

PROJET

Mutualisation de l'activité physique en Cancérologie dans la région Nord Pas de Calais

Version n° V6 date du 17 06 2014



Université Lille 2
Droit et Santé



UNICANCER

Centre Oscar Lambret
Centre Régional de Lutte
contre le Cancer

Faculté des
Sciences du Sport
et de l'Éducation Physique
Lille 2



SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
PREFACE	3
INTRODUCTION.....	6
I - RATIONNEL	6
I.1 Bénéfices de l'activité physique (AP) et sportive en cancérologie.....	7
I.1.1 En prévention secondaire	7
I.1.2 En prévention tertiaire	7
I.2 Constats dans le Nord Pas de Calais.....	8
I.2.1 Epidémiologie du cancer dans la région.....	8
I.2.2 Pratique d'activité physique et sportive dans la région	8
I.2.3 L'activité physique en cancérologie dans la région	9
I.3. Contexte national et régional : Objectifs de santé publique.....	10
II - OBJECTIFS ET PERSPECTIVES.....	11
II.1 Objectif principal.....	11
II.2 Objectifs secondaires	11
II.3 Perspectives	11
II.4 Bénéfices et enjeux pour les patients.....	12
II.5 Bénéfices et enjeux pour les professionnels.....	12
III - PILOTAGE	12
III.1 Pilotage stratégique	12
III.2 Comité de pilotage	13
III.3 Le comité d'experts métier	14
III.4 Les groupes de travail.....	14
III.5 Moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet.....	15
IV-LES PARTENAIRES POTENTIELS.....	16
V –PLAN DE DEPLOIEMENT DU PROJET	16
IV.1 Naissance du projet et sensibilisation.....	16

IV.2 Lancement du projet	17
IV.3 Déploiement du projet en 3 phases (mise en œuvre).....	17
V.3.1 PHASE I : Etat des lieux.....	18
V.3.2 PHASE II : Elaboration d'outils régionaux de référence	19
V.3.3 PHASE III : Audit et évaluation du projet.....	21
CONTRIBUTEURS	23
BIBLIOGRAPHIE	24
ANNEXES.....	25

PREFACE

Une rencontre de trois mondes à la recherche d'une harmonie de vivre.

L'expression « Mens sana in corpore sana » souligne que cette notion d'un effet miroir entre l'état du corps et celui de l'esprit est ancienne.

Cette théorie de l'humanisme de la renaissance est restée oubliée longtemps en cancérologie au sein de laquelle le credo était le repos et la suspension de toute activité physique au cours et au décours de soins d'un cancer.

Il a fallu la fin des années 80 pour que ce dogme soit exploré à nouveau et que soit écrite l'histoire moderne de la relation entre l'activité physique et la maladie cancéreuse.

Les premières données scientifiques ont porté sur la fatigue, première plainte des malades pendant et longtemps après les soins, fatigue particulière car insensible au repos et frappant à n'importe quel moment de la journée, aboutissant souvent à des ruptures des liens sociaux. L'activité physique a d'abord été décrite comme le seul traitement disponible pour cette fatigue si prégnante. Par la suite, ont été mis en évidence, en cancérologie, des effets bénéfiques de l'activité physique chez le patient sur sa qualité de vie, son moral, ses risques de dépression. Outre ces effets psychologiques, les études ont permis de montrer des effets physiologiques avec la réduction de la prise de poids, si régulièrement présente après les soins d'un cancer, mais aussi sous forme d'une amélioration des capacités cardio pulmonaires facilitant les capacités de déplacement du patient.

Grace à ces effets de l'activité physique l'être humain cancéreux frappé d'une double peine, d'une part en subissant les effets de la maladie et de ses traitements, et d'autre part en étant atteint d'une forme d'exclusion sociale avec une raréfaction de son cercle relationnel et un risque accru de perte d'emploi, retrouve une existence à ses propres yeux mais aussi au travers du regard de la société en étant capable de redécouvrir des capacités renouvelées de son propre organisme qu'il croyait définitivement inapte. Ce parcours physique et sportif devient pour le patient un vrai parcours de reconnaissance avec une reconquête de ses possibilités physiques et de ses droits sociaux, réalisant une application pratique de la théorie de Paul Ricœur.

En sus de ces bénéfices psychologiques, physiologiques, sociaux, l'activité physique réduit les risques de décès en diminuant les risques de rechute des principaux cancers, en particulier mammaires, coliques ou prostatiques. Cette réduction de risque de voir un cancer réapparaître après les soins est voisine de 40 à 50 % et est assez homogène d'un type de cancer à un autre.

Outre cet effet direct sur le cancer, l'activité physique réduit le risque de décès en diminuant l'incidence des autres maladies qui surviennent fréquemment après un cancer, soit les maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies neuro dégénératives,

ostéo articulaires. Ces bénéfices sur le cancer et les autres maladies passent par des effets biologiques de l'activité physique qui sont compris et connus.

Ces bénéfices majeurs sont obtenus, non pas par un traitement venant de l'extérieur, mais par un effet issu de la volonté propre du malade, patient qui devient acteur de sa santé et de sa lutte contre la maladie.

Mais ces efforts personnels doivent être possibles et acceptés.

La mise en place d'une politique de pratique d'activité physique en oncologie nécessite donc la rencontre de trois mondes, soignants, soignés, sportifs, souvent parallèles mais rarement congruents.

Cette triple rencontre doit aboutir à un respect de critères incontournables qui ont pour noms intensité, fréquence, régularité, bonheur et sécurité.

Pour être biologiquement, psychologiquement et physiologiquement efficace, l'activité physique doit être pratiquée au moins deux à trois fois par semaine avec une intensité soutenue et sur une période d'au moins six à douze mois. Pour que l'activité physique soit acceptée, le patient doit ressentir un sentiment de sécurité lors de la pratique et y trouver une source de bonheur au travers d'une progression des exercices physiques.

Le respect de ces critères nécessite d'une part la mise en place de panel d'exercices physiques et de pratiques sportives pour que chaque patient trouve une pratique à sa convenance et d'autre part une formation spécifique d'éducateurs médico sportifs en oncologie pour les rendre aptes à saisir les blocages et freins ressentis par le patient, ses aspirations, ses capacités présentes et ses progrès mais aussi susceptibles de déceler des complications de la maladie cancéreuse ou des effets secondaires des soins, situations qui peuvent survenir à tout moment entre deux consultations médicales.

Une union soignés, soignants, sportifs permettra de mettre en pratique ces programmes de santé publique. Ces programmes doivent se décliner à deux périodes distinctes de la maladie :

Les périodes pendant et immédiatement après les soins sont des périodes de danger de rechute, de complications de la maladie, de doutes et d'angoisses du malade qui nécessitent le recours à des éducateurs médico sportifs particulièrement formés et intervenants dans des programmes dédiés et structurés pour cette population de patients à haut risque.

Après les soins, les patients cancéreux pour lesquels les examens médicaux ne retrouvent plus de trace de cancer ou d'effets secondaires des soins doivent pouvoir réintégrer une vie normale. Ils sont alors réorientés vers des clubs sportifs sensibilisés, recourant à des enseignants ayant reçus une formation de base adaptée en oncologie, doivent pouvoir intégrer des patients dans des cours classiques.

Cette rencontre des trois mondes apporte à chacun des avancées importantes, pour les patients elles sont évidentes, pour les soignants il s'agit de l'ouverture vers un nouveau soin longtemps méconnu, efficace et pour une fois peu coûteux, pour le monde sportif l'irruption dans un rôle nouveau, valorisant et professionnalisant.

La mise en place d'une coordination des pratiques d'activité physique et sportive en oncologie au sein d'une région comme le Nord-Pas de Calais est un formidable exemple pour tous et constitue une aide majeure pour les patients et leurs familles dans leur espoir de retrouver qualité de vie, guérison, place sociale et bonheur.

Il est impossible de rester en dehors de ce rassemblement de santé publique et humaine.

Bravo à tous vos efforts qui me rendent admiratif.

*DrThierry Bouillet, Service d'oncologie CHU Avicenne AP HP Bobigny
Président de la fédération nationale sport et cancer CAMI, parrain du projet.*

INTRODUCTION

Le cancer est la première cause de mortalité dans la région. D'une part, le Nord Pas de Calais se situe au 1er rang des régions présentant une surmortalité par rapport à la moyenne nationale. D'autre part, c'est la région la plus touchée par la surcharge pondérale avec 45,4% des personnes de plus de 18 ans en 2009 dont près de 20,5% de ces personnes sont considérées comme obèses. Les causes premières identifiées relèvent d'habitudes alimentaires peu adaptées et d'un mode de vie jugé trop sédentaire. (Source : programme régional cancer 2011-2015 ARS Région NPDC [1]).

Des études récentes permettent d'affirmer le bénéfice d'une activité physique pendant et après le cancer, notamment en prévention secondaire, mais également tertiaire pour certains cancers.

Ce projet de mutualisation de l'activité physique dans le Nord Pas de Calais s'inscrit dans les objectifs nationaux et régionaux de santé publique, visant à améliorer la prise en charge des patients tout au long de la maladie, pendant et après les traitements, en facilitant le retour au droit commun dans un environnement favorable.

Il est le fruit d'une réflexion menée par de nombreux acteurs : oncologues, universitaires, médecins du sport et de rééducation, infirmiers, éducateurs médicaux sportifs, réseaux territoriaux, ERC, AIRE Cancers, IRBMS, associations de patients (la Ligue contre le cancer, etc.). Il a rencontré une oreille attentive de la part des institutions (conseil régional et Agence Régionale de Santé) et communes (mairies).

L'objectif est de mener une réflexion régionale en vue d'élaborer un projet permettant d'aboutir à une équité, une sécurité et une qualité d'accès à l'Activité Physique Adaptée (APA) dans le respect des besoins et attentes des patients dans le cadre d'une prise en charge personnalisée.

Ce projet vise, dans un premier temps, à apporter une visibilité sur l'offre en APA dans la région NPDC. Par ailleurs, la mise en place de groupes de travail permettra d'harmoniser les pratiques, grâce à l'élaboration d'outils régionaux pour les professionnels et les patients. Enfin, les professionnels pourront s'appuyer sur ce travail pour porter de nouveaux projets visant à couvrir l'ensemble du territoire.

I - RATIONNEL

L'Activité Physique (AP) engage les notions d'énergie dépensée aux cours des mouvements ; elle ne se réduit pas à la seule pratique sportive mais inclut l'ensemble des activités de la vie quotidienne : activités associées aux tâches domestiques, au travail, aux transports, ou aux loisirs, ces dernières comprenant les activités sportives. Les principales caractéristiques d'une AP sont sa nature, son intensité (mesurée en

MET¹/h/sem, métabolisme de base), sa durée, sa fréquence et le contexte ([2] référentiel AFSOS).

