



HAL
open science

Place du médecin généraliste de Picardie dans l'initiation à l'activité physique des patients atteints de cancer en cours de traitement

Laure Louette Kowalski

► **To cite this version:**

Laure Louette Kowalski. Place du médecin généraliste de Picardie dans l'initiation à l'activité physique des patients atteints de cancer en cours de traitement. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01291548

HAL Id: dumas-01291548

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01291548>

Submitted on 21 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2015

N°:2015-150

**THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Diplôme d'état
Médecine Générale**

Le 7 octobre 2015

PAR

Laure LOUETTE épouse KOWALSKI
Née le 9 août 1986 à Amiens

**PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DE PICARDIE
DANS L'INITIATION A L'ACTIVITE PHYSIQUE DES
PATIENTS ATTEINTS DE CANCER EN COURS DE
TRAITEMENT.**

Président de thèse,
Monsieur Le Professeur Bruno CHAUFFERT

Juges,
Monsieur Le Professeur Michel ANDREJAK
Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT
Monsieur Le Professeur Denis CHATELAIN
Monsieur Le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse,
Monsieur Le Docteur Reda GARIDI

A Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Oncologie médicale)
Responsable du service d'oncologie médicale
Oncopôle

Vous me faites l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse,
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur Le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'Amiens

Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'ordre des Palmes Académiques

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Médecine physique et de Réadaptation)
Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique
Pôle "Autonomie"

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytologie pathologique)
Oncopôle

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur Le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur Le Docteur Reda GARIDI

Praticien hospitalier

(Onco-Hématologie)

Chef de service d'Onco-Hématologie

Président du réseau cancérologique picard-ONCOPIC

Responsable de l'Equipe Mobile de Recherche Clinique

Oncopôle

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

Pour m'avoir guidé et soutenu tout au long de ce travail,

Pour m'avoir fait partager votre passion pour la médecine que vous exercez,

Que cette thèse soit pour vous la marque de mon estime et de mon profond respect.

Remerciements

A mes parents

Pour votre amour et votre aide dans la vie de tous les jours. Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi. Vous m'avez soutenue, guidée tout au long de mon parcours. Je vous dédie mon travail de fin d'étude. Avec toute mon affection.

A Alexis, mon époux

Pour tout ce que tu m'as apporté durant huit ans, et pour ce que tu m'apporteras encore. Merci pour ton aide, ta patience, ta bonne humeur, ta tranquillité contagieuse. Merci pour l'amour que tu me témoignes chaque jour. Quel bonheur que tu sois là. Avec tout mon amour.

A mes frères et sœurs; Vincent, Benoît, Thomas, Claire, Lucie

Pour leur présence dans ma vie de tous les jours et les merveilleux moments passés en famille. A Benoît pour son aide apportée à cette thèse. Merci d'avoir partagé ta passion du sport avec moi durant ce travail.

A Michèle

Pour votre soutien, votre aide, votre bienveillance durant mes études. Merci pour toutes «vos lumières» envoyées pendant mes examens.

A ma belle-famille

Avec toute mon affection.

A Marion ma poétesse

Merci pour cette amitié sans fin. Avec toute mon affection.

A mes ami(e)s, Marion, Clémentine, Cécile, Cécile, Mélanie, Camille, Cyril, Marine, Clément, Elodie, Myriam, Aurélie, Nicolas

Présents au début de ces longues études, merci d'être toujours là pour partager de bons moments.

A l'URPS de Picardie

Pour son aide dans la diffusion des questionnaires et le recueil des données.

A l'ensemble des médecins généralistes qui ont accordé du temps pour répondre au questionnaire

Sans qui ce travail n'aurait pu se faire.

Table des matières

Introduction.....	19
1. Effets de l'activité physique chez les patients en cours de traitement.....	21
1.1 Effets sur le système cardiovasculaire et respiratoire.....	21
1.2 Effets sur la force musculaire.....	22
1.3 Effets sur la masse osseuse.....	23
1.4 Aspect psychosocial.....	24
1.5 Conséquences sur la survie et la mortalité.....	25
1.5.1 Le cancer colorectal.....	25
1.5.2 Le cancer du sein.....	26
1.5.3 Le cancer de la prostate.....	28
1.6 Aspect physiopathologique.....	29
1.6.1 Les différentes cibles de l'activité physique.....	29
1.6.1 Activité physique et chimiothérapie	32
2. L'activité physique en Picardie.....	35
2.1 Mise en place du projet Picard.....	35
2.2 Recommandations de l'AFSOS.....	37
2.3 Expériences picardes.....	38
3. Matériel et méthode.....	41
3.1 Caractéristiques de l'étude.....	41
3.2 Objectifs de l'étude.....	41
3.3 Elaboration des questionnaires.....	41
3.3.1 Questionnaire «médecin généraliste».....	41
3.3.2 Questionnaire «patient».....	42
3.4 Diffusion du questionnaire.....	42
3.4.1 Questionnaire «médecin généraliste».....	43
3.4.2 Questionnaire «patient».....	43
3.5 Recueil et traitement des données.....	43
3.5.1 Questionnaire «médecin généraliste».....	43
3.5.2 Questionnaire «patient».....	43
4. Résultats.....	44
4.1 Enquête auprès des médecins généralistes.....	44
4.1.1 Description de l'échantillon.....	44

4.1.1.1 Taux de réponse.....	44
4.1.1.2 Epidémiologie.....	44
4.1.2 Implication des médecins généralistes dans le suivi de leurs patients cancéreux	44
4.1.3 Pratique des médecins généralistes concernant l'activité physique chez les patients cancéreux.....	48
4.1.4 Connaissances des médecins généralistes concernant l'activité physique chez les patients cancéreux et moyen(s) d'informations paraissant le(s) plus adapté(s) pour transmettre celles-ci.....	52
4.2 Enquête auprès des patients.....	54
4.2.1 Description de l'échantillon.....	54
4.2.2 Epidémiologie.....	54
4.2.3 Relation médecin-patient et informations reçues concernant l'activité physique	56
4.2.4 Pratique des patients concernant l'activité physique et bénéfiques.....	58
5. Discussion.....	63
5.1 Limites des enquêtes.....	63
5.1.1 Taux de réponse.....	63
5.1.2 Les biais.....	63
5.1.2.1 Les biais de sélection.....	63
5.1.2.1 Les biais d'une enquête d'opinion.....	63
5.1.3 Faiblesse des questionnaires.....	64
5.2 Caractéristiques des répondants.....	64
5.3 Analyse des résultats «médecin généraliste».....	65
5.3.1 Peu d'initiation à l'activité physique malgré une volonté d'implication dans la prise en charge des patients cancéreux.....	65
5.3.2 Des connaissances et formations insuffisantes.....	67
5.3.3 Un manque d'information et de communication.....	68
5.4 Analyse des résultats «patient».....	70
5.4.1 Relation médecin-patient et informations reçues concernant l'activité physique	70
5.4.2 Une pratique d'activité physique insuffisante malgré les bénéfices ressentis	71
6 Conclusion.....	75
Références bibliographiques.....	77
Annexes.....	80
Glossaire.....	86

Introduction

Le cancer est la principale cause de décès dans les pays développés et la deuxième cause de décès dans les pays en voie de développement.

Le traitement des cancers s'est considérablement amélioré depuis 20 ans. La survie relative à 5 ans des patients atteints de cancer dépasse les 50% toutes pathologies confondues, et plus d'un tiers des 350 000 personnes diagnostiquées avec un cancer chaque année en France va définitivement guérir de sa maladie. Passant par un statut de maladie incurable, le cancer est devenu une pathologie chronique et même guérissable. Il est important, chez les patients atteints de cancer, de maintenir une santé optimale et de minimiser les effets délétères de la maladie et des traitements.

La lutte contre le cancer est un enjeu majeur de santé publique. La mise en place de plans nationaux a été soutenue depuis 2003 avec un premier plan cancer 2003 – 2007. Ce plan a permis la création de réseaux de cancérologie, la mise en place de conditions favorables à la collaboration des acteurs de soins hôpital-ville en vue d'une meilleure continuité des soins ainsi que le développement de moyens de recherches [1].

Le deuxième plan cancer 2009 – 2013, tout en consolidant les acquis du plan précédent, a eu plusieurs objectifs dont l'un était de personnaliser la prise en charge des malades et de renforcer le rôle du médecin traitant. Ce deuxième plan cancer replaçait le médecin généraliste au centre du dispositif de prise en charge du patient cancéreux, en lien avec le cancérologue [1].

Le troisième plan cancer 2014-2019, lancé en février 2014, place en priorité le dépistage, la prévention et vise également à améliorer la qualité de vie des personnes touchées pendant et après la maladie. Il favorise l'activité physique chez les patients cancéreux en cours de traitement pour lutter contre la sédentarité des patients. Il a pour objectifs d'intégrer une activité physique adaptée dans le parcours des malades atteints de cancer, d'identifier et rendre accessible l'offre d'activités physiques ou sportives adaptées aux personnes atteintes de cancer, notamment en dehors des établissements de santé, de sensibiliser les professionnels de santé et les patients au danger des comportements sédentaires et à l'intérêt de renforcer ou de maintenir une activité physique après un diagnostic de cancer [1].

L'activité physique présente de nombreux bénéfices pour les patients atteints de cancer. Ces effets bénéfiques ont été observés à de nombreux niveaux, comme la qualité de vie mais

aussi, la survie pour un certain nombre de cancers. C'est pourquoi il est important d'informer tous patients des effets bénéfiques de l'activité physique afin de diminuer l'impact du cancer sur leur vie personnelle mais aussi de leur donner les moyens de diminuer le risque de séquelles et de mortalité liés au cancer [2].

Cette activité physique est un complément de prise en charge bénéfique chez les patients en cours de traitement, notamment en termes de fatigue, de faiblesse musculaire, de capacité fonctionnelle mais aussi en terme de survie et de mortalité [2].

Au vu des bénéfices, il est important de proposer cette prise en charge aux patients atteints de cancer en cours de traitement.

Pour cela le médecin généraliste, en lien avec les spécialistes, occupe une place importante dans la prise en charge de ces patients atteints d'une pathologie lourde, parfois difficilement acceptable. Il conseille, informe et oriente les malades pour une prise en charge optimale en proposant des soins en parallèle à la chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie. C'est ce qu'on appelle soins de support; ensemble des soins et soutien nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux soins spécifiques tout au long des maladies graves [3]. Ces soins visent à accompagner, soulager, améliorer la vie quotidienne des patients atteints de cancer. L'activité physique fait partie de ces soins de support que l'on peut proposer, elle est déjà mise en place dans certains services sous le nom de APA: Activité Physique Adaptée.

Nous avons réalisé ce travail auprès des médecins généralistes de Picardie, afin d'évaluer leurs connaissances et pratiques vis à vis de l'Activité Physique Adaptée (APA). Nous avons également mis en place une étude auprès des patients atteints de cancer en cours de traitement, dans le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens, et centres hospitaliers (CH) de Saint Quentin, Senlis et Beauvais afin de recueillir leurs habitudes concernant leurs activités physiques et découvrir vers quel professionnel de santé ils se tournent pour recevoir des informations concernant ce type de soin de support.

Ce travail vise également à évaluer l'intérêt de la mise en place des moyens d'informations à disposition des médecins généralistes de Picardie concernant l'activité physique.

1. Effets de l'activité physique chez les patients en cours de traitement

Les symptômes liés au cancer lui-même, et aux effets secondaires des traitements, peuvent être immédiats après le début de la mise en place du traitement et persister des mois voire des années après guérison. Les principaux symptômes relevés durant le traitement du cancer sont la fatigue, la faiblesse musculaire, la douleur, les complications cardiovasculaires et pulmonaires, l'altération des fonctions immunitaires, les troubles gastro-intestinaux, la modification de la peau et les modifications endocriniennes. Se livrer à une activité physique diminue ces symptômes, diminue la vitesse de dégradation des différents systèmes de l'organisme et améliore la survie sans récurrence de ces patients.

L'activité physique permet également de diminuer la mortalité liée à des facteurs de risques modifiables [2]

1.1 Effets sur le système cardiovasculaire et respiratoire

Il est bien établi que la capacité cardiorespiratoire ainsi que le changement de la condition cardiorespiratoire sont de puissants facteurs prédictifs de la mortalité chez les adultes en bonne santé mais également chez les patients atteints de maladies graves comme le cancer. Il paraît important de maintenir des capacités physiques et cardio-respiratoires optimales durant le traitement du cancer.

Selon deux méta-analyses, une activité aérobie améliorerait les capacités cardio-respiratoires des patients atteints de cancer. La première, réalisée par *Speck RM and al* a permis de mettre en évidence une amélioration des capacités physiques des patients atteints de cancer effectuant une activité physique modérée à vigoureuse, durant et après le traitement (tous cancers confondus mais avec une majorité de cancer du sein). Cette étude a montré une amélioration significative de la capacité aérobie des patients (WMES:0,33 p: 0,009), de leur niveau d'activité physique durant le traitement (WMES:0,38 p: 0,001), ainsi qu'en post traitement (avec respectivement WMES:0,38: p<0,0001 et WMES:0,32: p<0,03). WMES étant une moyenne pondérée des différents résultats des études [4].

La deuxième méta-analyse, réalisée par *Jones LW and al*, étudie l'effet de l'activité physique sur la VO₂ max de patients atteints de cancer en cours de traitement (la VO₂ max étant le débit maximal d'oxygène consommé durant l'effort, reflet de l'endurance). Cette étude

compare un groupe de patients atteints de cancer (sein, prostate, colon, et lymphome), et pratiquant une activité physique modérée à vigoureuse dans le cadre de leur prise en charge, à un groupe de patients recevant des soins habituels. Cette étude montre une augmentation statistiquement significative de la VO₂ max de 2,90 ml/kg/min, IC95%[1,16 à 4,64] comparativement aux patients ne pratiquant pas d'activité physique, pour lesquels une diminution significative de la VO₂max de 1,02 ml/kg/min, IC95%[-1,46 à -0,58] a été constatée. Cette diminution de la VO₂ max est associée à une augmentation de la mortalité de 4% dans ce groupe de patients [5].

Selon ces deux études, l'activité physique, modérée à vigoureuse, pendant et/ou après le traitement améliorerait de façon significative les capacités cardiorespiratoires des patients cancéreux. Pour lutter contre le déconditionnement cardiovasculaire et pulmonaire, fréquent chez ces patients et directement lié à la maladie ou indirectement par les différentes thérapies, il est important de commencer une activité physique le plus tôt après le début du traitement [6].

1.2 Effets sur la force musculaire

La fatigue musculaire et faiblesse musculaire sont des séquelles communes des traitements du cancer. Celles - ci peuvent être modifiées par l'exercice physique.

Une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés réalisée par *Kerry S. Courneya and al*, incluant des patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique et bénéficiant d'une chimiothérapie adjuvante de première ligne, a conclu à une amélioration de la force musculaire de façon significative après des exercices de résistance, comparativement aux patientes recevant les soins habituels ($p < 0,001$). Il a été également montré une augmentation significative de la force musculaire de la partie supérieure du corps ($r: 0,53$, $p < 0,001$) et inférieure du corps ($r: 0,61$; $p < 0,001$), r étant le coefficient de corrélation [7].

Une autre étude, réalisée par *Roane J. and al*, incluant des patients atteints de cancer de prostate, en cours de radiothérapie avec ou sans hormonothérapie, a montré un effet bénéfique des exercices de résistance sur la force musculaire ($p < 0,001$). Les patients ont amélioré la force musculaire du haut et du bas du corps de respectivement 22 et 24% après 24 semaines d'exercices de résistance musculaire [8].

Ces deux études ont également démontré que l'exercice de résistance permet des améliorations à long terme sur la fatigue musculaire (évaluation faite 6 mois après les traitements).

L'impact bénéfique de l'activité physique, notamment de résistance, sur la force musculaire est prouvé par ces deux études. Bien que les patients cancéreux en cours de traitement ressentent souvent une asthénie importante, il est important de maintenir ou mettre en place une activité physique afin de lutter contre cette fatigue, notamment musculaire et de prévenir une altération de l'état général.

1.3 Effets sur la masse osseuse

La perte de la masse osseuse est une préoccupation chez les patients atteints de cancer dont le traitement vise à réduire les taux circulants d'hormones sexuelles (par exemple le cancer du sein et le cancer de la prostate). L'exercice d'intensité modérée peut préserver le capital osseux pendant le traitement du cancer, et ne devrait pas être ignoré, même si, la plupart des patients atteints de ce type de cancer bénéficient de médicaments anti-résorption. Dans une étude réalisée par *Schwartz and al*, l'activité physique aérobie, telle que la marche, d'intensité modérée, prévient de la perte osseuse au niveau de la colonne vertébrale pendant la chimiothérapie chez les patientes atteintes de cancer du sein. Cependant, une étude similaire avec une activité de marche moins intense n'a pas permis de mettre en évidence cette diminution de perte osseuse au niveau de la colonne vertébrale [2].

Une étude réalisée par *Hojan K. and al.* chez des patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein et débutant une hormonothérapie, a montré le déclin de la densité osseuse les 6 premiers mois du traitement. Cette dégradation est ralentie avec un programme d'activité physique aérobie de 6 mois (tous les jours pendant 40 à 45 min). Lorsque des renforcements musculaires se sont ajoutés à l'activité aérobie, 3 fois par semaine, pour 6 nouveaux mois, la densité osseuse est maintenue [9]. L'activité physique permet le maintien de la densité osseuse, mais avec un programme d'activité physique assez lourd.

De plus, réaliser une activité physique permet de diminuer le risque de chute, donc le risque de fracture, notamment de la hanche, qui reste une des fractures les plus meurtrières [2].

L'activité physique, par les contraintes mécaniques qu'elle exerce sur le squelette, stimule l'ostéogénèse, induit la formation du tissu osseux et diminue la résorption osseuse. Les contraintes mécaniques sur l'os permettent une surexpression des gènes du TGF β

(Transforming Growth Factor beta) et de l'IGF-1 (Insulin Growth Factor) [10]. Le TGF β est un facteur local fondamental dans le contrôle de l'ostéogénèse. TGF- β stimule la formation osseuse, la prolifération des pré-ostéoblastes ainsi que la production de collagène de type I et de l'ostéopontine. TGF- β inhibe la dégradation de la matrice en inhibant l'activité de la collagénase et a un effet anti-apoptotique sur les ostéoblastes. En dehors de ses effets anaboliques, TGF- β contrôle la différenciation ostéoclastique en augmentant la production de l'ostéoprotégérine (molécule régulatrice soluble) par les cellules stromales et les ostéoblastes. L'IGF-1 active la prolifération ostéoblastique, la synthèse de collagène de type I et la formation osseuse [11].

1.4 Aspect psychosocial

La fatigue liée au cancer ainsi que l'anxiété et la perte des performances physiques sont des symptômes courants en cancérologie. Après la sortie de l'hôpital, la majorité des patients éprouvent des difficultés à effectuer des activités de la vie quotidienne. En outre, certains patients peuvent mettre plusieurs mois pour retrouver leur niveau de condition physique de prétraitement. Cette diminution de la condition physique contribue de façon importante à l'altération de la qualité de vie chez les patients cancéreux. Certaines études prouvent que l'exercice physique améliore la santé mentale, y compris la fatigue, l'anxiété, la qualité de vie. Une méta-analyse de 18 essais contrôlés randomisés, incluant des patients atteints de cancer du sein et de la prostate, a étudié l'effet de l'exercice physique en aérobie sur la fatigue. Parmi les patientes atteintes du cancer du sein, l'exercice en aérobie sous supervision a abouti à une réduction modérée de l'importance de la fatigue liée au cancer, $d = 0,30$, IC95%[0,09 à 0,51]. « d » étant la différence de moyenne standardisée. Parmi les patients atteints du cancer de la prostate, aucune réduction significative de la fatigue liée au cancer n'a été observée [12].

Une étude réalisée par *Dimeo and al*, chez des patients atteints d'hémopathie maligne en cours de traitement et ayant bénéficié d'une autogreffe de cellules souches, a montré un effet bénéfique de l'activité physique aérobie sur le bien être psychologique. Les patients effectuaient du vélo en position couchée pendant 30 minutes par jour. L'état psychologique était évalué à l'admission et à la sortie des patients à l'aide d'une liste de symptômes.

Les patients bénéficiant de cet entraînement ont montré une amélioration significative de leur état psychologique ($p < 0,005$) comparativement au groupe contrôle qui bénéficiait des soins habituels [13].

Kerry S. Courneya and al ont également montré un lien entre l'amélioration des capacités aérobies et l'amélioration de l'état de fatigue ($r: -0,25$ $p<0,002$), de la dépression ($r: -0,24$ $p<0,003$), et de l'anxiété ($r:-0,18$ $p<0,025$) [7].

En général, l'activité physique procure un bien-être physique mais également moral et psycho-social. Ces études renforcent cette idée. L'activité physique permet aux patients de se sentir en meilleur état physique et psychologique, ce qui leur permet d'affronter au mieux la maladie et les traitements.

1.5 Conséquences sur la survie et la mortalité

Il est connu que les personnes physiquement actives ont un risque moindre de développer un cancer. Ceci concerne surtout les cancers du sein, de l'endomètre ou du colon [14] [15], et avec des preuves plus limitées, les cancers de la prostate, du pancréas et du poumon [14].

Cependant, l'activité physique après diagnostic a également un impact sur la survie et la mortalité des patients atteints de cancer, c'est pourquoi elle peut être également proposée en prévention secondaire, dès l'annonce de la maladie.

Les études utilisent comme unité de dépense énergétique le MET (Metabolic Equivalent Tasks). 1 MET est un équivalent métabolique qui correspond à la dépense énergétique au repos. Il permet de mesurer l'intensité de l'activité physique. Cette unité est définie de différentes façons selon les études. La dépense énergétique est le plus souvent exprimée en MET/heure/semaine. Dans certaines études, une activité faible correspond à moins de 3 fois la dépense énergétique de repos soit <3 MET, modérée à 3 à 6 MET, forte 6 à 9 MET et une activité très forte >9 MET. Dans d'autres études, 1 MET/heure/semaine équivaut à une heure d'activité physique par semaine.

