



PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – ARTICLE 51

Porteur de projet : CAMI Sport et Cancer

Cahier des charges – décembre 2021

Programme CAMI Sport et Cancer : Intégration et évaluation de l'Activité Physique Adaptée à but thérapeutique en phase aigüe du parcours de soin des patients en oncologie

CONTACT : Olivier Laplanche (Directeur des relations institutionnelles)

CAMI Sport et Cancer - 107 avenue Parmentier - 75 011 Paris

07 81 75 03 65 olivier.laplanche@sportetcancer.com

Table des matières

Le porteur de projet et ses partenaires	3
Contexte et Constats	4
Les cancers en France, épidémiologie et enjeux de santé publique	4
Activité physique et maladie cancéreuse	5
Objet de l'expérimentation	6
Objectifs	6
Objectifs généraux.....	7
Objectifs opérationnels	7
Objectifs stratégiques.....	7
Description du projet	7
Modalités d'interventions et d'organisation.....	8
Population Cible	14
Effectifs concernés	18
Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	18
Terrain d'expérimentation et répartition des cohortes.....	19
Durée de l'expérimentation	19
Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	20
Financement de l'expérimentation	20
Modèle de financement	20
Calcul et détails des forfaits	21
Calcul des Coûts d'amorçage et d'ingénierie	22
Synthèse du besoin de financement	23
Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	23
Impacts attendus.....	25
Augmentation la qualité de prise en charge du patient traité pour un cancer solide	25
Coordination de l'APA en secteur hospitalier et facilitation de l'après traitement.....	25
Réduction des dépenses de l'AM liées à la complexité du parcours de soin en oncologie	25
Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées	26
Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	27
Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	27
Liens d'intérêts	28
Éléments bibliographiques / expériences étrangères.....	29
Liste des annexes.....	30

Résumé

Cette expérimentation vise à définir l'intégration précoce et systématique d'un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) dans le parcours de soins en oncologie. Le déploiement et l'évaluation de ce programme permettront de préciser les enjeux thérapeutiques spécifiques de l'APA dans le cadre d'une prise en charge de la pathologie cancéreuse en phase aiguë avant et pendant les traitements : évaluation, objectifs, protocole, suivi, encadrement.

Complémentaire des traitements allopathiques, ce programme porte pour objectifs principaux le maintien ou l'amélioration des capacités fonctionnelles, l'efficacité des traitements conventionnels et la lutte contre leurs effets délétères, l'amélioration de la qualité de vie des patients et la diminution du risque de récurrence. Parallèlement, seront pris en compte les conditions de réalisation et de coordination d'un tel parcours standardisé initié par les médecins spécialistes oncologues, en lien avec l'ensemble des professionnels de santé, administré par les intervenants en APA et coordonné par le porteur de projet. La diminution de certains coûts de santé représentant l'objectif global à moyen terme de l'expérimentation.

Destinée à mille adultes en cours de traitement pour un cancer solide (sein, poumon, prostate, côlon-rectum) sans distinction de ressources, de situation géographique ou de type d'établissement de prise en charge ; cette expérimentation multicentrique déployée dans quinze établissements de santé partenaires (CLCC, hôpitaux ou cliniques) est pilotée par l'association CAMI Sport et Cancer. Elle prévoit des bilans de capacités physiques réguliers, un protocole d'APA mixte de séances collectives en présentiel et de vidéos dédiées en autonomie, des interactions pluridisciplinaires régulières et une orientation post expérimentation visant au maintien d'une pratique à distance des traitements.

Comme permis au cadre de l'article 51 de la LFSS de 2018, cette expérimentation nationale déroge à la fois au financement et à l'organisation du système de santé en France.

Encadrés de manière sécurisée par des professionnels formés, ces programmes pour des patients touchés par un cancer représentent une nouvelle charge forfaitaire pour l'assurance maladie. Pour une coordination optimale du parcours de soin, les programmes seront prescrits par le médecin spécialiste en oncologie, dans le sens de l'ouverture autorisée par le décret n° 2020-1665 du 22 décembre 2020 et de l'arrêté du 24 décembre 2020 relatifs au parcours de soins global après le traitement d'un cancer.

Le porteur de projet et ses partenaires

La CAMI Sport et Cancer

La CAMI Sport & Cancer est une association loi 1901 à but non lucratif reconnue d'intérêt général créée en 2001 par Jean-Marc Descotes, ancien sportif de haut niveau et le Dr Thierry Bouillet, oncologue médical et radiothérapeute. Les premiers programmes sont nés de leur intuition : « l'activité physique peut être un complément des traitements traditionnels pour aider les patients à augmenter leur chance de guérison ». De nombreux essais internationaux ayant depuis validé cette intuition, la mission de l'association s'est clarifiée : développer, implanter et dispenser des programmes d'APA à but thérapeutique pour permettre à des milliers de patients touchés par un cancer d'augmenter leurs chances de rémission, lutter contre les effets indésirables des traitements et améliorer leur qualité de vie. (détails sur l'association, ses intervenants, ses formations en annexes 1 & 2)

Conseil d'administration de la CAMI :

Nom	Prénom	Fonction dans le CA
Docteur Bouillet	Thierry	Président
Malat Desmortiers	Arnaud	Trésorier
de Lauriston	Roseline	Secrétaire
Docteur Farman	Thierry	Administrateur
Fignon	Valérie	Administratrice
Professeur Huriet	Claude	Administrateur
Marion	Agnès	Administratrice
Rivkine	Jérôme	Administrateur

Les professionnels de l'APA thérapeutique salariés de la CAMI

Pour cette expérimentation en phase aigüe de la maladie cancéreuse, au sein des services d'oncologie et en pleine intelligence avec le personnel soignant, le porteur de projet emploie exclusivement des intervenants qualifiés de l'APA (filiale STAPS) au minimum niveau licence, mais souvent supérieur (master 1 ou 2), ou issus de la filière sports (diplôme d'état ou un brevet professionnel). Ils sont également tous titulaires (ou en cours de formation) d'un diplôme universitaire spécifique : DU Sport et Cancer de Paris 13. C'est un des apports de ce projet que de définir les savoirs et compétences spécifiques nécessaires à ce type d'interventions et de protocoles en alliant les connaissances des STAPS/APA et celles du champ de l'oncologie : protocole de soins, traitements, répercussions physiques, psycho-oncologie du patient et de ses proches. Ce DU représente 160 heures de cours. (annexe 3)

Les médecins référents des 15 structures partenaires :

Département	Hôpital	Médecin référent au sein de chaque service
6	Centre Antoine Lacassagne	Dr Faugliarini
12	Hôpital Puel	Dr Reyes-Ortega
12	Hôpital Villefranche	Dr Reyes-Ortega
24	Polyclinique Francheville	Dr Levaché
31	IUCT - Oncopole	Dr Caunes-Hilary
33	Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine	Dr Lenoir
33	Polyclinique Bordeaux Rive Droite	Dr Gobeli
44	ICO - Gauducheau	Dr Boiffard
64	Clinique Belharra	Dr Puig
69	Hôpital Croix-Rousse	Dr Stauffer
75	Hôpital Pitié-Salpêtrière	Pr Spano
75	Hôpital Tenon	Dr Prébet
85	CHD Vendée	Dr Franck Priou
93	Hôpital Avicenne	Pr Zelek & Dr Bouillet
94	Gustave Roussy	Dr Florian Scotté

Contexte et Constats

Les cancers en France, épidémiologie et enjeux de santé publique

400 000 nouveaux cas et 150 000 décès par an, 4 millions de personnes vivant avec ou après un cancer

Le cancer est une réalité complexe pour les individus touchés et leurs proches, pour le système de santé, le monde du travail et la société. Première cause de mortalité en France pour les deux sexes, devant les maladies cardiovasculaires depuis 2004, sur 579.000 décès enregistrés en 2016 en France, 29% étaient d'origine tumorale. Le coût du cancer en France est estimé à 19,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes en 2018¹, soit 11,5 % des dépenses de santé. Les grands postes étant 10 milliards d'euros d'hospitalisation, 3,6 milliards de médicaments, 1 milliard de prestations en espèces. La perte de production potentielle serait de 10 milliards d'euros pour la société².

Comme l'ont montré les études VICAN, au-delà de la mortalité, les conséquences pour la santé des patients sont multiples et durent dans le temps. Les cancers et leurs traitements s'accompagnent souvent de séquelles physiques ou psychologiques pouvant devenir chroniques ou irréversibles. Face à cet enjeu majeur aux dimensions et répercussions multiples, cette expérimentation définit des nouvelles étapes et des marqueurs efficaces dans le parcours de soin pour influencer positivement sur la qualité de vie, l'état de santé à court, moyen et long terme, et la guérison éventuelle, tout en visant des économies de dépenses de santé.

