

IN EXTENSO



LE CANCER

Évolution
à La Réunion
jusqu'en 2011



SYSTÈME DE SANTÉ ET ÉTAT DE SANTÉ



PLATEFORME D'INFORMATION DES ÉTUDES EN SANTÉ (PIES)



Créée en mars 2012, la Plateforme d'Informations des Etudes en Santé regroupe trois organismes œuvrant dans le domaine de la Santé :

L'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI)

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS)

La Cellule de l'InVS en Région (Cire OI)



SES MISSIONS

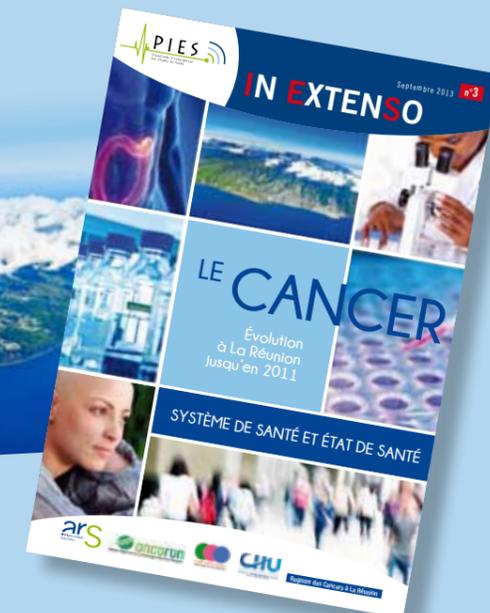
- Centraliser les demandes d'études et éclairer la Direction Générale sur leur pertinence ;
- Recenser, mettre à disposition et valoriser les informations disponibles (données statistiques, études, diagnostics locaux) ;
- Repérer et analyser les besoins en matière d'observation, d'études et de diagnostic ;
- Organiser les complémentarités nécessaires pour la conduite des travaux prévus au programme de travail partagé ;
- Réaliser ou coordonner les études ;
- Présenter, diffuser et valoriser les travaux.



Le cancer

Évolution à La Réunion jusqu'en 2011

Sommaire



PRÉAMBULE	4		
I – CANCER ET SYSTÈME DE SANTÉ	5		
1.1. Historique	5	II – ÉTAT DE SANTÉ - CANCÉROLOGIE	20
1.2. Prévention et dépistage	6	2.1. Incidence due au cancer	20
1.2.1. Prévention	6	2.2. Hospitalisation pour cancer	23
1.2.2. Dépistage	7	2.3. Mortalité pour cause de cancer	25
1.2.3. Détection précoce	9	CONCLUSION	27
1.3. Diagnostic, ressources disponibles	10	ANNEXES	28
1.3.1. Le plateau technique d'imagerie	10	Annexe 1 – Les dépistages organisés	28
1.3.2. L'anatomie pathologique	11	Annexe 2 – Les incidences, données du registre des cancers	34
1.4. Les soins	12	Annexe 3 – Les hospitalisations pour cancer, données du PMSI	38
1.4.1. Les modalités de prise en charge	12	Annexe 4 – La mortalité, données des certificats de décès de l'Inserm	48
1.4.2. Les médecins autour du cancer	13	SIGLES	54
1.4.3. Les établissements autorisés	14	SOURCES DES DONNÉES	55
1.4.4. Les réseaux	15	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
1.4.5. Parcours de soins	15	ADRESSES UTILES	57
1.5. La vie pendant et après le cancer	17		
1.5.1. Soins de support	17		
1.5.2. Le suivi	18		
1.5.3. Soins palliatifs	19		
1.5.4. La réinsertion	19		

Edito



Chantal de Singly,
Directrice Générale de l'Agence
de Santé Océan Indien

J'ai le plaisir de vous présenter cette publication concernant le cancer à La Réunion. C'est le fruit du travail réalisé par les différents acteurs concernés par cette problématique de santé. Il présente une synthèse d'une monographie des différentes facettes de la mise en œuvre des plans cancers, des spécificités de la population et de l'offre de prévention, du dépistage et des soins à la Réunion.

A l'approche du prochain plan cancer national, cette étude apportera, je le souhaite, un éclairage sur l'évolution et la situation à La Réunion.

Bonne lecture,



PRÉAMBULE

Le cancer est une pathologie polymorphe, attaquant tout type d'organe et touchant majoritairement les populations vieillissantes. Sa gravité n'est cependant pas liée à l'âge du patient qui en est atteint mais à l'organe qu'il touche, à son type histologique¹ et au stade auquel il est diagnostiqué.

