rehab, cahier de notes complémentaires*, Montréal, 21-23 janvier.
13. Winningham, Dr. Maryl (1989). « Effects of Aerobic Interval Training on Cancer Patients » Functional Capacity, *Nursing Research*, Nov.-Dec.