¹https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf

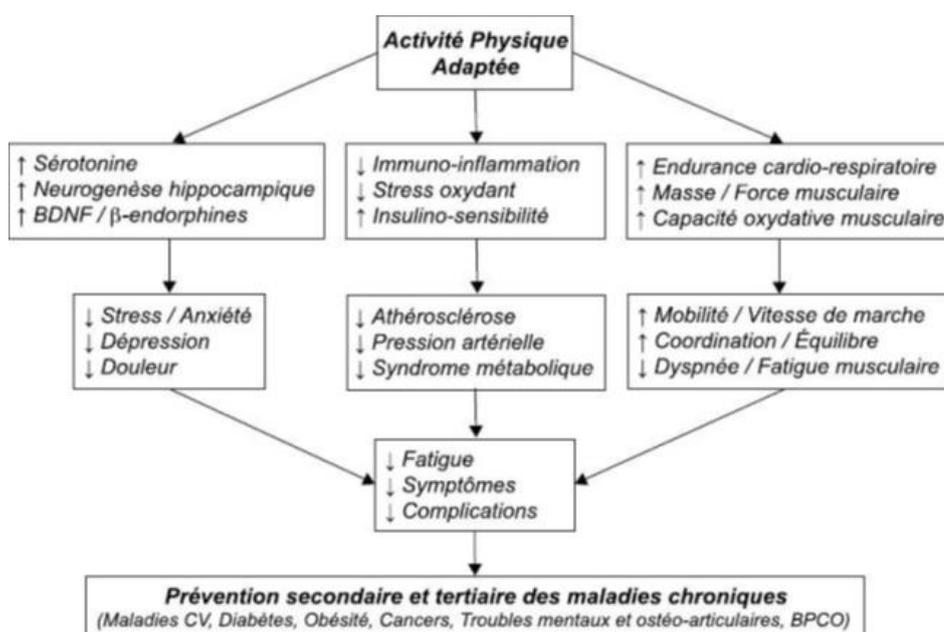
² <https://asteres.fr/site/wp-content/uploads/2020/02/ASTERES-CANCER-FEV-2020-comprime.pdf>

Séquelles physiques spontanément déclarées par les personnes atteintes d'un cancer (VICAN 5³)

Des modifications de l'image du corps	12,6 %
Douleurs modérées à sévères	12,3 %
Fatigue Chronique	10,4 %
Troubles moteurs ou troubles de la vision 9,7	9,7 %
Difficultés sexuelles	6,5 %
Troubles chroniques des fonctions urinaires	6,3 %
Troubles chroniques des fonctions des fonctions gastro-intestinales basses	4,9%
Neuropathie périphérique	4,5 %
Syndrome hormonaux ou de la ménopause	3,8 %
Lymphœdème des membres	2,9 %
Troubles cognitifs de la mémoire ou de la concentration	2,9 %
Troubles chroniques des fonctions des fonctions gastro-intestinales hautes	2,4 %
Difficultés respiratoires	2,2 %
Troubles chroniques dentaires ou buccaux	2,0 %
Désordres endocriniens	1,8 %

Activité physique et maladie cancéreuse

Une abondante littérature scientifique (cf. bibliographie - §11) montre les bénéfices de l'activité physique en prévention des maladies, comme de l'activité physique à but thérapeutique pendant les périodes de traitement. Les mécanismes sont désormais connus et résumés dans le diagramme ci-dessous.



³ La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, INCa, juin 2018

De manière plus spécifique, de nombreuses études confirment les effets thérapeutiques bénéfiques de l'AP en oncologie sous condition de respect des critères d'intensité, de durée, de fréquence, de régularité et d'encadrement. Ces études démontrent que l'AP diminue la fatigue et les effets secondaires, améliore la qualité de vie, influence la survie et contribue à la prévention des récives. Son efficacité est établie et sa pratique recommandée pendant et après les traitements. L'AP a été reconnue comme une « thérapeutique non médicamenteuse » par la Haute Autorité de Santé en 2011⁴. Cet axe est mis en avant depuis le Plan Cancer 3 (2014-2019)⁵.

Les mécanismes biologiques comportent un effet dose-réponse⁶ : les bénéfices augmentant corolairement à la durée et à l'intensité de l'activité pratiquée⁷. Les conditions de réalisation de l'APA à but thérapeutique sont déterminantes pour obtenir des résultats. Elle doit être pratiquée de manière régulière, pendant une durée minimum avec une intensité suffisante pour modifier les paramètres biologiques. C'est un des objectifs de cette expérimentation que de définir les aspects opérationnels d'une mise en place précoce permettant de dépasser les difficultés liées aux traitements et à la phase aigüe.

Les annexes de ce cahier des charges comprennent plus de précisions sur :

- Les standards du parcours d'APA à visée thérapeutique, la diminution de la fatigue chronique, la réduction de la toxicité des traitements et d'autres effets indésirables, l'amélioration globale de la qualité de vie, la réduction du risque de récive et de mortalité globale et spécifique, les mécanismes physiologiques et niveaux de preuves, les enjeux comportementaux, la stratégie nationale et les évolutions du cadre réglementaire (annexe 1).

- La construction des programmes de la présente expérimentation en fonction de la typologie de patients inclus. (annexe 2)

Objet de l'expérimentation

Cette expérimentation consiste en l'intégration précoce d'un programme d'APA thérapeutique dans le parcours de soins de mille adultes en traitement pour un cancer solide (sein, poumon, prostate, côlon-rectum) sans distinction de ressources, de situation géographique ou de type d'établissement de prise charge. Cette étude multicentrique est pilotée par l'association CAMI Sport et Cancer. Elle prévoit des bilans de capacités physiques (inclusion, contrôle, sortie), des protocoles d'APA présentiels encadrés (séances collectives dans l'établissement ou à proximité) complétés par du distanciel en autonomie (vidéos), des interactions pluridisciplinaires régulières et une orientation post expérimentation visant au maintien d'une pratique à distance des traitements.

Objectifs

Les objectifs généraux sont ceux visés pour un déploiement efficaces de l'APA thérapeutique dans les 15 services d'oncologie partenaires. Les objectifs opérationnels concernent directement le quotidien des 1000 patients adultes intégrés au programme. Les objectifs stratégiques sont les effets d'une telle prise en charge sur le système de santé à moyen et long termes.

⁴ Rapport d'orientation développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, HAS, Avril 2011

⁵ www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019

⁶ Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2014

⁷ Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques, INSERM, Janvier 2019

Objectifs généraux

- a- Intégrer l'APA à but thérapeutique dans le parcours de soin, le plus précocement possible après le diagnostic, dès la phase aiguë et la prise en charge en service d'oncologie.
- b- Mettre en place un protocole standardisé : normalisation des bilans et tests physiques, définition des programmes et des séances d'AP en complémentarité présentielle (séances collectives de maximum 8 patients) et distancielle (vidéos dédiées) selon les typologies de patients.
- c- Favoriser les échanges réguliers avec la communauté des soignants des services d'oncologie - sans les surcharger - pour optimiser le parcours en y intégrant la qualité de vie comme indicateur clé dès le diagnostic et l'annonce, pendant les traitements et jusqu'à la période de surveillance.
- d- Promouvoir la prescription d'AP thérapeutique par les médecins spécialistes et contribuer à l'augmentation de l'observance des protocoles d'AP.
- e- Favoriser l'intégration d'un protocole d'APA thérapeutique en service d'oncologie sans distinction de statut d'établissement (public/privé, hôpital/centre de lutte contre le cancer).

Objectifs opérationnels

- a- Améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes touchées par l'une des quatre typologies tumorales solides les plus fréquentes en France (sein, poumon, prostate, colon-rectum) par :
 - l'augmentation des capacités physiques (données cardiovasculaires, musculaires, fonctionnelles),
 - la diminution de la fatigue chronique, des troubles psychiques et de certaines douleurs associées,
 - le renforcement de l'estime de soi et des liens sociaux,
 - le retour au travail anticipé.

Objectifs stratégiques

- a- Diminuer les dépenses globales et de la consommation de médicaments remboursés.
- b- Diminuer la fréquence des arrêts de travail et du temps moyen de retour au travail.
- c- Diminuer le risque de récurrence.

Description du projet

L'expérimentation consiste en un programme d'APA à but thérapeutique déployé en service d'oncologie. Suite à la prescription médicale spécifique d'APA thérapeutique de l'oncologue, le parcours patient initial d'une durée de trois mois est composé d'un bilan et tests physiques d'entrée et de sortie (ou intermédiaire si prolongation) permettant la conduite sécurisée et ciblée de deux séances hebdomadaires collectives encadrées en présentiel et une troisième en autonomie par vidéos. Selon l'état de santé et sur avis médical, le programme peut être renouvelé une fois de trois mois pour un programme secondaire (soit six mois au total), et jusqu'à trois fois un mois de programmes complémentaires pour quelques rares profils complexes (soit sept, huit ou neuf mois maximum).