I.1 Bénéfices de l'activité physique (AP) et sportive en cancérologie

I.1.1 En prévention secondaire

Le retentissement sur la qualité de vie physique et psychique du cancer, de ses traitements et l'impact sur le quotidien socio-familial et professionnel est multifactoriel.

Le déconditionnement physique est l'une des principales causes de la fatigue. L'ensemble de 38 études regroupées dans la méta analyse de Cochrane [3] publiée en 2012 a montré que l'AP permet de réduire significativement la fatigue liée au cancer, quelque soit le moment de la prise en charge (- 36 %), pendant (- 18%) ou à distance des traitements (- 37 %). Une autre méta-analyse [4] reprenant 6 essais contrôlés randomisés en cours de traitement (groupe programme d'intervention par exercices physiques n = 2286 versus groupe contrôle de patients sans programme physique n = 1985) a montré que l'exercice physique améliore de façon significative la qualité de vie globale, les capacités physiques, les fonctions sociales et le niveau de fatigue.

Ces différents bénéfices physiologiques et psychologiques se rencontrent pour des niveaux d'exercices physiques modérés à intenses. Un effet dose ainsi que le type d'exercice a été également mis en évidence avec impact sur la qualité de vie chez les femmes recevant un traitement adjuvant d'un cancer du sein ([5] Courneya 2013). Fong [6] reprenant les études réalisées dans l'après traitement de cancer du sein montre également une association entre AP et amélioration sur la santé physique (poids, index de masse corporelle, distance de marche, test musculaire) et sociale, mentale avec notamment réduction des symptômes dépressifs. Duijts [7] retrouve une réduction significative des symptômes dépressifs (p=0.016), une amélioration de l'image corporelle (p=0.007), un impact non significatif sur l'anxiété p=0,085, une amélioration de la qualité du sommeil, une diminution de la prise de psychotropes. Il a été récemment démontré par une étude randomisée que la pratique d'une AP a un effet bénéfique sur les effets secondaires des traitements, notamment une diminution des douleurs articulaires secondaires à l'hormonothérapie ([8] Irwin)

I.1.2 En prévention tertiaire

De nombreuses études observationnelles suggèrent des bénéfices de l'AP sur la survie sans maladie et globale notamment dans le cancer du sein et du colo-rectal, et cancer de la prostate.

¹Unité d'énergie métabolique

Dans le cancer du sein, les méta analyses reprenant les études évaluant AP et survie, retrouvent un bénéfice de l'AP, qu'elle soit pratiquée en pré- ou post-diagnostic ([9]Ibrahim et al. 2011, [10] Ballard-Barbash (JNCI 2012)). Beasley en 2012 [11] a fait une analyse poolée 4 études de cohorte avec questionnaires à 23 mois après diagnostic (18-32 mois) (13 302 femmes).Après ajustement par âge, index de masse corporelle, ethnie, consommation tabagique, statut hormonal, caractéristiques tumorales TNM et traitement, une association est retrouvée entre AP intense (atteignant 10 MET-H/sem) et une réduction taux de mortalité par cancer du sein RR=0.75 (0.65-0.85) et du taux de mortalité globale RR=0.73 (0.66-0.82) ;

Dans le cancer colo-rectal, une récente métaanalyse ([12] Des Guetz 2013) a inclus 7 études observationnelles (8056 patients) évaluant le niveau d'AP réalisée avant ou après diagnostic sur la survie. Elle conclut à une diminution du risque de décès spécifique et global avec une pratique intense dans les 2 cas (AP avant diagnostic HR 0,75, 074, AP après diagnostic / 0,61, 0, 62).

Dans le cancer de la prostate, les études retrouvent également une réduction de mortalité globale et spécifique avec la pratique d'une AP intense (RR 0,67 et 0,65) et le temps de pratique/sem (RR 0,51 et 0,39) ([13] Kenfield JCO2011). L'intensité de la marche est associée à une réduction du taux de rechute (RR = 0.52) ([14] Richman, Cancer Res 2011).

I.2 Constats dans le Nord Pas de Calais

I.2.1 Epidémiologie du cancer dans la région

En 2011, le nombre de nouveaux cas de cancers en France était estimé à 365 500 ([15] INCa, 2011) contre 320 000 en 2005 ([16],Belot et al., 2008). Le Nord Pas de Calais figure parmi les cinq régions ayant le plus fort taux d'incidence de cancers. Le cancer est la première cause de mortalité dans la région, et le Nord Pas de Calais se situe au 1er rang des régions présentant une surmortalité par rapport à la moyenne nationale ([1], CR-ARS, 2011).

Voir Annexes I et II: données de mortalité par zone géographique.

I.2.2 Pratique d'activité physique et sportive dans la région

Selon le recensement annuel du nombre de licences délivrées en 2011 par la Mission des Études, de l'Observation et des Statistiques auprès des fédérations sportives agréées par le Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative ; les fédérations sportives ont délivré, en France, 15 659 471 licences (sports.gouv.fr). Mais à travers ce chiffre, de nombreuses disparités régionales apparaissent. Ainsi le département du Nord a délivré pour 100 habitants de 22 à moins de 24 licences sportives et le département du Pas de Calais a délivré moins de 22 licences sportives également pour 100 habitants ce qui nous fait une moyenne régionale de 22,9 licences pour 100 habitants soit un chiffre en dessous de la moyenne nationale qui est de 24,2 et nous place en tête de peloton des régions les moins sportives soit la 17ième région ex-aequo avec la Corse. Si l'on place ces

chiffres dans l'ensemble des équipements sportifs proposés au sein des régions hormis les dispositifs de sport de nature (les chiffres clés, sports.gouv.fr), la région NPDC n'est pas une région des plus favorisées, mais son taux d'équipement permettrait toutefois un nombre de licenciés beaucoup plus importants. A titre d'exemple, la région Poitou Charente avec une délivrance de licences de 26,4 pour 100 habitants possède 9545 équipements, l'Alsace présente 26,6 licences pour 7288 structures contre 12465 structures en région NPDC.

De plus, le Nord-Pas de Calais est la région la plus touchée par la surcharge pondérale avec 45,4% des personnes de plus de 18 ans en 2009 et près de 20,5% de ces personnes considérées comme obèses. Les causes premières identifiées relèvent d'habitudes alimentaires peu adaptées et d'un mode de vie jugé trop sédentaire. Cette prévalence du surpoids et de l'obésité s'explique aussi en partie par les logiques différentes de comportement selon le niveau de vie ([1] Programme régional cancer 2011-2015 ARS Région NPdC).

Parallèlement aux mauvaises habitudes alimentaires le temps de sédentarité augmente.

Au moins 60% de la population mondiale ne parvient pas à pratiquer le niveau d'exercice physique recommandé pour qu'en découlent des avantages pour sa santé. Ceci est dû en partie à la pratique insuffisante d'un exercice physique au cours des loisirs et à l'augmentation des comportements sédentaires au cours des activités domestiques ou professionnelles. Une augmentation de l'utilisation des modes de transport «passif» a également été associée à la baisse du niveau d'exercice physique.

Le réseau sport santé bien-être en NPDC a pour objectif principal de réunir tous les acteurs en permettant de mettre en commun des propositions de pratiques identifiables et répondant aux recommandations de l'OMS pour leur nature et intensité.

1.2.3 L'activité physique en cancérologie dans la région

Le territoire national comprend des fédérations comme la fédération nationale CAMI Sport et Cancer présente sur l'ensemble du territoire français, des associations, etc.

Au-delà des structures nationales, la région Nord Pas de Calais bénéficie notamment de l'accompagnement des Espaces Ressources Cancers, proposant de l'APA par le biais de nombreux acteurs (Fédération de gymnastique volontaire (EPGV par exemple), et diverses associations), évoluant toutefois dans un contexte d'inégalités géographiques, d'un manque important de possibilités d'accueil pour la pratique, d'un manque de lisibilité de ces acteurs et également d'un manque d'informations délivrées aux patients.

I.3. Contexte national et régional : Objectifs de santé publique

La circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 Février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

Cette circulaire qui fait suite au premier plan cancer rappelle qu'une prise en charge optimale est globale (bio – psycho - sociale), personnalisée, multidisciplinaire et coordonnée ([17], DHOS, 2005). L'accès aux soins de support y apparaît comme un gage de qualité.

Le plan Cancer 2014- 2019 [18]

Le 3ème plan cancer intègre pleinement l'AP dans ses mesures pour « investir dans la prévention et la recherche ». Il fait la promotion de l'AP dans le cadre de l'objectif 8 : « réduire les risques de séquelles et de second cancer » : Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'AP et les comportements nutritionnels adaptés (Action 8.6).

Le Programme Régional Cancers 2011- 2015[1]

Le PRC insiste sur une nécessaire visibilité des acteurs notamment dans le cadre du dépistage et de la prévention « Veiller à la cohérence et à la complémentarité territoriale des actions **de prévention et de dépistage** : La multiplicité des acteurs et des actions sur certaines thématiques (addictions, alimentation et activité physique) est certes une grande richesse mais [...] Elle engendre également un manque de cohérence et d'articulation entre des actions connexes menées sur des thématiques identiques au sein d'un même territoire. »

Le Programme insiste néanmoins sur l'importance de la prise en charge pendant et après un cancer.

En effet, dans le **paragraphe : « 2.4 Vivre pendant et après un cancer »**, il est indiqué que les associations d'aide aux malades proposent des « ateliers de convivialité (d'écriture, de création, d'activité physique) ».

Le PRC intègre dans ses critères de suivi en levier 2 :

Agir de façon concertée sur les déterminants de santé en veillant à :

- Adapter les actions sur les déterminants de santé aux territoires et aux populations ;
- **Mettre la priorité sur les comportements alimentaires et l'AP.**

Coordination régionale du projet par Le Réseau Régional de Cancérologie ONCO NORD PAS DE CALAIS

Les données récentes de la littérature, le contexte national et régional ainsi que les constats régionaux (disparités et manque de visibilité de l'offre) ont abouti à une volonté commune de réflexion autour d'un projet régional de mutualisation de l'AP à destination des personnes atteintes du cancer et de leurs proches.

Ce projet, qui placera le Réseau au cœur d'une mission collaborative et partenariale d'intérêt collectif dans la région Nord Pas de Calais, a rencontré un avis positif auprès de l'ensemble des administrateurs.

Le RRC, en tant qu'opérateur de santé publique, a accepté de porter ce projet, qui répond à son objectif stratégique d'harmonisation des pratiques tout en contribuant à une équité, sécurité, continuité et qualité des soins pour tous les patients tout au long de la maladie (diagnostic, traitement, après cancer). (cf. projet stratégique)

Ce projet, porté par le RRC Nord Pas de Calais et sous la coordination médicale du Dr Vanlemmens, oncologue à l'initiative du projet, sera donc un exercice collaboratif à l'échelle régionale, permettant de répondre aux exigences d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins et d'optimisation de l'accompagnement des patients et de leurs proches. Ce travail nécessitera une adhésion et une participation de l'ensemble des acteurs de la région impliqués dans l'AP en cancérologie ou concernés et intéressés par la démarche.