1.5.1 Le cancer colorectal

Une étude, menée chez des patientes atteintes de cancer colorectal non métastatique, a montré que l'augmentation du niveau d'exercice après le diagnostic réduit la mortalité spécifique au cancer ($p: 0,008$) et la mortalité globale ($p: 0,003$). Dans cette étude, les auteurs ont attribué pour chaque activité un équivalent en MET/heure/semaine; moins de 3, de 3 à 8,9, de 9 à 17,9, et 18MET/heure/semaine ou plus, correspondent à l'équivalent de moins de 1, 1 à moins de 3, 3 à moins de 6, 6 ou plus d'heures par semaine de marche à un rythme moyen.

Comparativement aux femmes qui se livraient à moins de 3 MET/heure/semaine d'activité physique, celles qui participaient à au moins 18 MET/heures/semaine, avaient un risque relatif (RR) ajusté pour la mortalité liée au cancer colorectal de 0,39, IC95%[0,18 à 0,82] et un rapport de risque ajusté de mortalité globale de 0,43, IC95%[0,25 à 0,74] [16].

Concernant la survie à 5 ans, les niveaux d'activité ont été regroupés en trois catégories [16].

MET/heure/semaine	Proportion de patientes décédées à 5 ans en %	p
<3	14,1	p:0,004
3-17,9	14,4	p:0,004
>ou égal 18	6,2	p:0,004

Tableau 1: proportion de patientes décédées à 5 ans en fonction du niveau d'activité physique

Le bénéfice de l'activité physique a un impact sur le taux de survie à 5 ans lorsque l'intensité de celle-ci est plus élevée, soit > ou égal à 18 MET/heure/semaine.

Les femmes ayant modifié leur comportement sportif, c'est à dire ayant augmenté leur activité physique après le diagnostic, ont diminué leur mortalité de 52%, avec un Hazard Ratio (HR) de 0,48, IC95%[0,24 à 0,97] pour les décès dus au cancer colorectal, et ont réduit leur risque de mortalité globale de 49% avec un RR ajusté de 0,51, IC95%[0,30 à 0,85]. En revanche, les femmes ayant diminué leur niveau d'activité ont connu une modeste, mais non significative, augmentation de la mortalité de 32% liée au cancer avec un HR de 1,32; (IC95%[0,74 à 2,34]) mais aussi globale, de 23% avec un HR: 1,23, IC95%[0,79 à 1,91] [16].

1.5.2 Le cancer du sein

Une méta-analyse réunissant six grandes cohortes (plus de 12 000 patientes), a permis d'étudier la survie globale, spécifique et sans récurrence de patientes atteintes de cancer du sein pratiquant une activité physique après le diagnostic. Ces études ont montré un effet bénéfique de l'activité physique en post-diagnostic par rapport à l'activité physique en pré-diagnostic. Elle a permis de réduire la mortalité toutes causes confondues de 18% mais n'a eu aucun impact sur la mortalité liée au cancer. Les auteurs de cette méta-analyse ont également montré qu'une activité physique pratiquée après le diagnostic du cancer du sein réduisait la mortalité liée cancer du sein de 34% avec un HR: 0,66, IC95%:[0,57-0,77], réduisait la mortalité toutes causes confondues de 41% avec un HR de 0,59, IC95%[0,53-0,65] et le taux de récurrence du cancer du sein de 24% avec un HR de 0,76, IC95%[0,66-0,87]. Cette activité physique réduit

la mortalité liée au cancer du sein chez les patientes avec un IMC ≥ 25 kg/m². Indépendamment de l'IMC, l'analyse a montré que l'activité physique post-diagnostic réduit le risque de décès lié au cancer du sein de 50% (RR = 0,50, IC95%[0,34 - 0,74], p: 0,0005), et toutes les causes de mortalité de 64% (HR = 0,36, IC95%[0,12 à 1,03], p: 0,06) parmi les patients atteintes de tumeur avec récepteurs aux œstrogènes (ER+), mais n'a montré aucun bénéfice concernant les patientes atteintes de cancer non hormono-sensible (RH-) [17].

Une autre étude prospective basée sur les réponses à un questionnaire de 2987 patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique, a conclu que, comparativement aux patientes réalisant une activité de faible niveau, soit inférieure ou égale à 3MET/heure/semaine d'activité physique, le risque relatif (RR) ajusté, selon l'âge, de mortalité par cancer du sein était plus faible chez les patientes exerçant une activité plus intense. Chaque activité étant assignée à un équivalent métabolique [18].

MET/heure/semaine Equivalent en heures (h) de marche par semaine à une vitesse moyenne	Risque Relatif	Intervalle de confiance (IC) p:0,004
3-8,9 soit 1 à 3h	0,80	0,60-1,06
9-14,9 soit 3 à 5h	0,50	0,31-0,82
15-23,9 soit 5 à 8h	0,56	0,38-0,84
>ou égal 24 plus de 8h	0,60	0,40-0,82

Tableau 2: risque relatif ajusté de mortalité par cancer du sein en fonction de l'intensité de l'exercice

Le bénéfice de l'activité physique a été particulièrement évident chez les femmes atteintes de tumeurs sensibles aux hormones (RH+). Le bénéfice a été plus important pour les patientes pratiquant la marche d'intensité intermédiaire à soutenue de 9 à 14 heures par semaine [18].

La survie à 5 ans, pour les femmes réalisant une activité de 3 à 8,9 MET/heure/semaine et de 9 MET/heure/semaine ou plus, était de 97% comparativement aux patientes pratiquant une activité inférieure à 3 heures MET/heure/semaine qui était de 93%. Les taux de survie à 10 ans, étaient respectivement de 92%, 89% et 86% [18].

La réduction du risque absolu non ajusté était de 4% à 5 ans et de 6% à 10 ans pour les femmes qui se livraient à une activité physique de 9 MET/heures/semaine ou plus, comparativement à moins de 3 heures MET par semaine [18]. Le bénéfice de l'activité physique sur les taux de survie est plus important si celle-ci est plus intense.

1.5.3 Le cancer de la prostate

Une étude incluant 2705 hommes pour lesquels un cancer de la prostate non métastatique a été diagnostiqué, a mis en évidence l'effet bénéfique de l'activité physique sur la mortalité toutes causes confondues mais aussi spécifique au cancer de la prostate. Dans cette étude, 1 MET/heure/semaine équivaut à une heure d'activité physique par semaine.

L'auteur de cette étude a montré que la réalisation d'une activité physique a été associée à une diminution du risque de mortalité toutes causes confondues ($P < 0,001$) mais aussi de la mortalité spécifique au cancer de la prostate ($p < 0,004$). Les hommes qui pratiquaient une activité physique ≥ 9 contre moins de 9 MET/heure/semaine, avaient une réduction de 33% de la mortalité toutes causes confondues avec un HR: 0,67, IC95%[0,56 à 0,82] et 35% de la mortalité spécifique au cancer de prostate, avec un HR de 0,65, IC95%[0,43 à 1,00] [19].

Cette étude a montré une diminution de la mortalité en fonction de la durée de l'activité. Comparativement à un niveau modeste d'activité, c'est à dire de une à moins de trois heures d'activité par semaine, les patients qui pratiquaient cinq à dix heures d'activité par semaine, présentaient une réduction significative de 28% de la mortalité totale. Les patients réalisant une activité d'une durée supérieure à dix heures par semaine présentaient une réduction du risque de mortalité de 51% ($P < 0,001$). Nous avons également observé une diminution de la mortalité en fonction de l'intensité de l'activité physique. Comparativement aux patients réalisant une activité de marche à un rythme facile, ceux pratiquant la marche à un rythme normal ou rapide et très rapide, avaient un risque de mortalité toutes causes confondues diminué ($P < 0,001$). Comparativement aux hommes qui marchaient moins de 7 heures à un rythme non rapide, les hommes qui marchaient 7 heures à un rythme soutenu avaient une diminution de 56% de la mortalité lié au cancer de la prostate avec un HR de 0,44, IC95%[0,17 à 1,15] [19]. Les patients ayant modifié leur niveau d'activité physique, passant d'un niveau élevé à une catégorie de niveau inférieur ont vu leur mortalité globale augmenter de 8% ((HR de 1,08, IC95%[0,76 à 1,53])). Nous avons également noté une diminution de la mortalité spécifique au cancer de la prostate de 7% dans le groupe des patients passant d'un niveau d'activité physique faible à élever avec un HR de 0,93, IC95%[0,43 à 1,99] [19].

1.6 Aspect physiopathologique

1.6.1. Les différentes cibles de l'activité physique

Plusieurs phénomènes seraient mis en cause pour expliquer les effets bénéfiques de l'activité physique sur les phénomènes tumoraux. La progression de la tumeur implique l'accumulation d'altérations génétiques et la prolifération clonale de cellules anormales par défaut d'apoptose. La mutation du gène P53 (gène suppresseur de tumeur) est l'altération génétique la plus fréquemment observée et est source de progression maligne. Le produit de ce gène est un facteur de transcription qui régule l'homéostasie cellulaire qui a un rôle de gardien du génome. Sa mutation va conduire à une accumulation d'altérations génétiques, la croissance et prolifération de cellules malignes. La régulation de l'apoptose et l'expression de P53, sont des cibles pour la prévention de la progression tumorale [20]. *L. Michna and al* ont montré que l'activité physique réduit de façon significative la carcinogénèse induite par les UVB chez un modèle murin. En effet l'activité physique a permis une diminution de l'incidence, du nombre et du volume des tumeurs. Cette étude suggère que l'activité physique modifie l'activité apoptotique et inhibe la carcinogénèse [21].

Pak-Shan LEUNG and al, ont étudié l'effet de l'activité physique sur la carcinogénèse des cellules de cancer prostatique et ont montré que l'activité physique augmentait l'apoptose ($p < 0,01$), diminuait la prolifération cellulaire ($p < 0,01$), et augmentait la concentration de la P53 ($p < 0,05$) au niveau des cellules tumorales. Cette étude démontre que l'exercice physique peut modifier certains facteurs sériques à l'origine d'une augmentation de l'activité apoptotique, associée à une augmentation de la P53 dans les cellules tumorale de prostate [22].

Une étude réalisée par *Higgins KA. and al*, utilisant des modèles murins a montré l'effet positif de l'activité physique sur le développement du cancer du poumon. Des cellules adénocarcinomeuses de tumeur de poumon marquées avec un marqueur bioluminescent ont été injectées à des souris mâles. Après une bonne identification de la tumeur par imagerie, les souris ont été randomisées soit dans le groupe activité physique où elles effectuaient quotidiennement de la course sur roue soit dans le groupe contrôle sans activité physique. Après 4 semaines, les tumeurs de chaque groupe ont été prélevées.

Après étude anatomopathologique, l'auteur a montré que le développement de la tumeur se faisait de façon plus lente dans le groupe activité physique comparativement au groupe

contrôle. L'étude immunohistochimique de la tumeur a permis de mettre en évidence une augmentation du taux de P53 au sein de la tumeur mais également une augmentation de BAX (facteur pro-apoptotique) et de la CASPASE 3 (protéase qui joue un rôle dans l'apoptose) Dans cette étude, l'exercice cardiovasculaire quotidien semble atténuer la croissance des tumeurs adénocarcinomateuses du poumon [24].

D'autres activateurs de croissance, comme les IGF (Insulin Growth Factors), en particulier IGF-I, jouent un rôle important dans la cancérogénèse. IGF-I, transporté dans le sang par IGFBP (Insulin Growth Factors Binding Protein), est un facteur de croissance qui stimule la prolifération cellulaire par l'intermédiaire d'un récepteur (R IGF-I), fréquemment surexprimé dans les cellules cancéreuses. Ce récepteur acquiert une activité tyrosine kinase quand il est lié à son ligand, ce qui enclenche de multiples cascades de signalisation cellulaire, aboutissant à la progression de cellules anormales dans le cycle cellulaire, à l'inhibition de l'apoptose et à la favorisation de l'angiogenèse [20]. Une étude japonaise a montré une diminution de façon significative du taux d'IGF-I et d'IGFBP3 chez les personnes exerçant une activité de marche de longue durée comparativement aux personnes qui marchaient rarement ($p < 0,01$). Ces résultats peuvent démontrer l'effet bénéfique d'une activité modérée sur le développement, et la prolifération de la tumeur [23].

La pratique d'une activité physique, de par son action sur les tissus graisseux, joue un rôle anti carcinogène. Le tissu adipeux sécrète des facteurs bioactifs: les adipokines comme la leptine et l'adiponectine, qui interviennent dans le métabolisme glucidique et lipidique, l'angiogenèse et la prolifération cellulaire. L'excès de graisse du corps est associé à une expression accrue de la leptine et de la régulation négative de l'adiponectine. Plusieurs études épidémiologiques suggèrent une association entre les taux circulants de leptine et la progression du cancer, notamment le cancer du côlon, de la prostate, et du sein. La leptine est activatrice de la transcription via la voie des kinases. Elle stimule la prolifération de cellules anormales, l'invasion tumorale et l'angiogenèse chez certains modèles animaux [25]. L'adiponectine est également une hormone peptidique qui régule différentes voies de prolifération. Sa diminution a un effet permissif sur la croissance tumorale. Une diminution du taux d'adiponectine est corrélée à un risque accru de cancer de l'utérus, du sein, de la prostate et colorectal [25].

La baisse du tissu grasseux, induit par l'activité physique pourrait inverser cette balance entre leptine et adiponectine et jouer un rôle essentiel contre la prolifération tumorale

La réduction de la graisse intra-abdominale favorise la diminution de production d'estrogènes, d'insuline, et diminue l'insulino-résistance. L'insuline est essentielle pour la croissance cellulaire, elle joue un rôle dans la croissance tumorale en contribuant à la synthèse de facteur de croissance comme l'IGF1 [26]. L'insuline, l'insulino-resistance, ainsi que le surpoids et l'obésité participent à l'augmentation de la fraction libre des hormones sexuelles, ce qui augmente l'impact négatif du tissu grasseux sur les cancers hormono-dépendants comme les cancers du sein, de l'endomètre, de la prostate. L'activité physique agit directement sur la diminution de la fraction libre biologiquement active des hormones sexuelles et augmente la SHBG (Sex Hormone-Binding Globulin), ce qui participe à la diminution de la fraction circulante d'hormones sexuelles. Cette approche hormonale permet d'expliquer l'effet sur la survie de la pratique d'activité physique en post-traitement sur les cancers hormono-dépendants [26].

L'état cancéreux peut être considéré comme un état d'inflammation chronique dans lequel il y a 2 à 3 fois plus de taux de facteurs pro inflammatoires comme les TNF alpha (Tumor Necrosis Factor). Il a été démontré que l'activité physique induit une augmentation de l'IL-6, facteur régulateur de la réaction inflammatoire. IL-6 inhibe la production de cytokines pro-inflammatoires comme le TNF α et l'IL-1 β . D'autre part, l'IL-6 stimule également la production de médiateurs anti-inflammatoires: l'IL-1Ra, récepteur antagoniste de l'IL-1, sTNF- R, récepteur soluble du TNF α , et IL-10. Ensemble, ces données suggèrent que cette augmentation de l'IL-6 peut se traduire par une réduction de l'inflammation chronique en réduisant les médiateurs pro-inflammatoires et augmentant les médiateurs anti-inflammatoires [27].

L'activité physique joue également un rôle sur les fonctions immunitaires, elle permet l'augmentation du nombre et de l'activité des macrophages, l'augmentation des lymphocytes natural killer [28]. *Mark R. Zielinski and al* ont réalisé une étude dans laquelle des cellules de lymphome ont été injectées chez des souris effectuant ou non une activité physique. Après étude du micro-environnement de la tumeur, les auteurs ont découvert une densité de macrophages et de neutrophiles plus élevée dans le groupe activité physique, de façon

significative ($p < 0,006$), comparativement au groupe sédentaire. Les auteurs ont également retrouvé une augmentation du nombre de lymphocytes T CD8⁺ au sein de la tumeur en fonction du temps, dans le groupe exerçant une activité physique, et ce, de façon significative ($p < 0,006$) [27]. L'activité physique améliore la réponse immunitaire innée.

Une tumeur ne peut croître au-delà de 2-3 mm³ sans formation de nouveaux vaisseaux sanguins qui lui fourniront les éléments nécessaires à sa croissance. Cibler l'angiogenèse est un moyen de lutte contre la prolifération tumorale. Dans l'étude citée ci-dessus, *Mark R. Zielinski and al* ont également trouvé une différence dans la densité des vaisseaux sanguins de façon significative entre les deux groupes. L'exercice physique quotidien intense a réduit de 20 à 50% la densité des vaisseaux au sein de la tumeur ($p < 0,006$). Cette étude montre que l'activité physique pourrait avoir un impact sur la production de facteur de croissance endothélial comme le VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) ou son récepteur [27].

Ces études ont montré que l'activité physique modérée à intense joue un rôle dans la prolifération, l'apoptose, l'inflammation, l'environnement vasculaire et immunitaire de la tumeur. Elles tendent à démontrer que l'activité physique pourrait avoir un impact sur le développement et la prolifération tumorale donc avoir une activité anti-tumorale.

1.6.2 Activité physique et chimiothérapie

Les sels de platine sont utilisés comme chimiothérapie anti cancéreuse apparentée aux alkylants pour le traitement de nombreux cancers. L'un de leurs principaux effets secondaires est la néphrotoxicité. 20 à 30 % des patients traités développent une dysfonction rénale, nécessitant une réduction des doses.

Une étude réalisée par *Yasue Saito Miyagi M. and al*, utilisant le modèle murin, a étudié l'effet de l'activité physique sur la toxicité rénale du cisplatine®. Des souris mâles ont reçu des doses de cisplatine® et ont été randomisées en différents groupes, réalisant une activité physique ou pas, avec ou sans cisplatine®. Comparativement aux groupes témoins, le groupe de souris réalisant une activité physique et recevant du cisplatine® présentait un taux sanguin d'urée moindre, une expression rénale de marqueurs pro inflammatoires diminuée ($p < 0,001$), marqueurs dont l'expression rénale n'existe pas chez les souris ne recevant pas de cisplatine®. Concernant l'inflammation, les souris traitées par cisplatine® et réalisant une activité physique ont vu leurs expressions rénales de TNF (facteur pro inflammatoire) et d'IL-

10 (facteur anti-inflammatoire) diminuées dans le rein ($p < 0,001$) et le sérum ($p < 0,001$ pour le TNF et $p < 0,05$ pour l'IL10), ce qui explique un niveau inférieur d'inflammation et un besoin moindre de contrôler celle-ci. Cette étude a également montré un taux d'apoptose, au sein du rein, inférieur chez la souris ayant reçu le cisplatine® et ayant pratiqué de l'exercice physique comparativement aux souris sédentaires. C'est pour cela que les auteurs ont étudié l'expression des gènes de Bcl-2, molécule anti apoptotique, et Bax, molécule pro-apoptotique au niveau des cellules rénales. Les souris ayant reçu du cisplatine® et ayant réalisé l'activité physique présentaient une augmentation de l'expression du gène Bcl-2 par rapport au gène pro-apoptotique Bax, comparativement aux souris traitées et sédentaires. Cette étude a montré que l'activité physique pourrait contribuer à la protection du rein lors de traitement par cisplatine® [29].

Les anthracyclines sont connues pour leur toxicité cardiaque, dose dépendante. Cette chimiothérapie est à l'origine de lésions cardiaques oxydatives liées à la libération de radicaux libres, de la destruction des myofilaments et de la suppression de la synthèse de protéines à l'origine des myofilaments. Celle-ci altère le métabolisme énergétique du cœur par diminution d'adénosine triphosphate. Elle altère également la fonction contractile du cœur en modifiant la concentration de calcium intracellulaire et la relaxation des fibres musculaires via l'altération de protéines de structure. Toutes ces modifications ont pour conséquences une diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche et une altération de la fonction cardiaque qui aboutissent à une insuffisance cardiaque globale.

Scott J. M. and al, ont voulu montrer l'effet bénéfique de l'exercice aérobie sur cette cardiotoxicité [30]. En effet, l'exercice aérobie améliore le remplissage durant la diastole et donc le débit cardiaque, améliore la VO₂ max, la contractilité cardiaque et les fonctions systolique et diastolique du cœur. *Scott J. M. and al* ont décrit plusieurs études utilisant le modèle murin.

La première a montré un effet protecteur de l'exercice aérobie avant le traitement par doxorubicine® en diminuant l'altération de la fonction cardiaque. Il a été également constaté chez les rats du groupe activité physique une amélioration de la contractilité myocardique de 39% comparativement aux rats sédentaires.

La deuxième étude a montré un effet protecteur de l'exercice aérobie durant le traitement par doxorubicine® en atténuant la dégradation des myocytes, la dysfonction de ventricule gauche et atténuant l'augmentation de peptide auriculaire natriurétique. Cette étude évoque différents

mécanismes protecteurs. L'activité physique protégerait les cellules cardiaques contre le stress oxydatif et augmenterait l'expression d'enzymes anti-oxydantes. Elle aurait un rôle protecteur contre la dégradation des myocytes en régulant la signalisation cellulaire et diminuant l'apoptose. Enfin l'activité physique améliorerait la contractilité des cardiomyocytes en mobilisant le calcium intra cellulaire [28].

Cette étude vise à montrer l'effet protecteur d'une activité aérobie sur la cardiotoxicité secondaire aux anthracyclines et l'importance de celle-ci pour prévenir de ces effets délétères.

2. L'activité physique en Picardie

2.1 Mise en place du projet Picard

C'est grâce au réseau régional de cancérologie que l'APA, Activité Physique Adaptée, a vu le jour en 2012.