Le recueil des données de santé et des résultats aux tests physiques, les chiffres individuels de réalisation des programmes pour tous les patients inclus, ainsi que la mise à disposition des vidéos spécifiques sont facilités par des outils numériques sécurisés en conformité avec le RGPD. (cf. §9)

Modalités d'interventions et d'organisation

Les étapes du parcours patient :

- 3 mois : programme initial
- 3 + 3 mois : programme secondaire
- 7, 8 ou 9 mois : programmes complémentaires

Programme initial 3 mois	Premier bilan & tests physiques	Objectifs thérapeutiques & définition du programme	Présentiel
	Premier cycle APA	24 séances collectives d'une heure encadrées (2 séances/semaine)	Présentiel
		1 séance vidéo/semaine en autonomie	Distanciel (vidéos spécifiques via plateforme dédiée)
	Deuxième bilan & tests physiques	Choix de continuité, de réorientation ou de fin de programme	Présentiel
(ou bilan de sortie)	Continuité ou réorientation = nouveaux objectifs thérapeutiques		
Programme secondaire 3 mois (total 6 mois)	Deuxième cycle APA	24 séances collectives d'une heure encadrées (2 séances/semaine)	Présentiel
		1 séance vidéo/semaine en autonomie	Distanciel (vidéos spécifiques via plateforme dédiée)
	Troisième bilan & tests physiques	Choix de continuité, de réorientation ou de fin de programme	Présentiel
	(ou bilan de sortie)	Continuité ou réorientation = nouveaux objectifs thérapeutiques	
Programmes complémentaires jusqu'à 3 x 1 mois (total 7, 8 ou 9)	Troisième cycle APA	8 séances collectives (2 séances/semaine)	Présentiel
		1 séance vidéo/semaine en autonomie	Distanciel (vidéos spécifiques via plateforme dédiée)
	Quatrième cycle APA	8 séances collectives (2 séances/semaine)	Présentiel
		1 séance vidéo/semaine en autonomie	Distanciel (vidéos spécifiques via plateforme dédiée)
	Cinquième cycle APA,	8 séances collectives (2 séances/semaine)	Présentiel
		1 séance vidéo/semaine en autonomie	Distanciel (vidéos spécifiques via plateforme dédiée)
Quatrième bilan & tests	Bilan de sortie & orientation vers APA post cancer	Présentiel	

Orientation et prescription pour inclusion et démarrage du programme

Tous les soignants du service d'oncologie jouent un rôle crucial en termes d'orientation et d'inclusion. Les infirmières de coordination ou les cadres de santé sont souvent les personnes ressources qui sensibilisent le patient en premier aux impacts de l'APA en mentionnant la présence de la CAMI dans l'établissement. Lorsqu'il existe un service de soins de supports, ses intervenants sont bien évidemment actifs dans le recrutement des patients. De plus, tous les établissements partenaires sont pourvus d'affiches et flyers dédiés.

A l'occasion d'une des consultations médicales prévues au parcours de soin, l'oncologue évoque les bienfaits de l'APA et l'intérêt avéré pour le patient de suivre un programme dédié en lien direct avec le service et l'équipe des soignants. Il trouve les mots pour donner confiance au patient dans un moment très difficile. Après ces échanges importants pouvant inclure les effets indésirables, mais aussi des sujets plus ou moins intimes comme le rapport au corps et à la sexualité, le médecin rédige la prescription spécifique d'APA thérapeutique et la donne au patient accompagnée systématiquement d'un document explicatif. Le patient, muni de sa prescription, contacte l'intervenant en APA de la CAMI directement dans le service hospitalier, ou bien par téléphone ou par courriel afin de prendre un premier RDV.

Programme expérimental

Durant ce premier RDV le patient crée son propre compte sur la plateforme numérique CAMI. Celle-ci est entièrement sécurisée et toutes les informations recueillies sont hébergées sur un serveur agréé en données de santé RGPD (illustrations de la fiche patient en annexe 8). Sur la fiche du patient, apparaissent les éléments administratifs, et de manière itérative les réponses au bilan et les résultats aux tests physiques, ainsi que l'inscription et la participation ou non aux séances. Cet outil permet aux médecins (après accord éclairé du patient) d'accéder aux données de sa propre patientèle. Il peut ainsi connaître en temps réel la réalité du programme que suivent ses patients.

Le professionnel APA présente l'association CAMI Sport & Cancer et le programme dans son ensemble (modalités logistiques et matérielles, l'observance visée, les impacts recherchés), puis demande au patient s'il souhaite l'intégrer. Si c'est le cas, le programme démarre officiellement avec le premier bilan et les premiers tests physiques. Le but est ici de pouvoir proposer des objectifs thérapeutiques adaptés aux capacités du patient pour les trois mois du premier cycle. Il bénéficiera ensuite de deux séances encadrées d'une durée d'une heure par semaine, collectives et en présentiel dans une salle mise à disposition par l'établissement (8 personnes maximum par séance). Les disponibilités des créneaux apparaissent sur la plateforme numérique. Les patients peuvent ainsi s'inscrire à deux séances hebdomadaires. En complément, une troisième séance en autonomie sera également prévue chaque semaine. Celle-ci se faisant à domicile ou en chambre en suivant des vidéos spécifiquement adressées par le professionnel APA en fonction des objectifs thérapeutiques et de l'état du patient via la plateforme numérique dédiée. Ces vidéos sont réalisées par le porteur de projet. C'est l'intervenant APA qui donne accès uniquement à certains contenus correspondant au parcours du patient.

A la fin du premier bilan, l'intervenant remet au patient une lettre de bienvenue et une lettre d'engagement symbolisant son entrée dans le programme et en exposant les termes : durée, régularité nécessaire. (annexes 9)

Au bout de trois mois, le bilan et les tests sont renouvelés afin de pouvoir connaître l'évolution de la santé du patient et suivre ses progrès. Le premier programme d'un mois est renouvelable une fois sur prescription du médecin. En fonction de l'état de santé et de la complexité du parcours et des

traitements, au-delà des deux fois trois mois, les programmes complémentaires d'un mois, au nombre maximal de trois, sont proposés par l'intervenant s'il en estime la pertinence.

Tout au long du parcours, les questionnaires d'arrêt ou de sortie sont automatiquement envoyés par courriel aux patients désengagés ou arrivant au bout du programme (annexe 9). Le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie *QLQ-C30*⁸ est également rempli durant les bilans.

Les bilans et tests (détails en annexe 6)

- Première partie : le bilan
 - Renseignements administratifs généraux
 - Renseignements administratifs permettant le suivi et l'évaluation de l'expérimentation
 - Renseignements médicaux
 - Renseignements sur les traitements
 - Renseignements sur les APS
 - Motivation
 - Questionnaire de qualité de vie

- Deuxième partie : les tests physiques
 - les tests biométriques
 - les tests physiques (résistance, force, gainage, souplesse, équilibre, endurance)
 - le test d'évaluation de la perception de l'intensité des efforts
 - les échelles de douleurs et de fatigue

NB : l'intervenant doit être vigilant et faire cesser les tests en cas de survenue des symptômes suivants : Dyspnée importante, Asthme de l'effort, Palpitations, Pâleur, Confusion mentale, Etourdissement ou malaise, Douleurs persistantes (notamment thoraciques), Sudation excessive, Crampes, Perte d'équilibre, et toutes autres raisons cliniquement justifiées. Pour des questions de sécurité, il est impératif d'avoir un téléphone et une trousse de premier secours en cas de besoin.

Le protocole d'APA à but thérapeutique de la CAMI (détails en annexe 2)

Les programmes obéissent à des protocoles éprouvés pour assurer une prise en charge optimale des patients touchés par un cancer. Les conditions d'interventions tournent essentiellement autour du maintien ou de l'amélioration des capacités fonctionnelles des patients en vue de leur permettre de mieux supporter les traitements et de lutter contre les risques de toxicité, de report, d'arrêt de ces derniers. Ce faisant les programmes proposés sont en mesure de gérer les contraintes générées par des fragilités ou des douleurs physiques afin d'atteindre les objectifs fixés.

Le bilan initial se compose de 2 phases : un entretien avec le patient afin de connaître son histoire pathologique, ses sensations et limitations physiques et ses demandes ; une série de tests permettant de faire une évaluation de sa condition physique et métabolique.

Le bilan de suivi, également en 2 phases : un entretien avec le patient afin de faire un point sur le programme écoulé, ses nouvelles perceptions physiques ; la même série de test que le bilan initial

⁸ Le QLQ-C30 est un questionnaire général de qualité de vie spécifique de la maladie cancéreuse. Il s'adresse à tous les patients atteints d'un cancer quelle que soit la localisation. Il est composé d'un questionnaire central (core) auquel s'ajoutent des modules spécifiques à une localisation cancéreuse ou à un symptôme.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss_2019_aide_utilisation_proms_eds.pdf

permettant de comparer les progrès réalisés. Ce bilan détermine également l'arrêt ou la continuité des programmes de thérapie sportive

Le bilan de sortie, en 3 phases : un entretien avec le patient afin de faire un point sur le programme écoulé, ses nouvelles perceptions physiques ; la même série de test que le bilan initial ou intermédiaire permettant de comparer les progrès réalisés. Ce bilan confirme la sortie du programme tout en proposant des solutions concrètes pour encourager la continuité d'un comportement vertueux et un niveau d'AP post traitements (orientations vers les structures validées du territoire : Maisons Sport-Santé, programmes passerelles).

Les programmes sont sur un cycle de 2 bilans (initial et de suivi) et de 24 séances collectives en présentiel d'environ 1h à raison de 2 fois, et d'une séance complémentaire en autonomie avec une vidéo spécifique à suivre chaque semaine. Les séances sont des séries d'exercices physiques élaborés en fonction des objectifs thérapeutiques définis lors du bilan. Chaque exercice proposé s'inscrit dans un processus d'amélioration des capacités fonctionnelles du patients. Les séances comprennent 3 types d'exercices :

« Exercices diagnostics » donnant une base pour évaluer les progrès des patients

« Exercices préparatoires » pour faciliter et augmenter les qualités proprioceptives des patients

« Exercices spécifiques » pour travailler précisément les muscles ou chaînes musculaires, et améliorer les capacités fonctionnelles des patients.

Les séances

La séance (encadrée et collective ou en autonomie par vidéo) regroupe un ensemble d'exercices incluant les spécificités citées au paragraphe précédent. Elle doit répondre cependant à d'autres critères pour espérer en atteindre le bénéfice optimal.