II - OBJECTIFS ET PERSPECTIVES

II.1 Objectif principal

Harmoniser les pratiques en matière d'activité physique (AP) et activité physique adaptée (APA) en cancérologie dans la région NPdC afin de proposer une offre personnalisée de qualité, grâce à l'élaboration d'une charte régionale permettant à chacun de s'appuyer sur un cadre de référence partagé. Ceci permettra à **tous les patients** qui le souhaitent d'avoir accès à la pratique d'une activité physique adaptée (APA) **en garantissant une équité, une continuité, une sécurité et une qualité de prise en charge pendant la maladie et après les traitements.**

II.2 Objectifs secondaires

- Définir les différents types de structures proposant de l'activité physique au sein de la région.
- Proposer aux professionnels de ces structures des outils régionaux harmonisés (référentiel, charte, document d'information et d'évaluation).
- Favoriser les partenariats locaux et les échanges de pratiques entre les acteurs en santé et participer à l'amélioration du parcours de soin en cancérologie dans le Nord Pas de Calais
- Promouvoir l'activité physique en cancérologie auprès des professionnels et du grand public.
- Informer, sensibiliser et former les professionnels et les patients.
- Evaluer les actions menées et les bénéfices pour les patients.

II.3 Perspectives

- Permettre une adéquation entre l'offre et les besoins du patient.

- Favoriser le développement de l'offre en APA de proximité notamment dans les zones déficitaires, afin de permettre une équité d'accès à l'activité physique.
- Apporter une lisibilité et une visibilité des ressources existantes grâce à la signature de la charte régionale par les structures partenaires.
- Développer les outils régionaux de communication (un espace internet dédié au Réseau spécifique).
- Appui logistique aux structures territoriales dans leur dépôt d'appel à projet (charte, référentiel) et recherche de fonds.
- Travailler sur le relais avec les centres sociaux de la région.

II.4 Bénéfices et enjeux pour les patients

- Intégration de l'activité physique dans le parcours de soins dans un cadre multi-professionnel.
- Prévention dès le diagnostic et tout au long du parcours de soin, jusqu'à l'après cancer.
- Visibilité de l'offre régionale et du type d'activité physique pratiquée dans les structures ayant signé la charte au plus près du lieu de vie des patients.
- Ciblage prioritaire auprès des personnes les plus démunies et meilleur accès à la prévention secondaire.
- Accès facilité à la pratique physique par l'identification des freins.

II.5 Bénéfices et enjeux pour les professionnels

- Information / sensibilisation / formation permettant de suivre les recommandations préconisées concernant la pratique de l'AP.
- Repérage systématique par les professionnels, diagnostic et prise en charge précoce et systématique.
- Parcours et prise en charge continus et adéquats aux besoins.
- Maillage des intervenants multi professionnels.
- Travailler ensemble pour mieux s'organiser, améliorer la prise en charge et créer un projet commun.
- Rompre l'isolement notamment géographique par l'échange de compétences et d'expériences.
- Assurer la qualité de prise en charge des patients.

III - PILOTAGE

III.1 Pilotage stratégique

Les administrateurs du RRC ont opté pour un pilotage commun à tous les projets.

[Lien vers le Projet stratégique du RRC : <http://www.onco-npdc.fr/presentation-reseau/projet-strategique-medical>]

- Validation du projet

Versant médical: validation du versant médical du projet à chaque étape par le coordinateur médical, le Dr Vanlemmens, oncologue médical, administrateur de l'AFSSOS et du comité Nord de la Ligue, présidente de la CAMI Nord.

Versant administratif: validation du présent projet en **Conseil Scientifique** le 6 Février 2013.

- Validation des orientations stratégiques (trimestrielle)

Validation en **Conseil d'Administration** du RRC.

Les membres du CA, délibèrent trimestriellement sur les décisions stratégiques de déploiement du projet (nouvelles orientations stratégiques, modification du plan de financement..).

III.2 Comité de pilotage

Ce comité est constitué :

- **D'un responsable médical** désigné en conseil d'administration : le Dr Laurence Vanlemmens, **membre du RRC, oncologue médical au Centre Oscar Lambret.**
- **Du coordonnateur du RRC**, Mme Laetitia Lemoine et Mlle Charlotte Moreels, assistante Qualité
- De représentants **institutionnels** :
 - Le Dr Isabelle Loens de l'Agence Régional de Santé.
 - Mme Cécile Bogucki et Mme Alexandra Thierry du Conseil Régional.
- De représentants de comités ou associations **de patients** :
 - M. Boute, représentant de la Ligue contre le cancer.
 - Mme Brigitte Laitem, infirmière coordinatrice et présidente de l'association Sport Cancer Santé de Sambre Avesnois.
 - Mme Pascale Eraldi, responsable régionale Nord Pas de Calais d'Europa Donna.
- Des **partenaires techniques** du projet apportant leur expertise
 - Pr Claudine Fabre, enseignant chercheur, responsable du master APA-S, Université Lille 2.
 - Pr André Thevenon, médecin rééducateur au CHRU de Lille, représenté par Mme Caroline Defontaine, professeur d'APA.
 - Dr. Patrick Bacquaert, médecin de médecine physique et de réadaptation, médecin du sport, représentant l'IRBMS en sa qualité de médecin chef.
 - M. Anthony Bacquaert, chef de projet sport santé au Réseau Sport Santé Bien être.
 - M. François Leurs, directeur du CCAS de Lambersart.

Ce comité est chargé de délibérer trimestriellement sur les décisions stratégiques inscrites dans le déroulé du projet (principalement plan de déploiement). Ce sont ces décisions qui sont présentées en CA du RRC.

III.3 Le comité d'experts métier

La mise en place de comités d'experts métier pour chaque projet a pour objectif d'impliquer les professionnels du terrain tout en répondant au plus près à leurs attentes.

La liste des experts métier est validée par le CA. Elle est constituée de professionnels de terrain de l'ensemble de la région dans un objectif d'homogénéité.

Les missions des membres de ce comité sont :

- **Représenter** les professionnels de la région sur un projet
- **Remonter** les problématiques du terrain tout au long du projet
- **Faire** des propositions réalisables de déploiement du projet au CA du RRC
- **Participer à la validation** de calendrier prévisionnel de déploiement et d'évolution du projet.
- **Participer** au déploiement du projet.
- **Diffuser** l'information dans leur territoire

Ce COMEX est réuni deux fois par an, à cette occasion est présentée l'avancée du projet à l'ensemble des membres.

Ce COMEX est constitué de l'ensemble des membres qui ont rempli le bulletin d'engagement du RRC et se sont inscrits dans le groupe APA (**cf. liste en annexe**). **A ce jour cette liste compte 105 membres.**

III.4 Les groupes de travail

Les groupes de travail se sont constitués à partir d'un appel à candidature régional. Ils sont composés d'oncologues médicaux, d'oncologues radiothérapeutes, de chirurgiens oncologues, de médecins généralistes, d'onco-psychologues, d'infirmier(e)s, de membres des associations « CAMI Nord », « Siel Bleu », « Passeport santé 62 », « Sport Santé », « Au-delà du cancer », « Europa Donna », de cadres de santé, d'une assistante sociale, de kinésithérapeutes, d'Educateurs Médico-sportifs, d'enseignants APA, de formateurs universitaires, d'une qualicienne, d'un statisticien, d'un chef de projet Sport Santé, de médecins du sport, d'anciens malades, représentant de la Ligue, de membres des ERC ou aires cancer (liste non exhaustive).

La liste des membres des groupes de travail est consultable sur le site internet du réseau régional : <http://www.onco-npdc.fr/groupe-professionnels/groupe-thematiques/activite-physique-adaptee>

III.5 Moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

➤ **Moyens humains**

- 1 coordonnateur médical (mise à disposition du COL)
- 1 assistante qualité à 0.2 ETP (mise à dispo par le RRC)
- 1 stagiaire L3 (en 2014)
- 1 stagiaire M1 qualité ILIS (en 2015)
- 2 stagiaires APA en 2014 (mémoire master 1 et 2)
- 1 statisticien pour l'analyse des données

➤ **Moyens matériels**

Frais généraux du RRC

Frais de communication sur le projet (kakémono, espace sur le site internet, flyers, événementiels, presse.....)

Frais de formation (location de salle, frais de réception, intervenants, etc.)

➤ **Moyens financiers (cf. plan de financement)**

➤ **Moyens de communication**

L'information et la communication des patients et des professionnels sur le projet et les outils mis à disposition sont des facteurs clef de la réussite, ils seront intégrés à toutes les étapes du processus l'objectif étant :

Les différents moyens et supports de communication seront exploités :

- Conférence pour les professionnels et le grand public
- Communication dans un espace dédié sur le site internet du réseau
- Flyers d'information pour les professionnels et pour les patients
- Communication via les acteurs de la région (3C, ERC, Aires Cancers...)
- Communication via les médias (presse, radio, télévision..)
- etc.

IV-LES PARTENAIRES POTENTIELS

Chaque partenariat sera validé en CA du RRC et fera l'objet de la signature d'une convention détaillant les modalités de partenariat.

➤ **Laboratoires Pharmaceutiques**

Des projets de partenariat pourront être établis par le biais de convention de partenariat dans le cadre fixé par la charte du RRC avec l'industrie pharmaceutique. Les administrateurs du réseau veilleront à ce qu'il n'y ait aucun conflit d'intérêt et notamment aucune promotion des traitements anticancéreux en ce qui concerne les laboratoires pharmaceutiques (cf. charte en annexe).

[Lien vers la charte : http://media.onco-npdc.fr/charte-de-relation-industries-pharmaceutiques-cha-12673.pdf](http://media.onco-npdc.fr/charte-de-relation-industries-pharmaceutiques-cha-12673.pdf)

- **Mutuelles**
- **Mairie**
- **CPAM**
- **Autre.....**

V –PLAN DE DEPLOIEMENT DU PROJET

Dimensionnement du projet en 6 étapes



IV.1 Naissance du projet et sensibilisation

Le Dr Vanlemmens a été sollicitée par de nombreux acteurs régionaux, notamment lors de l'animation de conférences grand public organisées par les ERC et AIRE

cancers dans le cadre de la semaine de mobilisation contre le cancer en novembre 2012 sur l'activité physique en oncologie. Ce projet est donc né des questions et attentes des partenaires et des patients sur cette thématique, exprimant un besoin et une demande de structuration et de visibilité de l'offre en activité physique dans le Nord Pas de Calais.

Ce projet de mutualisation répond donc à un besoin et une demande des acteurs et patients.