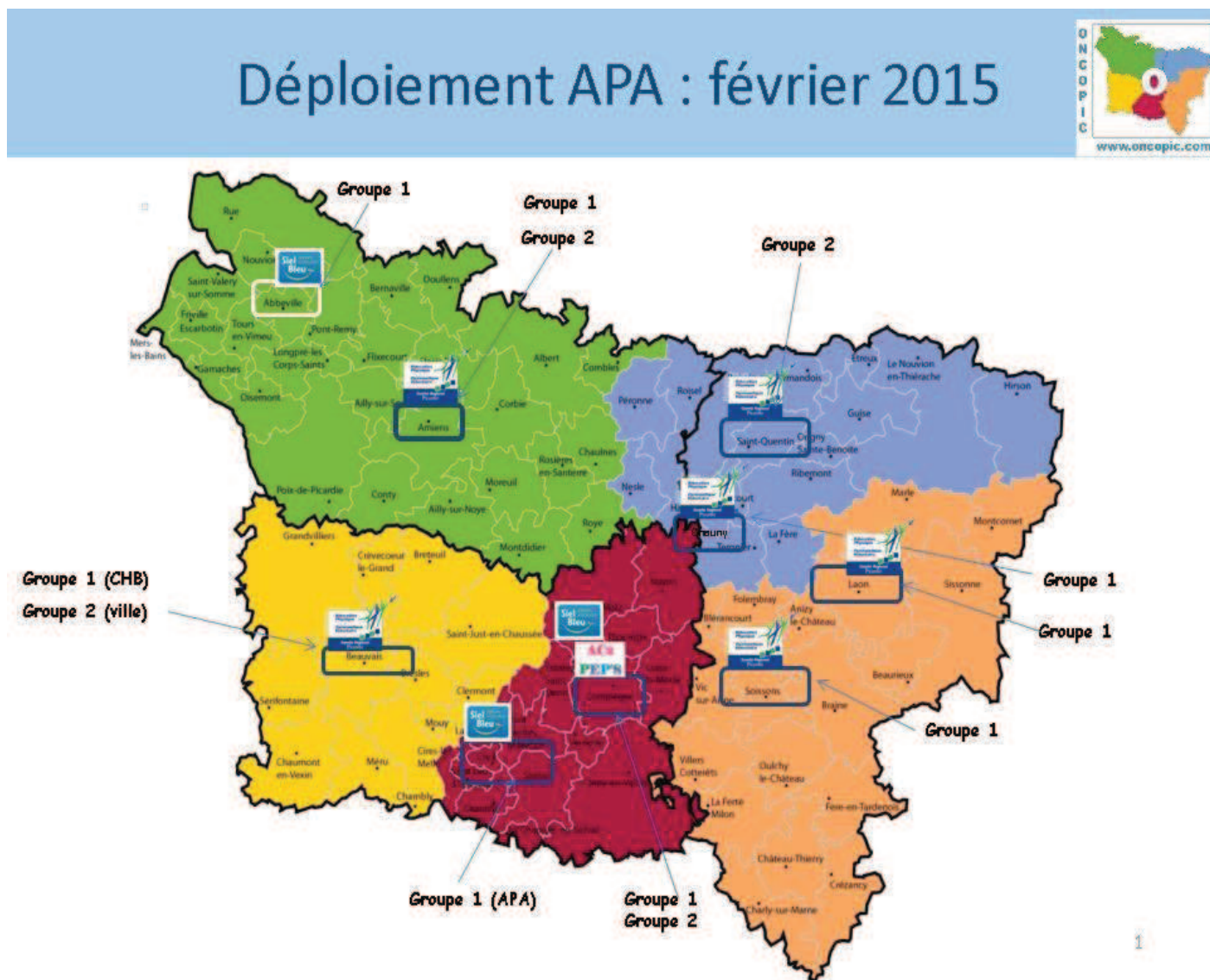
Le réseau régional de cancérologie est identifié comme une organisation pivot qui répond à l'exigence de coordination des différents acteurs de la prise en charge des patients atteints de cancer. Ce réseau s'inscrit à l'échelle régionale, d'où le nom de ONCOPIC, (Réseau Régional de Cancérologie de Picardie), et cherche une amélioration en continue des pratiques en cancérologie. Ce réseau sert de passerelles entre les demandes nationales, faites par des organismes tels que l'Institut National du Cancer (INCa) ou encore l'ARS, et la réalité du terrain au niveau de la Picardie. Chaque réseau régional de cancérologie se doit d'offrir un cadre, une organisation et des outils en vue d'assurer des soins de qualité. ONCOPIC est une association de type loi 1901 créée en juin 2006 [31].

Les objectifs du projet d'ONCOPIC concernant l'APA sont de :

- mobiliser les établissements de santé membres du réseau afin qu'ils participent activement à la mise en œuvre d'APA,
- aider à la mise en place des expérimentations locales d'APA en mettant en relation les services de santé et les ressources associatives et sportives,
- assurer la coordination régionale des expérimentations locales, en réunissant régulièrement les partenaires signataires de la convention cadre,
- suivre la mise en œuvre des expérimentations et permettre l'évaluation du projet, notamment en terme de processus.

L'APA est un projet financé par l'ARS de Picardie. Il permet, à travers une convention proposée à tous les établissements membres du réseau, la rémunération d'éducateurs sportifs pour la mise en œuvre des séances d'ateliers d'activité physique adaptée à l'hôpital et en ville. Ce projet a pu être réalisé en partenariat avec notamment les comités départementaux de la Ligue contre le cancer et les opérateurs sportifs divers comme le comité régional d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (EPGV), l'association AC2PEPS (association compiégnoise travaillant en collaboration avec la clinique de Côme), le groupe associatif SIEL Bleu (Sport, Initiative Et Loisir) [32].

La première convention a été signée le 1^{er} novembre 2012 entre le réseau ONCOPIC, le Centre Hospitalier de Saint Quentin, le comité de la Ligue contre le cancer de l’Aisne et le Comité Régional de l’EPGV. Les premières expérimentations qui ont vu le jour en 2013 ont été financées sur les fonds propres des comités de la Ligue de l’Aisne et de l’Oise, à Saint Quentin, à Beauvais et Compiègne. L’APA se développe principalement en secteur hospitalier (groupe 1) et vise à se déployer en ville (groupe 2). La carte de déploiement de l’APA met en évidence les régions dans lesquelles un programme a été mis en place, depuis février 2015 (Abbeville, Amiens, Saint-Quentin, Laon, Soisson, Chauny, Compiègne, Senlis, Beauvais). Elle permet d’observer la répartition des différents opérateurs qui interviennent dans chaque région (SIEL bleu à Abbeville, Laon, Senlis, AC2PEPS à Compiègne, l’EPGV à Saint-Quentin, Chauny, Soisson, Beauvais et Amiens) [32].



L'APA propose une activité physique adaptée aux besoins et capacités des patients sous la direction d'un enseignant formé à cette pratique. L'APA vise à rendre le patient autonome, à l'intégrer dans un programme sportif pour qu'ensuite la pratique de l'activité physique s'inscrive dans la durée.

D'autres projets voient le jour en Picardie, comme les projets «Gym après cancer » ou « sport pour tous ».

«Gym après cancer » est un projet élaboré par l'EPGV, en collaboration avec la ligue contre le cancer et un partenariat local qui a impliqué les acteurs de la santé, de la prévention et du milieu sportif. C'est un programme d'activités physiques adaptées, destiné aux personnes atteintes d'un cancer en cours de traitement ou en rémission. L'objectif de ce projet est d'amener les personnes atteintes de cancer à bouger et retrouver les sensations du corps en mouvement pour aller vers une pratique physique régulière et de plus en plus autonome [33].

Le projet «sport pour tous» est né en Picardie. Ce projet, co-porté par le Comité Régional Olympique et Sportif de Picardie et la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale de Picardie, met en relation le milieu du monde sportif, du monde médical et du monde des usagers. Ce projet vise à rendre possible la réalisation d'activité sportive régulière, adaptée, sécurisante et progressive pour toutes personnes atteintes d'une pathologie chronique et met en place des moyens d'apporter une qualification adaptée aux acteurs souhaitant intégrer une démarche «sport et santé ». Les clubs de sport mettant en place cette pratique sont labellisés, seulement deux le sont pour le moment, un club à Saint – Quentin, le deuxième dans la Somme [34].

2.2 Recommandations de l'AFSOS

Un bilan général doit être réalisé avant la mise en place de l'APA pour permettre de déterminer la condition physique générale du patient. Il comprend un examen clinique complet, avec un interrogatoire concernant la profession, les antécédents du patient, ses comorbidités, mais aussi ses expériences sportives antérieures, associé à un examen clinique général et locomoteur et trophique. Un bilan fonctionnel doit être pratiqué à l'aide de questionnaire sur les activités de la vie quotidienne, il va permettre d'apprécier le degré d'autonomie du sujet dans les actes de la vie quotidienne. Un certificat de non contre-indication à l'activité physique doit être réalisé par un professionnel de santé.

Un bilan fonctionnel de terrain est réalisé pour chaque patient par l'éducateur sportif afin de mettre en place un programme individualisé d'activité physique. Ce bilan comprend un test de capacité aérobie, d'équilibre, de souplesse, de force musculaire, d'endurance musculaire et une étude de la composition corporelle [35].

A noter qu'une situation métastatique n'est pas une contre-indication en soi à la pratique d'une activité physique adaptée et supervisée, sous réserve d'un bilan et de préconisations spécifiques du médecin spécialiste référent [35].

L'APA est proposée dès le diagnostic. L'information concernant ce soin de support est faite lors de la consultation d'annonce, et l'activité est mise en place le plus tôt possible dans le parcours de soin. Si le patient pratique déjà une activité physique dont le niveau lui permet de la poursuivre, il ne sera pas orienté vers l'APA. Si son niveau d'activité physique antérieur est trop important et que son état ne lui permet pas de continuer cette activité, ou si le patient ne pratique aucune activité physique, il sera orienté vers l'APA.

L'AFSOS recommande une activité aérobie adaptée, d'une durée progressive de 10-20 minutes à 45-60 minutes, au moins deux à cinq fois par semaine, d'intensité progressive, de modérée à soutenue. Concernant l'intensité de l'activité, l'AFSOS utilise comme mesure le MET (annexe 1). Celle-ci doit-être encadrée par des professionnels formés et expérimentés à l'APA et aux spécificités du cancer: enseignant APA-Santé, kinésithérapeute formé à la cancérologie et l'activité physique ou éducateur sportif titulaire du Brevet d'Educateur Sportif [35].

2.3 Expériences picardes

Avant la pratique de l'APA, chaque patient bénéficie d'un entretien individuel avec le/la responsable du groupe.

L'hôpital de Saint Quentin a été le premier à signer une convention avec l'ARS concernant l'APA, celle-ci est réalisée par une éducatrice sportive formée par l'EPGV. Les groupes sont composés de moins de 10 patients, toutes des femmes atteintes de cancer gynécologique. Les cours sont organisés à raison de trois fois par semaine, 2 heures en intérieur et une heure en extérieur. Sont proposées des activités de relaxation, de gymnastique, d'assouplissement, et de cardio-training. L'intensité de l'activité physique proposée est adaptée aux capacités des patientes. Celle-ci est progressivement croissante pour arriver à une activité physique aérobie d'intensité modérée.

Au centre hospitalier de Senlis, l'APA est supervisée initialement par des kinésithérapeutes. Les patients, par groupe de 10, bénéficient de 12 séances d'activité physique de renforcement musculaire, d'équilibre, d'assouplissement et de relaxation à raison d'un cours par semaine. A la fin des 12 séances, le patient peut, s'il le souhaite poursuivre l'APA avec un professeur d'activité physique adaptée à raison de trois séances maximum de 45 minutes par semaine, avec au choix de la gymnastique tonique et/ou de la gymnastique douce et/ou de la marche.

Au centre hospitalier de Beauvais, l'APA est supervisée par un éducateur sportif ayant en charge un groupe de 10 patientes qui réalisent des activités de gymnastique et de relaxation à raison d'une fois par semaine. Pour celles ayant bénéficié d'un curage ganglionnaire axillaire, il leur est proposé également de l'escrime, une fois par semaine en dehors du milieu hospitalier.

Au centre hospitalier universitaire d'Amiens, le groupe d'APA est composé de huit patients, majoritairement des femmes, et est supervisé par un éducateur sportif ayant reçu une formation au STAPS à l'UPJV d'Amiens. Les patients pratiquent des activités aérobies de vélo, gymnastique, renforcement musculaire, réentraînement à l'effort, à raison de deux séances par semaine.

Une évaluation a été organisée par ONCOPIC . Elle porte principalement sur le nombre de participant à l'APA sur l'année 2014.

En 2014, le projet Picard a regroupé au total 125 personnes, tous établissements confondus dont 111 femmes (89%) contre 14 hommes (11%). Les patientes étaient pour la majorité atteintes de cancer du sein. 64% des participants avaient entre 45 et 64 ans.

Pour 58% des participants, la prise en charge sportive se faisait après le traitement, pour 27%, à partir du traitement initial, pour 5%, à partir du traitement d'entretien et 4% à l'annonce du diagnostic [31].

Ce projet est en permanente évolution, avec un meilleur taux de participation en 2014. En comparaison avec l'année 2013, il y a une augmentation du nombre de participants (112 contre 125) avec une localisation du cancer plus variée [31].

Dans le cadre de cette évaluation, une étude qualitative a également été réalisée au sein de plusieurs Centres Hospitaliers. Celle-ci a permis de relever les ressentis des différents acteurs concernant l'APA. Nous avons pris comme exemple de ressentis l'enquête réalisée au CH de Beauvais auprès de la responsable de l'association Perspective contre le cancer Mme S et de l'éducatrice et animatrice des ateliers Mme D (tableau1) [31].

Les freins	« Mme D nous explique que les femmes n'arrivent pas toutes en même temps dans le programme, et que c'est devenu une difficulté pour elle d'animer son cours de la meilleure manière possible.» « D'après Mme S, il n'y aurait pas de clubs sportif pour faire le lien hôpital-ville pour les personnes atteintes de cancer. Et que les problématiques ne sont pas les mêmes selon les pathologies. »
Les atouts	« Mme S et Mme D nous explique qu'il y a une très bonne coordination entre tous les acteurs, que les ateliers se passent très bien. Mme D appuie ses propos en disant que les femmes ont repris confiance en elle, qu'elles s'épanouissent en venant aux ateliers et qu'il y a une super ambiance pendant les ateliers. »
Ce qu'il faut maintenir	« Mme D nous explique même que certaines femmes se voient entre les ateliers pour aller marcher et même courir. Cela montre bien l'évolution qu'il y a eu entre le début du programme et la fin de celui-ci. »
Ce qu'il faut changer	«Mme D nous explique que certaines participantes sont là depuis 2-3 ans dans l'atelier et qu'elles n'osent pas partir dans une association, de peur de quitter l'hôpital et de ne pas avoir de suivi. »

Tableau 3: ressentis concernant l'APA au CH de Beauvais

Cette évaluation a permis de constater que l'objectif a été atteint lors des ateliers hospitaliers et que celui-ci a un impact positif sur le ressenti des patients et différents acteurs concernant ce projet. Par rapport à l'année 2013, l'augmentation du nombre de patients faisant partie du projet APA montre que celui-ci est en plein essor et mériterait de se développer davantage.

3. Matériel et méthode

3.1 Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude comportant une double enquête.

Une première enquête prospective d'opinion et de pratique en médecine générale a concerné 500 médecins généralistes libéraux installés en Picardie, inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins. Elle a été réalisée sous forme de questionnaire et envoyée par voie postale le 29 juin 2015, la clôture des réponses a été faite le 27 août 2015.

Une seconde enquête prospective, d'opinion a été adressée aux patients en cours de chimiothérapie. Cette deuxième enquête sous forme de questionnaire a été distribuée aux patients cancéreux venant en hôpital de jour des centres hospitaliers d'Amiens, de Senlis, de Beauvais et de Saint Quentin. Le questionnaire a été distribué aux patients OMS 1-2, sur une durée de 3 mois.

3.2 Objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de l'étude ont été d'étudier les pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant l'initiation à l'activité physique des patients atteints de cancer en cours de traitement, et leurs connaissances vis à vis de cette pratique.

En objectif secondaire, nous avons étudié l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients cancéreux notamment en termes de soins de support. Le questionnaire adressé aux patients visait à connaître leurs connaissances concernant l'activité physique et le cancer; vers quel professionnel de santé ils se tournent pour des informations, leurs pratiques en matière d'activité physique et leurs ressentis. Ces objectifs visent à évaluer la nécessité de mettre en place des moyens d'information et de formations adaptées auprès des médecins généralistes de Picardie et des patients.

3.3 Elaboration des questionnaires

3.3.1 Le questionnaire «médecin généraliste» (annexe 2).

Le questionnaire, adressé aux médecins généralistes, a été élaboré en se basant sur les objectifs précédents en abordant plusieurs thèmes :

- Le nombre de patients suivis atteints d'un cancer, en cours de traitement et l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge cancérologique de ces patients
- L'avis du médecin généraliste concernant la pratique d'une activité physique par des patients atteints d'une pathologie lourde comme le cancer.
- Leur pratique concernant l'initiation ou l'élaboration d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique pour leurs patients atteints de cancer en cours de traitement.
- Les freins à cette initiation ou à l'élaboration de ce certificat.
- L'intérêt de mettre en place des moyens d'informations après avoir évalué leurs connaissances vis à vis de cette pratique, et sous quelle forme.

Ce questionnaire se présentait recto-verso, était anonyme et comprenait 24 questions dont 19 fermées et 5 ouvertes (dont 3 à choix multiples; 16, 20, 24). Les 5 dernières questions renseignaient sur les critères démographiques des médecins répondants. Une relecture du questionnaire a été réalisée par la commission des thèses du Département de Médecine Générale de l'Université de Picardie, puis par deux médecins généralistes membres de l'union Régionale des Médecins Libéraux de Picardie (URPS PICARDIE).

3.3.2 Le questionnaire «patient» (annexe 3)

Ce questionnaire, anonyme, se présentait sous forme de 2 pages, avec un en-tête expliquant le projet de thèse. Ce questionnaire était composé de 17 questions dont 2 questions ouvertes, les questions 13 et 14 étaient à choix multiples. Celles-ci permettaient aux patients de nous renseigner sur leur connaissance concernant la possibilité d'effectuer une activité sportive, sur leur pratique sportive habituelle, les bienfaits ressentis, et le professionnel de santé vers lequel ils se tournaient pour recueillir des informations ou certificat de non contre-indication à la pratique sportive. Ce questionnaire a été distribué aux patients venant en hôpital de jour du centre hospitalier universitaire d'Amiens, et centres hospitaliers de Beauvais, Saint Quentin et Senlis, sur une période de 3 mois.

3.4 Diffusion des questionnaires

3.4.1 Questionnaire «médecins généraliste»

L'URPS s'est chargée de réaliser un panel de 500 médecins généralistes par tirage aléatoire informatique parmi la liste des généralistes libéraux installés en Picardie. L'enquête ainsi que la lettre explicative et l'enveloppe « T » ont été envoyées par l'URPS le 29 juin 2015.

3.4.2 Questionnaire «patient»

Ce questionnaire a été distribué aux patients OMS 1 - 2 venant en hôpital de jour du centre hospitalier universitaire d'Amiens, et centres hospitaliers de Beauvais, Saint Quentin et Senlis, sur une période de 3 mois. Le questionnaire a été récupéré aussitôt rempli. 70 questionnaires ont été distribués dans chaque centre hospitalier. A Saint-Quentin et Senlis, les questionnaires ont été délivrés par les infirmières après avoir donné les informations concernant notre projet de thèse. A Amiens et Beauvais, les questionnaires ont été distribués par moi-même.

3.5 Recueil et traitement des données

3.5.1 Questionnaire «médecins généraliste»

Les questionnaires ont été réceptionnés par l'URPS. Les réponses ont été enregistrées manuellement dans un logiciel de données. L'analyse de celles-ci été effectuée à l'aide du logiciel Sphinx plus®.

3.5.2 Questionnaire «patient»

Au centre hospitalier de Saint Quentin, les questionnaires ont été récupérés à 3 mois.
Au centre hospitalier de Senlis, les questionnaires ont été récupérés à 1,5 mois (ce qui a permis de ré-informer les différentes infirmières sur l'objectif de l'enquête) et à 3 mois.
Aux centres hospitaliers de Beauvais et d'Amiens, j'ai récupéré directement les questionnaires auprès des patients après qu'ils les aient renseignés. Les données ont été enregistrées manuellement dans un logiciel de données et l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel Sphinx plus®

4. Résultats

4.1 Enquête auprès des médecins généralistes

4.1.1 Description de l'échantillon

4.1.1.1 Taux de réponse

Sur les 500 envois, 68 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, malgré une demande de relance auprès de l'URPS n'ayant abouti.

Parmi ces 68 questionnaires, tous étaient renseignés.

Le taux de réponse était de 68 sur 500 soit 13,6%.

4.1.1.2 Epidémiologie

Parmi les 68 médecins généralistes ayant répondu, 63,2% (43) était de sexe masculin, et la moyenne d'âge était de 51,93 ans.

Ils exerçaient pour 48,5% (33) seuls en cabinet et 50% (34) en groupe. 39,7% (27) exerçaient en milieu urbain contre 60,3% en milieu rural.

48,5% (33) exerçaient dans la Somme, 25% (17) dans l'Oise et 26,5% (18) dans l'Aisne.

Sur les 68 questionnaires, 33 n'ont pas répondu à la question concernant les freins à la prescription d'activité physique, 12 n'ont pas répondu à la question abordant le nombre de patients cancéreux suivis, 3 n'ont pas répondu à la question abordant la moyenne d'âge des patients atteints de cancer, et 1 n'a pas répondu aux questions sur le mode d'exercice (seul ou en groupe), sur l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge cancéreuse des patients, sur la prescription de soins de support, et sur le moyen d'information le plus adapté pour diffuser les connaissances en matière d'oncologie.

Les médecins généralistes avaient en moyenne 18,55 (de 3 à 50) patients atteints de cancer en cours de traitement. Les patients étaient âgés, pour 32,4% (22) des médecins généralistes entre 51 et 60 ans et 47,1% (32) entre 61 et 70 ans.