La séance collective d'APA thérapeutique : Elle intègre huit patients maximum qui peuvent avoir une histopathologie différente et des objectifs thérapeutiques différents, même si une orientation vers des séances regroupant ces derniers est privilégiée. Dans le premier cas, l'intervenant doit choisir des exercices, qui par la mise en mouvement du corps, vont permettre de concerner tous les patients présents dans la séance. L'importance de la réalisation des gestes prend ici toute son importance puisque c'est par le placement que les muscles dont la sollicitation est recherchée seront mobilisés. Tous les patients réalisent la même séance mais l'attention de l'intervenant, les consignes délivrées pendant les exercices, les concentrations demandées aux patients dans la perception de leurs mouvements sont individuelles. L'intérêt des séances collectives, hormis les bénéfices physiques, est motivationnel et psychique. La dynamique de groupe, les échanges entre les patients, la sensation de ne pas être isolés en particulier font partie du processus.

Le corps humain obéit à des règles qui lui sont propres. Son fonctionnement est le résultat de l'histoire et de la nature de la relation que chacun entretient avec son propre corps. Les intervenants APA doivent comprendre les mécanismes de cette relation pour chaque patient du programme expérimental pour bâtir des séances efficaces. Dans la recherche d'une sollicitation musculaire précise, il est nécessaire de faire passer les patients d'une habitude (« la manière dont je fais naturellement les exercices ») à une maîtrise (« la manière dont il faut que je fasse l'exercice ») puis de transformer cette maîtrise en nouvelle habitude, permettant de redéfinir le schéma corporel (meilleure posture, meilleure utilisation

musculaire, etc.) et d'améliorer les capacités physiques des patients. Cette transformation demande du temps, de la répétition et de la concentration. Pour changer de référentiel musculosquelettique, le corps a besoin d'intégrer les nouvelles sollicitations demandées. C'est à la fois un travail de déconstruction (changer les habitudes du fonctionnement usuel) dont une part incombe aux exercices proprioceptifs et à la fois un travail de reconstruction (permettre aux corps d'intégrer les nouveaux usages) dont les exercices thérapeutiques sont responsables.

Les modèles d'apprentissage du corps sont connus : la répétition identique et la temporalité. C'est pourquoi les séances obéissent aux règles suivantes :

a. La notion de durée

les séances durent en moyenne une heure. Elles sont rythmées par des routines d'entrée et des routines de sorties. Ces routines jouent un rôle psychologique. Elles doivent permettre aux patients de focaliser leur attention sur les consignes données par l'intervenant et sur la réalisation de leurs mouvements. Il y a en moyenne une vingtaine d'exercices par séance, ce qui ne représente pas beaucoup de mouvements. Le temps passé par exercice varie entre 2 et 5 min selon la difficulté et l'objectif recherché. Les exercices thérapeutiques durent en règle générale un peu plus longtemps que les autres.

b. La notion de fluidité

Les capacités d'appropriation d'un mouvement dépendent de sa répétition mais aussi de sa réalisation. Un mouvement ne s'acquiert pas dans l'explication mais dans la sensation. Les séances ne prévoient pas de coupure (sauf cas exceptionnel lié à l'environnement ou la condition physique du patient). Les exercices doivent pouvoir s'enchaîner de manière logique, permettant aux patients de réaliser les transitions entre chaque exercice sans effort. Les corrections sont apportées pendant la réalisation de l'exercice soit par des consignes, soit par des déplacements. La voix de l'intervenant accompagne les patients tout au long de la séance pour rythmer les exercices, donner des points d'attention particulier, les maintenir dans un état de concentration optimal.

c. La notion de construction

La construction d'une séance ressemble à un puzzle dont le but est d'associer les différents types d'exercices tout au long de la séance. Ces dernières ne sont pas conçues sous la forme : « échauffement, corps de séance, récupération » que l'on retrouve habituellement dans les programmes d'AP. La recherche de la fluidité, les notions de proprioception et de thérapeutique nécessitent une autre approche. De manière synthétique, le déroulé des exercices est : « diagnostic, proprioceptif, thérapeutique, diagnostic, transitoire » et correspond à un mouvement qui lui-même est en lien avec un ou plusieurs objectifs. La fluidité est l'enchaînement harmonieux de ces exercices d'une partie du corps à l'autre.

d. La notion de cycle

Au sein du programme de 3 mois, les séances sont élaborées pour durer entre 4 et 6 semaines. Elles permettent ainsi de faciliter l'appropriation des exercices par les patients et de mesurer les progrès réalisés de manière objective : résistance à l'effort, saturation musculaire, reprise de mobilité, etc. Parce que la maladie cancéreuse est évolutive et difficilement prévisible, il arrive que certains patients quittent les programmes en cours de route et soient remplacés. Si un patient vient à intégrer une

séance en cours de cycle, l'intervenant doit s'assurer que les objectifs thérapeutiques sont cohérents avec le cycle en cours. A chaque nouveau cycle, l'intervenant choisit des exercices en fonction de ce qui a été observé chez les patients et des entrées/sorties potentielles.

e. La notion de programme

Un programme dure 3 mois. C'est un cycle de 24 séances. Les patients doivent ainsi réaliser 2 séances en présentiel et une en autonomie par semaine pendant les programmes. Ces programmes sont compris entre deux bilans. Les bilans intermédiaires doivent mesurer de manière plus précise l'impact des séances sur le patient en termes d'amélioration des capacités physiques et des différentes perceptions du patient. C'est donc une mesure précise des observations réalisées pendant les séances et qui doivent corroborer ces dernières. Une fois les séances conçues en respectant les critères cités plus haut, l'intervenant doit réaliser ces séances avec les patients. Cette réalisation implique un comportement très particulier de l'intervenant. Puisqu'il ne s'agit pas d'une séance de sport, mais bien d'une approche thérapeutique du mouvement.

Résumé des objectifs des étapes du programme :

BILAN	Comprendre Identifier Analyser Déduire	Cancer Anatomie Troubles fonctionnels
PROGRAMME	Objectifs thérapeutiques Choix des exercices Modalité de mise en œuvre	Cinésiologie Référentiel d'exercices
SEANCE	Appliquer Observer Evaluer Remédier	Pédagogique (interactions + dynamique séance) Remédiation (contact physique + consignes) Observation active

Systemes d'information : les plateformes sécurisées

a. DIAGNOCAMI

Pour assurer la coordination des parcours d'AP à but thérapeutique, pour une meilleure prise en charge des patients touchés par un cancer, la CAMI a conçu et utilise DIAGNOCAMI depuis décembre 2018, sa propre plateforme numérique sécurisée tridimensionnelle au cœur du parcours de soin. (annexe 7)



Cet outil est développé pour la CAMI par l'entreprise VISIATIV dans le cadre d'un projet de mécénat de compétences. Il est essentiel dans la tenue des activités. Les bilans et tests représentent un très grand nombre de données qu'il faut sécuriser. Ces données permettent à nos professionnels de connaître leurs patients, de préparer toutes les séances collectives de manière fine et individualisée puisque la plateforme fait aussi office d'interface de réservation des séances. Dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données, les données de santé sont hébergées par AZNetwork, hébergeur de

données de santé à caractère personnel agréé par l'Agence Française de la Santé Numérique. Aucune donnée n'est collectée sans le consentement du patient qui peut, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, accéder à ses données et en demander la rectification ou la suppression. Cette plateforme assure ainsi le respect des exigences de conservation, de confidentialité, de sécurité et de pérennité des données recueillies par la CAMI Sport & Cancer. Elle va permet aussi une meilleure coordination entre soignants et intervenants APA puisque, avec l'accord du patient, le médecin a accès aux données des patients auxquels il a prescrit un programme.

La fiche patient :

Chaque malade crée son compte en amont ou au début du premier bilan. Le professionnel de la CAMI rentre les réponses du questionnaire standardisé et les résultats des 8 tests physiques, puis à chaque bilan. Cette plateforme sécurisée permet ensuite au patient, en plus de l'inscription aux séances de son choix, et sur tous les supports (ordinateurs, smart phones ou tablettes) de visualiser l'évolution de ses propres résultats et scores aux différents tests. C'est une réelle source de motivation pour lui.

Tous les médecins partenaires, comme ceux déclarés par le patient lui-même (médecin traitant ou spécialiste) intervenant dans son parcours de soin hors secteur hospitalier, peuvent rentrer sur la plateforme et avoir accès aux fiches des patients qui les concernent. Ils ont alors connaissance du degré d'implication, de la fréquentation moyenne et instantanée et des résultats des évaluations physiques. La plateforme CAMI devenant ainsi un élément de référence dans le suivi que le médecin peut avoir de ses patients. Les prochaines versions permettront cet accès aux autres professionnels de santé sur accord du patient lui-même. C'est aussi cette plateforme qui permet à la CAMI un recueil de données brutes anonymisées dans le cadre d'une publication scientifique. (annexe 7)

b. VISIOCAMI

Cette plateforme liée à DIAGNOCAMI permettra, à compter de 2022, de lier les fiches et agendas patients à la bibliothèque de contenus vidéos. L'ouverture et la lecture des vidéos spécifiques conçues par la CAMI seront automatiquement intégrées au suivi de l'observance globale du parcours du patient. Le patient n'aura accès qu'aux vidéos estimées pertinentes par l'intervenant APA en fonction de son état de santé, des capacités motrices et fonctionnelles et des objectifs thérapeutiques établis à la suite des bilans.

