

Prénom NOM

Monsieur Madame le docteur NOM

Fonction

Adresse

Adresse d'exercice

CP Ville

N° de téléphone

Adresse mail

Ville, le date

Madame, Monsieur

Madame, Mademoiselle Prénom NOM désire s'inscrire au cours de Rose Pilates que j'anime au *le nom de votre lieu d'exercice*.

Dans le cadre de cette pratique, j'ai besoin de savoir si *Madame, Mademoiselle Prénom NOM* ne présente pas de contre-indication ; c'est pourquoi je lui demande de me présenter un certificat médical.

A cette fin, je souhaiterais vous donner quelques informations sur la gymnastique Rose Pilates, développée par une kinésithérapeute pour aider les femmes à se reconstruire après un cancer du sein¹ :

1. Le Rose Pilates est directement inspiré de la méthode développée à New York en 1926 par **Joseph Pilates (1883-1967)** pour les danseurs de ballet.
2. Le Rose Pilates permet aux femmes opérées d'un cancer du sein de suivre **un cours qui leur est réservé** : dynamique de groupe favorisant les échanges, ambiance détendue (la perruque peut rester au vestiaire !) et ludique (exercices variés avec ajout de ballons, d'élastiques etc.), exercices fractionnés pour prendre en compte la fatigue, challenges physiques en progression pour reprendre confiance dans son corps.
3. Les exercices sont tous réalisés au sol dans différentes positions (couché sur le dos, sur le ventre, sur le côté, assis, à genoux) mais toujours autour d'une position corrigée appelée « **position neutre** » ; ainsi les muscles profonds du tronc sont sollicités pour un gainage permettant le renforcement global du corps.

¹ www.sereconstruireendouceur.com

4. La **respiration** est contrôlée tout au long des exercices pour une meilleure mobilité de la cage thoracique et pour tonifier le muscle transverse de l'abdomen.
5. Pendant la séance qui dure **1 heure**, les exercices s'enchaînent pour aider les femmes à combattre leurs déficits : déficit d'amplitude de l'épaule, appréhension pour porter le poids du corps sur la main du côté opéré et sur le sein, perte du contrôle de l'omoplate pendant les mouvements à cause de l'attitude de protection du sein, diminution de la force du ventre et du dos (après reconstruction), déficit de la force du membre supérieur, raideurs post-chimiothérapiques de toutes les articulations.
6. Les femmes présentant un **lymphœdème du membre supérieur** participent au cours en portant leur manchon si besoin.
7. La **chimiothérapie**, la **radiothérapie**, l'**hormonothérapie** permettent la poursuite de l'activité physique y compris celle du Rose Pilates.
8. Seules les **métastases osseuses** sont des contre-indications formelles à la pratique du Rose Pilates ; l'**aplasie** au cours de la chimiothérapie représente une contre-indication temporaire (gym de groupe augmentant le risque de contamination virale et bactérienne). L'**immunothérapie** grâce au suivi cardiologique qu'elle impose ne constitue pas une contre-indication à la pratique du Rose Pilates.
9. Les **délais** raisonnables pour pratiquer le Rose Pilates sont de 2 mois après une **chirurgie conservatrice** du sein et après un **ganglion sentinelle** et de 3 mois après une **chirurgie non conservatrice** et après un **curage axillaire** ; il peut être pratiqué avant l'intervention en cas de **chimiothérapie néo-adjuvante**, avant une **reconstruction** pour mieux la préparer et à partir de 3 mois après une reconstruction par prothèse, 4 mois après un lambeau de grand dorsal, 6 mois après une reconstruction par DIEP.
10. Le Rose Pilates réalisé **une à deux fois par semaine** entre dans le programme de lutte contre la fatigue post-cancer, contre les douleurs articulaires et pour la prévention des récives selon les recommandations de bonne pratique de l'**AFSOS**² en complément d'une activité d'endurance d'intensité modérée à intense.

Je suis à votre disposition pour répondre à d'autres questions concernant le Rose Pilates si vous le souhaitez. En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à la demande de *Mademoiselle, madame prénom Nom*, je vous prie de recevoir, *Madame Monsieur le docteur Nom*, mes sincères salutations.

Prénom Nom

Instructrice Rose Pilates

² AFSOS : référentiels inter-régionaux en soins oncologiques de support. <http://www.afsos.org>
Activité physique adaptée, rééducation et cancer du sein. 2013.