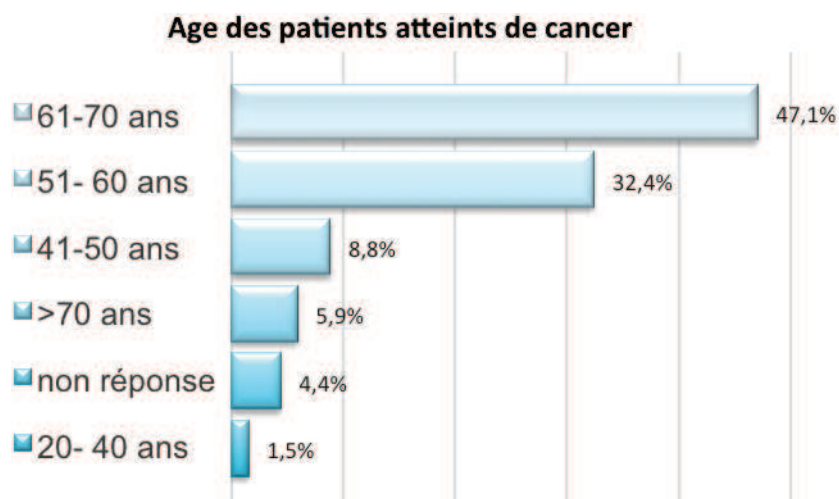


Figure 1: représentation graphique des réponses de la question 2

4.1.2 Implication des médecins généralistes dans le suivi de leurs patients cancéreux

83,8% des médecins généralistes de Picardie (57) se sentent impliqués dans le suivi de leurs patients cancéreux, contre 14,7% (10) qui ne se sentent pas concernés et pensent que celui-ci dépend à part entière du spécialiste.

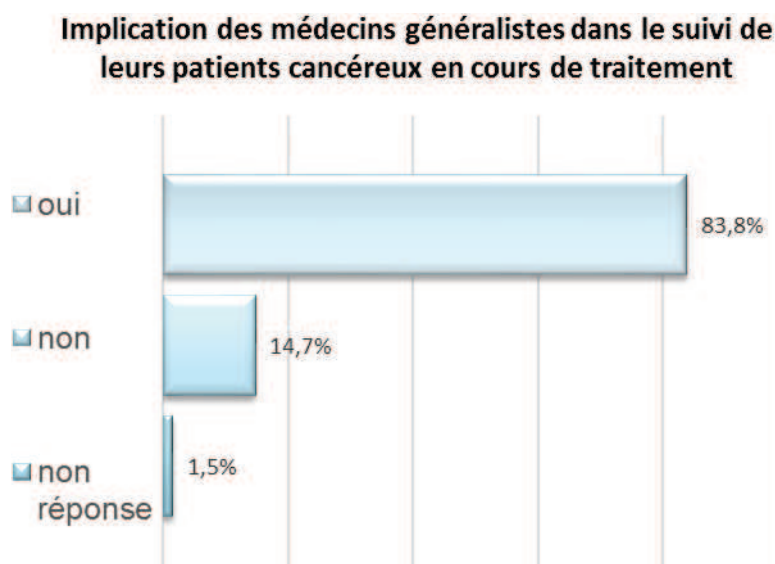


Figure 2: représentation graphique des réponses de la question 3.

88,2% des médecins généralistes (60) se sentent concernés par la prévention secondaire et/ou tertiaire des patients cancéreux, contre 11,8% (8) qui ne se sentent pas concernés.

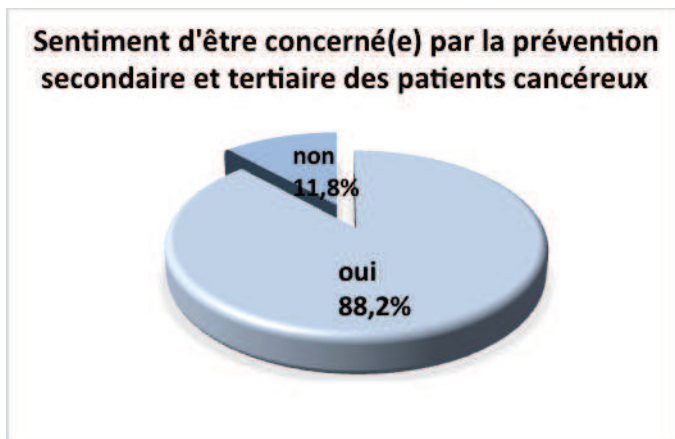


Figure 3: représentation graphique des réponses de la question 15.

42,6%(29) des médecins généralistes ont le sentiment de moins revoir leurs patients cancéreux après le diagnostic contre 57,4%(39) qui ne ressentent pas ce sentiment.

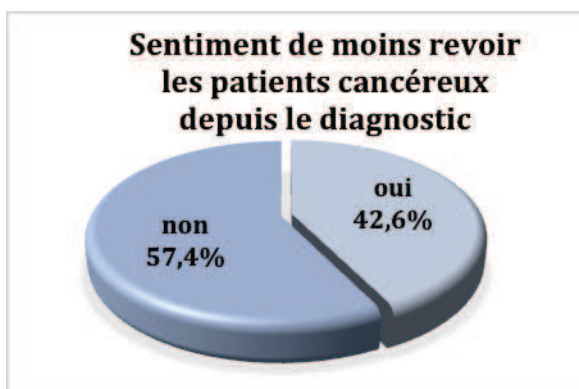


Figure 4: représentation graphique des réponses de la question 16.

61.8% des médecins généralistes (42) ont parfois, 30,9% (21) ont souvent et 5,9% (4) n'ont jamais prescrit des soins de support.

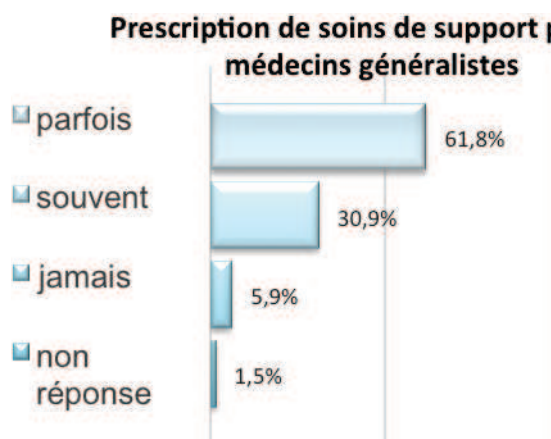


Figure 5: représentation graphique des réponses de la question 19.

89.9% des médecins généralistes (56) prescrivent comme soins de support de la kinésithérapie, 46% (29) de la socio-esthétique, 44,6% (28) de l'homéopathie, 36,5% (23) de l'acupuncture, 36,5% (23), une prise en charge diététique. 19% (12) ont répondu «autre soin».

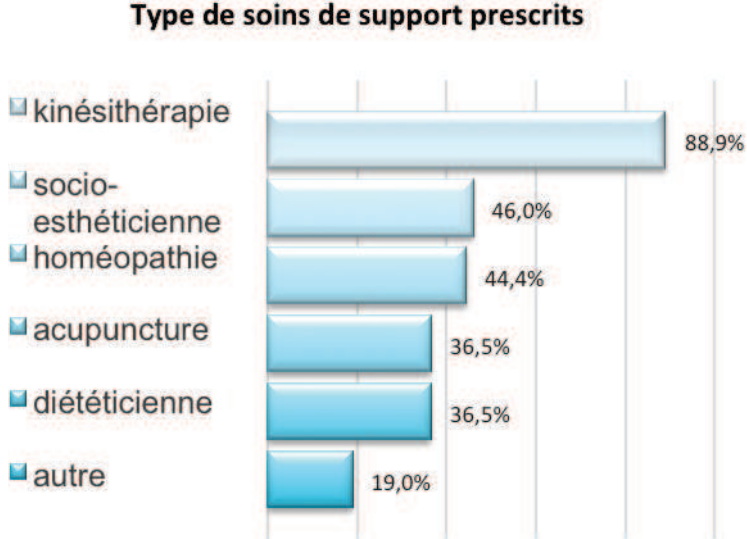


Figure 6: représentation graphique des réponses de la question 19.

Parmi les 19% de médecins généralistes ayant répondu «autre type de soin de support », 76,9% de ces médecins adressent leurs patients pour une prise en charge psychologique.

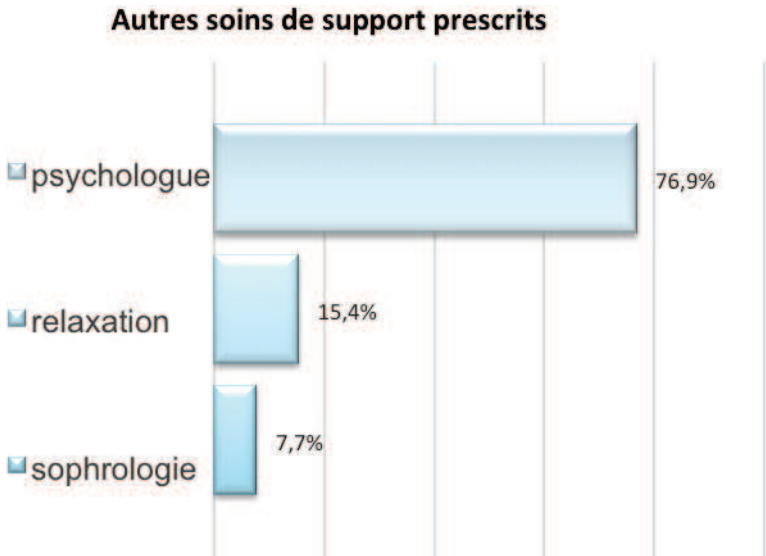


Figure 7: représentation graphique des réponses « autre » de la question 19.

4.1.3 Pratique des médecins généralistes concernant l'activité physique chez les patients cancéreux.

61,8% des médecins généralistes (42) ont parfois abordé le sujet concernant l'activité physique avec leurs patients, 33,8% des médecins généralistes (23) n'ont jamais abordé ce sujet, et 4,4% (3) déclarent en parler souvent.

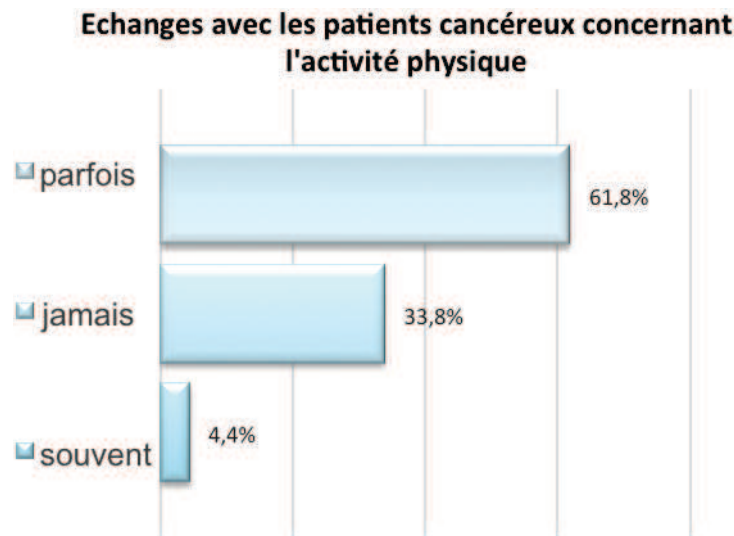


Figure 8: représentation graphique des réponses de la question 4.

57,4% des médecins généralistes (39) ont parfois reçu des patients cancéreux leur demandant un certificat de non contre-indication à l'activité physique, 42,6% (29) n'ont jamais reçu cette demande, aucun n'a souvent eu cette demande.

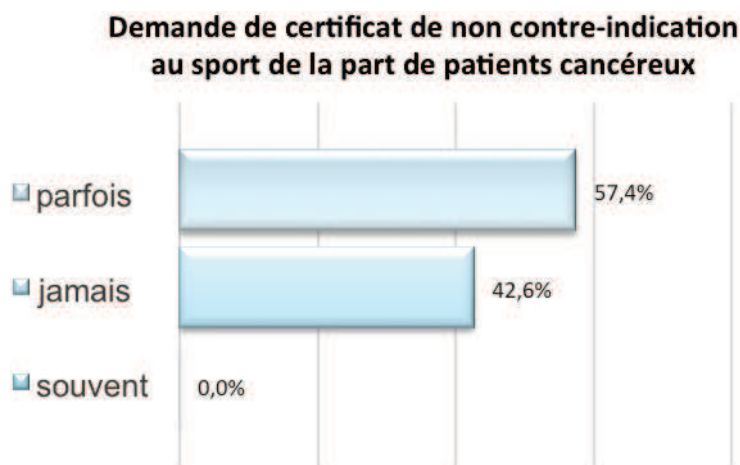


Figure 9: représentation graphique des réponses de la question 5

79.4% des médecins généralistes (54) n'ont aucun patient faisant partie d'un programme d'activité physique dans le cadre de la prise en charge de la maladie, 20,6% (14) ont quelques patients faisant partie de ce type de programme et aucun des médecins généralistes n'a beaucoup de patient pratiquant une activité physique dans le cadre de la prise en charge thérapeutique.

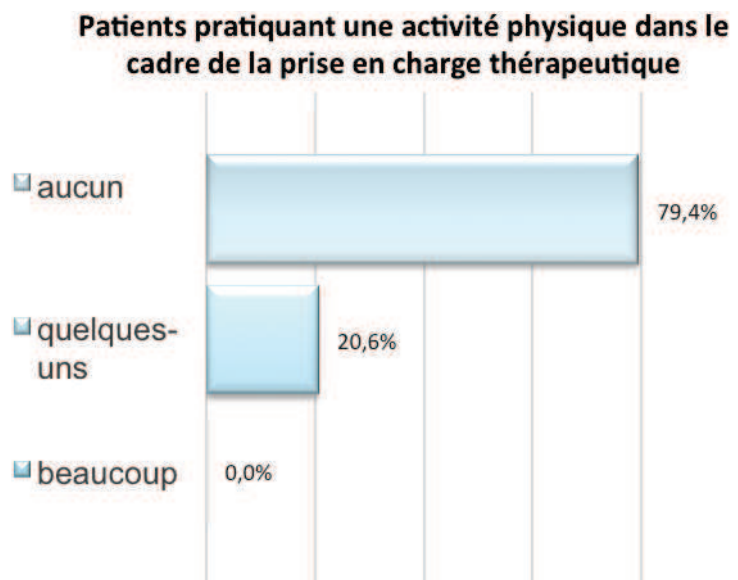


Figure 10: représentation graphique des réponses de la question 6

83.8% des médecins généralistes (57) ont affirmé que leurs patients ont cessé leur activité physique dès l'annonce du diagnostic contre 16,2% (11).

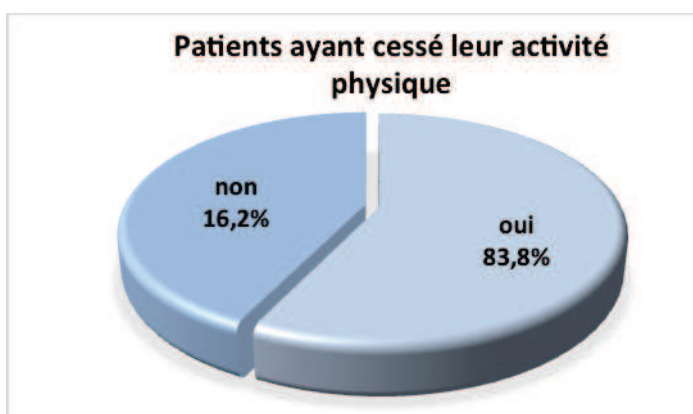


Figure 11: représentation graphique des réponses de la question 7.

72.1% des médecins généralistes (49) pensent qu'une activité physique modérée à intense est possible pour ces patients, 25% (17) pensent que cette décision revient au cancérologue et 2,9% (2) pensent que c'est impossible au vu des risques.

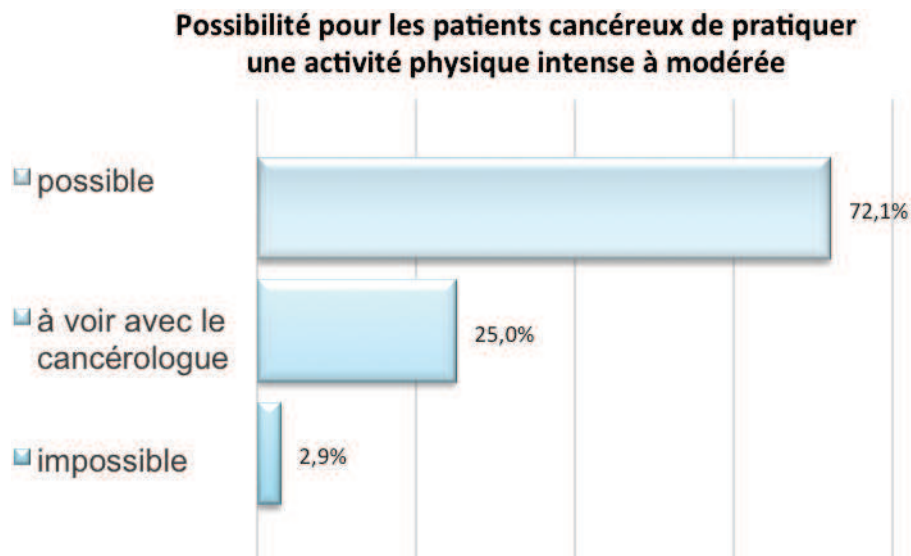


Figure 12: représentation graphique des réponses de la question 8.

41.2% des médecins généralistes (28) ont parfois proposé la pratique d'activité physique pour leurs patients cancéreux en cours de traitement, 39,7% (27) n'en ont jamais proposé et 19,1% (13) en ont souvent proposé.

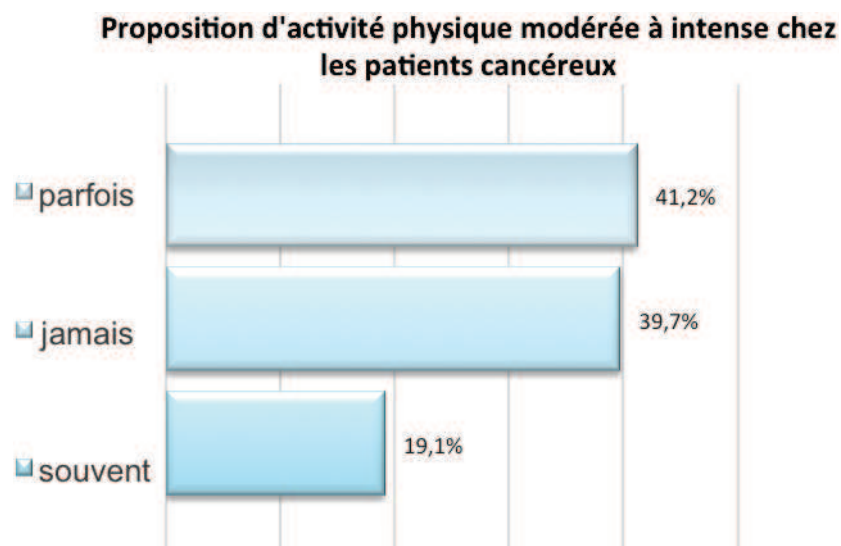


Figure 13: représentation graphique des réponses de la question 9.

73.5% des médecins généralistes (50) prendraient l'initiative de réaliser un certificat de non contre-indication à l'activité physique sans l'accord préalable du cancérologue contre 26,5% (18).



Figure 14: représentation graphique des réponses de la question 10.

Les réticences évoquées pour la mise en place d'une activité physique sont pour 26,5% des médecins généralistes (18) secondaires à la fatigue, pour 22,1% (15), secondaires au risque d'altération générale avec perte de poids, pour 20,6% (14) secondaires au risque de fracture et pour 19,1% (13) d'entre eux, secondaires au manque d'information.

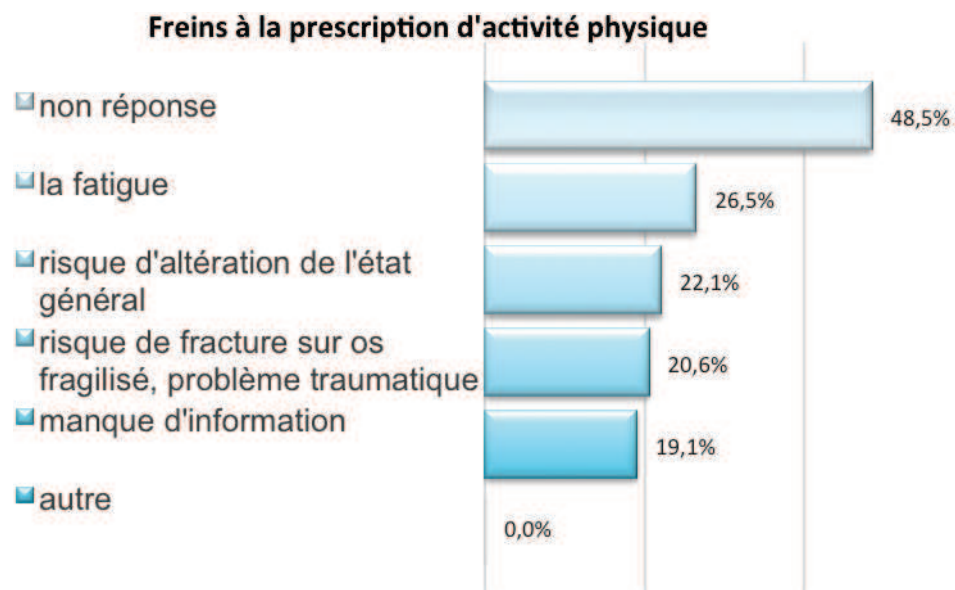


Figure 15: représentation graphique des réponses de la question 18.