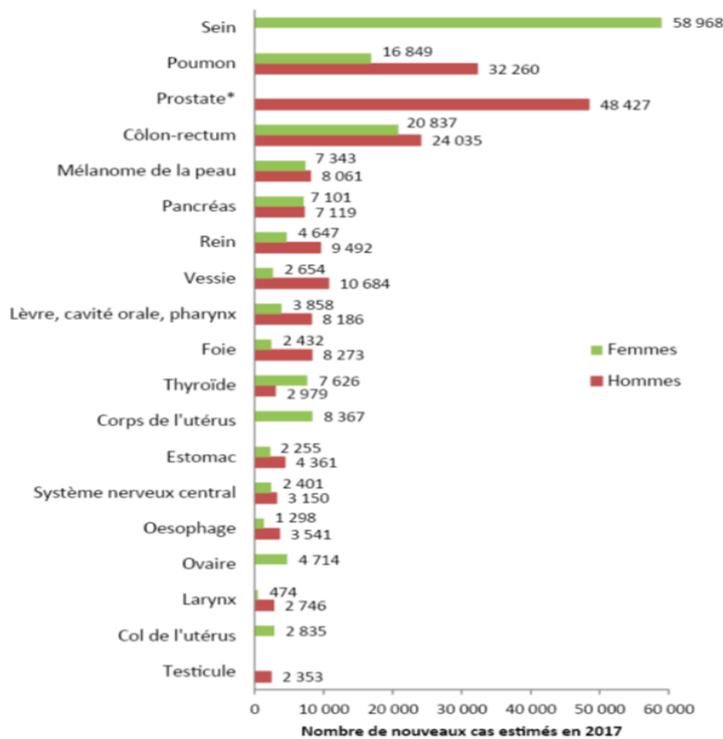
Population Cible

Tumeurs et typologie des patients inclus

Les patients inclus sont des femmes ou des hommes adultes touchés par l'une ou plusieurs des quatre tumeurs solides les plus fréquentes en France : sein, poumon, prostate, colon-rectum. Chez l'homme, le cancer de la prostate est le plus fréquent (50 430 nouveaux cas estimés en 2015), devant le cancer du poumon (31 231 cas estimés en 2018) et le cancer colorectal (23 216 cas estimés en 2018). Chez la femme, le cancer du sein se situe en tête (58 459 cas estimés en 2018), devant le cancer colorectal (20 120 cas) et le cancer du poumon (15 132 cas). En termes de mortalité, le cancer du poumon se situe au premier rang chez l'homme (22 761 décès en 2018), devant le cancer colorectal (9209 décès) et le cancer de la prostate (8 115). Chez la femme, le cancer du sein est la première cause de décès par cancer (12 146 décès), devant le cancer du poumon (10 356) et le cancer colorectal (7908).

Ce sont également les quatre cancers les plus pris en charge dans les programmes de la CAMI partout où elle intervient en service d'oncologie.

Tumeurs solides par incidence en France métropolitaine (2017)



Il est à noter la sur-représentation importante des cancers du sein, et donc de femmes généralement mobilisées par l'APA. Cette particularité étant largement relevée par les soignants comme par les professionnels de l'APA, l'expérimentation prévoit d'inclure 72,5 % de femmes touchées par un cancer du sein. Ceci pour des raisons à la fois de faisabilité et de reflet de la société et des comportements de la population impliquée dans de tels programme. Cette participation forte des femmes n'étant pas l'objet central de l'expérimentation, elle peut toutefois s'expliquer notamment par l'impact des diverses approches de santé publique et des campagnes de communication et événementielles, ainsi probablement que par des facteurs plus sociologiques de rapport au corps plus aisé chez les femmes que chez les hommes ou même chez les femmes confrontées à un autre cancer ou une autre pathologie.

Tumeurs solides, phase aigüe et prise en charges personnalisées

Pour assurer la sécurité des patients lors d'une séance d'APA thérapeutique en oncologie, les particularités de chacun doivent être prises en compte : stade de la maladie, traitements en cours et prévus, capacités physiques, antécédents de santé, contre-indications éventuelles, profil sportif / appétence pour l'AP, état psychologique, besoins et attentes par rapport à la pratique. La prescription d'APA thérapeutique doit être élaborée en tenant compte des possibilités individuelles : résistance, fréquence, durée et intensité des exercices. Dans le cadre d'une séance collective, l'objectif est de prendre en considération ces données, préalablement recueillies et régulièrement actualisées, pour bâtir un programme d'exercices réalisables par l'ensemble des participants et qui répondent aux besoins de chacun. L'encadrant doit s'informer de l'évolution de la situation de chacun des patients pour adapter ses cours en permanence. Cet Article 51 s'intéresse à une phase complexe et évolutive,

qui met en jeu de nombreux intervenants et aux potentielles complications très nombreuses. Une rapide définition des sous-populations permet d'appréhender la profondeur de cette expérimentation placée le plus précocement possible dans le parcours de soin. Parfois même entre le diagnostic et les premiers traitements conventionnels. (annexe 2)

Contre-indications

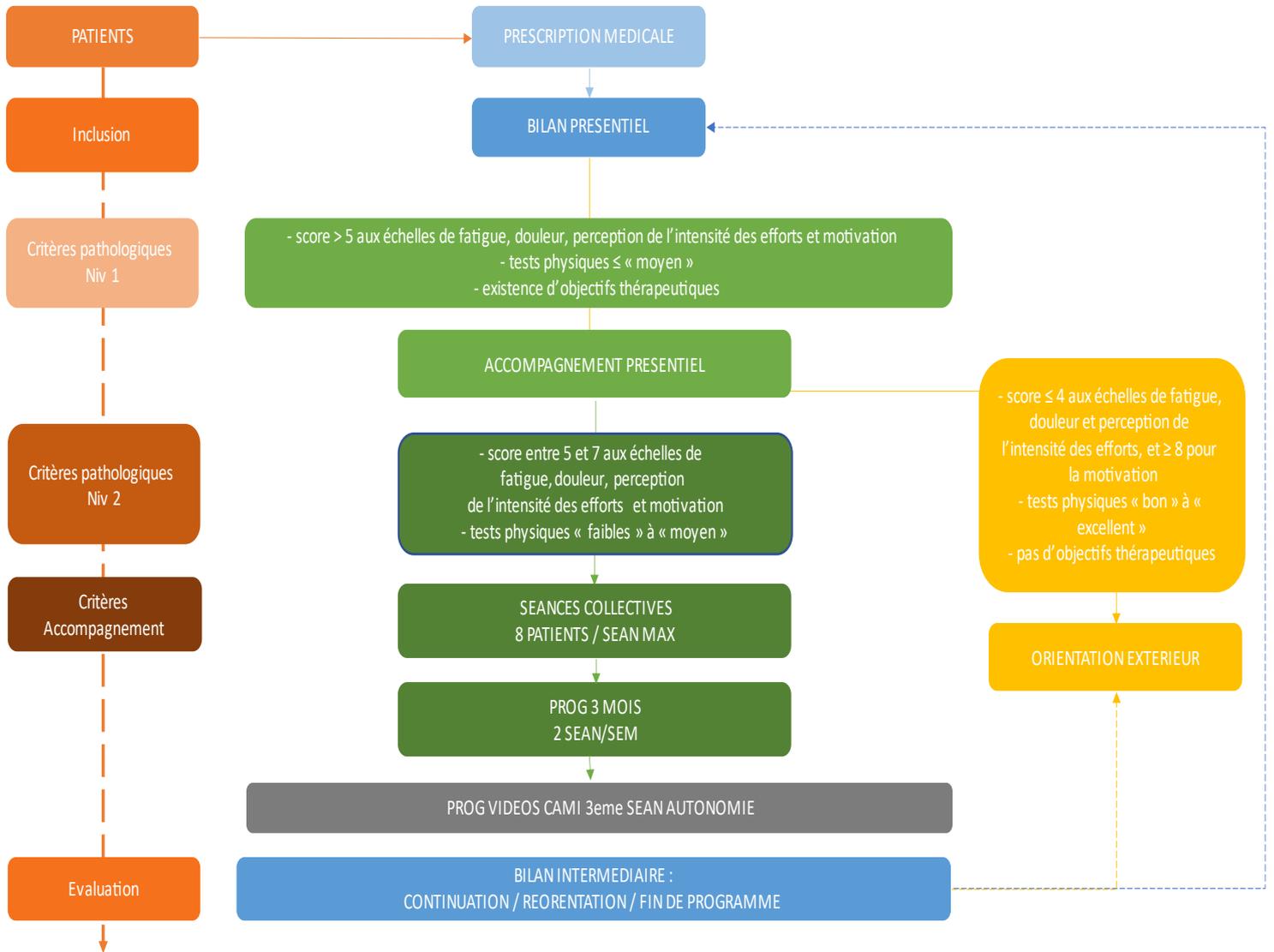
Tant qu'une de ces contre-indications est présente, le patient ne peut pas intégrer le programme. Si elles doivent être respectées, elles peuvent n'être que temporaires. Il est donc nécessaire de réévaluer régulièrement l'état de santé du patient.

