

Tournoi de Handball



POUR GUILLAUMIE

ANNOUS DE TOUR



Tournoi de Handball Guillaume Vincent

Dimanche 5 juin 2011

au terrain de foot et gymnase du Roure à St Bonnet

venez nombreux encourager les équipes participantes à partir de 9h00

www.guillaumevincent.fr

 **ALPES PROVENCE**
BANQUE ET ASSURANCES

Agence de ST BONNET et sa caisse locale





Une journée **solidaire**

9^{ème} édition du **Tournoi de Handball**

"en Souvenir de Guillaume Vincent"

Dimanche 5 juin 2011 à partir de 9h00
au terrain de foot et gymnase du Roure à St Bonnet (05)

Déroulement de la journée

9h - Accueil des équipes

Présentation du capitaine à la table centrale

9h45

« topo arbitrage »

10h

Début des matchs de poule

12h - 13h30 - Pause déjeuner

13h30

Reprise des matchs de poule

14h45

Fin des matchs de poule

15h30

1/4 de finale

16h15

1/2 finale des adultes dans le gymnase

17h00

Finale des enfants dans le gymnase

17h30

Finale des adultes dans le gymnase

18h00

Remise symbolique du chèque des bénéficiaires de la 9^{ème} édition au représentant de l'Institut Paoli-Calmettes (centre régional de lutte contre le cancer).

18h15

Remise des récompenses

18h30 - Apéritif offert





Pour Guillaume, à nous de jouer !



Afin de perpétuer le souvenir de Guillaume, vice-président et joueur, le Handball club Champsaur Valgaudemar et l'association "**Pour Guillaume**" co-organisent un tournoi ouvert à tous, jeunes et moins jeunes, licencié(e)s et non licencié(e)s. Convivialité et amitié, deux valeurs maîtresses pour Guillaume, sont les bases de cette journée. Chaque année, depuis 2003, le stade et le gymnase de Saint Bonnet accueillent une trentaine d'équipes "adultes" dizaine d'équipes "enfants" composées de 5 à 8 joueurs, obligatoirement mixtes et avec au plus 2 licencié(e)s. Ces équipes s'affrontent, par poules, sur le stade de football. Les finales se déroulent au gymnase en fin d'après-midi.

Une tombola, une buvette, la vente de casquettes et de tee-shirts et une urne sont mis en place par les co-organisateur de la manifestation, le Handball club Champsaur Valgaudemar et l'association "**Pour Guillaume**", créée en août 2010, pour récolter des dons permettant de collecter des fonds qui seront, cette année encore, destinés à l'institut Paoli-Calmettes (IPC), le centre de cancérologie de la région PACA.

Le slogan "**Pour Guillaume, à nous de jouer**" symbolise l'esprit de cette manifestation qui réunit chaque année environ 400 personnes. Le combat de Guillaume contre la maladie, son implication dans la vie du club sportif, ses qualités de cœur et de rassemblement sont, ce jour-là, récompensés par cet élan de solidarité et de sympathie.

www.guillaumevincent.fr

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

Centre régional de lutte contre le cancer Provence-Alpes-Côte d'Azur

A propos de l'Institut Paoli-Calmettes

L'Institut Paoli-Calmettes est un centre de lutte contre le cancer, assurant, pour la région PACA, la prise en charge globale de l'ensemble des pathologies cancéreuses (tumeurs solides et hématologiques).

A ce titre, il dispose de l'ensemble des compétences et technologies nécessaires au dépistage, au diagnostic, aux soins et à la réhabilitation en oncologie.

Il intègre par ailleurs des activités d'information et de prévention, et héberge le Centre de Recherche en Cancérologie de Marseille en lien avec l'INSERM et l'Université Aix-Marseille. En 2010, **187** essais de recherche biomédicale ont été menés avec l'IPC, incluant 666 patients.

Certifié par la Haute Autorité en Santé (3^{ème} certification, sans réserve ni recommandation), l'Institut rassemble **1 200** chercheurs et personnels médicaux et non médicaux, engagés dans le combat contre la maladie.

La prise en charge à l'IPC s'effectue exclusivement sur la base des tarifs de la sécurité sociale et les dépassements d'honoraires ne sont pas pratiqués à l'IPC.

Les priorités de l'Institut dans son engagement au service des patients recouvrent **5** thématiques : **renforcer** la prévention, **améliorer** le diagnostic, cibler les traitements, **transférer** à la clinique les innovations issues de la recherche et **proposer** une prise en charge individualisée. L'Institut Paoli-Calmettes place le patient au cœur de sa prise en charge et des décisions qui le concernent.