4.1.4 Connaissances des médecins généralistes concernant l'activité physique et moyen(s) d'information paraissant le(s) plus adapté(s) pour transmettre celles-ci

77,9% des médecins généralistes (53) savent qu'une activité physique modérée à intense peut améliorer la qualité de vie des patients cancéreux en cours de traitement, 22,1% (15) ne le savent pas.

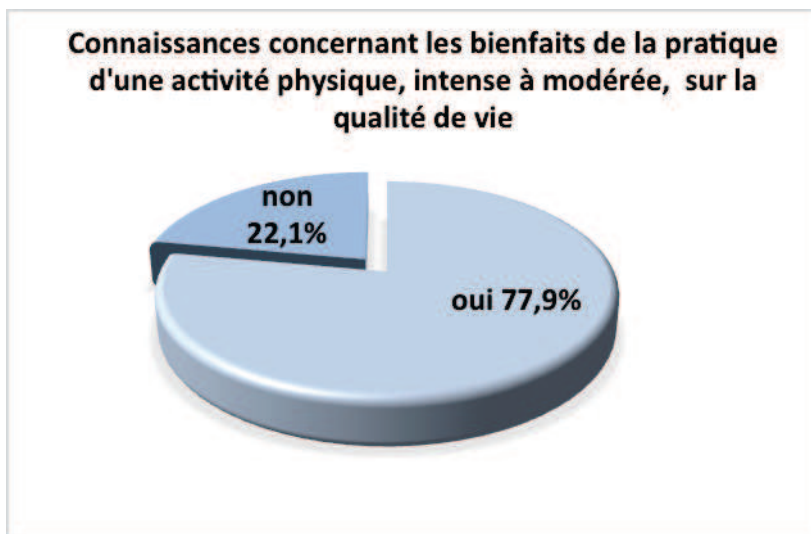


Figure 16: représentation graphique des réponses de la question 11.

60,3% des médecins généralistes (41) savent qu'une activité physique modérée à intense peut améliorer la survie des patients cancéreux en cours de traitement, 39,7% (27) ne le savent pas.

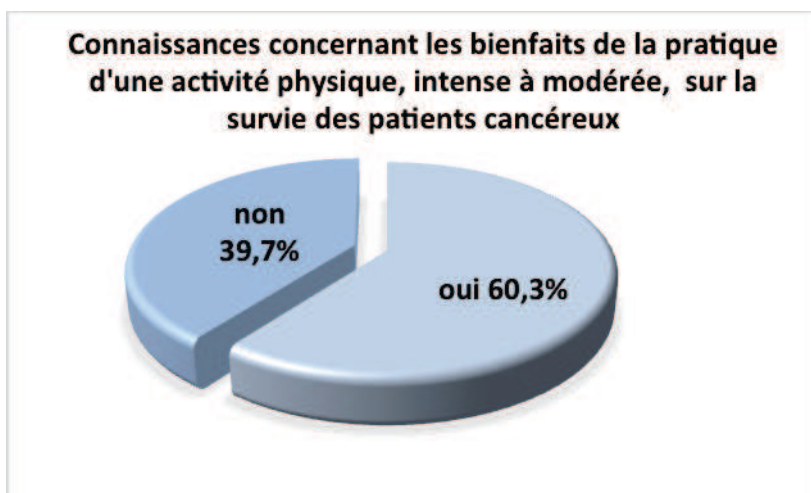


Figure 17: représentation graphique des réponses de la question 12.

64,7% des médecins généralistes (44) affirment ne pas être informé concernant cette prise en charge contre 35,3% (24) qui affirment l'être.

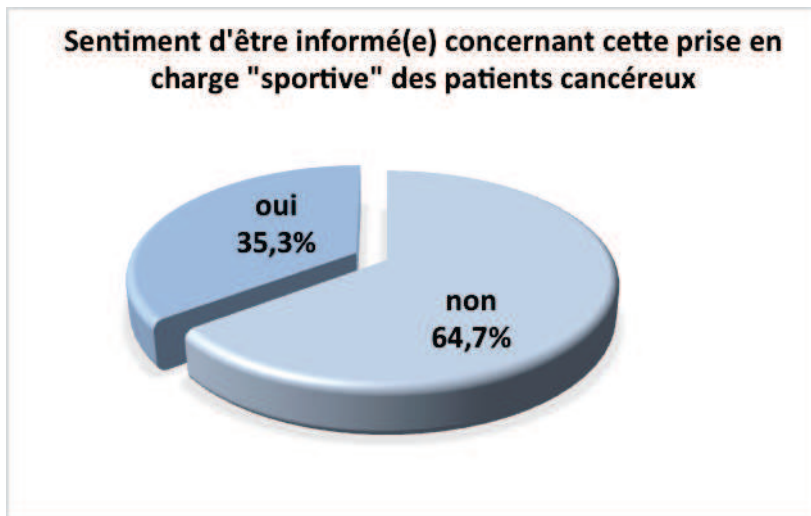


Figure 18: représentation graphique des réponses de la question 13.

Après informations/formations adaptées concernant cette pratique, 89,7% des médecins généralistes (61) prendraient l'initiative de diriger les patients vers une activité physique contre 10,3% (7) qui ne la prendraient pas.

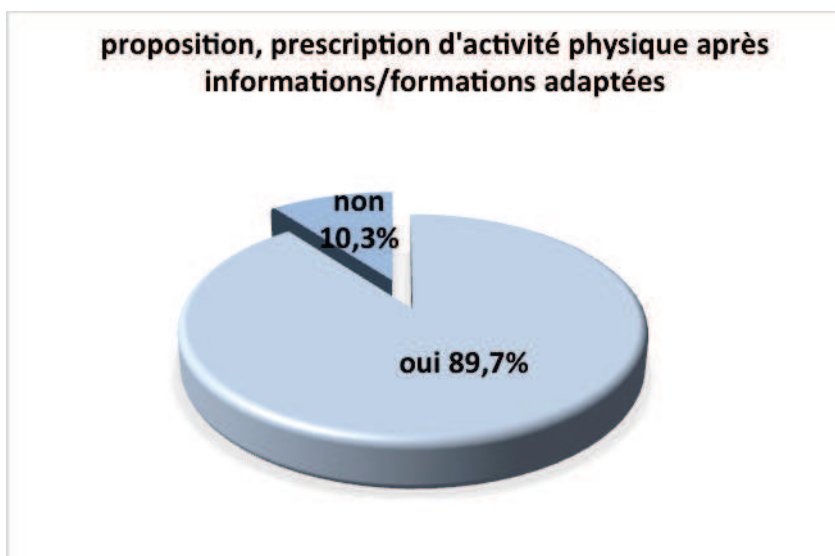


Figure 19: représentation graphique des réponses de la question 17.

Les moyens de diffuser les informations concernant les nouvelles connaissances en matière d'oncologie évoqués, sont pour 54,4% (37) des Formations Médicales Continues (FMC) ou

conférences, pour 51,5% (35) des articles dans les revues médicales, pour 45,6%(31) des réunions généralistes/spécialistes et pour 19,1% (13) des journées oncologiques.

11,8% ont répondu à l'unanimité pour « autre moyen » : les courriers des cancérologues après hospitalisation ou consultation des patients.

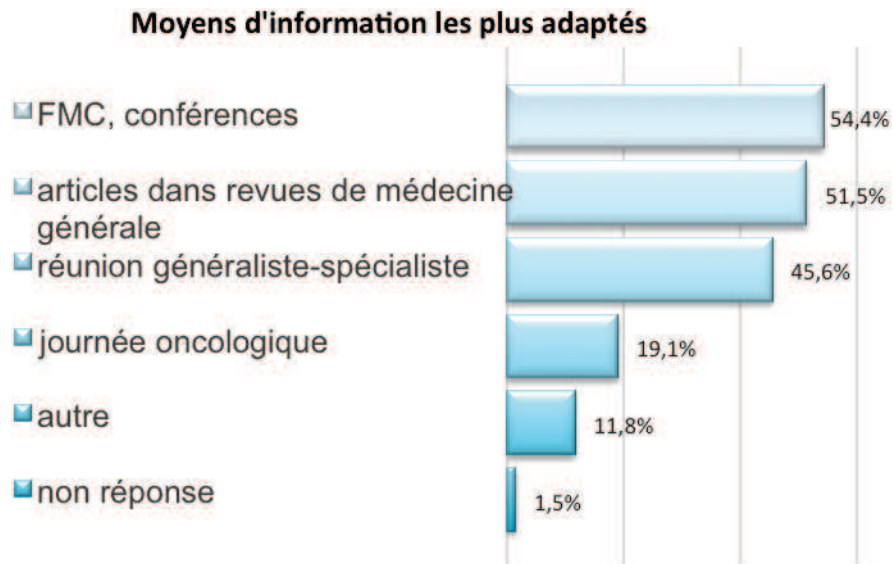


Figure 20: représentation graphique des réponses de la question 14.

4.2 Enquête auprès des patients.

4.2.1 Description de l'échantillon

4.2.1.1 Taux de réponse

Sur les 280 questionnaires distribués dans les centres hospitaliers d'Amiens, Saint-Quentin, Senlis, et Beauvais (soit 70 dans chaque centre), 203 patients ont répondu au questionnaire.

Parmi ces 203 questionnaires, 3 questionnaires n'étaient pas correctement renseignés.

Le taux de réponse est de 200 sur 280 soit 71,4%.

4.2.1.2 Epidémiologie

Parmi les 200 patients pris en charge en hôpital de jour de cancérologie ayant répondu, 1 n'a pas répondu à la question abordant le moyen par lequel le patient obtient des informations concernant la maladie.

52,5% des patients de l'enquête (105) étaient de sexe masculin. 30% des patients (60) avaient entre 61 et 70 ans, 27% (54) entre 51 et 60 ans et plus de 70 ans, 11,5% (23) avaient entre 41 et 51 ans et 4,5% (9) entre 20 et 40 ans.

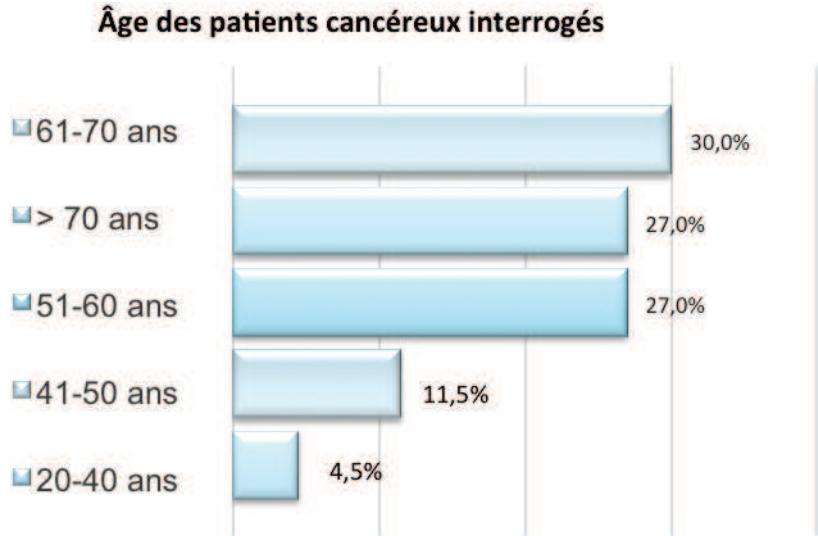


Figure 21: représentation graphique des réponses de la question 2.

35% des patients (70) étaient pris en charge au centre hospitalier de Saint-Quentin, 27,5% (55) au CHU d'Amiens, 22% (44) au centre hospitalier de Beauvais et 15,5% (31) à Senlis. Dans 16,5% (33) des cas, les patients ne connaissaient pas la localisation de leur cancer. Les cancers les plus fréquemment évoqués par les patients interrogés étaient les cancers gynécologiques dans 27% (54) des cas, digestifs dans 25% (50) des cas.

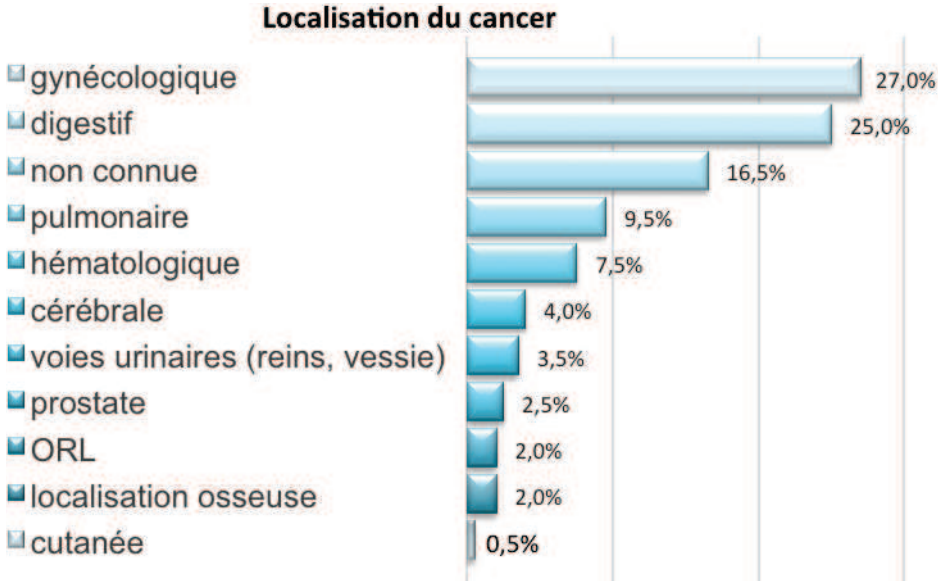


Figure 22: représentation graphique des réponses de la question 3.

4.2.3 Relation médecin-patient et informations reçues concernant l'activité physique

Pour 89,5% des patients (179), le médecin généraliste prend part au suivi du cancer, contre 10,5% (21).

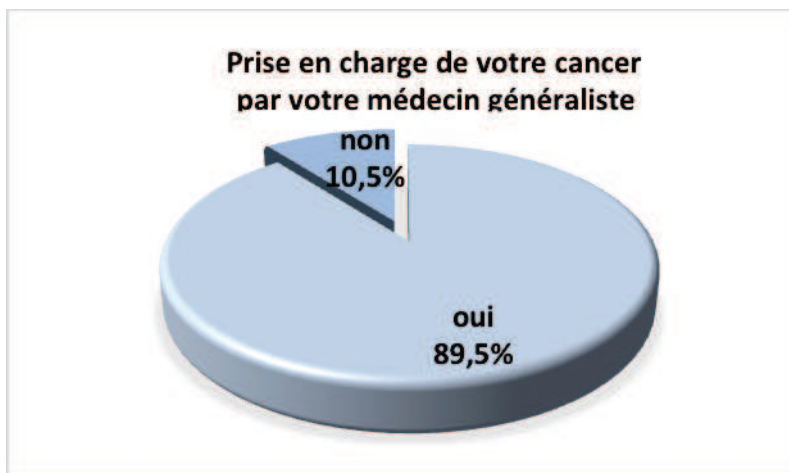


Figure 23 : représentation graphique des réponses de la question 4.

83,5% des patients (167) savent qu'il est possible de réaliser une activité physique malgré la maladie contre 16,5% (33).

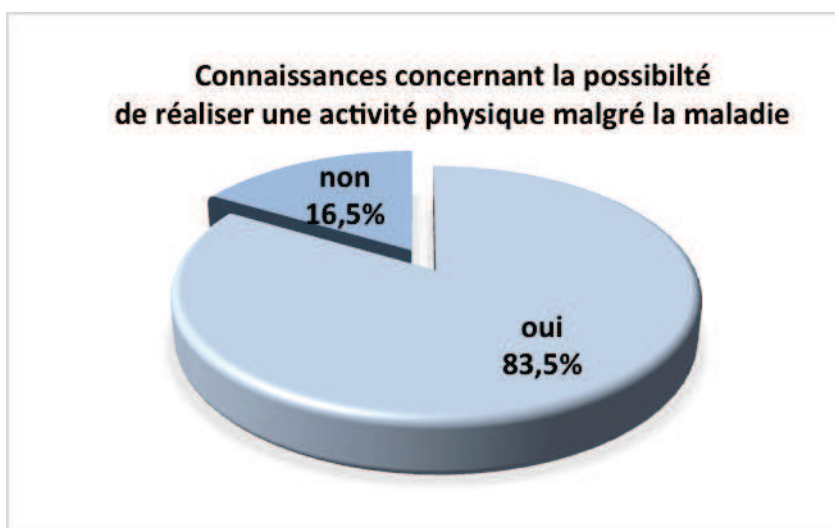


Figure 24 : représentation graphique des réponses de la question 5.

59,5% des patients (119) connaissent les bienfaits de l'activité physique, 40,5% (81) ne connaissent pas les bienfaits de celle-ci.

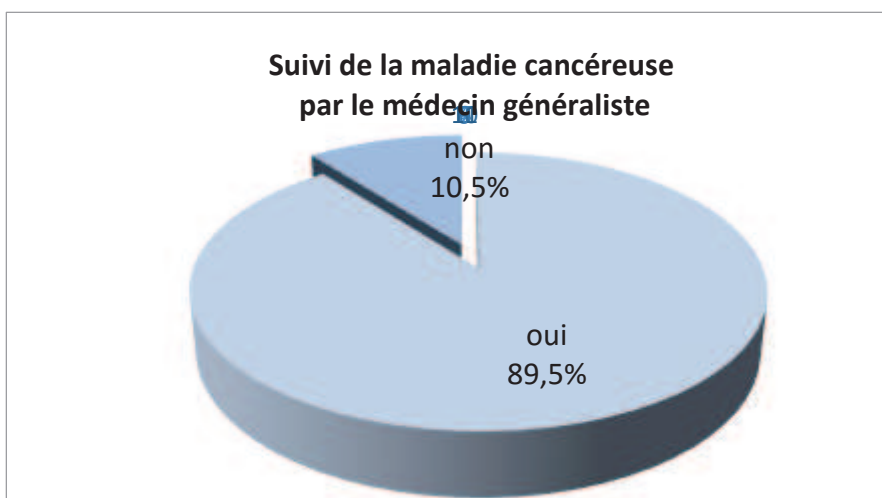


Figure 25 : représentation graphique des réponses de la question 6.

Pour 47% des patients (94), les médecins généralistes ont donné des informations concernant les bienfaits de l'activité physique. 53% des patients (106) affirment ne pas avoir reçu d'information concernant les bienfaits de l'activité physique, par leur médecin généraliste.

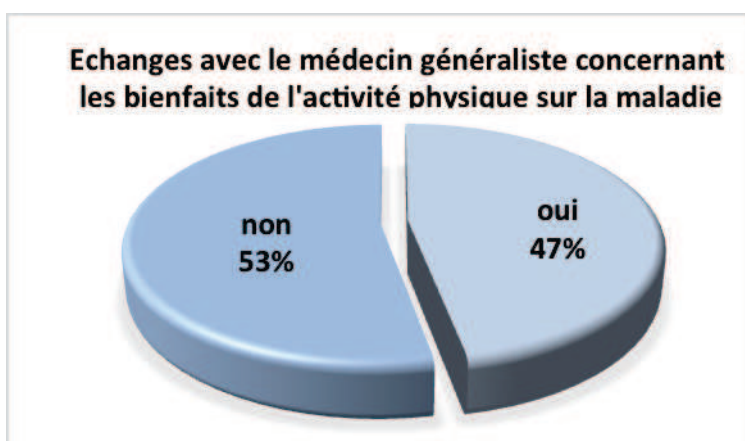


Figure 26 : représentation graphique des réponses de la question 7.

76,5% des patients (153) se tournent vers leur oncologue pour obtenir des informations concernant leur maladie, 56% des patients (112) se tournent vers leur médecin généraliste et 20% (40) vers internet et d'autres moyens d'information.

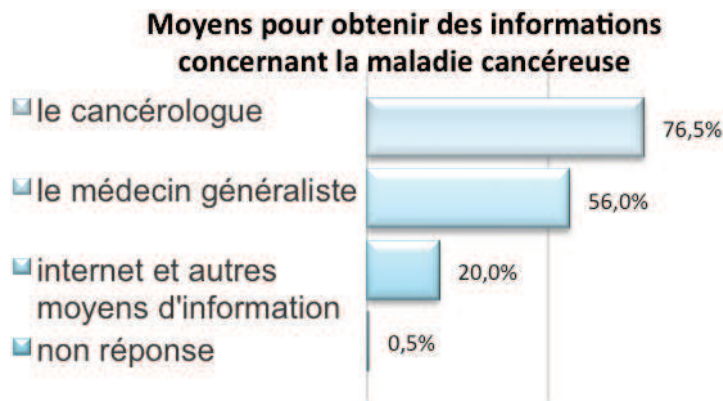


Figure 27 : représentation graphique des réponses de la question 14.

61% des patients (122) ne pensent pas moins consulter leur médecin généraliste depuis le début de la maladie. 39% des patients (78) pensent moins consulter leur médecin généraliste.

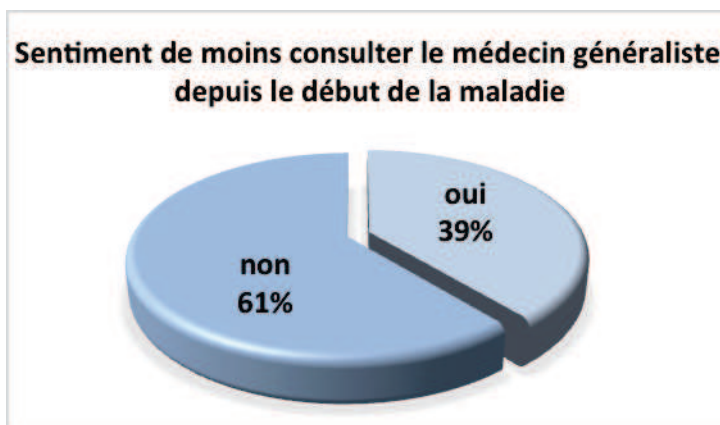


Figure 28 : représentation graphique des réponses de la question 15.

4.2.4 Pratique des patients concernant l'activité physique et bénéfices ressentis

54% des patients (108) ne pratiquent pas d'activité physique contre 46% (92) qui en pratiquent une.