- *Angor*
- *Fibrillation auriculaire rapide ou itérative*
- *HTA non contrôlée*
- *Infarctus/myocardite/péricardite/maladie thromboembolique récents (<3 semaines)*
- *Sténose aortique ou valvulopathie à opérer*
- *Insuffisance cardiaque/respiratoire importante (dyspnée de repos ou premiers efforts)*
- *Anémie symptomatique (hémoglobine \leq 8 g/dl), Thrombopénie*
- *Métastases osseuses lytiques ou douloureuses, Ostéoporose sévère*
- *Syndrome infectieux sévère, Fièvre > 38,5°C*
- *Chirurgie de moins de 3 semaines*
- *Fatigue extrême, Douleur aiguë, Vertiges, Trouble de la conscience, Dénutrition sévère*

Critères d'inclusion

Les médecins des services associés sont sensibilisés aux contre-indications, ainsi qu'aux critères d'inclusion (capacités de mobilité et fatigue). Ils adressent sur prescription les patients aux professionnels de la CAMI. A l'occasion du bilan initial, puis des bilans de contrôle (tous réalisés de manière individuelle et en présentiel), l'intervenant APA évalue pour chaque patient, grâce aux différentes échelles validées : la fatigue, la douleur, la perception de l'intensité des efforts, la motivation exprimée. Les critères pathologiques, les résultats à ces évaluations et l'état général, permettent d'inclure certains patients et d'exclure ceux qui sont trop déconditionnés comme ceux devant bénéficier d'un programme moins encadré, en ville par exemple. Le parcours prévoit une troisième séance ciblée en autonomie (vidéos spécifiques réalisées par la CAMI).

Critères d'inclusion et d'orientation du patient



Effectifs concernés

Population ciblée par l'expérimentation CAMI Sport et Cancer – Article 51

- 1000 patients adultes H/F traités pour une tumeur solide dans un des 15 services d'oncologie partenaires

Sous-populations / Tumeurs (nombre d'inclusions)

- Sein (725)
- Poumon (135)
- Prostate (70)
- Côlon-rectum (70)

Degrés d'extension

- Stades 1 à 4
- Métastatique ou non métastatique

Traitements (selon les cas / souvent combinés)

- Chirurgie (ablation partielle ou totale)
- Chimiothérapie (néoadjuvante ou adjuvante)
- Radiothérapie
- Hormonothérapie
- Thérapies ciblées (biothérapie, immunothérapie)

Préconisations de l'APA à but thérapeutique / Effets indésirables ou symptômes principaux (le plus souvent cumulatifs)

- Fatigue
- Sarcopénie
- Déconditionnement
- Douleurs
- Anxiété
- Troubles cognitifs

Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Rôle de la CAMI Sport et Cancer

→ Les équipes de direction de l'association et de coordination du projet

A travers son comité directeur et les personnes ressources dédiées, la CAMI s'assure de la bonne préparation de cette expérimentation. Elle en assure également la coordination opérationnelle et administrative. (pour la direction et le suivi de l'expérimentation cf. §7)

→ Les intervenants APA salariés de la CAMI

Ils sont au cœur de ce projet d'Article 51 et travaillent en immersion dans les services d'oncologie concernés. Ils sont en interaction permanente avec les soignants. Ils réalisent les bilans et tests de capacités physiques, déterminent les objectifs thérapeutiques en lien avec les bilans et les prescriptions / recommandations médicales, dispensent les séances collectives d'APA, orientent et conseillent pour le maintien d'une pratique dans la phase après cancer. (annexe 1)

Rôle des oncologues/médecins référents

Ils établissent la prescription du programme initial d'APA à but thérapeutique d'une durée de 3 mois, ainsi que la seconde prescription pour 3 mois supplémentaires, s'ils sont nécessaires. Ils ont un accès permanent aux données de leur patientèle sur les outils numériques sécurisés que la CAMI leur met à disposition. (cf. §5) En fonction des établissements, ils échangent de différentes manières avec les intervenants de la CAMI (staffs, réunions de soins de support, points individuels...).

Rôle des IDEC et autres personnels de santé

Dans les services concernés, les infirmières d'annonce, les IDEC, mais également l'ensemble des personnels cadres et paramédicaux, permettent la circulation de l'information, la sensibilisation à l'APA, l'orientation des patients et la coordination du parcours.

Terrain d'expérimentation et répartition des cohortes

15 établissements de santé partenaires / 12 départements métropolitains / 6 régions :

Région	Dpt	Ville	Etablissement	Total	Sein	Poumon	Colorectal	Prostate
AURA	69	Lyon	Hôpital Croix-Rousse HCL	50	36	7	4	4
Ile de France	75	Paris	Hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP	60	44	8	4	4
Ile de France	93	Bobigny	Hôpital Avicenne AP-HP	50	36	7	4	4
Ile de France	94	Villejuif	CLCC Gustave-Roussy	90	65	12	6	6
Ile de France	75	Paris	Hôpital Tenon AP-HP	50	36	7	4	4
Nvle Aquitaine	24	Périgueux	Polyclinique Francheville	70	51	9	5	5
Nvle Aquitaine	33	Bordeaux	Polyclinique Bordeaux Nord	100	72	13	6	6
Nvle Aquitaine	33	Bordeaux	Polyclinique Bordeaux Rive Droite	50	36	7	4	4
Nvle Aquitaine	64	Bayonne	Clinique Belharra	50	36	7	4	4
Occitanie	12	Rodez	Centre Hospitalier Jacques Puel	40	29	5	3	3
Occitanie	12	Rodez	Hôpital de Villefranche	40	29	5	3	3
Occitanie	31	Toulouse	IUCT - Oncopole	100	73	13	6	6
PACA	6	Nice	Centre Antoine Lacassagne	50	36	7	4	4
Pays de la Loire	44	Nantes	ICO - René Gauducheau	100	73	14	7	7
Pays de la Loire	85	La Roche/Yon	CHD Vendée	100	73	14	6	6
				1000	725	135	70	70

Durée de l'expérimentation

→ La durée de l'expérimentation est de 39 mois (3,25 années)

→ Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation :

- 1- Préparation de 6 mois avec une phase interne de 3 mois et une phase externe de 3 mois
- 2- Inclusions des 1000 patients (Démarrage des inclusions durant la phase de préparation externe, suivant le calendrier et la complétude de la préparation des 15 services de soins partenaires)
- 3- Inclusions possibles jusqu'au mois de juin de l'année 3
- 4- Le premier trimestre de l'année 4 est uniquement prévu pour permettre la complétude des derniers programmes longs inclus jusqu'à juin de l'année 3

→ La durée de suivi minimale de tout patient inclus dans l'expérimentation est de 3 mois. La durée moyenne de suivi est de 6 mois. Sont à prendre en compte potentiellement 10 % de perdus de vue à moins de 3 mois et 20 % entre 3 et 6 mois.

→ Montée en charge des inclusions

	Année 1 (sur 8 mois)	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Patients inclus (suivi pour au moins 3 mois)	250	400	350	0	1 000

Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Le pilotage de l'expérimentation est assuré par quatre membres de la direction de l'association CAMI Sport et Cancer (porteur de projet), en lien avec les médecins référents des établissements partenaires : Jean-Marc Descotes, directeur général ; Olivier Laplanche, directeur des relations institutionnelles et chef de projet ; Thomas Ginsbourger, directeur des programmes ; un.e responsable des services informatiques (en cours de recrutement).

D'autres salariés de l'association interviennent selon leur domaine de compétences dans les différentes phases de l'expérimentation afin d'en assurer la qualité et l'efficacité (préparation, démarrage des inclusions, formation des intervenants, facturation, dialogue avec les évaluateurs etc...) : directeur des partenariats et de la communication, directrice des ressources humaines, directrice administrative et financière, responsable des formations, chef de projet fundraising, les responsables territoriaux concernés (AURA, Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, PACA, Pays-de-la-Loire), chargé évènementiel, chargé de communication, chargé de qualité.

Financement de l'expérimentation

Modèle de financement

Le financement de l'expérimentation est hors budget des établissements partenaires. Le modèle économique repose sur le coût total pour 1000 patients dont la durée de prise en charge varie selon leur état de santé et les objectifs thérapeutiques fixés à chaque bilan. Cette expérimentation repose sur 4 forfaits distincts :

- Forfait #1 - Programme initial de 3 mois : 345 €
- Forfait #2 - Programme secondaire de 3 mois supplémentaires : 310,50 €
- Forfait #3 - Programme complémentaire d'un mois (3 fois max) : 92 €
- Forfait #4 - Bilan de sortie à partir de 7 mois : 34,50 €

Calcul et détails des forfaits

Prestation dérogatoire du « Forfait #1 – Programme initial de 3 mois » calculé sur une moyenne de 6 patients/séance

Prestation Séances	Intervenant	Durée, en heure	Fréquence moyenne	Nb moyen de patients	Coût horaire brut chargé	Coût unitaire par patient pour 3 mois de PEC
Bilan initial Tests de capacités physiques	Intervenant de la CAMI	1,5	1	1	23,00 €	34,50 €
Séances en présentiel collectives (1 intervenant, 8 patients max)	Intervenant de la CAMI	1	24	6	23,00 €	92,00 €
Approche dématérialisée (Accès et suivi vidéos)	Intervenant de la CAMI	45 à 60 minutes	Au moins 1/semaine	1		41,16 €
Bilan intermédiaire ou final si arrêt au bout de 3 mois / tests de capacités physiques	Intervenant de la CAMI	1,5	1	1	23,00 €	34,50 €
Coordination de parcours	Intervenant de la CAMI				23,00 €	92,12 €
Frais de déplacements des intervenants sur les lieux de PEC	Intervenant de la CAMI					6,67 €
Coût d'usage et de maintenance de la plateforme	Prestataire					8,50 €
Coût d'édition et d'impression des supports d'information et de prescription	Prestataire					1,54 €
Frais de structure	CAMI					33,52 €
Total forfait 3 mois						345 €

Le forfait de 345 € a été arrondi à l'unité supérieure avec zéro décimale après la virgule.