IV.2 Lancement du projet

Deux réunions ont suivi permettant de présenter le rationnel et de discuter des objectifs et de la méthode proposée. Toutes les circonscriptions géographiques et professions sont bien représentées avec présence de différents professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), des associations, des fédérations sportives et d'anciens malades.

71 personnes (professionnels, associations et patients) ont répondu présentes lors de ces deux réunions, ce qui démontre l'intérêt pour ce projet.

IV.3 Déploiement du projet en 3 phases (mise en œuvre)

Phase I : état des lieux

- des structures existantes
- des activités pratiquées (type, intensité, etc.)
- des difficultés rencontrées (questionnaire ? analyse ?)

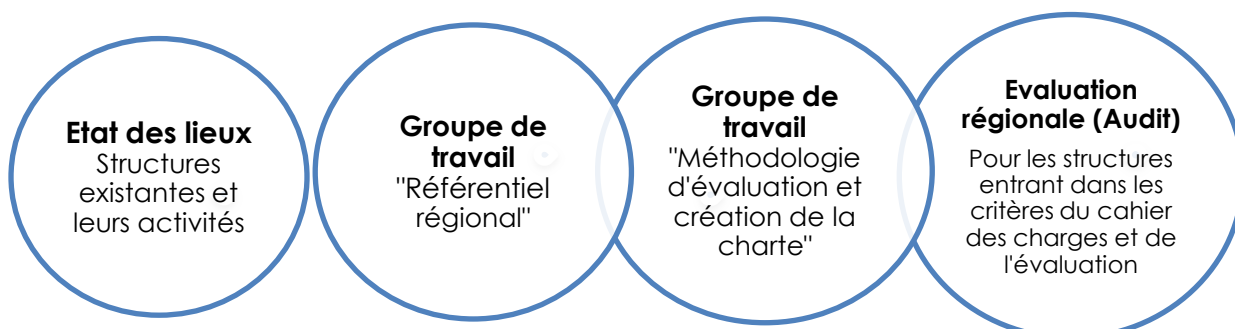
Phase II : Elaboration d'outils régionaux de référence

- Un référentiel régional
- Des critères d'évaluation en fonction du niveau d'activité
- Une charte d'engagement pour les structures
- Des outils de formation pour les professionnels

Phase III : évaluation du projet

- Sur la base d'indicateurs régionaux
- A partir d'un audit régional des structures ayant signé la charte

Assurance Qualité

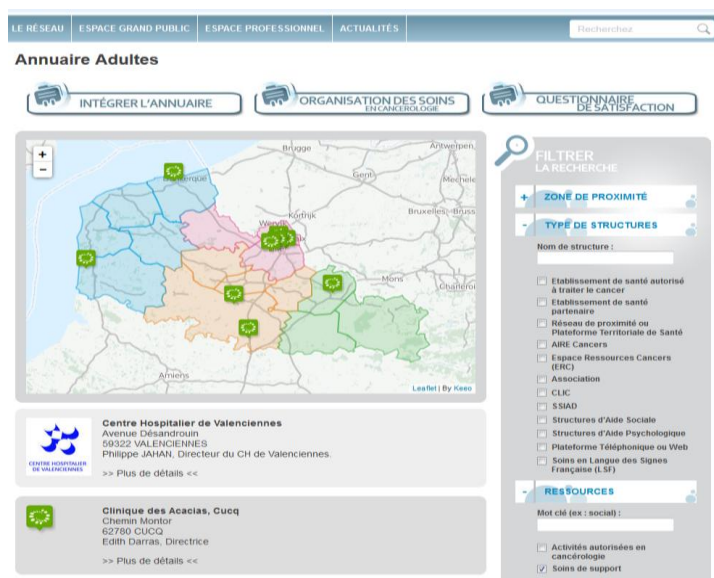


Réunions d'information et formations des professionnels

V.3.1 PHASE I : Etat des lieux

Recensement des ressources en APA existantes dans la région

Parallèlement à ce projet, le Dr Abboui, chef de projet de l'annuaire des ressources régional au RRC, a effectué un recensement de l'offre existante par territoire. Les structures souhaitant figurer dans cet annuaire actualisé régulièrement sont répertoriées dans la cartographie du site internet du RRC [[Lien vers le site : http://www.onco-npdc.fr/](http://www.onco-npdc.fr/)].



Réalisation de l'état des lieux des activités pratiquées dans la région

➤ Objectifs ?

- Mise en valeur de l'existant,
- Evaluation de la nature et intensité de l'APA,
- Mise en lien des professionnels et identification des déserts sportifs.

Le but est de permettre de connaître l'ensemble des structures proposant de l'APA encadrée par du personnel formé à l'oncologie et ainsi avoir une cartographie détaillée initiale (à T0) des sites proposant de l'activité physique sur la région NPDCL.

➤ Moyens ?

Un **groupe multi professionnel** a été défini associant un médecin du sport, un professeur responsable STAPS APA, deux enseignants APA (Luc, CAMI), deux étudiantes master 1 et 2 APA, un médecin oncologue.

A partir d'un questionnaire élaboré par le groupe, les étudiantes prendront contact avec les structures - listées soit par le réseau soit connues au sein d'association ou fédérations sportives, et complétées au fur et à mesure de la démarche- ou s'y rendront pour évaluer les caractéristiques de l'AP réalisée (nature, intensité, durée,

fréquence) et le mode de fonctionnement de la structure ainsi que les difficultés rencontrées. Le questionnaire sera réalisé sous forme Excel pour faciliter l'extraction des données ultérieures (par région, par type d'activité, par intensité...)

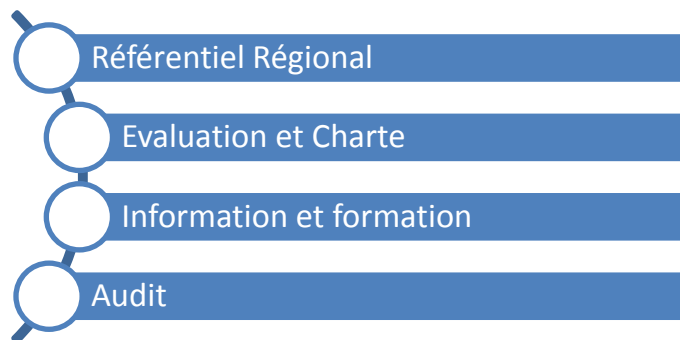
V.3.2 PHASE II : Elaboration d'outils régionaux de référence

Constitution et coordination des groupes de travail

Les groupes se sont constitués sur appel à candidature.

Compte tenu des objectifs du projet, il a été validé que les quatre groupes thématiques des groupes seraient **pluridisciplinaires et transversaux** afin de mutualiser les compétences et d'apporter une expertise globale (médicale, médico-sociale et sociale), dans le but d'assurer une réponse personnalisée au patient.

Les groupes de travail constitués sont les suivants :



Un calendrier de déploiement a été mis en place (*Voir Annexe III : Calendrier de déploiement*).

La coordination des groupes de travail s'effectue à deux niveaux :

- **Coordination médicale** par le Dr Laurence Vanlemmens.
- **Coordination administrative** (gestion des inscriptions, des invitations, appui logistique et ingénierie) par le Réseau régional de Cancérologie (RRC).

Groupe de travail : élaboration du référentiel régional

L'objectif du projet est d'apporter une réponse à tous les patients, quel que soit le niveau d'activité physique qu'ils souhaitent pratiquer. Il paraît donc indispensable de définir ces niveaux, leurs bénéfices et les conditions optimales dans lesquelles cette activité doit être pratiquée afin de garantir aux patients, une équité, une continuité et une qualité d'accès à cette pratique tout au long de la maladie, pendant et après les traitements.

Suite aux deux réunions de lancement, il est nettement apparu que les besoins et les exigences de pratiques des patients étaient différents et qu'il fallait donc apporter une réponse à chaque besoin. En effet, certains patients souhaitent pratiquer une activité physique dans un objectif de prévention secondaire, d'autres dans un objectif de prévention secondaire et tertiaire.

Le référentiel sera l'occasion de rappeler et d'informer l'ensemble des professionnels sur les critères de contre-indication ou précautions.

➤ **Objectifs ?**

- Elaborer un **document synthétique** d'aide à la prise en charge dont le but est l'harmonisation des pratiques.
- S'appuyer sur des **recommandations nationales existantes** (adaptation régionale des recommandations nationales). A une « analyse détaillée » des recommandations nationales notamment du référentiel de l'AFSOS sera associée une prise en compte des spécificités de la région.
- Déterminer le **cadre et les critères définissant** les différentes activités pratiquées.

➤ **Moyens?**

- ➔ Constituer un **groupe de travail pluridisciplinaire**
- ➔ Proposer une **relecture** à un groupe plus large
- ➔ **Diffusion** et son implantation du référentiel aux professionnels de la région NPdC (d'établissement et de ville)
- ➔ **Actualisation** du référentiel régional par le groupe de travail (tous les 2 ans minimum)

[Groupe de travail : élaboration d'une méthodologie d'évaluation et de la charte](#)

Elaboration d'une méthodologie d'évaluation

➤ **Objectifs ?**

Le but est de définir un socle commun d'évaluations de la pratique avant, pendant et d'évaluer les bénéfices apportés en longitudinal sur le plan physique, psychosocial et professionnel.

Cette étape représente un vrai gage de qualité vis-à-vis des usagers (évaluation du processus de prise en charge) et vis-à-vis des structures.

➤ **Moyens?**

L'élaboration des critères d'évaluation suivra la même méthodologie que celle de l'élaboration du référentiel régional : groupe de travail pluridisciplinaire, prise en compte les données reconnues de la littérature et des référentiels existant, la faisabilité pour le patient et au sein des structures, relecture, diffusion, actualisation.

Elaboration de la charte spécifique « activité physique et sportive et cancer »

➤ **Objectifs?**

La mise en place d'une charte régionale signée par les structures souhaitant s'engager dans un projet régional a pour objectif de garantir une **visibilité et lisibilité** des activités proposées dans le **Nord Pas de Calais** afin d'apporter les conditions optimales d'une qualité d'offre sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, tout patient présentant un cancer, dont la pratique physique ne présente aucune contre-indication, pourra intégrer une structure sportive signataire de la charte qui correspond à son niveau et à ses envies **en confiance et en sécurité**.

➤ **Moyens?**

Dans le cadre de ce projet, les professionnels souhaitant s'engager ou déjà engagés dans l'accompagnement des patients atteints de cancer et souhaitant mettre en place une APAs **verront proposer** la signature d'une charte. La signature de cette charte représentera leur engagement à respecter les critères qualité en termes de pratiques professionnelles. Ces professionnels/structures seront alors référencés en tant que tels sur le site du réseau régional.

L'engagement des structures portera principalement sur trois points :

- ➔ Le respect des recommandations du référentiel régional
- ➔ Le respect des critères d'évaluation
- ➔ La participation à l'audit régional de leur pratique dans un objectif d'amélioration continue.