Au-delà des actes diagnostiques et thérapeutiques à la pointe de l'innovation, une prise en charge des aspects sociaux, professionnels et émotionnels est également proposée aux patients de l'Institut.

Reconnu comme pôle d'excellence et de recours, l'Institut a réalisé plus de **64 000** consultations et accueilli plus de **22 000** patients en 2010.

232 Bd Sainte Marguerite - BP 156 -
13273 Marseille cedex 9

Tél : 04 91 22 37 48 - Fax 04 91 22 36 12

E.mail : communication@marseille.fnclcc.fr

www.institutpaolicalmettes.fr



"Pour Guillaume, à nous de jouer !"

Historique



25 mai 2003 - 1^{ère} édition -
30 équipes adultes - 4 équipes enfants et ...
1 937,79 euros reversés à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)



6 juin 2004 - 2^{ème} édition -
28 équipes adultes - 5 équipes enfants
2 434,68 euros reversés à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)



3 juillet 2005 - 3^{ème} édition -
28 équipes adultes - 5 équipes enfants
2 707,28 euros reversés à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)



11 juin 2006 - 4^{ème} édition -
30 équipes adultes - 6 équipes enfants
3 039,40 euros reversés à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)



3 juin 2007 - 5^{ème} édition -
34 équipes adultes - 6 équipes enfants et ...
3 441,64 euros reversés à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)



8 juin 2008 - 6^{ème} édition -
27 équipes adultes - 8 équipes enfants
3 633,34 euros reversés à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)



14 juin 2009 - 7^{ème} édition -
24 équipes adultes - 4 équipes enfants et ...
3815,93 euros reversés à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)



Les dons versés à l'Institut Paoli-Calmettes aident l'unité de thérapie de transplantation et de thérapie cellulaire créée en 2007.

Depuis près de trente ans, l'IPC est en pointe dans le traitement des néoplasies hématologiques et plus largement des maladies cancéreuses qu'est la greffe allogénique. L'activité, soutenue, d'immunothérapie de l'Institut l'a placé au premier rang sur le plan international et, aujourd'hui, l'unité de greffe de l'IPC est le plus grand centre de greffe adultes en France et en Europe avec 100 à 150 greffes par an.

La création, au milieu des années 2000, d'une nouvelle unité de Transplantation et de Thérapie cellulaire au sein de l'IPC a permis d'augmenter et d'améliorer encore la prise en charge de patients, et, aujourd'hui, la greffe a fait ses preuves contre d'autres formes de cancers, y compris dans le traitement de certains tumeurs solides.

Le Professeur Didier Blaise, responsable de cette unité, explique le principe de la greffe et les avancées considérables accomplies ces deux dernières décennies.



Institut Paoli-Calmettes

u2T

unité de Transplantation et de Thérapie cellulaire

Comment fonctionne la greffe, quel est le principe de cette thérapie ?

Le principe thérapeutique de la greffe est d'éliminer les cellules cancéreuses en

apportant un nouveau système immunitaire grâce au greffon, donc à la moelle, prélevé chez un donneur compatible. En clair, on combat la maladie en "remplaçant" le système immunitaire de la personne atteinte par certaines formes de cancer par le système immunitaire que quelqu'un d'autre.

C'est ce que l'on appelle l'allogreffe, ou la greffe allogénique : on prélève de la moelle osseuse chez un donneur pour l'implanter chez le patient malade, car la moelle osseuse est l'endroit où se loge le système immunitaire.

C'est donc un principe de soin différent des radiothérapies ou des chimiothérapies qui essaient de tuer les cellules cancéreuses, de les détruire avec les rayons ou les médicaments.

On voit la greffe comme la thérapie de la dernière chance...

C'est une perception qui est due au fait que la greffe a longtemps constitué une thérapie élitiste, réservé à des formes particulièrement sévères de la pathologie, comme les leucémies aiguës. Pour ces malades atteints de leucémies aiguës, le sursis était de 7 jours ! Donc, en effet, la greffe était le seul geste capable d'éventuellement les sauver...

La greffe était aussi réservée à des personnes de moins de 50 ans, car la toxicité et le risque étaient trop élevés chez des malades plus âgés. Or le risque de leucémie atteint son pic après 60 ans...