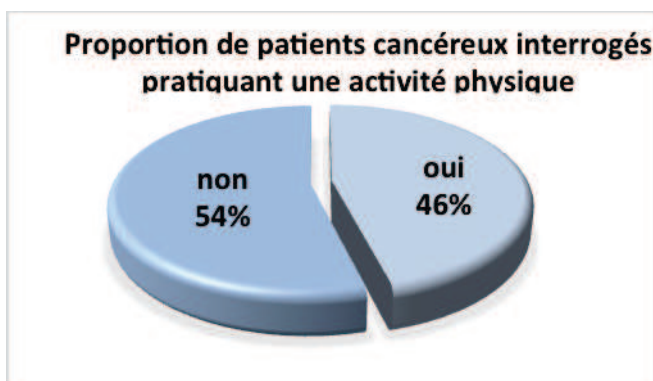


Figure 29 : représentation graphique des réponses de la question 8

Parmi les 92 patients pratiquant une activité physique, 59,8% des patients (soit 55) pratiquent de la marche, 9,8% (9) du vélo, 7,6% (7) du jardinage.

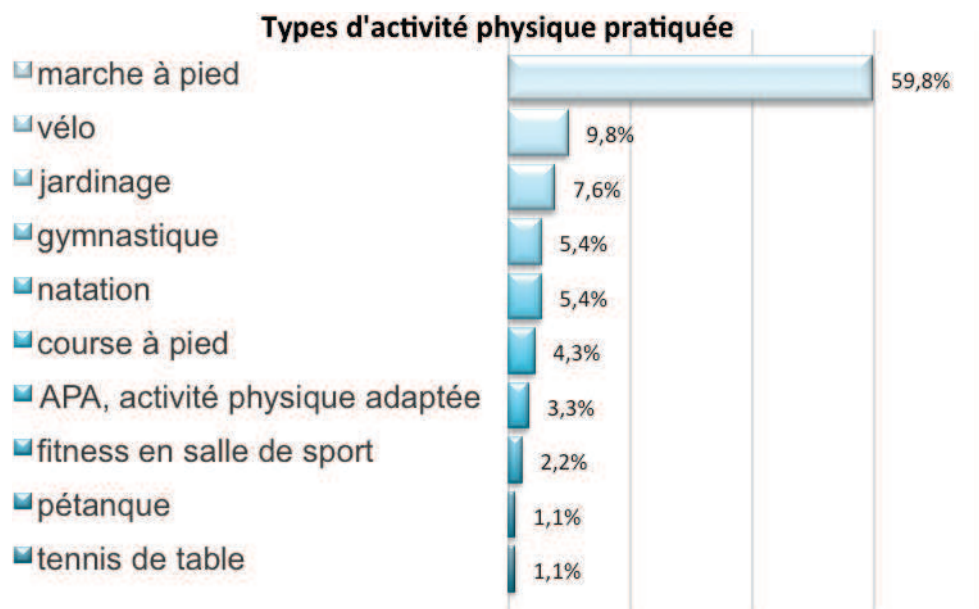


Figure 30 : représentation graphique des réponses de la question 9.

67.4% des patients (62) pratiquent leur activité physique plus d'une fois par semaine, 25%(23) une fois par semaine et 7,6% (7), moins d'une fois par semaine.

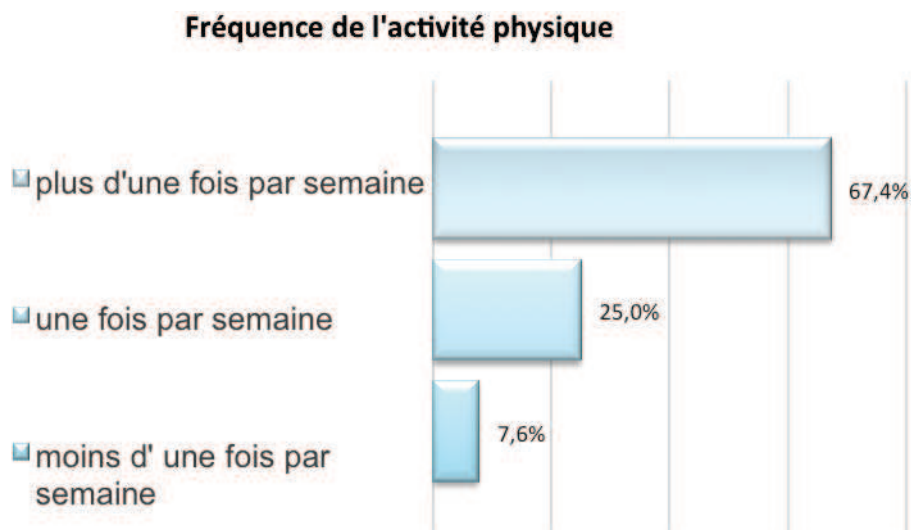


Figure 31 : représentation graphique des réponses de la question 10.

60,9% des patients (56) pratiquent leur activité physique durant plus de 30 minutes, 22,8%(21) entre 20 et 30 minutes, et 7,6% (7), moins de 10 minutes.

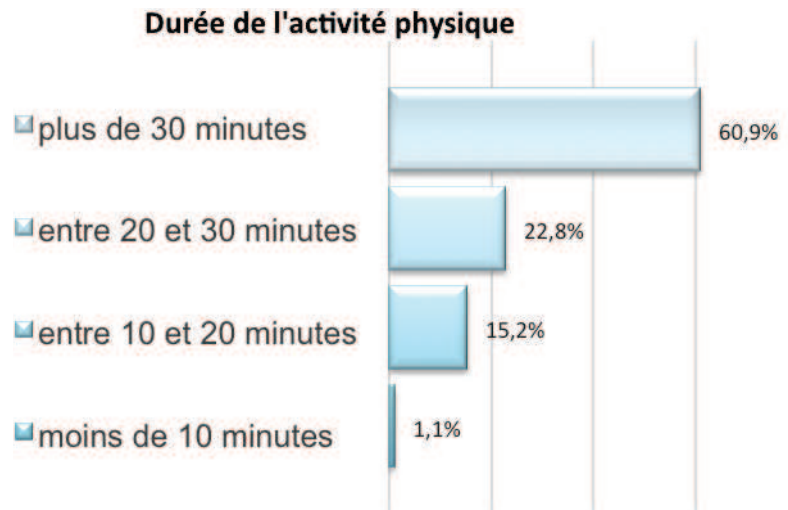


Figure 32 : représentation graphique des réponses de la question 11.

91,3% des patients (84) ressentent un bénéfice contre 8,7% (8) qui ne ressentent aucun bénéfice.

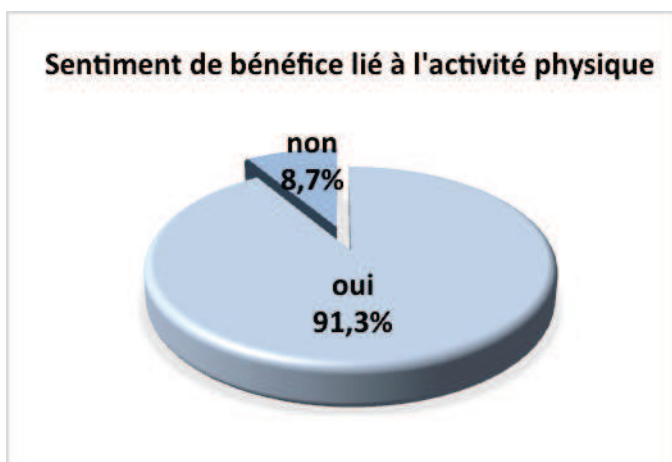


Figure 33 : représentation graphique des réponses de la question 12.

Parmi les patients ressentant un bénéfice, 75% des patients (63) ressentent un bien être moral, 41,7% (35) se sentent moins fatigués, 38,1% (32) sont moins douloureux, 29,8% (25) ressentent une amélioration sur le plan respiratoire, et un bénéfice sur le plan social. 26,2% (22) des patients ont ressenti un gain en autonomie et 20,2% (17) ont une meilleure image de leur corps.

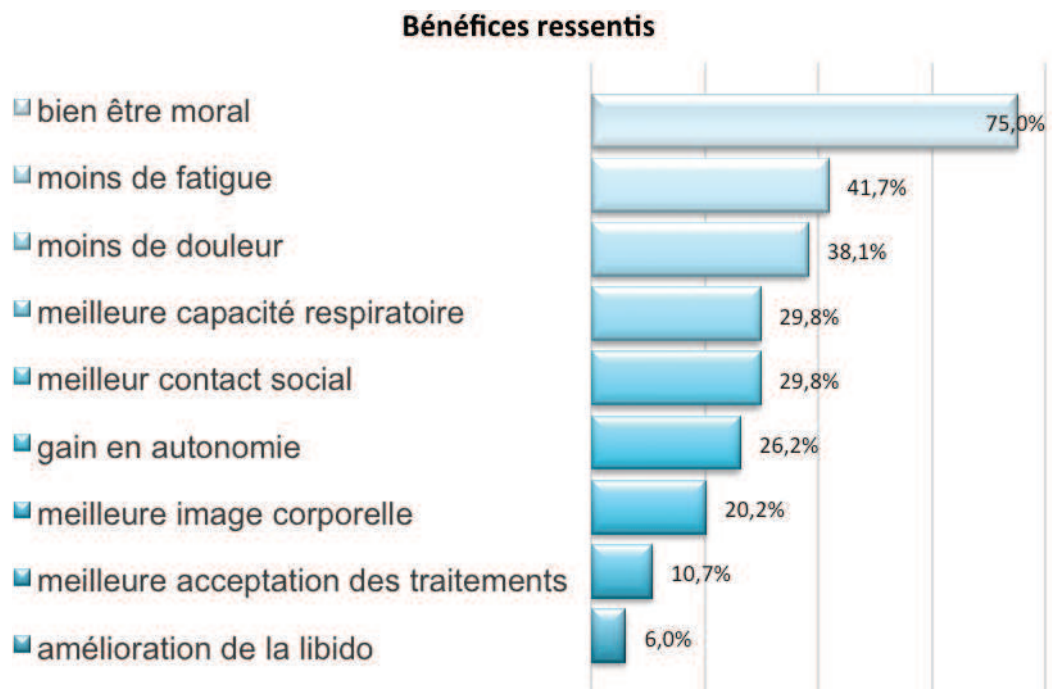


Figure 34 : représentation graphique des réponses de la question 13.

Parmi les 3,6% de patients (3) ayant répondu «autre bénéfice ressenti», tous ont répondu qu'ils avaient un meilleur sommeil.

Parmi les 54% patients n'exerçant pas d'activité physique (soit 108), 58,3% (63) se sentiraient capable de pratiquer une activité physique contre 41,7% (45) qui ne se sentiraient pas en capacité de pratiquer une activité physique.

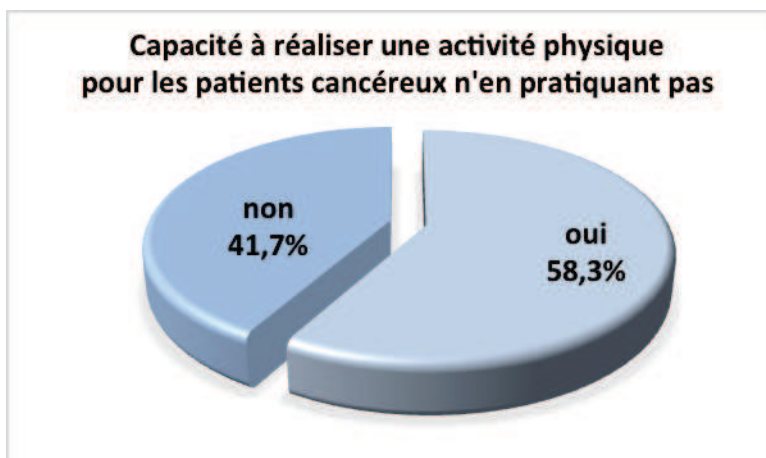


Figure 35 : représentation graphique des réponses de la question 16.

Parmi les patients n'exerçant pas d'activité physique, 54% (34) s'adresseraient à leur médecin généraliste pour obtenir un certificat de non contre-indication à l'activité physique. 46% (29) le demanderaient au cancérologue.

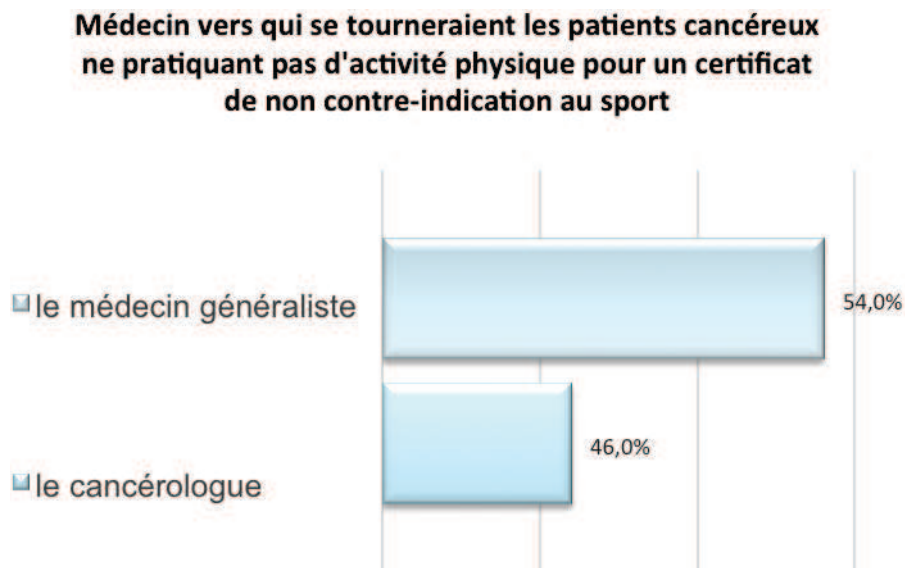


Figure 36 : représentation graphique des réponses de la question 16.

5. Discussion

5.1 Limites des enquêtes

5.1.1 Taux de réponse

Le taux de réponse de l'enquête auprès des médecins généralistes est de 13,6%, ce taux est relativement bas. Il n'y a pas eu de relance de la part de l'URPS malgré une demande. Ce taux faible peut s'expliquer également par la période estivale durant laquelle les questionnaires ont été envoyés. Celui-ci peut également s'expliquer par un questionnaire long et un temps de réponse court (2 mois), les questionnaires ayant été envoyés avec plus d'un mois de retard par l'URPS. Ce taux de réponse faible ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la Picardie. L'étude est non représentative des généralistes picards.

5.1.2 Les biais

5.1.2.1 Les biais de sélection

Ce sont probablement les généralistes les plus motivés par la cancérologie et sensibilisés à la prévention qui ont répondu. Cette situation pourrait induire une surestimation des réponses concernant leurs implications. En effet, l'étude révèle une attitude volontariste des médecins généralistes à s'impliquer dans la prise en charge de leurs patients cancéreux, notamment concernant la pratique de l'activité physique.

L'enquête réalisée auprès des patients présente également des biais de sélection. Les patients ayant répondu étaient pris en charge en hôpital de jour, et n'étaient sélectionnés pour répondre, que les patients en état général correct. Cette situation pourrait induire une surestimation de patients pratiquant une activité physique ou ayant les capacités de.

5.1.2.2 Les biais d'une enquête d'opinion

L'enquête réalisée est une enquête d'opinions entraînant des réponses déclaratives pouvant être faussées selon le ressenti du répondeur face au thème abordé.

Ces réponses sont subjectives et non vérifiables.

5.1.3 Faiblesse des questionnaires

Nous relevons les faiblesses du questionnaire «médecins généralistes» vis à vis de la question n° 18. Il est probable que la grande majorité des non-réponses à cette question s'explique par le fait que les médecins généralistes n'ayant pas répondu n'éprouvent pas de freins à la pratique d'une activité physique chez leurs patients cancéreux en cours de traitement. Ce problème d'interprétation aurait pu être évité si cette question ne s'était adressée qu'aux médecins généralistes qui n'orientent pas leurs patients vers la pratique d'une activité physique.

5.2 Caractéristiques des répondants

La population des généralistes ayant répondu à l'étude présente des caractéristiques proches de la population des généralistes libéraux de Picardie décrit dans l'atlas démographique de Picardie édité par le Conseil National de l'Ordre des médecins [36].

L'âge moyen de notre population échantillon est de 51,93 ans contre 52 ans pour la population d'origine (Picardie). Le sexe ratio H/F est en faveur des hommes dans les deux populations. Il est légèrement inférieur dans notre échantillon (63,2% d'hommes contre 69 % dans la population d'origine).

La répartition géographique dans notre échantillon n'est pas comparable à celle des médecins généralistes de Picardie. 26,5% des médecins répondant exercent dans l'Aisne contre 25,7% pour la population d'origine, 25% dans l'Oise contre 37,4% pour la population d'origine et 48,5% dans la Somme contre 36,9% pour la population d'origine.

La population des patients ayant répondu est similaire à la population des patients cancéreux enregistrés entre 2006-2009 par le registre du cancer de la Somme [37]. Plus de 80% des patients de l'échantillon sont âgés de plus de 50 ans. Le registre décrit une population dont la courbe d'incidence augmente à partir de 50 ans avec un âge moyen de 66,7 ans et un âge médian de 68 ans. L'échantillon est assez proche de la population des patients cancéreux de la Somme. Il est impossible d'étendre cette représentativité à la région Picarde, n'ayant aucune donnée régionale collectée.

5.3 Analyse des résultats «médecin généraliste»

L'étude auprès des médecins généralistes a permis de relever les besoins et difficultés concernant l'initiation à l'activité physique des patients cancéreux en cours de traitement:

- manque de connaissance à ce sujet,
- manque de formation des généralistes,
- manque de soutien des différents acteurs (réseau de cancérologie et associations),
- manque de communication auprès des médecins généralistes et des patients,
- frein de la part des patients,
- frein concernant la prise de responsabilité à l'élaboration d'un certificat de non contre-indication à l'activité physique pour des patients atteints de maladie grave comme le cancer.

5.3.1 Peu d'initiation à l'activité physique malgré une volonté d'implication dans la prise en charge des patients cancéreux

83.8% des médecins généralistes de Picardie (57) ayant répondu au questionnaire se sentent impliqués dans le suivi de leurs patients cancéreux en cours de traitement et autant, (88,2% soit 60 médecins généralistes) se sentent impliqués dans la prévention secondaire et tertiaire de ces patients. Ceci montre une volonté des médecins généralistes de Picardie de s'investir dans une prise en charge globale de leurs patients atteints de cancer.

Malgré ce désir d'implication, plus de la moitié des médecins généralistes ne prescrivent que «parfois» des soins de support comme la kinésithérapie, la socio-esthétique, l'homéopathie, l'acupuncture, une prise en charge diététique, une prise en charge psychologique, de la relaxation. Peu de soins de support paraissent prescrits; par manque de temps de la part des généralistes pour mettre en place ce type de prise en charge? Peu d'intérêt pour ce type de prise en charge? Méconnaissance des bienfaits de ce type de soins?

Nous rappelons que les soins de support sont « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes atteintes de cancer tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ». Ils répondent à la mesure 42 du plan cancer I: « Assurer aux patients un accompagnement global, au delà des protocoles techniques, par le développement des soins complémentaires et des soins palliatifs ». (Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

Un des projets du réseau Régional de Cancérologie de Picardie (ONCOPIC), comme les autres réseaux au niveau national, est d'améliorer la qualité des soins en cancérologie et les échanges entre professionnels de santé [31]. Après un travail réalisé auprès de l'ensemble des professionnels de la région, un site internet a été mis à disposition des soignants et des patients concernant les différents types de soins de support et les coordonnées des différents acteurs concernant ces soins (adresses et téléphones). Ceci tend à faciliter l'accès aux soins de support et la mise en place d'un lien entre les différents intervenants. Ce lien permet également un accès rapide aux informations, ce qui constitue un gain de temps, que l'on sait précieux chez les médecins généralistes. Il paraît intéressant et utile que les médecins généralistes prennent connaissance de ce lien internet pour améliorer la prise en charge des patients cancéreux en termes de soins de support d'où la nécessité d'améliorer ces outils de communication par le réseau.

Un autre argument pouvant expliquer le manque d'initiation à l'activité physique des patients cancéreux par le généraliste est la perte du suivi de ces patients. En effet, 42,6% des médecins généralistes ont le sentiment de moins revoir leurs patients cancéreux après le diagnostic. Ceci peut s'expliquer par différentes hypothèses:

- les patients sont dans un état de santé nécessitant une prise en charge exclusivement hospitalière,
- les patients se trouvent en très bon état général et ne ressentent pas la nécessité de consulter le médecin généraliste,
- les patients pensent que tout problème peut être lié au cancer et donc appellent directement le service de cancérologie ou consultent le milieu hospitalier.
- les patients pris en charge en hôpital de jour ont régulièrement un lien avec un médecin et n'éprouvent pas le besoin de re-consulter leur médecin traitant.

Parmi les médecins ayant répondu, certains ont écrit des commentaires (non demandés) concernant cette question. Ces médecins confirmaient le fait de perdre certains de leurs patients après le diagnostic de cancer et n'avoir aucune nouvelle d'eux, même pour des renouvellements d'ordonnances. Ces médecins généralistes se sentent mis au deuxième plan dans la prise en charge de ces patients cancéreux. Pour éviter cela, il serait important de réorienter le patient vers son médecin généraliste notamment pour des prises en charge pouvant être réalisées en ville, de ne pas faire un renouvellement de l'ordonnance de sortie comprenant le traitement habituel du patient pour une trop longue durée. Il est également important et nécessaire de développer la communication hôpital-ville pour maintenir un lien

entre professionnels de santé qui ne peut être que bénéfique et améliorer la prise en charge des patients cancéreux en ville, par le biais de courriers, fiches de RCP adressés aux généralistes. Plus de la moitié des médecins généralistes ayant répondu à notre enquête ont «parfois» parlé d'activité physique et leurs patients leur ont «parfois» demandé un certificat de non contre-indication à la pratique d'activité physique. Cet échange sur cette pratique aboutit parfois à la demande de ce certificat, mais celui-ci n'est pas toujours réalisé.