[Groupe de travail : outils d'information et de formation](#)

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des patients qui nécessitera la mise en place d'outils régionaux, une réflexion plus large sur la formation des professionnels notamment à l'entretien motivationnel et à l'analyse des freins pourra être envisagée. Des conférences-débats pour professionnels et grand public seront également mises en place, ainsi que des actions ponctuelles.

V.3.3 PHASE III : Audit et évaluation du projet

Une évaluation de la satisfaction des participants au projet est prévue afin d'analyser la pertinence méthodologique et de conforter ou de faire évoluer la mise en œuvre si nécessaire en fonction des résultats.

Uniquement pour les signataires de la charte régionale

L'évaluation du projet à 3 ans, à partir de l'élaboration de la charte, se fera sur la base

- du nombre de personnes ayant pratiqué une AP de façon suivie
- du nombre de clubs ou associations ayant signé la charte
- de l'évolution des patients évaluée par les critères définis dans le groupe de travail.
- du nombre de personnes sensibilisées à l'action

- de la diminution des « déserts » géographiques de l'offre des pratiques physiques.

CONTRIBUTEURS

- Dr Laurence Vanlemmens, oncologue médical au Centre Oscar Lambret et coordonnateur médical du projet
- Dr Isabelle Loens, chargée de mission cancer à l'Agence Régional de Santé NPDC
- Mme Cécile Bogucki, chargée de mission au Conseil Régional NPDC
- Mme Alexandra Thierry, Chargée de mission Service Santé - DRESSTIC "Programme Régional Cancers" au Conseil Régional NPDC
- Mme Laetitia Lemoine, coordonnateur du RRC
- Mlle Charlotte Moreels, assistante Qualité au RRC
- Pr Claudine Fabre, enseignant chercheur, responsable du master APA-S, Université Lille 2
- M. Boute, représentant de la Ligue contre le cancer du Nord
- Pr André Thevenon, médecin rééducateur au CHRU de Lille
- M. François Leurs, directeur du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Lambersart
- Mme Caroline Defontaine, professeur d'APA.
- Dr. Patrick Bacquaert, médecin de médecine physique et de réadaptation, médecin du sport, médecin chef à l'IRBMS (Institut de Recherche du Bien-être de la Médecine et du Sport Santé)
- M. Nicolas OLIVIER, maître de conférences à la Faculté des Sports de Lille
- Mme Pascale Eraldi, association Europadona

BIBLIOGRAPHIE

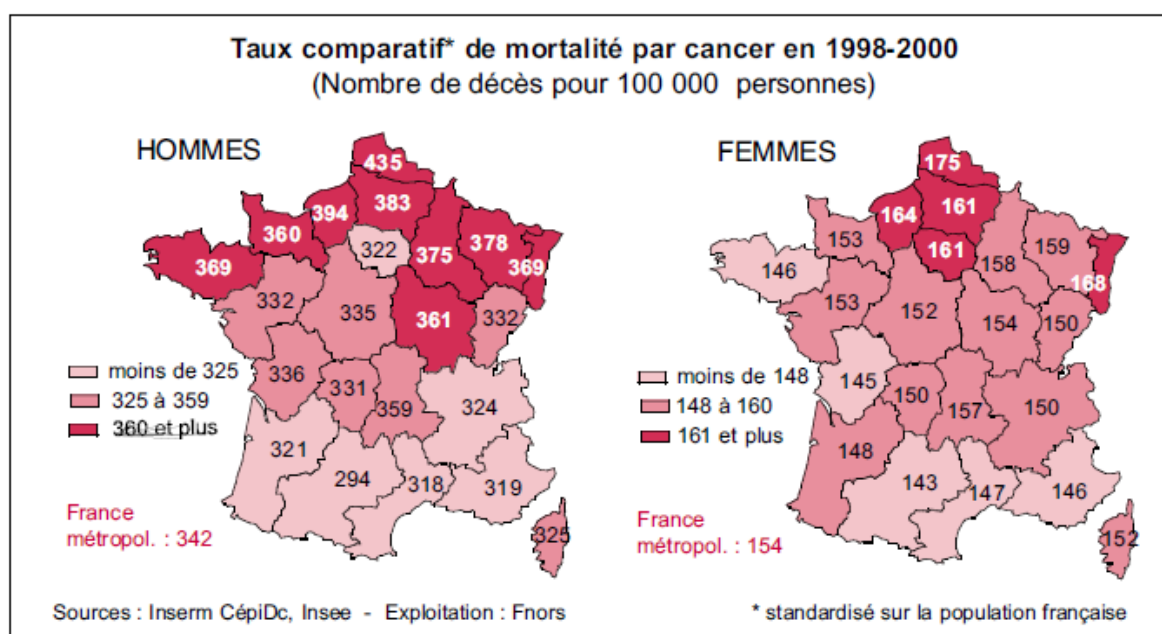
1. Programme régional cancer 2011-2015 ARS Région NPDC – CR NPDC
2. Référentiel APA AFSOS 2011
3. Cochrane 2012 Cramps, Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults (Review)
4. Mishra SI, 2012 Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment Cochrane Collaboration Issue 8.
5. Courneya K 2013. Effects of exercise dose and type during breast cancer chemotherapy: multicenter randomized trial.
6. Fong 2012, BMJ, Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials
7. Duijts 2011, Psycho-oncologie Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta-analysis
8. Irwin SABCS 2013
9. Ibrahim et al. 2011 Med Oncol 28:753-65
10. Ballard-Barbash, JNCI 2012
11. Beasley JM. Meeting the Physical Activity Guidelines and Survival After Breast Cancer: Findings from the After Breast Cancer Pooling Project. Breast Cancer Res Treat. 2012 ; 131(2): 637–643.
12. Des Guetz G, Uzzan B, Boulet T et al. Impact of physical activity on cancer specific and overall survival of patients with colorectal cancer. Gastroenterology Research and Practice Volume 2013 (2013), Article ID 340851, 6 pages
13. Kenfield JCO 2011
14. Richman, Cancer Res 2011
15. INCa. La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2011 <www.e-cancer.fr>
16. Belot et al. , 2008
17. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 Février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
18. Plan Cancer 2014- 2019

ANNEXES

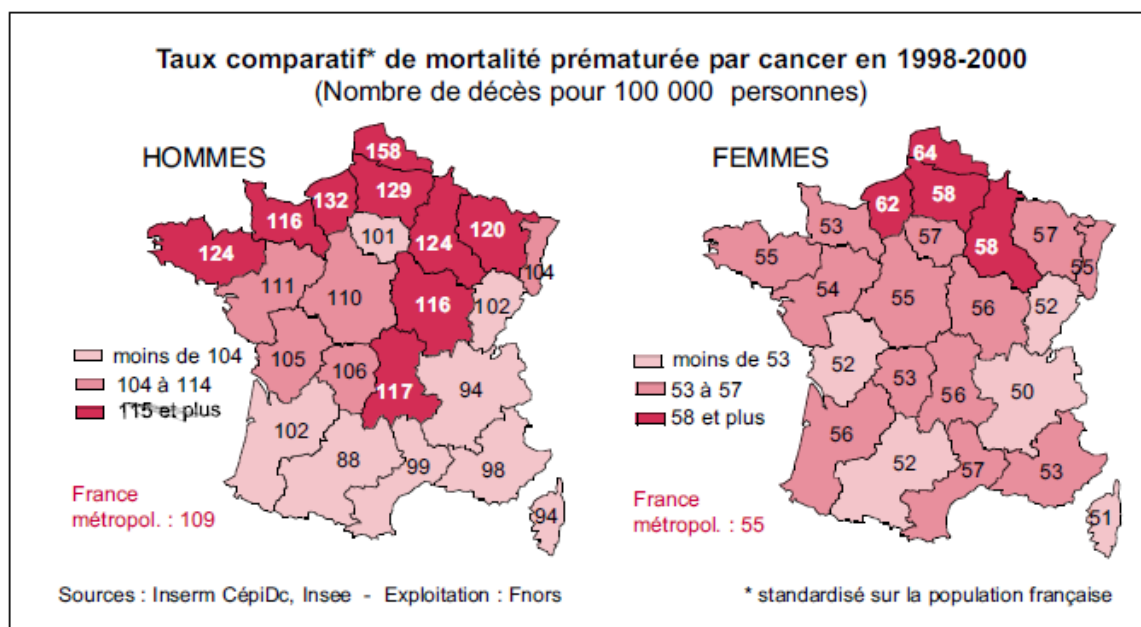
Annexe I :

Mortalité par cancer : 86 520 décès par cancer chez les hommes et 56 740 chez les femmes en 2000 en France métropolitaine.

Sur la période 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancer chez les hommes atteint 342 décès pour 100 000 en France métropolitaine, mais les écarts entre les régions sont très importants, les taux variant de 294 en Midi-Pyrénées à 435 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les taux les plus élevés tracent un croissant de surmortalité au Nord de la France, composé des huit régions les plus septentrionales, de la Bretagne à l'Alsace, et se poursuivant en Bourgogne. Les régions du Sud de la France et l'Île-de-France sont les moins touchées. Pour les femmes, la moyenne nationale s'établit à 154 décès pour 100 000, les valeurs extrêmes des taux régionaux étant de 143 en Midi-Pyrénées et 175 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les régions situées au Nord et à l'Est de la France présentent les taux de mortalité les plus forts, et, à l'opposé, les taux les moins élevés se rencontrent dans le Sud, ainsi qu'en Poitou-Charentes et Bretagne. Entre 1980-1982 et 1998-2000, les taux de mortalité ont diminué de 11 % chez les hommes comme chez les femmes. Chez les hommes, cette baisse se retrouve dans toutes les régions, mais avec une amplitude qui varie de 3 à 20 %. Elle dépasse 15 % en Île-de-France, Alsace et Rhône-Alpes, permettant à l'Alsace d'améliorer une situation qui était parmi les plus défavorables en 1980, et aux deux autres régions en position moyenne il y a 20 ans, de connaître aujourd'hui une mortalité relativement faible. Chez les femmes, les différences régionales en termes d'évolution de la mortalité par cancer sont également très sensibles. Les baisses les plus marquées, 14 à 15 %, concernent des régions qui connaissaient des taux de mortalité par cancer élevés en 1980, comme l'Alsace, la Haute-Normandie ou la Picardie, mais aussi des régions en position moyenne à cette époque, comme la Bretagne et Rhône-Alpes. Le Nord-Pas-de-Calais n'a connu qu'une diminution limitée du taux masculin et plutôt moyenne du taux féminin, ce qui maintient cette région dans la position la plus défavorable pour les deux sexes.