Depuis 2000, la France s'est dotée d'une politique de lutte contre le cancer avec un premier plan (Gillot – Kouchner). Le Plan Cancer I 2003-2007 [1] a marqué une étape décisive en identifiant le cancer comme priorité nationale et en l'inscrivant en tant que chantier présidentiel à un niveau de mobilisation sans précédent. Ce plan en 70 mesures, doté de 600 millions d'euros de financements publics nouveaux, avait comme objectif de réduire en 5 ans la mortalité par cancer de 20 %, grâce à la mise en œuvre de 7 axes stratégiques :

- rattraper le retard français en prévention ;
- mieux organiser le dépistage ;
- apporter des soins de meilleure qualité centrés sur le patient ;
- permettre un accompagnement social plus humain et plus solidaire ;
- mettre en place une formation plus adaptée ;
- développer la recherche ;
- créer l'Institut National du Cancer (création réalisée en 2005).

L'évaluation du plan cancer 2003-2007 a montré qu'un tiers des mesures étaient pleinement concrétisées, un autre tiers modérément ou inégalement, le dernier tiers peu ou pas du tout mis en œuvre. Les progrès à faire étaient notamment dans la coordination des soins. En découle le rapport au Président de la République, comprenant des recommandations pour le Plan Cancer II (2009-2013) [2], remis par le professeur Grünfeld le 14 février 2009 et ses orientations :

Les cancers plutôt que le cancer, en référence à la multiplicité des formes et évolutions de cette maladie.

Les cancers ou les personnes atteintes de cancers ? Avec en corollaire « Le médecin connaît la tumeur, le malade connaît sa vie ».

Ce plan prend en considération les inégalités face à cette maladie. Il propose de généraliser certaines mesures comme le dispositif d'annonce et la réunion de concertation pluridisciplinaire. Ces dispositions contribuent à une meilleure

qualité dans la prise en charge d'un patient atteint du cancer. En outre, il insiste sur des perspectives nouvelles :

- recherche avec l'organisation de partage entre professionnels spécialisés de régions différentes,
- implication des établissements, ouverture à la ville,
- importance du système d'information et amélioration de la lisibilité.

Nous sommes à l'aube d'un 3^{ème} plan cancer qui a été annoncé par le président Hollande à l'issue d'un séminaire sur les inégalités sociales de santé en cancérologie, le 4 décembre 2012. Ce nouveau plan 2013-2016 devrait insister sur la prévention, la recherche et la vie après le cancer.

Dans ce contexte, il est apparu intéressant de faire l'état des lieux, pour ne pas dire le bilan, de 10 années d'efforts à La Réunion dans ce domaine et de présenter les écarts principaux de notre région à la moyenne nationale. C'est l'objet de cette monographie. Nous présenterons les mesures préconisées au niveau national, les réalisations réunionnaises en termes de structures et d'organisation ainsi que les principales données d'état de santé. Des focus sur des mesures particulières seront mises en annexes de cette monographie et d'autres feront l'objet de publications ultérieures.

Plan cancer 2009-2013 [2] : favoriser des mesures adaptées à la situation des DOM TOM.

Développer dans les DOM des filières de prise en charge du cancer appuyées sur la mise en réseau des dispositifs existants entre département : un schéma interrégional de la cancérologie sera formalisé pour renforcer les complémentarités locales de l'offre de soins, développer l'accès aux soins sur place ou à proximité pour les patients cancéreux, ainsi qu'à certaines techniques de recours et définir les conditions des transferts vers la métropole ou les pays voisins. Sont concernées La Réunion et la collectivité départementale de Mayotte. Les mesures générales thématiques du plan cancer intègrent le renforcement de l'offre de soins des DOM. Elles concernent les équipements lourds, le développement des soins palliatifs, les molécules onéreuses et la mise en réseau.

1.1. HISTORIQUE

Les différents plans cancers montrent l'importance donnée au niveau national à cette pathologie puisqu'elle est dans de nombreuses régions françaises la 1^{ère} cause médicale de décès sur la période 2007-2009 pour les deux sexes confondus (source CépiDC Inserm).

Dès 1998, la conférence nationale de santé souhaite une organisation spécialisée, une coopération des divers professionnels dans la lutte contre le cancer et une prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, facteurs de risque reconnus de cette pathologie.

En 2002, les établissements de santé sont incités à se regrouper en réseaux territoriaux autour des grands centres universitaires ou des centres de lutte contre le cancer (CLCC). Le réseau ONCORUN est créé à La Réunion et regroupe tous les établissements de santé de l'île mais également le centre hospitalier de Mayotte (CHM). A défaut de centre hospitalier universitaire (CHU) ou de CLCC, ONCORUN s'organise autour de 3 centres spécialisés : la Clinique Sainte Clotilde, le Centre Hospitalier Félix Guyon et le Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR). Ces 2 derniers forment maintenant le CHU de la Réunion.

L'organisation des soins en cancérologie conformément à la circulaire DHOS/SDO/101 du 22 février 2005² est intégrée dans les volets cancer du Schéma Régional de l'Offre de Soins de 3^{ème} génération (SROS III).

Le 1^{er} plan cancer [1], accompagné de textes propres à l'hospitalisation a insisté sur :

- une organisation recentrée autour d'équipes spécialisées utilisant les données actuelles de la science ;
- la création de l'Institut National du Cancer (INCa) ;

- l'incitation au travail en réseau impliquant la participation active des spécialistes en oncologie regroupés majoritairement au sein des CLCC mais effectuant des consultations avancées dans les hôpitaux généraux.