Bien que les médecins généralistes pensent possible la pratique d'une activité physique modérée à intense chez des patients atteints d'une pathologie lourde comme le cancer, et que la même proportion de généralistes prendraient l'initiative de rédiger un certificat de sport, il y a très peu de généralistes pour lesquels les patients pratiquent une activité physique. Et pour beaucoup, leurs patients ont cessé leur activité physique.

Cette différence entre la volonté des médecins généralistes et l'absence de pratique d'activité physique pourrait s'expliquer par le fait que les patients atteints d'un cancer sont réticents, ne se sentent pas capable de débiter ou poursuivre une activité physique. De plus, 39,7% des médecins n'ont jamais proposé et 41,2% ont parfois proposé une activité physique chez ces patients. Il y a une proportion de médecins généralistes favorables à l'activité physique mais qui sont freinés pour prendre l'initiative, la responsabilité de rédiger un certificat de non contre-indication, ou de proposer une activité physique à ces patients fragilisés par la maladie et les traitements. Certains médecins généralistes sont frileux pour prescrire une activité physique au vu des risques, notamment de chute et de fracture, d'aggravation de l'état général, de la fatigue... Hors les études visent à montrer un bénéfice non négligeable de l'activité physique sur tous ces symptômes. Modifier également l'image que peut avoir les généralistes sur la maladie cancéreuse pourrait modifier leur comportement en matière de prescription d'activité physique.

Ce manque d'initiation à la pratique d'une activité physique s'explique également et surtout par le manque de connaissances des médecins généralistes sur ce sujet.

5.3.2. Des connaissances et formations insuffisantes

Plus de la moitié des médecins généralistes (77,9%) savent qu'une activité physique modérée à intense améliore la qualité de vie des patients. Une proportion moindre de médecins généralistes (60,3%) connaît les bienfaits de l'activité physique sur la survie des patients cancéreux. Malgré ces résultats, 64,7% des médecins généralistes ayant répondu affirment ne pas être informé concernant la prise en charge sportive des patients atteints de cancer en cours

de traitement, ce qui explique que ces généralistes proposent peu l'activité physique chez ces patients. Le manque d'information est un des principaux freins évoqués parmi d'autres (fatigue, altération de l'état général, risque de fracture secondaire). Les médecins généralistes attendent des formations venant de spécialistes mais aussi des informations «pratiques» concernant la mise en place de ce projet. Les moyens évoqués pour s'informer pour la plupart des généralistes sont sous forme de conférences, de FMC.

La Formation Médicale Continue (FMC), rendue obligatoire en France depuis 1996, ou plus récemment, comme l'indique la loi HPST du 11 mars 2009, semble être à l'heure actuelle un outil précieux pour améliorer les connaissances théoriques des médecins généralistes en activité. Cet élément est d'ailleurs souligné dans le premier Plan Cancer.

Dans une enquête réalisée par la Ligue contre le cancer entre juin et août 2010, dans toute la France, sur le thème « Les médecins généralistes face au cancer», les généralistes disaient avoir besoin d'une formation complémentaire en cancérologie. Cette étude a montré une contradiction entre une «forte volonté à se former» et une «faible participation en formation», ce qui souligne le manque de disponibilité des généralistes et l'insuffisance de l'offre de formation en cancérologie [38].

Devant leur emploi du temps serré, multiplier les possibilités de formation sur l'année leur permettrait d'augmenter les chances de faire correspondre leurs disponibilités avec les formations proposées et ainsi augmenter leur participation.

En plus des formations médicales continues des médecins généralistes, doivent se mettre en place des moyens de communication et d'information.

5.3.3 Un manque d'information et de communication

Cette étude a montré un manque d'information des médecins généralistes concernant le projet d'activité physique adaptée aux patients cancéreux et un manque de communication entre les professionnels de santé, entre les médecins généralistes et le réseau de cancérologie et les différentes associations.

Les moyens d'information peuvent passer par le réseau régional de cancérologie. Ce dernier doit se faire connaître auprès des médecins généralistes afin que leur projet soit diffusé.

L'activité physique est un projet jeune, innovateur, en plein essor en Picardie qui mériterait d'être connu par un plus grand nombre de professionnels de santé. Ce projet est soutenu par ONCOPIC dont les principales missions sont:

- la diffusion auprès des professionnels de santé, des recommandations de bonne

pratique clinique en cancérologie, établies par l'INCa à partir de l'expertise des cliniciens et de données scientifiques réactualisées en permanence,

- la facilitation des échanges entre professionnels de santé,

- la communication auprès des patients et des professionnels du réseau notamment par le biais d'internet.

Le réseau ONCOPIC a pour projet en plus de l'APA, de soutenir des associations d'activités physiques avec des éducateurs spécialisés en dehors du milieu hospitalier. D'autres projets comme «sport pour tous» vont favoriser l'accès en salle de sport aux patients atteints de pathologies lourdes. Des associations, comme Diamant rose à Saint-Quentin ou SIEL bleu, proposent une prise en charge sportive des patients atteints de pathologies lourdes comme le cancer. Plusieurs projets voient le jour et permettent un accès à l'activité physique aux patients et une prise en charge plus adaptée que dans une association sportive simple, encore faudrait-il que les généralistes soient informés pour y orienter leurs patients.

Il est nécessaire pour les réseaux cancérologiques de se faire connaître lors de ces formations, lors de congrès ou par d'autres moyens de communication.

Les associations pourraient également se faire mieux connaître auprès des médecins généralistes par des tracts, des posters, des mails, des réunions.

Nous pourrions mettre en évidence une augmentation du nombre de généralistes qui proposeraient ou délivreraient un certificat de non contre-indication au sport si ces derniers avaient accès à des informations adaptées. 89.7% des médecins généralistes, après information, (contre 73,5% sans information) pourraient diriger leurs patients cancéreux vers une activité physique, d'où l'importance de sensibiliser les professionnels de santé et mettre en place des moyens d'informations adaptées.

Les informations doivent porter sur les nouveautés en cancérologie, doivent apporter des informations pratiques mais également sur les différents projets mis en place ou à venir dans la région. Il serait intéressant d'informer les généralistes sur l'APA, même si c'est un programme majoritairement hospitalier. Dans notre étude, peu de patients faisaient partie d'un groupe d'APA (3 sur 92 soit 3,3%). Certains groupes de certains territoires ne sont pas complets et/ou n'accueillent que des femmes. Un médecin traitant informé et sensibilisé à cette pratique pourrait être un appui supplémentaire pour orienter les patients cancéreux, notamment les hommes vers l'APA. Les enseignants APA n'ont aucun contact avec les généralistes. La prise de connaissance concernant cette jeune profession, une rencontre avec ces intervenants et une présentation de leur activité auprès des généralistes valoriseraient leur

travail et favoriseraient l'initiation à l'activité physique des patients atteints de cancer en cours de traitement.

Quelques généralistes suggèrent que les informations soient mises dans le courrier des oncologues après hospitalisation ou consultation de leurs patients. Ces généralistes demandent une meilleure collaboration, une meilleure communication entre eux et les spécialistes concernant leurs patients communs. En effet, pourquoi ne pas mettre dans ce courrier la notion de non contre-indication à une activité physique, ce qui permettrait aux généralistes frileux d'initier un patient à l'activité physique, de prendre la responsabilité d'élaborer un certificat de non contre-indication au sport, ou du moins d'en parler avec le patient.

5.4 Analyse des résultats «patient»

L'étude auprès des patients cancéreux a permis de relever un manque d'implication dans la pratique d'une activité physique secondaire à:

- un manque d'information,
- une méconnaissance des bienfaits,
- un manque de moyen matériel ou financier
- des difficultés physiques,
- un manque d'initiation de la part des médecins.

5.4.1 Relation médecin-patient et informations reçues concernant l'activité physique

Pour la plupart des patients (soit 89,5%), le médecin généraliste prend part au suivi de la maladie. Parmi eux, 61% ne pensent pas moins le consulter depuis l'annonce du diagnostic de cancer. 83.5% des patients savent qu'il est possible de réaliser une activité physique et 59,5% (soit 119 patients) connaissent les bienfaits de celle-ci.

40.5%, (soit 81 patients) méconnaissent les bienfaits de l'activité physique, ce qui n'est pas négligeable. Cette méconnaissance provient-elle d'un manque d'intérêt concernant cette pratique? Un manque d'échange concernant ces bienfaits avec le généraliste? Un manque de communication autour de ce projet par les différents acteurs?

Pour un peu plus de la moitié de ces patients, (53%), les informations ne proviennent pas de leur médecin généraliste; soit par le manque d'information à ce sujet de la part du généraliste soit par le fait que 76% de ces patients s'adressent à leurs oncologues pour obtenir des informations. Néanmoins, concernant la pratique d'activité physique malgré la maladie, plus de la moitié des patients (54%) s'adresseraient à leur médecin généraliste plutôt qu'à leurs oncologues pour être orienté vers la pratique sportive, ce qui confirme l'intérêt de mettre en place des moyens d'informations adaptés auprès des généralistes concernant cette pratique. En plus de former les médecins généralistes, il serait intéressant de mettre également en place des moyens de communication (posters, brochures, flyers) dans leurs salles d'attente afin d'attirer l'attention et de sensibiliser les patients concernés et leur entourage pour ce type de prise en charge. D'autre part, cette information peut être délivrée lors de la consultation d'annonce médicale et surtout paramédicale, comme les autres soins de support.

Depuis peu, de développent, dans certaines villes, et campagnes, des réunions d'information mises en place par des professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers), à destination des patients. Ces réunions ont pour objectifs d'informer, d'éduquer, de conseiller les patients.

Il serait intéressant de développer ce type de réunion encore trop rares, pour les patients cancéreux. Malheureusement, cela dépend de la disponibilité et de l'implication des professionnels de santé dans la prise en charge de certaines maladies graves comme le cancer et de moyens matériels.

5.4.2 Une pratique d'activité physique insuffisante malgré les bénéfices ressentis

Parmi les 200 patients ayant répondu au questionnaire, 108 (54%) ne faisaient pas d'activité physique contre 92 (46%) qui en pratiquaient une. L'âge des patients pratiquant le plus souvent une activité physique se situait entre 41 et 50 ans (69,6%) suivi par les 20-40 ans (44,4%), les patients réalisant une activité physique étaient pour 53,3% des hommes. En croisant les résultats, nous avons mis en évidence que la pratique d'une activité physique ne dépendait ni de la localisation de la maladie, ni du sexe du patient, ni du fait de plus ou moins consulter le médecin traitant et ce de façon non significative (avec respectivement $p: 0,4$, $p: 0,8$, et $p: 0,15$). Nous avons mis en évidence une dépendance non significative entre le fait de pratiquer une activité physique et l'âge ($p:0,02$), et le fait de recevoir des informations

concernant les bienfaits de l'activité physique ($p:0,06$). L'activité physique est possible dans la plupart des cancers, l'important est qu'elle soit adaptée à la capacité du patient.

Le registre du cancer de la Somme décrit une population de patients dont la courbe d'incidence augmente à partir de 50 ans avec un âge moyen de 66,7 ans et un âge médian de 68 ans. Dans notre étude, l'exercice physique est le plus souvent pratiqué par les patients jeunes, qui se sentent en meilleure santé que les patients plus âgés. Ceci ne représente pas la majorité des patients cancéreux qui ont un âge plus avancé et donc un état de santé plus altéré avec plus de comorbidités. Il est plus difficile d'initier des patients plus âgés et souvent peu habitués à la pratique d'une activité physique. La pratique d'activité physique est très importante chez ces patients plus âgés afin de diminuer leurs facteurs de mortalité associés à la maladie cancéreuse.

Les patients pratiquant une activité physique s'impliquent le plus souvent à intensité faible à très modérée, probablement par un manque de capacité et/ou par difficultés physiques. La majorité de ces patients ressentent des bénéfices mais est-ce suffisant pour que cette activité physique ait un impact sur la mortalité de ces patients? Il en est de même dans les groupes d'APA où les patients réalisent le plus souvent une activité physique peu intense. Bien que le but principal de ce projet ne soit pas d'améliorer la survie, ce type d'activité physique aura un impact positif concernant la fatigue, la douleur, l'état psychologique et social, mais n'aura que peu d'impact sur les bienfaits décrits dans la première partie, notamment la force musculaire, la capacité respiratoire et la survie.

Il paraît évident que l'activité physique doit être progressive et adaptée aux capacités du patient mais il y a un décalage entre ce que démontrent certaines études en terme d'intensité d'activité physique et la capacité de certains de nos patients picards.

Nous avons également mis en évidence que la pratique de l'activité physique ne dépend pas de l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge de la maladie et ce de façon significative ($p<0,001$). Ce résultat peut être expliqué par le fait qu'un patient qui pratique une activité physique est en meilleur état de santé et n'éprouve pas le besoin de consulter son généraliste. Ces patients ressentent moins les effets secondaires de la maladie et des traitements et sont moins demandeurs de soins, ce qui explique une implication moindre de médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients.

Reste une proportion importante de patients, soit 108 sur 200 qui ne pratiquent pas d'activité physique. Parmi ces 108 patients, 45 (soit 41.7%) ne se sentiraient pas capable de pratiquer une activité physique, probablement par difficultés physiques ou appréhension. Les patients, passant d'un corps en bonne santé à un corps malade se pensent et se sentent limités dans

leurs performances, d'une part par la représentation de la maladie cancéreuse qu'ils se font, d'autre part par les soins médicaux autour. Il serait important de modifier cette image de corps malade trop fragile et incapable, et d'informer les patients sur l'importance de l'impact de l'activité physique sur leur organisme. Se trouve ici le rôle du médecin généraliste, rôle d'information, de soutien, de conseil et d'orientation.

Parmi ces 108 patients ne pratiquant pas d'activité physique, 63 (soit 58,3%) se sentiraient capable d'en pratiquer une et parmi ces derniers, 54% consulteraient leur médecin généraliste pour un certificat de non-contre indication. Il y a donc une population de patients atteints de cancer ne pratiquant pas d'activité physique et qui pourraient en faire. Malheureusement, ceci montre le manque d'implication des patients cancéreux et des médecins généralistes dans l'initiation à l'activité physique, d'où l'intérêt de mettre en place des moyens d'informations adaptés chez les médecins et les patients afin de sensibiliser cette proportion de patients et faciliter l'accès à l'activité physique.

Concernant les bienfaits de l'activité physique sur les 92 patients réalisant une activité physique, 84 (soit 91,3%) ont ressenti un bénéfice, pour la plupart sur le plan moral, puis une amélioration concernant la fatigue, la douleur, les capacités respiratoire. Un certain nombre de patients ont ressenti un bénéfice sur le plan social, sur l'autonomie et l'image corporelle. En proportion moins importante, les patients ont ressenti un bénéfice concernant l'acceptation des traitements, la libido et le sommeil. La plupart de ces bénéfices ont été décrits dans les différentes études citées dans la première partie. Ils tendent à améliorer l'état de santé physique, psychologique du patient et favoriser l'observance. L'activité physique est un plus dans la prise en charge des patients atteints d'une pathologie lourde comme le cancer.

Le manque de pratique sportive de la part des patients vient du manque d'information concernant les bienfaits de la pratique d'activité sur leur maladie, ainsi que le peu d'échange concernant cette pratique avec le généraliste. Peuvent s'y ajouter d'autres raisons dont des difficultés physiques, le manque d'envie, le manque de moyen matériel ou financier. A noter que l'APA est prise en charge à 100% mais qu'en est-il dans les autres structures? Les moyens financiers des patients restent un problème majeur et récurrent. Certaines pratiques, comme par exemple la pratique de l'escrime à Beauvais demande un investissement financier de la part des patientes. Cette pratique concerne essentiellement les femmes atteintes d'un cancer du sein ayant subi un curage ganglionnaire. Le coût engendré par cette activité est à la charge de la patiente.

Le manque de moyen matériel peut également expliquer cette faible implication de la part des patients cancéreux dans la pratique d'une activité physique. Il y a un manque de structure

adaptée pouvant accueillir ces patients atteints de pathologies lourdes comme le cancer. Malheureusement, les groupes d'APA sont composés d'un nombre limité de patients afin de personnaliser au mieux la prise en charge. Il serait intéressant d'augmenter le nombre de groupes d'APA et de favoriser la mise en place de l'APA en campagne. Ceci demande des moyens matériels, financiers et humains (éducateurs sportifs) difficiles à obtenir ainsi que l'implication des médecins et patients. A noter que dans notre enquête «médecin généraliste», 60.3% des médecins généralistes exercent en milieu rural, ce qui peut expliquer le manque d'initiation à l'activité physique des patients cancéreux de la part de ces médecins. L'accès à des structures sportives adaptées paraît plus difficile en milieu rural qu'en ville.

6. Conclusion

L'activité physique est un allié essentiel dans la prise en charge des patients cancéreux en cours de traitement.

Plusieurs études ont non seulement montré les bienfaits de l'activité physique en termes de force musculaire, de capacité cardio-vasculaire, de capacité respiratoire, d'état psychosocial mais ont également montré un bénéfice en terme de survie. Il a été prouvé que l'activité physique diminuait la mortalité toutes causes confondues mais également dépendante du cancer. C'est pour cela que cette prise en charge «sportive» est un enjeu majeur de santé publique. Plusieurs projets voient petit à petit le jour grâce à des réseaux comme ONCOPIC, EPGV, et d'autres associations.

Cette enquête a montré la volonté des médecins généralistes à être impliqué dans la prise en charge oncologique de leurs patients. Malheureusement, ils initient peu leurs patients cancéreux à l'activité physique. Ceci pour plusieurs raisons dont la principale est le manque d'information sur ce projet, notamment par un manque de formation, mais également un manque de communication avec le réseau de cancérologie et les différentes associations.

Pour palier à ce manque, la mise en place de formations médicales continues pourrait être intéressante et également la mise en place d'une communication entre les différents acteurs concernant ce projet et les généralistes. L'information des patients sur l'activité physique est également primordiale, elle passe par le spécialiste mais également et surtout un médecin généraliste correctement informer sur cette pratique. D'autres moyens de communication comme des flyers pourraient être mis en place dans les salles d'attente des médecins.

L'APA est un programme hospitalier qui permet l'accès à une activité physique adaptée aux patients atteints de cancer. Elle a pour but de les autonomiser et de les réinsérer dans une activité sportive à long terme. Développer cette prise en charge sportive en ville et en campagne pour qu'un plus grand nombre de patients puissent y avoir accès est un des projets soutenus par ONCOPIC. Projet qui devrait se faire connaître des médecins généralistes picards.

La maladie cancéreuse, pour beaucoup de patients, et probablement quelques généralistes, est synonyme de diminution des capacités fonctionnelles du corps, de fragilité accrue notamment au niveau osseux. Il y a une volonté de préserver les fonctions et ne pas mettre à mal ce corps par l'activité physique. La modification de cette image de maladie grave passe par une information adaptée concernant les bienfaits de l'activité physique et une réassurance des professionnels de santé et des patients.

D'autres raisons pourraient être évoquées quant au manque d'activité physique des patients cancéreux: le manque d'accès aux structures sportives adaptées, ou les problèmes financiers. Bien que les médecins généralistes de Picardie soient impliqués dans la prise en charge de leurs patients cancéreux, ils initient trop peu ces derniers à l'activité physique qui devrait faire partie de la prise en charge globale du patient. Notre étude nous a montré que les généralistes pourraient être des acteurs importants dans cette prise en charge s'ils possédaient des connaissances adaptées et avaient des liens avec les différents réseaux et intervenants.

Il serait intéressant de faire ce même type d'enquête à distance, avec une plus grande participation des généralistes et de réaliser une étude qui permettrait une analyse en matière de survie, en fonction du type d'activité physique réalisée par les patients cancéreux picards.

Références bibliographiques

- [1]. INCa : Institut National du Cancer [Consulté le 24 janvier 2015]. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer>.
- [2]. Justin C. Brown, Kerri Winters-Stone, Augustine Lee, and Kathryn H. Schmitz · Cancer, Physical Activity, and Exercise Oregon Health & Science University: School of Nursing. 2012 October ; 2(4): 2775–2809.
- [3]. AFSOS: Association francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Hôpital Européen Georges Pompidou. [Consulté le 24 janvier 2015]. Disponible sur <http://www.afsos.org>.
- [4]. Rebecca M. Speck, Kerry S. Courneya, Louise C. Mâsse, Sue Duval, Kathryn H. Schmitz. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv* ; January 2010 4:87–100.
- [5]. Lee W. Jones, Yuanyuan Liang, Edith N. Pituskin, Claudio L. Battaglini, Jessica M. Scott, Whitney E. Hornsby and al. Effect of Exercise Training on Peak Oxygen Consumption in Patients with Cancer: A Meta-Analysis. *The Oncologist Express* on January 6, 2011.
- [6]. Romieu,I, Touillaud .M, Ferrari.P, Bignon.Y, Antoun.S, Berthouze-Aranda.S. Physical activity and cancer survival. *Bulletin du cancer*. Octobre 2012 ; vol 99, n°10.
- [7]. Kerry S. Courneya, Roanne J. Segal, John R. Mackey, Karen Gelmon, Robert D. Reid, Christine M. Friedenreich, and al. Effects of Aerobic and Resistance Exercise in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Multicenter Randomized Controlled Trial *journal of clinical oncology* number 28, october 1 2007.
- [8]. Roanne J. Segal, Robert D. Reid, Kerry S. Courneya, Ronald J. Sigal, Glen P. Kenny, Denis G.Prud'Homme, and al. Randomized Controlled Trial of Resistance or Aerobic Exercise in Men Receiving Radiation Therapy for Prostate Cancer.
- [9]. Hojan K., Milecki P., Molińska-Glura M. , Roszak A., Leszczyński P. Effect of physical activity on bone strength and body composition in breast cancer premenopausal women during endocrine therapy *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (Europa Medicophysica)* 2013 June;49(3):331
- [10]. Bouvard B. service de rhumatologie, INSERM 922CHU, faculté de médecine d'Anger. *Tissu osseux et sport*. Pdf.
- [11]. Anne Gomez-Brouchet Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Rangueil, Toulouse. *Remodelage osseux, aspects biologiques et moléculaires*.
- [12]. S.C. Agasi-Idenburg, G. Aufdemkampe, H.M. Wittink Received: The Effect of Physical Exercise on Cancer-related Fatigue during Cancer Treatment: a Meta-analysis of Randomised Controlled Trials, September 1, 2009; Received in revised form: December 3, 2009; Accepted: December 8, 2009; april, 2010 volume 22, pages 208-221.