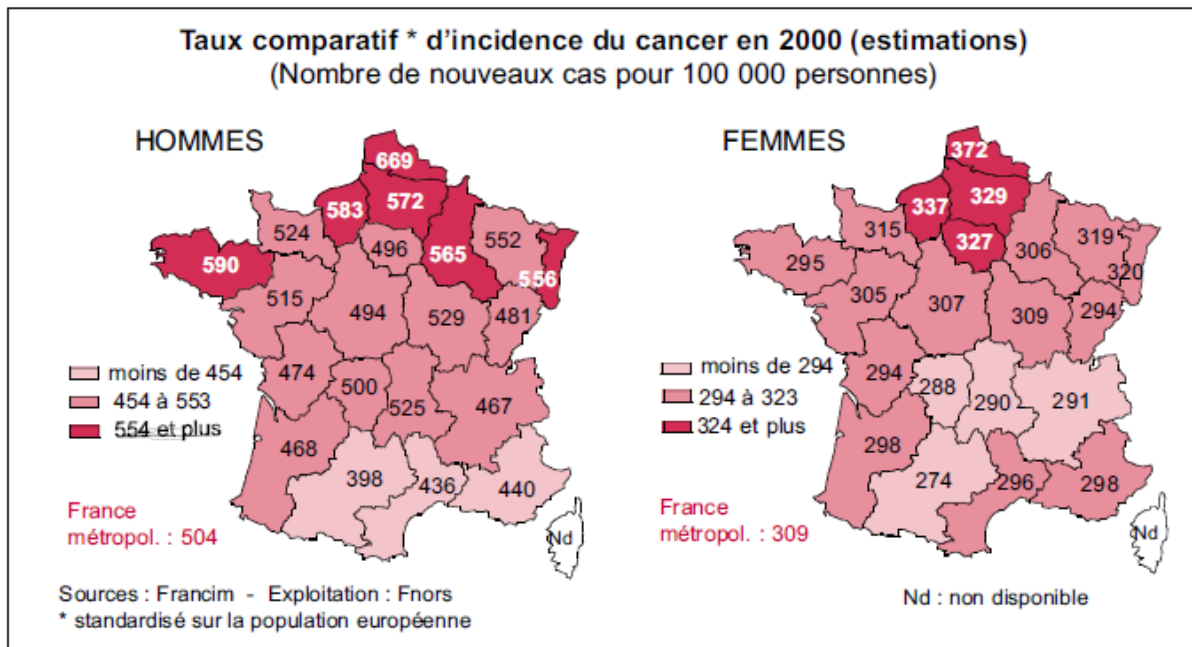
En termes de mortalité prématurée (survenant avant 65 ans), les cancers ont été responsables de 41 450 décès en 2000 : 27 000 chez les hommes et 14 450 chez les femmes. Pour les hommes, les écarts entre régions sont très marqués : le taux passe de 88 en Midi-Pyrénées à 158 dans le Nord-Pas-de-Calais. Il existe une forte analogie entre la carte des taux de mortalité prématurée et celle des taux de mortalité tous âges : les régions connaissant une mortalité prématurée élevée présentent le plus souvent une mortalité tous âges également élevée, et inversement.



Incidence des cancers 161 000 nouveaux cas de cancers chez les hommes et 117 000 chez les femmes en 2000 en France métropolitaine.

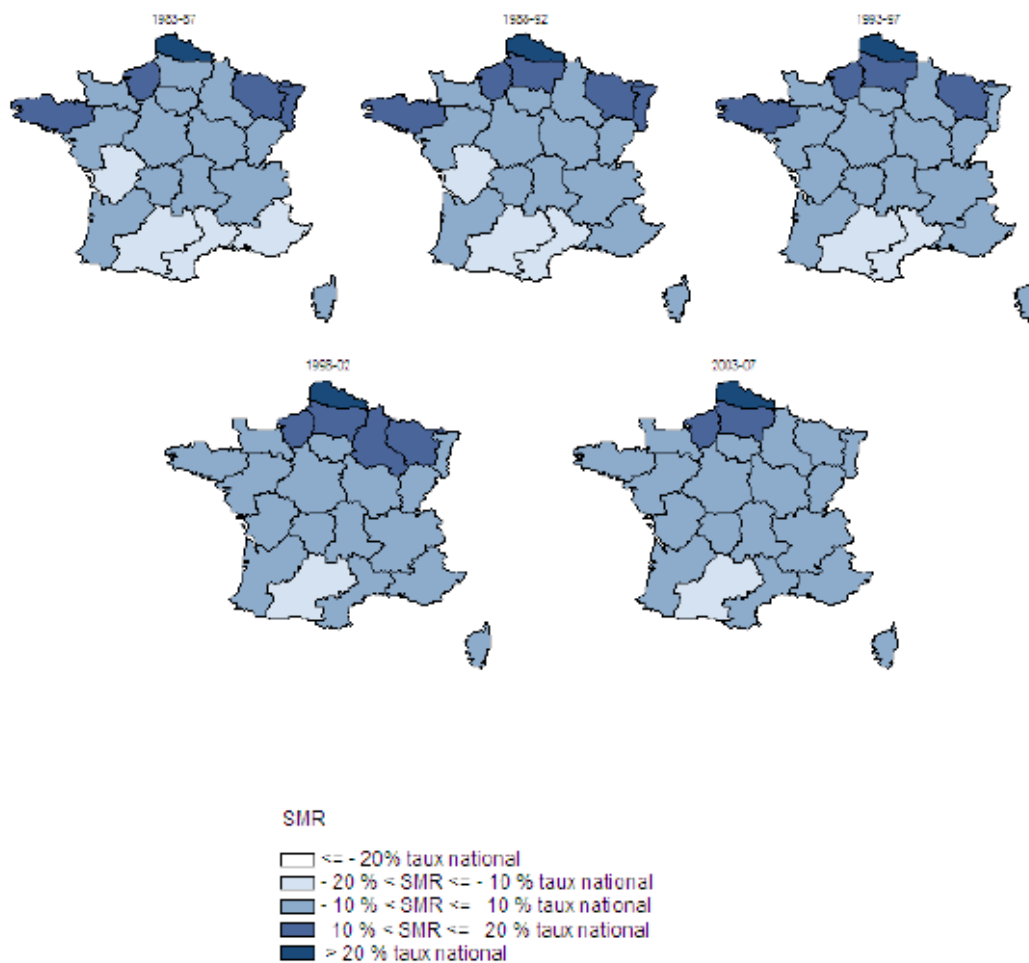
En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes, estimé par le réseau des registres du cancer (Francim), correspond à un taux d'incidence moyen de 504 cas pour 100 000. Les régions les plus touchées sont celles du Nord de la France, auxquelles il faut ajouter la Bretagne et l'Alsace. Les régions du Midi méditerranéen apparaissent à l'inverse les plus épargnées. Pour les femmes, le taux d'incidence moyen en 2000 est de 309 pour 100 000. Les régions qui connaissent les taux les plus forts sont, comme pour les hommes, situées à l'extrême nord de la France, mais la Bretagne n'est cette fois pas concernée, cette région se caractérisant par une situation très différente chez les hommes et chez les femmes. À noter que ce sont les mêmes régions qui occupent les positions extrêmes pour les deux sexes : le Nord-Pas-de-Calais présente les taux les plus élevés pour les hommes (669) comme pour les femmes (372). À l'opposé, les taux les plus faibles sont observés en Midi-Pyrénées (respectivement 398 et 274). Depuis 1980, le taux d'incidence masculin a augmenté en moyenne de 29 %. La hausse concerne toutes les régions mais varie de 24 % en Rhône-Alpes à 38 % en Auvergne. Cette évolution n'a toutefois pas conduit à une réduction des écarts entre régions. En effet, parmi les régions qui connaissent, selon les estimations Francim, une forte incidence en 1980, seule l'Alsace a présenté une hausse limitée (+ 25 %), lui permettant d'améliorer sensiblement sa situation par rapport aux autres régions. À l'inverse, les hausses les plus fortes ont concerné des régions en position moyenne en 1980, à l'exception du Nord-Pas-de-Calais, région qui présentait à cette époque comme aujourd'hui la plus

forte incidence. Pour elle, l'écart avec les autres régions s'est creusé. Chez les femmes, la progression de l'incidence (+ 31 %) est proche de celle observée chez les hommes. Elle a concerné toutes les régions, comme pour les hommes, mais de façon très homogène puisque 19 régions sur 22 ont présenté une évolution comprise entre 30 et 36 %. Seules l'Auvergne, Rhône-Alpes et surtout l'Alsace se distinguent avec des évolutions moins marquées.



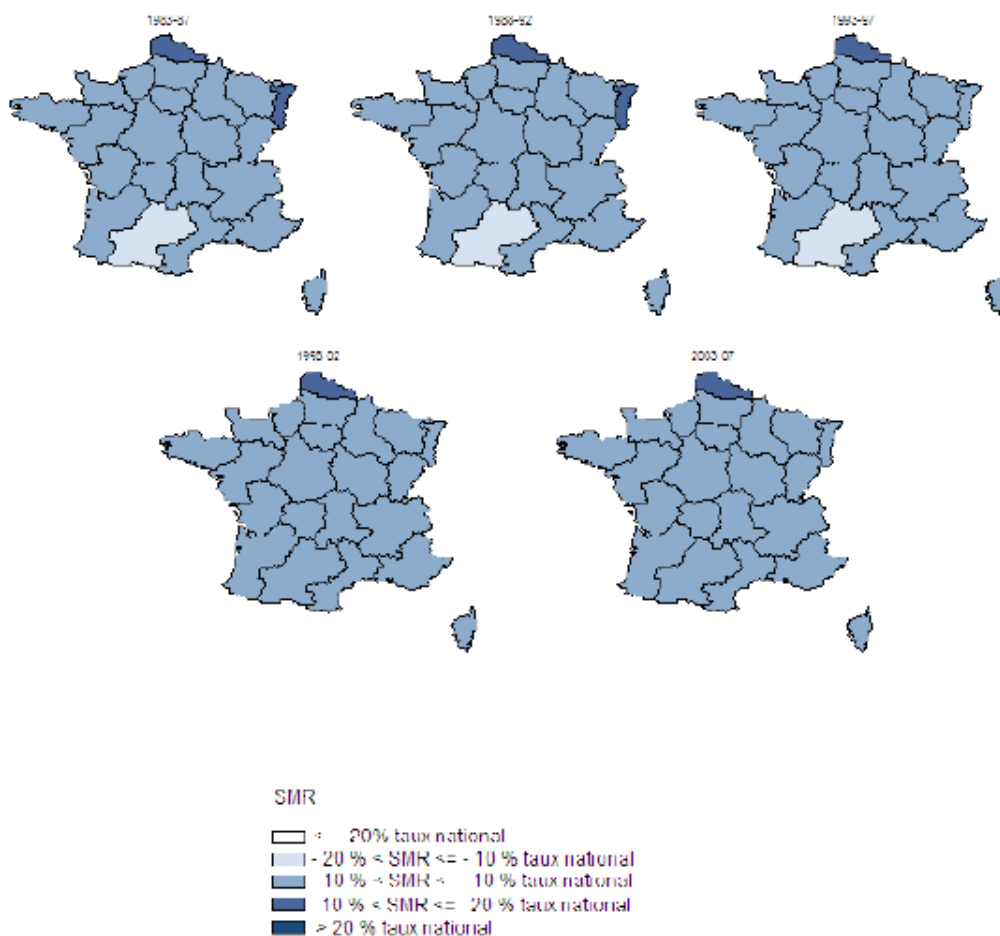
Annexe II :