L'autre problème que l'on rencontrait alors était le faible pourcentage de donneurs compatibles pour une greffe : nous étions limités à des donneurs qui pouvaient avoir hérité du même patrimoine génétique, concernant les groupes de transplantation : il ne pouvait s'agir que des frères et sœurs issus des mêmes parents. Et, au vu des compositions des familles françaises, la chance de trouver un donneur compatible se situait entre 25% et 28%.

La greffe était donc une thérapie très limitée, avec de forts risques d'échecs ?

En effet, lorsque nous avons commencé à mettre en œuvre des traitements, le risque de complications engageant le pronostic vital dépassait 30% ! Tout le travail de ces vingt à trente dernières années a consisté à lutter contre les facteurs d'échec, qui étaient pour l'essentiel de deux types : le rejet par l'organisme greffé, de la moelle reçue - c'est l'aspect le mieux connu, dans le public, des risques des greffes.

Mais ce qui est moins connu et pourtant très important c'est la réaction exactement inverse, c'est-à-dire la réaction du greffon, c'est à dire la moelle greffée, contre l'hôte, donc le patient qui le reçoit. On assiste à deux types de réaction, l'une bénéfique et l'autre toxique. La réaction bénéfique est celle où le greffon reconnaît la maladie et l'attaque ; dans ce cas, c'est exactement ce que l'on cherche à atteindre, le système immunitaire qu'apporte le greffon joue parfaitement son rôle. L'autre réaction, elle, dangereuse, est celle où le greffon, reconnaît comme étrangers les organes du patient. En clair, le greffon essaie de rejeter les organes du receveur :

peau, foie, tube digestif etc.. Cette réaction est communément appelé GVH pour Greffon Versus Hôte.

Il a fallu des années de recherches pour prévenir et diminuer la toxicité de ces effets pervers de la greffe et ainsi augmenter les chances de guérison, mais aussi pour être capables d'utiliser la greffe pour des patients plus âgés, car, en effet, le risque de cette GVH augmentait avec l'âge.

Enfin, autre progrès majeur, nous étions convaincus que nous pouvions ouvrir cette thérapie à d'autres formes de maladies, non seulement d'hémopathies - les cancers du sang - mais aussi à certaines formes de tumeurs solides, comme des formes particulièrement graves de cancer du sein ou du rein. L'IPC a fait le choix, très audacieux, d'investir dans ce domaine, car nous étions convaincus que nous pouvions obtenir des résultats très positifs.

adressons pas à des maladies, mais à des personnes qui ont des maladies et qui restent souvent longtemps, de quatre semaines à trois mois, dans notre centre de soins. Le confort, la possibilité de voir ses proches, de maintenir le lien familial que la maladie attaque avec tant de virulence, sont cruciaux pour que le patient "adhère" à son traitement. Or, à l'étroit dans une chambre bourrée de matériel médical, ou dans le couloir, les proches et le patient ne peuvent pas retrouver les liens qui les unissent et qui sont si fondamentaux. Ainsi, nous avons pris sur l'espace de l'hôpital pour créer des espaces de convivialité où les familles peuvent se reposer, se ressourcer, des salons avec un canapé et une télévision, car regarder un film, lire ou répondre à des emails permet de reprendre des forces avant de continuer un accompagnement de grande importance.

Nous avons créé des salles de bains avec douche dans les chambres, ce qui était un pari difficile, car l'eau, on le sait, est un vecteur de nombreuses maladies dangereuses pour les patients qui ont une immunité, un système de défense, très affaiblis... Grâce à des techniques de filtrage de l'air, d'hygiène, nous avons pu offrir une approche humanisée, moins anxiogène, pour nos patients.

Qu'en est-il aujourd'hui des recours à cette thérapie et des chances de survie après une greffe ?

Quelques chiffres parlent d'eux-mêmes : en 1999, nous pratiquions 25 à 30 greffes par an.

Aujourd'hui, nous pratiquons plus de 100 greffes par an, avec 70% de chances de guérison non plus à trois mois mais à un an après la greffe. Les tendances se sont inversées. Et pourtant, nous prenons en charge des personnes qui sont plus âgées et plus gravement malades qu'auparavant.

Nous nous sommes affranchis de plusieurs barrières qui limitaient fortement le recours à la greffe : la barrière du donneur compatible familial, avec le recours à des donneurs volontaires ou à ce que l'on appelle le "sang de cordon" par exemple, qui ouvre à d'autres donneurs possibles. La barrière de l'âge,



Comment s'est traduit cet investissement ?