- [13]. Fernando C. Dimeo, Rolf-Dieter Stieglitz, Ulrike Novelli-Fischer, Sebastian Fetscher and Joseph Keul . Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy *Cancer*, 15 may1999 , volume 85 ; 2273-2277.
- [14]. M. Dallal, Jane Sullivan-Halley, Ronald K. Ross, Ying Wang, Dennis Deapen, Pamela L. Horn-Ross Long-term Recreational Physical Activity and Risk of Invasive and In Situ Breast Cancer The California Teachers Study, *Jama international medicine* 2007;167:408-415.
- [15]. *Activité physique. Contexte et effets sur la santé. Collection expertise collective.* Ed INSERM ; mars 2008; 233-241.
- [16]. Jeffrey A. Meyerhardt, Edward L. Giovannucci, Michelle D. Holmes, Andrew T. Chan, Jennifer A. Chan, Graham A. Colditz and al. Physical Activity and Survival After Colorectal Cancer Diagnosis. *American Society of Clinical Oncology* 2006.
- [17]. Ezzeldin M. Ibrahim , Abdelaziz Al-Homaidh. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Medical Oncology*, September 2011, Volume 28, Issue 3, pp 753-765.
- [18]. Michelle D. Holmes, MD, DrPH; Wendy Y. Chen, MD; Diane Feskanich, ScD; Candyce H. Kroenke, ScD; Graham A. Colditz, MD, DrPH . Physical Activity and Survival After Breast Cancer Diagnosis *JAMA*. 2005;293(20):2479-2486.
- [19]. Stacey A. Kenfield, Meir J. Stampfer, Edward Giovannucci and June M. Chan Physical Activity and Survival After Prostate Cancer Diagnosis in the Health Professionals Follow-Up Study .*American Society of Clinical Oncology*. 2011.
- [20]. Connie J. Rogers, Lisa H. Colbert, John W. Greiner, Physical Activity and Cancer Prevention Pathways and Targets for Intervention. *Sports Medecine* ; 2008 ;38 ;271-296.
- [21]. Laura Michna, George C. Wagner, You-Rong Lou, Jian-Guo Xie, Qing-Yun Peng, Inhibitory effects of voluntary running wheel exercise on UVB-induced skin carcinogenesis in SKH-1 mice. *Oxford journals Carcinogenesis* 2006 ; 27 ; 20108-2115.
- [22]. Pak-Shan Leung, William J. Aronson, Tung H. Ngo, LawrenceA. Golding R. James Barnard. Exercise alters the IGF axis in vivo and increases p53 protein in prostate tumor cells in vitro. *J Appl Physiol*. 2004 ; 450-454.
- [23]. Wakai K1, Suzuki K, Ito Y, Watanabe Y, Inaba Y, and al; JACC Study Group. Time spent walking or exercising and blood levels of insulin-like growth factor-I (IGF-I) and IGF-binding protein-3 (IGFBP-3): A large-scale cross-sectional study in the Japan Collaborative Cohort study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009 Dec;10 Suppl:23-7.
- [24]. Kristin A.,Higgins , Dongkyoo Park, Gee Young Lee, Walter J. Exercise-induced lung cancer regression: Mechanistic findings from a mouse model. *Cancer* 2014; 120 ; 3302-3310.
- [25]. Steven S. Coughlin, Selina A. Smith. The Insulin-like Growth Factor Axis,

Adipokines, Physical Activity, and Obesity in Relation to Breast Cancer Incidence and Recurrence. *Cancer Clin Oncol*. 2015 ; 4(2): 24–31.

[26]. Stephen D. Hursting and Nathan A. Berger Energy Balance, Host-Related Factors, and Cancer Progression. *Journal of Clinical Oncology* 2010 vol 28 n°26 :408-4065.

[27]. Mark R. Zielinski, Melissa Muenchow, Matthew A. Wallig, Peggy L. Horn, and Jeffrey A. Woods·Exercise delays allogeneic tumor growth and reduces intratumoral inflammation and vascularization. *J Appl Physiol*. 2004 June ; 96(6): 2249–2256.

[28].F.Depiesse. Cancer et activité physique. Prescription d'activité physique 2009.

[29]. Miyagi MY., Seelaender M., Castoldi A., de Almeida DC., Bacurau AV., Long-term aerobic exercise protects against cisplatin-induced nephrotoxicity by modulating the expression of IL-6 and HO-1. *PLoS One*. 2014 Oct 1;9(10).

[30]. Scott JM1, Khakoo A, Mackey JR, Haykowsky MJ, Douglas PS, Jones LW. Modulation of anthracycline-induced cardiotoxicity by aerobic exercise in breast cancer: current evidence and underlying mechanisms *Circulation*. 2011 Aug 2;124(5):642-50. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.021774.

[31]. Poulain C. Evaluation du projet d'Activité physique adaptée, rapport entre sport et santé. Mémoire de master 2. Sept 2015.

[32].ONCOPIC, consulté le31 juillet 2015 [mise à jour le3 février 2015]. Disponible sur www.oncopic.com/.

[33]. Comité Régional EPGV-Picardie, consulté le 7septembre 2015. Disponible sur www.sport-sante.fr/ffepgv/picardie/comite-regional-epgv-picardie.fr.

[34]. Fédération Française Sport pour Tous Picardie consulté le 2 août 2015 [mise à jour en juillet 2015]. Disponible sur <http://cr.sportspourtous.org/picardie>.

[35].Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support. Activité Physique Adaptée, Rééducation et cancer du sein. Consulté le 31 juillet [mise à jour le 20/12/2013]. Disponible sur afsos.org.

[36]. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS Atlas 2013 de la région Picardie, La démographie médicale en région Picardie Situation en 2013[En ligne] (Page consultée le 10 septembre 2015) http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf.

[37]. Hubert A, Lapotre B. Incidence et mortalité 2006 – 2009 Evolution de 1982 à 2009. Registre du cancer de la somme. Amiens, Avril 2012.

[38]. Les médecins généralistes face au cancer en 2010. Enquête de la Ligue Nationale contre le Cancer.2010 http://www.ligue-cancer.net/article/6051_enquete-les-medecins-generalistes-face-au-cancer.

Annexes

Annexe 1 : équivalent en Met de certaines activités physiques.

Très léger ≤ 3 MET	Léger >3 MET et ≤ 5 MET	Moyen >5METet ≤7MET	Lourd >7 METet ≤ 9 MET	Très lourd >9 MET
Activités domestiques				
<input type="checkbox"/> Se doucher, se raser, s'habiller <input type="checkbox"/> Ecrire <input type="checkbox"/> Repasser <input type="checkbox"/> Dépoussiérer <input type="checkbox"/> Laver les vitres <input type="checkbox"/> Faire les lits <input type="checkbox"/> Cuisiner, faire la vaisselle, faire les courses <input type="checkbox"/> Réparer et laver la voiture	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Passer l'aspirateur • <input type="checkbox"/> Balayer lentement • <input type="checkbox"/> Cirer le parquet • <input type="checkbox"/> Porter des charges jusqu' à 6 kg en montant les escaliers • <input type="checkbox"/> Nettoyer 	<input type="checkbox"/> Porter des charges de 7 à 10 kg en montant les escaliers	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Porter des charges de 11 à 22 kg en montant les escaliers • <input type="checkbox"/> Grimper des escaliers, une échelle, avec charges 	<input type="checkbox"/> Porter des charges de 22 à 33 kg en montant les escaliers
Activités d'entraînement et sportives				
<input type="checkbox"/> Marche 4 km/h <input type="checkbox"/> Stretching, Yoga <input type="checkbox"/> Equitation (au pas) <input type="checkbox"/> Bowling	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Marche 6 km/h • <input type="checkbox"/> Bicyclette à plat (moins de 16 km/h) • <input type="checkbox"/> Gym légère • <input type="checkbox"/> Tennis de table • <input type="checkbox"/> Golf • <input type="checkbox"/> Volleyball à 6 (hors compétition) • <input type="checkbox"/> Badminton • <input type="checkbox"/> Ski de descente • <input type="checkbox"/> Canoë (loisirs) • <input type="checkbox"/> Aquagym 	<input type="checkbox"/> Marche rapide 7 km/h <input type="checkbox"/> Marche en montée 5 km/h <input type="checkbox"/> Bicyclette statique à faible résistance <input type="checkbox"/> Bicyclette à plat (16 à moins de 20 km/h) <input type="checkbox"/> Entraînement en club de mise en forme <input type="checkbox"/> Natation (brasse lente) <input type="checkbox"/> Rameur <input type="checkbox"/> Equitation (trot) <input type="checkbox"/> Tennis en double (hors compétition) <input type="checkbox"/> Ski de randonnée <input type="checkbox"/> Patins à glace, patins à roulettes <input type="checkbox"/> Escrime <input type="checkbox"/> Ski nautique <input type="checkbox"/> Jeu de raquettes	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Trotinement (8 km/h) • <input type="checkbox"/> Bicyclette (20 à 22 km/h) • <input type="checkbox"/> Gymnastique intense • <input type="checkbox"/> Natation (Crawl lent) • <input type="checkbox"/> Tennis en simple (hors compétition) • <input type="checkbox"/> Football • <input type="checkbox"/> Corde à sauter rythme lent • <input type="checkbox"/> Escalade, varappe 	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Course (11 km/h) • <input type="checkbox"/> Plongée sous-marine • <input type="checkbox"/> Natation (papillon, autres nages rapides) • <input type="checkbox"/> Canoë, aviron en compétition • <input type="checkbox"/> Handball • <input type="checkbox"/> Rugby • <input type="checkbox"/> Squash • <input type="checkbox"/> Judo
Activités de loisirs				
<input type="checkbox"/> Jardinage léger : tonte de gazon sur tracteur, ramassage de fruits et légumes <input type="checkbox"/> Bricolage : menuiserie, peinture intérieure <input type="checkbox"/> Conduite automobile <input type="checkbox"/> Billard <input type="checkbox"/> Croquet <input type="checkbox"/> Voyages, tourisms <input type="checkbox"/> Piano <input type="checkbox"/> Frappe machine <input type="checkbox"/> Jeux avec des enfants (effort léger), porter de jeunes enfants <input type="checkbox"/> Jeux avec des animaux (effort léger) <input type="checkbox"/> Danse de société à rythme modéré <input type="checkbox"/> Activité sexuelle	<input type="checkbox"/> Jardinage : -Taille d' arbustes -Semailles -Ratissage de pelouse - Bêchage en terre légère - Désherber, cultiver son jardin -Usage d' une tondeuse autotractée <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Pêcher à la ligne • <input type="checkbox"/> Chasser • <input type="checkbox"/> Marcher, courir avec des enfants 	<input type="checkbox"/> Jardinage : -Usage d' une tondeuse manuelle à plat -Conduite d' un petit motoculteur - Pelletage de neige <input type="checkbox"/> Bricolage : -Scier du bois <input type="checkbox"/> Danse à rythme rapide	<input type="checkbox"/> Bricolage : -Port de briques -Travaux de menuiserie lourde - Déménagement	

AFSOS, version validée du 20/12/2013 source : Référentiel APA Santé

***Place du médecin généraliste de Picardie dans l'initiation
à l'activité physique de patients atteints de cancer en cours de
traitement. Questionnaire médecin généraliste***

- 1. Combien de patients atteints de néoplasie suivez-vous ?**
- 2. Moyenne d'âge des patients atteints de néoplasie :**
 20 – 40 ans 41 – 50 ans 51 – 60 ans 61 – 70 ans >70 ans
- 3. Vous sentez-vous impliqué(e) dans le suivi de vos patients cancéreux en cours de traitement?**
 Oui Non, c'est une affaire de spécialistes
- 4. Avez-vous déjà parlé d'activité physique avec vos patients cancéreux en cours de traitement?**
 Jamais Parfois Souvent
- 5. Un patient atteint d'un cancer vous a-t-il déjà demandé un certificat de non contre-indication à réaliser une activité physique ?**
 Jamais Parfois Souvent
- 6. Avez-vous des patients cancéreux faisant partie d'un programme d'activité physique dans le cadre de la prise en charge thérapeutique?**
 Aucun Quelques uns Beaucoup
- 7. Des patients atteints de cancer, en cours de traitement, ont-ils cessé leur activité physique depuis l'annonce de leur maladie ?**
 Oui Non
- 8. Que pensez-vous de l'activité physique modérée à intense chez un patient atteint d'une pathologie lourde comme le cancer ?**
 Impossible au vu des risques Possible A voir avec le cancérologue
- 9. Avez-vous déjà proposé une activité physique chez un patient atteint de cancer, en cours de traitement sans qu'il vous le demande ?**
 Jamais Parfois Souvent
- 10. Prendriez-vous l'initiative de réaliser un certificat de non contre-indication au sport chez un patient cancéreux, sans l'accord préalable du cancérologue?**
 Oui Non
- 11. Savez-vous que la pratique d'une activité physique modérée à intense, de façon hebdomadaire (voire plus) améliore la qualité de vie des patients cancéreux en cours de traitement ?**
 Oui Non

12. Savez-vous que la pratique d'une activité physique modérée à intense, de façon hebdomadaire (voire plus) augmente la survie des patients atteints de cancer en cours de traitement ?

- Oui Non

13. Êtes-vous informé de cette possibilité de prise en charge sportive des patients atteints de cancer, en cours de traitement ?

- Oui Non

14. Quel moyen vous semblerait le plus adapté pour diffuser les nouvelles avancées en matière d'oncologie aux médecins généralistes ?

- FMC, conférences
 Réunion généralistes/spécialistes
 Journées oncologiques
 Parution d'articles dans les revues de médecine générale
 Autre :

15. Vous sentez-vous concerné par la prévention secondaire ou tertiaire chez un patient en cours de traitement ?

- Oui
 Non, à ce moment de la maladie, c'est le rôle du spécialiste

16. Avez-vous le sentiment que les patients cancéreux en cours de traitement se tournent principalement vers leur oncologue pour les problèmes rencontrés autour de la maladie?

- Oui, je ne les revoie pratiquement plus depuis leur suivi pour leur cancer
 Non, les patients me consultent pour tous problèmes rencontrés

17. Après avoir reçu des informations/formations adaptées concernant l'activité physique et le cancer, prendriez-vous l'initiative de diriger vos patients vers une pratique sportive ?

- Oui Non

18. Selon vous, quels sont les freins à l'élaboration d'un certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique ?

- La fatigue
 Risque de fractures sur os fragilisés, problèmes traumatiques
 Risque d'altération de l'état général avec perte de poids
 Manque d'informations vis à vis de cette pratique
 Autre :

19. Vous est-il déjà arrivé de prescrire des soins de support à un patient atteint de cancer en cours de traitement ?

- Jamais Parfois Souvent

↳ Si **Oui**, de quel type ?

- homéopathie
 socio-esthéticienne (pertes de cheveux)
 diététicienne
 acupuncture
 kinésithérapie

autre :

20. Vous êtes : un homme une femme

21. Votre âge :

22. Votre zone d'exercice :

Urbain Rural

23. Vous exercez :

Seul(e) en groupe

24. Votre département d'exercice :

Aisne Oise Somme

Merci pour votre participation.

Place du médecin généraliste de Picardie dans l'initiation à l'activité physique de patients atteints de cancer en cours de traitement. Questionnaire patient.

1. Votre sexe:

homme femme

2. Votre âge :

20 – 40 ans 41 – 50 ans 51 – 60 ans 61 – 70 ans >70 ans

3. Quel est la localisation de votre cancer ?

4. Votre médecin généraliste, prend-il part au suivi de votre maladie ?

oui non

5. Savez vous qu'il est possible de faire une activité physique malgré la maladie ?

oui non

6 Connaissez-vous les bienfaits de l'activité physique sur votre maladie?

oui non

7. Votre médecin généraliste, vous a t-il déjà parlé des bienfaits de l'activité physique sur la maladie

oui non

8. Pratiquez-vous une activité physique ?

oui non

9. Si oui laquelle :

10. Si oui à quel rythme ?

supérieur à une fois par semaine
 une fois par semaine
 moins d'une fois par semaine

11. Si oui, combien de temps?

moins de 10 minutes
 entre 10 et 20 minutes
 entre 20 et 30 minutes
 plus de 30 minutes

12. Ressentez-vous un bénéfice depuis le début de l'activité physique ?

oui non

13. Si oui a quel niveau ? (plusieurs réponses possibles)

- bien être moral
- capacité respiratoire (je respire mieux)
- moins de douleurs physiques
- gain en autonomie
- contact social, lien avec d'autres malades
- meilleure image corporelle
- j'accepte mieux les différents traitements
- je ressens moins la fatigue
- amélioration sur le plan sexuel
- autre :

14. Vers qui vous tournez-vous pour obtenir des informations complémentaires concernant votre maladie?

- le médecin généraliste
- le cancérologue
- internet et autres moyens d'informations

15. Pensez-vous consulter de moins en moins votre médecin généraliste depuis votre maladie et vous tourner plus souvent vers votre cancérologue?

- oui
- non

16. Si vous ne faites pas d'activité physique, vous sentiriez-vous capable de faire une activité physique (avec essoufflement et transpiration) malgré la maladie et la lourdeur des traitements ?

- oui
- non

17. Si vous ne pratiquez pas encore d'activité physique, vers qui vous tournerez-vous pour obtenir un certificat de non-contre indication à la pratique d'un sport ?

- le médecin généraliste
- le cancérologue

Merci pour votre participation.

Glossaire

AFSOS: Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.

APA: Activité Physique Adaptée.

ARS: Agence Régionale de Santé

CH: Centre Hospitalier.

CHU: Centre hospitalier Universitaire.

FMC : Formation Médicale Continue.

HR: Hazard raio

IC: Intervalle de Confiance

IGF: Insulin, growth factors

IGFBP: insulin growth factors binding protein

IMC: Indice de Masse Corporelle.

INCa : Institut National Contre le cancer

MET: Metabolic Equivalent Tasks, 1 MET est un équivalent métabolique qui correspond à la dépense énergétique au repos.

OMS: performance statu de l'OMS.

r: coefficient de corrélation.

RR: Risque Relatif.

SHBG: Sex Hormone-Binding Globulin.

TGF: beta Transforming Growth Factor.

TNFalpha: Tumor Necrosis Factor.

URPS:union Régionale des Médecins Libéraux de Picardie.

VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor.

Titre:

Place des médecins généralistes de Picardie dans l'initiation à l'activité physique des patients atteints de cancer en cours de traitement.

Résumé : Au vu des bénéfices, l'initiation à la pratique sportive des patients cancéreux est un enjeu majeur de santé publique. L'objectif principal de cette étude a été de faire un état des lieux sur la pratique et les connaissances des médecins généralistes de Picardie vis à vis de l'activité physique. Les objectifs secondaires ont été d'étudier leur part d'implication dans la prise en charge des patients cancéreux et d'évaluer la nécessité de mettre en place des moyens d'informations concernant l'activité physique et le cancer. Secondairement l'avis des patients cancéreux a été recueilli.

Nous avons mené une double enquête prospective d'opinions et de pratiques, la première en médecine générale sous forme de questionnaires envoyés par l'URPS de Picardie à 500 médecins généralistes libéraux de Picardie. La deuxième a été réalisée chez les patients en cours de chimiothérapie venant en hôpital de jour des centres hospitaliers d'Amiens, de Senlis, de Beauvais et de Saint Quentin, sous forme de questionnaires distribués sur une durée de 3 mois. Le taux de réponse des généralistes était de 13,6%. Ils ont affirmé avoir des connaissances sur les bienfaits de l'activité physique, mais se sentent non informés. Les généralistes proposent le plus souvent «parfois» et «jamais» une activité physique, bien que la majorité soit impliquée dans la prévention et la prise en charge oncologique de leurs patients.

Cette étude a montré que peu de généralistes picards initiaient leurs patients cancéreux à l'activité physique malgré leur volonté à s'impliquer dans la prise en charge globale de leurs patients. Cette prise en charge sportive serait plus importante si des moyens de communication et d'informations adaptés seraient mis en place.

Mots clés: cancer, activité physique, survie, prévention, communication, médecin généraliste.

Title :

Place of General Practitioners in Picardy in the initiation to the physical activity of patients with cancer during treatment.

Abstract: In the light of the benefits, initiation to the sporting practice of cancer patients is a major public health issue. The main objective of this study was to make a State of play on the practice and knowledge of general practitioners Picardie to physical activity. The secondary objectives were to study their share of involvement in the care of cancer patients and to assess the need in place means of information on physical activity and cancer. Secondarily the opinion of cancer patients has been obtained.

We conducted a double prospective survey of opinions and practices, the first in general medicine in the form of questionnaires sent by the URPS de Picardie to 500 liberal practitioners of Picardy. The second was conducted in patients during chemotherapy in day hospital of hospitals of Amiens, Senlis, Beauvais and Saint Quentin, in the form of questionnaire distributed over a period of 3 months.

The general response rate was 13.6%. They claimed to have knowledge about the benefits of physical activity, but not feel informed. GPs offer more often than "sometimes" and "never" physical activity, although the majority is involved in the prevention and the support for oncology patients.

This study showed that few General Practitioners initiated their patients to physical activity despite their willingness to get involved in the overall management of their patients. This sports management would be higher if the means of communication and information are adapted implementation.

Key words: cancer, physical activity, survival, prevention, communication, general practitioners.