Figure III-5 Ratio standardisé de mortalité (SMR)⁶ régional par cancer : écart par rapport au taux national chez l'homme. Périodes de 1983-87 à 2003-07



Sources: InVS, CépiDc Inserm, Insee

Figure III-6 Ratio standardisé de mortalité (SMR)⁷ régional par cancer : écart par rapport au taux national chez la femme. Périodes de 1983-87 à 2003-07



Sources : InVS, CépiDc Inserm, Insee

Annexe III : Liste des membres du projet APA* (mise à jour au 17 06 2014)

*Personnes identifiées comme souhaitant être informées du projet ou impliquées dans les groupes de travail

105 membres au 17/06/2014	Titre	NOM	Prénom	Fonction	Organisme
Copil	Dr	VANLEMMENS	Laurence	Oncologue médicale Coordinatrice du groupe	COL
	Pr	THEVENON	André	Médecin rééducateur	CHRU/ SWYNGHEDAUW
	Pr	FABRE	Claudine	enseignant chercheur, responsable du master APA-S	Université Lille 2
	Mme	LEMOINE	Laetitia	Coordonnateur RRC membre du copil	RRC ONCO npdc
	Mme	MOREELS	Charlotte	Assistante Qualité	RRC ONCO npdc
	Dr	LOENS	Isabelle	chargée de mission cancer	ARS
	Mme	BOGUCKI	Cécile	Chargée de mission	Conseil régional NPDC
	Mme	THIERRY	Alexandra	Chargée de mission plan cancer	Conseil Régional NPDC
	Mme	DEFONTAINE	Caroline	Professeur APA et coordinatrice Luc APA	L.U.C
	M.	BACQUAERT	Anthony	Chef de projet sport santé	Réseau Sport Santé Bien-être
	Dr	BACQUAERT	Patrick	médecin chef IRBMS	IRBMS / CROS 59/62 / Réseau Sport Santé Bien être
	M.	BOUTE	Frédéric	Bénévole, représentant de La Ligue 59	Comité du Nord de la Ligue Nationale Contre le Cancer
	Mme	LAITEM	Brigitte	Présidente de l'association SPORT CANCER SANTÉ de Sambre Avesnois - Infirmière coordination cancéro	Association SPORT CANCER SANTÉ de Sambre Avesnois
	M.	LEURS	François	Directeur CCAS	CCAS Lambersart
	Mme	ERALDI	Pascale	Responsable régionale NPDC	Europa Donna
	Mme	CHRISTOPHE	Véronique	Professeur Université	Université Lille 3
Mme	LELORAIN	Sophie	Professeur Université	Université Lille 3	
Etudiants APA	Mlle	FESTY	Harmonie	Etudiante M1 APA	Université Lille 2
	Mlle	WARHEM	Anne Sophie	Etudiante master 2 STAPS APA	Université Lille 2
Professionnels Médicaux	Dr	GIRAUD	Claire	oncologue	Centre LDV Douai
	Dr	Romano	Olivier	oncologue	Clinique de Louvière
	Dr	Leriche	Nathalie	oncologue	CH Tourcoing
	Dr	PHALIPPOU	Jérôme	chirurgien gynécologue	Valenciennes
	Dr	DEWAS	Sylvain	Oncologue Radiothérapeute	Centre Bourgogne
	Dr	BLOCK	Sylvie	Oncologue	CH Roubaix
	Dr	BYTHA	Mbolam	Oncologue Médicale	CH Valenciennes
	Dr	DESCATOIRE	Aurélien	Docteur en STAPS - Activités Physique Adaptées	CH Roubaix

	Dr	LABOUROT	Laurence	Médecine physique et Réadaptation	CH Roubaix
	Dr	LADRAT	Laure	Médecin généraliste	CHRU de Lille
	Dr	LEROI	Henri	Hépto- Gastro- Entérologue	Polyclinique du Parc
	Dr	LANDREAU	Thomas	Médecin généraliste	1 av Prés Kennedy, 59370 MONS EN BAROEUL
	Dr	LAURENT		Médecin	Ligue contre le cancer
	Dr	POLLEZ	Bruno	médecin	MPR Plateforme de réadaptation et d'acc GHICL
	Dr	ROHART DE CORDOUE	Sylvie	Oncologue Radiothérapeute	Centre Bourgogne
	Dr	PARDESSUS	VINCIANE	Médecin rééducateur	CHRU
	Dr	CAPELLE-MONNOT	Claire	Médecin Généraliste Service Cancérologie	CH St Omer
	Dr	VANDERPOTTE	Jean Marc	Médecin	Réseau Sport Santé Bien-être
	Dr	VIEILLARD	Marie- Hélène	PH Rhumatologie- Oncologie	CHRU Lille
	Dr	WAGNER	Jean-Philippe	Oncologue	CH Dunkerque
	Dr	CLERMONT	Amélie	médecin généraliste	
	Dr	WIECZOREK	Valerie	Médecin rééducateur	CHRU de Lille - Sportiva
Professionnels paramédicaux	M.	RIQUOIR	Michel	Kinésithérapeute	Plateforme santé Douaisis
	Mme	POIROT	Odile	Educatrice sportive	?
	Mme	MORTREUX	Aurélie	Educatrice sportive- Responsable	CAMI Nord
	M.	WINCKEL	Anthony	Educateur médico-sportif	Hôpital St Philibert
	Mme	CANONNE	Emilie	Professeur d'APA	CHRU
	Mme	BEAUVOIS	Brigitte	Professeur EPS	CAMI Nord
	M.	CHOQUET	Jean Philippe	Educateur APAS	Passport Santé 63
	M.	DELEFOSSE	Vincent	Educateur medico sportif	CAMI Nord
	Mme	EVARD	Elodie	Educatrice médico-sportive	Plateforme Santé Douaisis
	M.	DEROUBAIX	Hervé	Cadre Kiné	COL
	Mme	FLORENT	Sonia	Faisant Fonction Cadre de Santé Oncologie médicale	CH Valenciennes
	M.	PAILLEUX	Edwin	Cadre de santé Hématologie/Oncologie	CH Arras
	Mme	RAMON-HOORELBEKE	Anne		Santelys
	M.	DECAUCHY	Pierrick	Infirmier	CH Tourcoing
	Mme	REBERGUE	Marie Hélène	Infirmière Oncologie médicale	CHRU de Lille
	Mme	VANCAUWENBERGHE	Cathy	Cadre de santé Soins Palliatifs - Oncologie Equipe mobile de Soins Palliatifs	CH Tourcoing
	Mme	CAMBIEN	Stéphanie	Onco Psychologue Chef de projet de l'Institut de Cancérologie Lille Métropole	Clinique de la Louvière
	M.	DECLÉMY	Patrick	Cadre de santé Bloc Opérateur à la retraite	Association Sport Santé Cancer
	M.	DESPLÉCHIN	Arnaud	Educateur médico-sportif	GHICL

Partenariat administratif	Mme	REYNOLDS	Sophie	Assistante Sociale + Communication	Information Réseau Solidarité Conseil Général Service Prévention Santé
	Mme	ABDELHADI	Farida	Directrice espace santé	Espace santé
	M.	DAYEZ	Guillaume	Chargé de Mission	Equipe médicale GHICL
	Mme	DELFORGE	Marie Pierre	Présidente	Passport Santé 62
	Mme	DEVAUX	Céline	Coordinatrice - Accompagnatrice santé	Aires Cancers CHRU Lille
	Mme	DESSAUD	Julie	Qualificienne - Coordinatrice	3C LFLC
	M.	FOURNIER	Charles	Biostatisticien	COL
	Mme	GAUDRON	Elise	Chargée de projet	Union Régionale des Centres Sociaux
	Mme	JOUFFE	Françoise	CTR	Comité Régional npdc d'Education Physique et Gymnastique Volontaire
	Mme	KRUKOWSKI	Bérangère	Qualificienne	Institut du cancer Artois-béthunois (Général de Santé)
	Mme	LANCELLE	Monique	Administratrice	Ligue 59
	M.	LAUREYNS	Franck	Directeur	PSD
	Mme	LEGRAND	Annick	Vice-présidente responsable des défis sportifs dans l'association	Association AU DELA DU CANCER
	M.	MACQUET		administrateur	Ligue contre le cancer
	Mme	NOTREDAME	Stéphanie	Coordinatrice	AIRE CANCER ROUBAIX
	Mme	PANAFIEU	Anne	Animatrice et conseillère en développement	Comité Régional npdc d'Education Physique et Gymnastique Volontaire
	Mme	RYCKELYNCK	Cindy	Animatrice Responsable Nord	SIEL Bleu
	Mme	BRABANT	Alexandra	Responsable du département	SIEL Bleu
	Mme	TREGOUET	Magali	Coordinatrice	ERC EOLLIS PHALEMPIN
	Mme	SKRODZKI	Beata	coordinatrice	ERC- EMERA
	Mme	VENDEL	Yvette	Unité de recherche clinique	COL
	Mme	BERDIN	Nathalie	Directrice	EMERA (réseau de santé)
	Mme	CAHOUR - BECQUART	Lénaïc	Accompagnatrice santé	AIRE Cancer GHICL
	Mme	PERES	Sophie	Responsable Education Thérapeutique du Patient	Association SANTELYS
	M.	LESPERRES	Jacques	Directeur du centre du Quennaumont	Centre du Quennaumont - Cysoing
					Association perle BONDUES
	Mme	PAUCHET	Hélène	Service Santé	Mairie de Lille
	Mme	GOUTAN	Nathalie		Aire Cancer Valenciennes
	Mme	SCHRAM	Florence		Aire Cancer Dunkerque
	Mme	HERENGUEL	Jeanne		Aire Cancer Boulogne
	Mme	BERCEZ	Caroline	Coordinatrice	ONCOMEL
	Mme	CARPENTIER	Sylvie	Administratrice	Association EMERAUDE
		DUBREUCQ			Association SANTELYS
	DUTRIAUX			Association SANTELYS	
				KARENZA Association sportive	

Mme	DELFORGE	Alice	Agent Administratif / Animatrice	PASSPORT SANTE
Mme	MOUNIER	Delphine		DECATHLON
M.	MACKOWIAK	Edmond	Directeur	CH BAPAUME
Mme	DARRAS	Edith	Directrice	Clinique des Acacias
Mme	VETU	Elphège		ERC ou Aire Cancer Béthune
Mme	DELIEGE	Nathalie	Animatrice	ERC Trèfles
Mme	DOMONT	Florence		ERC Cambrais
				Espace vie cancer Fourmies
M.	LECOCHE	GILBERT		
Mme	FOULON	Claire	Directrice	Association PREVART
Mme	DELEVOYE	Yvonne		
Mme	RUEGGER	Michèle		Amazones.cancer
M.	MIKULOVIC	Jacques		



Charte Régionale

**PRINCIPES RÉGISSANT LES RELATIONS ENTRE
L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE
ET LE RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE DU
NORD PAS DE CALAIS**

ONCO Nord – Pas-de-Calais
Parc Euresanté – 180 rue Eugène Avinée 59120 LOOS
Tél : 03 20 13 72 10 – Fax : 03 20 86 11 27 – Email : info@onco-npdc.fr – Web : onco-npdc.fr
Mentions légales : Onco Nord Pas-de-Calais, Association loi 1901 but non lucratif
Enregistrée en préfecture du Nord sous le n°W595006932 – SIRET 490 203023 00026 – APE 9412Z

PREAMBULE

Le Réseau Régional de Cancérologie Nord Pas-de-Calais (ONCO NPdC), est une structure association loi 1901. Les membres de droit sont les établissements autorisés en cancérologie.