Les trois autres forfaits sont calculés sur la base du « Forfait #1 - Programme initial de 3 mois » à 345 € de la manière suivante :

Forfait #2 - Programme secondaire de trois mois supplémentaires (premier renouvellement de 3 mois pour une durée totale de 6 mois de PEC) : 310,50 €

(24 séances collectives en présentiel, Approche dématérialisée : Accès et suivi vidéos pour une séance en autonomie/semaine, Bilan intermédiaire ou final si arrêt au bout de 6 mois / tests de capacités physiques, Coordination de parcours, Frais de déplacements des intervenants sur les lieux de PEC, Coût d'usage et de maintenance de la plateforme numérique, Frais de structure)

Forfait #3 - Programme complémentaire d'un mois (renouvellement jusqu'à 3 fois, pour PEC de 9 mois maximum) : 92 €

(8 séances collectives en présentiel, Approche dématérialisée : Accès et suivi vidéos pour une séance en autonomie/semaine, Coordination de parcours, Frais de déplacements des intervenants sur les lieux de PEC, Coût d'usage et de maintenance de la plateforme numérique, Frais de structure)

Forfait #4 - Bilan de sortie définitif (bilan et tests de sortie définitive après 7, 8 ou 9 mois) : 34,50 €

(Bilan final / tests de capacités physiques, Coordination de parcours, Frais de déplacements des intervenants sur les lieux de PEC, Coût d'usage et de maintenance de la plateforme numérique, Frais de structure)

NB : L'élaboration d'un programme d'AP aval est systématique lors du bilan final (à 3, 6, 7, 8 ou 9 mois).

L'intervenant émet des propositions en fonction de l'état de santé et des connaissances qu'il a des capacités motrices et fonctionnelles du patient, sa motivation et son appétence pour une approche du mouvement ou une discipline sportive, son emploi du temps, son mode de déplacement et son lieu de résidence.

Les recommandations comportent des indications de seuil et de type de pratique visant une adhésion et un comportement vertueux à long terme. Elles peuvent inclure les programmes APA en ville validées par les institutions régionales⁹, les contacts des référents des Maisons Sport-Santé du territoire, les plateformes dédiées au recensement et à la mise en pratique¹⁰.

Le porteur de projet mettra à disposition son programme dédié de capsules vidéo sensibilisant au sport après traitement¹¹ à tous les patients en sortie de programme.

Estimation des coûts de la prise en charge actuelle :

Cette méthode d'accompagnement du patient en oncologie à travers un protocole d'APA thérapeutique n'entre pas à l'heure actuelle dans les dépenses de l'Assurance Maladie.

Dépenses évitées, gains en qualité des prises en charge :

Cette expérimentation vise à montrer de manière claire et contrôlée pour une population de 1000 patients ce que certaines études ont indiqué de manière plus disparate à plus petite échelle ou de manière prospective et macroéconomique :

« Les politiques publiques en faveur de la promotion de la pratique sportive se trouvent renforcées par l'existence de gisements de productivité associés. Le financement des dépenses sociales (santé, chômage, famille, retraite, dépendance) étant intimement lié à la performance économique globale, un accroissement de la productivité par la pratique sportive permettrait d'améliorer la situation budgétaire des comptes sociaux. »¹²

Calcul des Coûts d'amorçage et d'ingénierie

Crédits d'amorçage et d'ingénierie	Détail	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	Coût TTC
Coût Ingénierie	Conception, Mise en œuvre, Mise en œuvre, Plateforme DiagnoCAMI, Application Vidéos	32 253,20 €	6 911,25 €	3 911,25 €	43 075,70 €
Coût Amorçage	Communication, Formation spécifique métier, Matériel Informatique & Tel, Matériel Test & Bilans, autres	80 798,75 €	2 984,42 €	2 564,75 €	86 348,00 €
Coût Pilotage	Coordination Article 51	4 986,24 €	4 986,24 €	4 986,24 €	14 958,72 €
Total Amorçage, Ingénierie, Pilotage		118 038,00 €	14 882,00 €	11 462,00 €	144 382,00 €

⁹ Exemple : <https://prescriforme.fr/> en Ile-de-France

¹⁰ Exemples non-exhaustifs : Goove, Mon Bilan Sport Santé

¹¹ <https://www.sportetcancer.com/actualites/la-cami-sport-cancer-et-ses-partenaires-laureats-impact-2024>

¹² https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf

Synthèse du besoin de financement

	Forfaits	Année 1		Année 2	Année 3 Dernières inclusions potentielles en juin pour fin de suivis sur 9 mois en mars de l'année 4	Année 4 Fin du programme en mars : derniers bilans de sortie des patients suivis 9 mois	Total
		Préparation interne, 3 mois + préparation externe 3 mois	Démarrage inclusions par service durant la phase de préparation (possibilités sur 8 mois)				
Nb de patients inclus (suivi 3 mois) séances présentielle collectives	345,00 €	-	250	400	350		1 000
<i>Dont patients avec renouvellement (3 mois) (=total 6 mois)</i>	310,50 €	-	200	320	280		800
<i>Dont patients avec renouvellement (1 mois) (pouvant aller jusqu'à 9 mois de PEC)</i>	92,00 €	-	111	177	156		444
Bilan de sortie définitif pour les renouvellement >6mois	34,50 €	-	80	128	112		320
Total prestations dérogatoires (FISS)		- €	161 322 €	258 060 €	225 906 €		645 288 €
Total CAI (FISS)		118 038 €	- €	14 882 €	11 462 €		144 382 €
Total expérimentation (FISS)		118 038 €	161 322 €	272 942 €	237 368 €		789 670 €

Ce besoin de financement exprime l'intégralité de l'expérimentation pour 1000 patients allant tous au bout du parcours qui leur sera prescrit (3, 6, 7, 8 ou 9 mois selon les cas), sans prendre en compte les perdus de vue qui sont potentiellement 10 % à moins de 3 mois et 20 % entre 3 et 6 mois.

Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

a. Aux règles de financements de droit commun :

L'APA thérapeutique ne figurant pas au panier de soins remboursés, il est demandé une dérogation pour y intégrer les forfaits décrits dans le présent cahier des charges (bilans, programmes APA thérapeutique présentiels et vidéos, coordination, orientation post traitements).

b. Aux règles d'organisation de l'offre de soins : N/A

c. Tableau des règles de droit soumises à dérogation

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	✓	Forfaits de 3, 6, 7, 8 ou 9 mois
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences		
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	✓	Orientation vers l'APA post traitement en ville en sortie d'expérimentation & accès sécurisé aux fiches patients octroyé au médecin traitant
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	✓	Outils SI sécurisés développés par le porteur de projet : Plateformes de suivi et de modules vidéo

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	✓	Expérimentation visant à systématiser et faciliter l'APA oncologique en secteur hospitalier
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

Impacts attendus

Augmentation la qualité de prise en charge du patient traité pour un cancer solide

- Améliorer l'état de santé et de la qualité de vie par l'augmentation des capacités physiques (données cardiovasculaires, musculaires, fonctionnelles), la diminution de la fatigue chronique, des troubles psychiques et de certaines douleurs associées, le renforcement de l'estime de soi et des liens sociaux, le retour au travail anticipé.
- Diminuer le risque de récurrence.

Coordination de l'APA en secteur hospitalier et facilitation de l'après traitement

- Intégrer l'APA à but thérapeutique dans le parcours de soin, le plus précocement possible après le diagnostic, dès la phase aiguë et durant les traitements de la prise en charge en service d'oncologie.
- Mettre en place un protocole standardisé : normalisation des bilans et tests physiques, définition des programmes et des séances d'APA en complémentarité présentielle et distancielle selon les typologies de patients.
- Favoriser les échanges réguliers avec la communauté des soignants des services d'oncologie - sans les surcharger - pour optimiser le parcours de soin en y intégrant la qualité de vie comme indicateur clé dès le diagnostic et l'annonce, pendant les traitements et jusqu'à la période de surveillance.
- Promouvoir la prescription d'AP thérapeutique par les médecins spécialistes et contribution à l'augmentation de l'observance des protocoles d'AP.
- Proposer un modèle pertinent duplicable dans tous les types d'établissement (public/privé, hôpital/CLCC).

Réduction des dépenses de l'AM liées à la complexité du parcours de soin en oncologie

- Diminuer les dépenses globales et de la consommation de médicaments remboursés.
- Diminuer la fréquence des arrêts de travail et du temps moyen de retour au travail.

Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

Indicateurs proposés pour évaluer la bonne réalisation de l'expérimentation

Préparation - Coordination : 0 à 6 mois		
	Chronologie	Occurrence
Validation des Ressources financières et humaines de chaque programme (plan de financement pérenne et validation des postes de Praticiens en Thérapie Sportive)	1	1
Finalisation des vidéos spécifiques (réalisation et mise en ligne sur une plateforme dédiée)	2	1
Réassort des dépliants/affiches, site internet CAMI, lettres d'engagement et de bienvenue et des fiches résultats pour les patients	3	1
Réassort des prescriptions type et des fiches d'orientation pour les soignants	4	1
Réunions de préparation entre les équipes CAMI (Praticiens et Responsable Régionaux) et les équipes soignantes des établissements	4	2
Formation - Sensibilisation des médecins à l'accès à la plateforme de suivi DiagnoCAMI®	4	1
Intégration de la consultation CAMI dans le DMP pour les établissements volontaires	5	1
Expérimentation - Forfait		
	Chronologie	Occurrence
Fiche d'orientation (avec CI notamment)	1	1
Prescription programme APA thérapeutique #1 programme initial (+remise dépliant)	1	1
Inscription plateforme DiagnoCAMI®	2	1
Lettre d'engagement ou Questionnaire de refus	3	1
Bilan de santé et tests de capacités physiques #1	3	1
Questionnaire de Qualité De Vie	3 (+ fin)	2
Objectifs thérapeutique et élaboration du programme	3	1
Lettre de bienvenue	3	1
Préparation des séances	4	Tout le programme
Programme initial de 3 mois renouvelable 1 fois (24 séances présentiels, 12 séances vidéo)	5	1
Questionnaire d'arrêt et/ou Questionnaire de satisfaction	6	1
Prescription programme APA thérapeutique #2 si 3 mois supplémentaires	7	1
Bilan et tests de capacités physiques #2	8	1
Objectifs thérapeutiques et élaboration du programme	8	1
Programme secondaire de 3 mois (24 séances présentiels, 12 séances vidéo)	9	1
Programmes complémentaires jusqu'à 3 fois 1 mois (8 séances présentiels, 4 séances vidéos /mois)	10	1 à 3
Bilan et tests de capacités physiques #3	11	1
Objectifs thérapeutiques et élaboration du programme	11	1
Sensibilisation et orientation effectives dans des programmes en aval afin de permettre une pratique pérenne hors protocole 51	11	Fin de programme
Mise à jour régulière planning et données patients sur DiagnoCAMI®	Tout le programme	
Suivi inclusion et observance des patients et taux de remplissage consultations/séances	Intégralité	1 / mois
Formation continue Praticiens en Thérapie Sportive CAMI	Tout le programme	
Suivi psychologique des Praticiens en Thérapie Sportive CAMI	Intégralité	Autant que nécessaire
Rdv formalisés réguliers Praticiens en Thérapie Sportive CAMI & équipe soignante (selon les établissements : staff (classique et/ou labos) et/ou RCP et/ou réunions soins de support et/ou points mensuels)	Intégralité	Env. 1X / mois
Echanges informels quotidiens Praticiens en Thérapie Sportive CAMI + soignants	Tout le programme	
Réunions d'information patients	Intégralité	1 à 2X / mois
Evènements externes (Octobre Rose, Mars Bleu, Tour de France des Soins de Supports, etc.)	Tout le programme	
Communication médias (presse, radios, télé) et digitale (site internet, réseaux sociaux)	Tout le programme	
En cas de besoin : réassort du matériel et/ou des documents patients et soignants	Intégralité	Autant que nécessaire

Evaluation		
	Chronologie	Occurrence
Intégration du programme CAMI dans le parcours de soins des patients	Intégralité	
Bon usage des outils papiers et numériques par les patients et les soignants	Intégralité	
Inclusion progressive des sous-populations prévues (atteinte des objectifs d'inclusions par tumeur et par site)	Intégralité	1X / mois
Qualité du taux d'observance (adhésion et maintien) aux deux séances présentielles et à la troisième séance en autonomie (vidéo)	Intégralité	1X / mois
Rapports d'activité mensuels et annuels pour les équipes soignantes	Intégralité	9 à 10 / an
Améliorations objectives des capacités physiques et de la qualité de vie des patients inclus (bilans, tests, questionnaires)	Intégralité	Lors des évaluations
Améliorations déclarées par les patients de leurs capacités physiques et de leur qualité de vie dans les questionnaires de satisfaction	Intégralité	Lors du questionnaire de satisfaction
Satisfaction globale et spécifique des patients (programme, communication, outils, etc.)	Intégralité	Lors du questionnaire de satisfaction
Satisfaction de l'apport du programme pour les professionnels de santé (amélioration du parcours, fluidité des étapes et de la communication)	Intégralité	Lors du questionnaire de satisfaction
Diminution de la consommation de médicaments remboursés (inférieure à la moyenne des malades porteurs de tumeurs identiques)	Intégralité	Evaluation CNAM
Diminution de la fréquence et de la durée des arrêts de travail (inférieures à la moyenne des malades porteurs de tumeurs identiques)	Intégralité	Evaluation CNAM
Sensibilisation et orientation effectives dans des programmes en aval de l'expérimentation afin de permettre une pratique pérenne hors protocole 51	Intégralité	Fin du programme

Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Le projet nécessite de recueillir des données spécifiques auprès des patients qui peuvent être des données d'enquête ou des données de santé nécessaires à leur prise en charge : données administratives, détails du parcours de soin, résultats aux tests physiques, détails et observance du parcours APA présentiel et du module vidéo en autonomie, lettre d'engagement, questionnaires de satisfaction. (annexes 6 à 10)

Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données, l'ensemble des données de santé et de programme sont hébergées par AZNetwork, hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé par l'Agence Française de la Santé Numérique. Aucune donnée n'est collectée sans le consentement du patient qui peut, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, accéder à ses données et en demander la rectification ou la suppression. Chaque patient inclus accorde délibérément ou non l'accès à sa fiche personnelle au médecin oncologue partenaire de l'expérimentation, et s'il le souhaite à son médecin traitant. Les outils numériques assurent ainsi le respect des exigences de conservation, de confidentialité, de sécurité et de pérennité des données recueillies par la CAMI Sport & Cancer.

Liens d'intérêts

La liste des praticiens ou structures participant à l'expérimentation est présentée ci-dessous. En confirmant leur participation, chaque participant s'engage à faire une déclaration d'intérêts au titre des liens directs ou indirects avec des entreprises fabriquant des matériels ou dispositifs médicaux.

Hôpital	Médecin référent au sein de chaque service
Centre Antoine Lacassagne	Dr Faugliarini
Hôpital Puel	Dr Reyes-Ortega
Hôpital Villefranche	Dr Reyes-Ortega
Polyclinique Francheville	Dr Levaché
IUCT - Oncopole	Dr Caunes-Hilary
Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine	Dr Lenoir
Polyclinique Bordeaux Rive Droite	Dr Gobeli
ICO - Gauducheau	Dr Boiffard
Clinique Belharra	Dr Puig
Hôpital Croix-Rousse	Dr Stauffer
Hôpital Pitié-Salpêtrière	Pr Spano
Hôpital Tenon	Dr Prébet
CHD Vendée	Dr Franck Priou
Hôpital Avicenne	Pr Zelek & Dr Bouillet
Gustave Roussy	Dr Florian Scotté

Éléments bibliographiques / expériences étrangères

AMM Haydon, RJ Macinis, DR English et al (2006) « Effect of physical activity and body size on survival after diagnosis with colorectal cancer » *Gut*; 55:62-67

ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016.

Dodd MJ, Cho MH, Miaskowski C, et al. « A randomized controlled trial of home-based exercise for cancer-related fatigue in women during and after chemotherapy with or without radiation therapy. » *Cancer Nurs*; 33(4): 245-57

E Richman, S Kenfield, M Stampfer et al (2011) « Physical activity after diagnosis and risk of prostate progression » *Cancer Res* 71:3889-3895

Emaus A, Thune I. « Physical activity and lung cancer prevention ». *Recent Results Cancer Res*. 2011;186:101-33. doi: 10.1007/978-3-642-04231-7_5.

Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. « State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *European Journal of Cancer* ». 2010 Sep;46(14):2593–604.

Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011

Haute Autorité de Santé. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. 2018.

Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*. 2005 May 25;293(20):2479–86.

INCa, Fiche repère « Activité physique et cancers », 30 janvier 2012

INSERM. Activité physique - contextes et effets sur la santé 2008

INSERM. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques - synthèse. 2019

Irwin MI, Wilder Smith A, McTiernan A et al. (2008) « Influence of pre-and post diagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity and lifestyle study ». *J Clin*

Légifrance, Code de la santé publique : Parcours de soins global après le traitement d'un cancer (Article L1415-8)

Légifrance. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

Méta analyse Cochrane Database 2012: Cramp Fn Byron-Daniel J « Exercise for the management of cancer related fatigue in adults » *Cochrane Databas Syst Rev* 2012

Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, Snyder C « Exercise interventiosn on health-related quality of life for cancer survivors »— *Cochrane Gynaecological V-Cancer Group* 2012

OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010

Schneider CM, Hsieh CC, Sprod LK et al. (2007) « Effects of supervised exercise training on cardiopulmonary function and fatigue in breast cancer survivors during and after treatment. » *Cancer* 15: 919-925

Schwartz AL, Winters-Stone K, Gallucci B (2007) « Exercise effects on bone mineral density in women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. » *Oncol Nurs Forum* 34: 627–33

Spence RR Heesch KC, Brown WJ « Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review. » *Cancer treat Rev* 2010 36 185-94

Steindorf K, et al « Physical activity and risk of breast cancer overall and by hormone receptor status: The Europea, Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Cancer* 2013 – 132(7) – P 1667-78

Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee I-M.« Physical activity and colon prevention: a meta-analysis ». *British Journal of Cancer*. 2009 Feb 10;100(4):611–6.

Wu Y, Zhang D, Kang S « Physical activity and risk of breast cancer: a meta anlysis of prospective studies »*Breast Cancer res Treat* 2013 Feb 137(3) – 869-82

Liste des annexes

Annexe 1 : CAMI Sport et Cancer, intervenants APA, standards et impacts de l'AP thérapeutique

Annexe 2 : Construction des programmes et complexités des parcours de soin

Annexe 3 : Diplôme Universitaire Sport et Cancer, Paris 13

Annexe 4 : Critères d'inclusion

Annexe 5 : Prescription type

Annexe 6 : Bilan et échelles (fatigue, douleur, motivation)

Annexe 7 : Tests de capacités physiques

Annexe 8 : Présentation des outils SI et des données recueillies (RA type)

Annexe 9 : Lettre d'engagement

Annexe 10 : Questionnaires patients