Par la création en 2000 d'une équipe totalement dédiée à ce traitement, d'abord, par les liens étroits dans les missions de l'IPC entre soins cliniques et recherche ; ensuite, par la décision de créer une nouvelle Unité de transplantation et de Thérapie cellulaire en 2007 ; et enfin, par la création d'un laboratoire de thérapie cellulaire en charge de la recherche des donneurs (Prof. Chabannon). Nous avons maintenant accès des fichiers de donneurs (14 millions de personnes y sont inscrites) et des capacités d'examen de la compatibilité qui ont considérablement ouvert les possibilités d'avoir des donneurs compatibles hors de la famille.

En créant la nouvelle unité, en 2007, il ne s'agissait pas seulement d'augmenter le nombre de lits pour augmenter notre capacité à soigner des malades. Il était question aussi de créer un environnement qui favorise véritablement la guérison : nous ne nous



car nous avons fortement réduit les risques de toxicité liés à la greffe et à la réaction du greffon, et que donc l'âge n'est plus vraiment un problème aujourd'hui. Et, bien sûr, la barrière de la toxicité, que nous avons considérablement fait diminuer, ce qui a inversé les courbes pour parvenir aujourd'hui à près de deux tiers de réussite de ce traitement.

Enfin, nous avons été capables d'appliquer cette thérapie à d'autres formes de maladies du sang et à des tumeurs solides. Donc, aujourd'hui, le profil du patient candidat à la greffe n'est plus seulement la personne atteinte de leucémie aiguë, mais affectée par d'autres formes de tumeurs cancéreuses.

Quelles sont donc les difficultés qui demeurent, aujourd'hui ?

La principale source d'échec, aujourd'hui, n'est ni le rejet ni la réaction du greffon, mais le risque de récurrence du cancer notamment dans les situations où la greffe a été faite pour des maladies résistant fortement aux traitements. Un risque qui est le reflet direct de la population greffée maintenant : les patients survivent à la greffe, revivent, et donc ils sont confrontés au risque inhérent à cette maladie.

Quels sont donc vos objectifs ?

Bien sûr améliorer les résultats en termes d'efficacité, mais aussi améliorer la qualité de vie après la greffe.

C'est pourquoi, avec le département de psychologie clinique (Dr Ben Soussan) nous travaillons sur la sortie du traitement, avec nos patients bien sûr, mais aussi avec d'autres équipes, de psychologues, de travailleurs sociaux, mais aussi avec des disciplines comme la gynécologie, l'andrologie ou la sexologie. Pour prendre un exemple, je me souviens du premier patient qui a évoqué les questions qui se posaient pour reprendre une vie sexuelle après un si long traitement. Cela a suscité chez nous une prise de conscience qui nous a amenés à conduire des recherches et à proposer des solutions sur des sujets qui paraissent très éloignés des techniques très pointues de la greffe. Car reprendre sa vie est un tout.

Nous sommes aujourd'hui face à des patients qui vivent plus longtemps, et qui, après le traitement, revivent. Une citation de John Fitzgerald Kennedy illustre bien, à mon sens, ce que cela signifie : "Il est bien d'avoir ajouté des années à la vie mais il faut maintenant essayer de rajouter de la vie aux années."

Les journées "patients" de Marseille et qui sont organisées par l'unité d'hématologie et de transplantation et l'unité de psychologie clinique de l'IPC sont une illustration majeure de ces préoccupations nouvelles : si l'on veut que le traitement "marche", nous devons écouter les patients, comprendre leurs attentes et les moments souvent insupportables, intolérables de douleur et d'angoisse qu'ils traversent.

Les progrès de la technique de greffe en points clef

- Grâce à la cytophérèse, il n'est plus indispensable de pratiquer des ponctions de moelle osseuse,
- Grâce à un meilleur contrôle de l'aplasie, le malade n'est plus confiné sous bulle stérile,
- Grâce au recul de la toxicité, on peut greffer au-delà de soixante ans,
- Grâce aux fichiers de donneurs et aux banques de sang de cordon, on peut réaliser des greffes quand il n'existe pas de donneurs dans la famille,
- Grâce aux combinaisons alliant les thérapies classiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, greffe), on peut employer la greffe pour soigner d'autres pathologies que les leucémies aiguës, y compris pour certaines tumeurs solides (certaines formes de cancer du sein, du rein etc..).