La mission principale du Réseau Régional de Cancérologie ONCONPDC est de faciliter le lien entre les acteurs intervenant dans la prise en charge des patients atteints de cancer, il ne s'agit pas d'un réseau de prise en charge des patients.

Ses missions spécifiques sont:

- La diffusion des informations au niveau régional et national.
- L'information et la communication auprès des professionnels et du grand public.
- La coordination opérationnelle des activités, promotion et amélioration de la qualité des soins en cancérologie, basée sur le partage d'expérience en vue d'une homogénéisation des pratiques.
- L'appui à la formation continue des professionnels.
- L'évaluation des pratiques.
- Le relevé de données régionales.

Par le biais de cette charte, le RRC souhaite définir le cadre et les contours de sa relation possible avec l'industrie pharmaceutique et celle de la transparence en matière de gestion de conflits d'intérêts au regard de la législation et des recommandations de l'HAS.

Définition de la notion de conflits d'intérêts

Un conflit d'intérêt existe lorsqu'un jugement d'un professionnel sur un sujet d'intérêt principal est influencé et altéré par un intérêt secondaire (Thompson D. et al. NEngJMed 1993 ; 329 (8):573-6).

Le conflit d'intérêt peut être défini, dans le cadre d'un organisme public, comme un conflit entre la mission publique et les intérêts privés d'une personne qui exerce une mission de service public, lorsque la personne possède à titre privé des intérêts qui pourraient influencer indûment la façon dont elle s'acquitte de ses obligations et de ses responsabilités.

L'intérêt peut être financier ou intellectuel. Il peut également être direct ou indirect.

On entend par :

- **Intérêt direct** : un intérêt impliquant pour l'intéressé la rémunération ou une gratification, occasionnelle ou régulière, à titre personnel et sous quelque forme que ce soit.

ONCO Nord – Pas-de-Calais
Parc Eurasanté – 180 rue Eugène Avinée 59120 LOOS
Tél : 03 20 13 72 10 – Fax : 03 20 86 11 27 – Email : info@onco-npdc.fr – Web : onco-npdc.fr
Mentions légales : Onco Nord Pas-de-Calais, Association loi 1901 but non lucratif
Enregistrée en préfecture du Nord sous le n°W595006932 – SIRET 490 203023 00026 – APE 9412Z

Charte des relations entre l'industrie pharmaceutique et le RRC

- **Intérêt indirect** : c'est la même opération que celle de l'intérêt direct, effectuée cette fois au bénéfice d'une personne, d'une institution ou d'un service, avec lesquels est habituellement en relation le membre visé, le comportement de ce dernier pouvant se trouver influencé, même s'il ne reçoit rien à titre personnel. (HAS-Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits, adopté par le Collège le 3.03.2010).

Le cadre réglementaire

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 26 JORF 5 mars 2002, Article L4113-13 du CSP

Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Les manquements aux règles mentionnées à l'alinéa ci-dessus sont punis de sanctions prononcées par l'ordre professionnel compétent.

Décret 2007-4542007-03-25 art. 1 2° JORF 28 mars 2007, Article R4113-110

L'information du public sur l'existence de liens directs ou indirects entre les professionnels de santé et des entreprises ou établissements mentionnés à l'article L. 4113-13 est faite, à l'occasion de la présentation de ce professionnel, soit de façon écrite lorsqu'il s'agit d'un article destiné à la presse écrite ou diffusé sur internet, soit de façon écrite ou orale au début de son intervention, lorsqu'il s'agit d'une manifestation publique ou d'une communication réalisée pour la presse audiovisuelle.

La déclaration de conflits d'intérêts qui peut être demandée à des intervenants a donc pour but de clarifier et d'exposer les liens qui pourraient influencer d'une façon ou d'une autre leur intervention. Cette déclaration n'est pas obligatoire et se fait sur l'honneur.

Article 1 : OBJET

La présente charte a pour objet d'énoncer :

- Premièrement les principes définis par le RRC afin d'encadrer leurs relations mutuelles éventuelles avec l'industrie pharmaceutique et de préciser les modalités de ces relations.
- Et, en second lieu, la transparence en matière de gestion de conflits d'intérêts.

Article 2 : VALEURS ENCADRANT LES RELATIONS

Le RRC entend que les industries pharmaceutiques avec lesquelles il s'accorde par convention, s'engagent de fait, à apporter un soutien à l'activité de santé publique développée par le dit réseau en excluant toute promotion médicamenteuse.

Il s'agit notamment d'adhérer aux valeurs fondatrices du RRC : innovation, pluridisciplinarité et approche transversale dans l'amélioration de la qualité de l'activité de cancérologie.

Le RRC peut, entre autres, développer avec des industriels, des relations au bénéfice des professionnels de la cancérologie en région Nord Pas-de-Calais, dans les domaines de la diffusion d'information ou de formation.

En matière de partenariat avec l'industrie pharmaceutique, le réseau régional s'oblige à faire étudier par les membres du conseil scientifique les demandes qui lui sont faites et à donner une réponse motivée aux sollicitations provenant des experts de la région, et de l'industrie lorsqu'il s'agit du soutien à une opération ou une action organisée par eux.

Le RRC s'oblige aussi à ne privilégier aucun des laboratoires pharmaceutiques au détriment des autres et à observer lorsqu'il sollicite l'industrie pour des événements ou des opérations une consultation la plus générale possible au regard de l'action envisagée et son contenu.

Chaque action commune devra ainsi toujours faire l'objet d'une convention définissant les objets de relations et clarifiant les notions de conflit d'intérêt, afin de les neutraliser dans les rapports entre le RRC et ses partenaires.

Article 3 : CONDITIONS GÉNÉRALES D'ACCEPTATION DES SOUTIENS FINANCIERS

Toute activité, tout projet du RRC donnant lieu à un soutien financier en provenance de l'industrie pharmaceutique, devra préalablement faire l'objet d'une approbation des instances délibératives compétentes du réseau (conseil scientifique, bureau et/ou conseil d'administration), chacun dans les domaines et prérogatives prévus aux statuts. Les conditions financières ainsi proposées et leurs modalités d'utilisation seront également examinées par les instances compétentes du réseau.

Article 4 : FONDAMENTAUX RÉGISSANT L'EXERCICE DE LA RELATION

Ainsi le RRC entend inscrire, comme fondamentaux régissant l'exercice de leurs relations avec les industries pharmaceutiques, les points suivants auxquels elles devront souscrire.

Charte des relations entre l'industrie pharmaceutique et le RRC

4.1- Les industries pharmaceutiques peuvent s'engager à soutenir, par subventions ciblées dans le cadre d'une convention de relation circonscrite dans le temps, aussi bien l'activité de publication et de diffusion de référentiels que celle de formation continue en cancérologie, des professionnels de santé et ce quelque soit leur mode d'exercice, (établissements hospitaliers publics et privés ou activité libérale dans le cadre des alternatives aux hospitalisations).

Ce soutien concerne des actions de promotion des productions du RRC, référentiels ou séminaires de formation, et plus précisément :

- Prise en charge des frais de publication et diffusion des référentiels auprès des professionnels de santé.
- Des frais de communication et d'inscription pour les formations délivrées par le RRC

Le RRC s'engage à communiquer aux professionnels de santé, par le biais des supports de promotion dédiés, la nature du soutien apporté par les industries pharmaceutiques signataires de la présente charte, à l'exclusion de tout message publicitaire sur les produits vendus par les industriels.

4.2- Les industries pharmaceutiques devront aussi s'engager :

- À n'interférer en aucune manière dans la préparation des contenus de référentiels ou des séminaires de formation, ni à exiger l'implication d'un intervenant qu'elles pourraient désigner,
- À ne conditionner en aucune façon leur relation éventuelle au contenu des publications ou à la présence d'autres partenaires industriels éventuels.

Les propositions de thèmes ou d'experts provenant de l'industrie seront étudiées dans le cadre habituel des procédures des instances pédagogiques, conseil scientifique du RRC et/ou instances de gouvernance (bureau, CA) du Réseau Régional de Cancérologie, dans tous les cas, en toute transparence sur les moyens apportés.

4.3- Les responsables du réseau et les experts sollicités par le réseau dans les différentes manifestations et dans les différents travaux (pour les référentiels les coordonnateurs de groupe de professionnels) seront invités à publier par les moyens prévus par la réglementation une déclaration publique d'intérêt qui sera disponible sur le site du réseau.

Signature du représentant légal

Du laboratoire pharmaceutique

Nom :

Signature

Professeur Jacques Bonneterre

Président du RRC

Signature

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊT

FORMULAIRE TYPE DE DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Ce formulaire est à remplir par les responsables projets référentiels et formation (membres de l'équipe de coordination du RRC) ainsi que les experts sollicités par le réseau au titre de coordonnateurs de référentiels ou d'action de formation.

RUBRIQUES A COMPLÉTER

Prise d'intérêt (actions ; intéressement...) :

- Oui
- Non
- Si oui citer sociétés concernées

Salariat / honoraires (experts, proches...) :

- Oui
- Non
- Si oui citer sociétés concernées

Participation à projet de recherche financée par industrie pharmaceutique :

- Oui
- Non
- Si oui citer sociétés concernées

Consultant / participation au board ou conseil scientifique d'un laboratoire :

- Oui
- Non
- Si oui citer sociétés concernées

Pour chaque catégorie renseigner la ou les sociétés concernées.

Annexe V : Calendrier de déploiement du projet



Calendrier 2014 du projet de mutualisation de l'Activité Physique en Oncologie dans la région Nord Pas de Calais