La création de structures de gestions départementales mettant en place le dépistage organisé des principaux cancers fait partie de ces premières mesures. A La Réunion, la structure Mammorun qui deviendra ultérieurement Run Dépistages, est créée en 2004. Le département de La Réunion n'est donc pas en retard dans le travail en réseau, le dépistage et la pluridisciplinarité puisqu'il s'engage même dans une informatisation précoce des fiches de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Les établissements de santé doivent faire connaître leur mode de fonctionnement au sein du Centre de Coordination en Cancérologie (3C). Le SROS III de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Réunion-Mayotte prévoit deux 3C territoriaux : un Nord et un Sud. Mayotte et ses patients ont le choix de leur rattachement. Ces centres de coordination doivent notamment permettre aux patients atteints de cancer une équité d'accès aux innovations thérapeutiques.

Cette recherche qualitative engendre la création en 2007 des réseaux régionaux de cancérologie. Ils ont pour mission principale d'évaluer la qualité des prises en charge. Les acteurs de la cancérologie de La Réunion et de Mayotte décident de garder la même appellation d'ONCORUN qui sert déjà au réseau « territorial » pour le réseau régional de cancérologie. Cette décision entraîne encore des confusions dans le partage des compétences et des missions.

Parallèlement au plan 2003-2007, le chapitre des autorisations du code de la santé publique octroyées par la tutelle aux établissements de santé fut enrichi. Ce qui se traduit par moins d'équipements lourds et plus de précision dans les activités.

Toutefois, les scanners, les IRM³, les TEP⁴ et les gammas caméras restent soumis à autorisation. Ils sont tous utiles dans le diagnostic et le suivi des tumeurs. La précision dans les activités en particulier l'activité de traitement du cancer qui se localise dans des établissements autorisés, sert de base à l'homogénéisation des pratiques et à la qualité de celles-ci.

En 2008, les révisions spécifiques des SROS de 3^{ème} génération ont consacré cette réorganisation des plateaux techniques destinés aux traitements des cancers.

La place de la recherche a toujours été valorisée mais son organisation interrégionale est maintenant fortement recommandée.

La meilleure prise en compte de l'anatomie pathologique, de la cytopathologie et des marqueurs biologiques font également avancer la connaissance épidémiologique et permettent les avancées thérapeutiques. C'est donc tout naturellement que le plan actuel se focalise sur le suivi hors de l'hôpital et à la vie après le cancer incluant ainsi les progrès du dépistage et les prises en charge thérapeutiques dans les soins de support.

¹ Science qui étudie la structure microscopique, la formation et le rôle des tissus et des cellules des êtres vivants.

³ Imagerie par Résonance Magnétique

⁴ Tomographie par Émission de Positons



1.2. PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

1.2.1. Prévention

La prévention du cancer recouvre l'ensemble des mesures préventives, collectives ou individuelles, contre les risques liés à cette pathologie. La prévention est un domaine dans lequel la France entend combler un retard par rapport à d'autres pays. Les divers plans cancers lui font une part de plus en plus importante.

Que dit le plan cancer 2009-2013 [2] :

« Il est possible d'agir pour diminuer l'incidence de certains cancers, par la réduction ou l'élimination des expositions aux facteurs de risque de cancers. Il est aussi possible d'en diminuer la gravité, de faire baisser la mortalité et d'améliorer la qualité ou la durée de survie par le repérage de facteurs de susceptibilité individuelle, le dépistage ou le diagnostic précoce. La loi «Hôpital, patients, santé, territoires » renforce la prévention des principaux facteurs de risque du cancer. Plusieurs mesures prioritaires ont été prises en faveur de la protection de la santé environnementale, des femmes et de certaines populations vulnérables. La mise en œuvre de la prévention des cancers, qu'elle vise des déterminants ou facteurs de risque individuels ou environnementaux, requiert le développement de stratégies diversifiées individualisées ou collectives, s'appuyant sur la mobilisation de professionnels de multiples disciplines et de la société civile. Les professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins traitants, sont les plus à même de réaliser plus efficacement le repérage des expositions aux risques de cancers, de recommander les moyens de réduction des risques et de proposer les dépistages nécessaires (individuels ou dans le cadre du dépistage organisé). »

PLAN CANCER 2009-2013 [2] : LES MESURES RELATIVES À LA PRÉVENTION

Mesure 10 : poursuivre la lutte contre le tabac.

Mesure 11 : promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers.

Mesure 12 : renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel.

Mesure 13 : prévenir les cancers d'origine infectieuse.

Qu'en est-il à La Réunion ?

- Dans le cadre de la consommation de tabac et de boissons alcoolisées, des actions d'information et de sensibilisation des jeunes en milieu scolaire (primaire et secondaire) sont menées depuis plusieurs années par des associations en partenariat avec le Rectorat de La Réunion. Les parents sont associés à la réalisation de ces actions mais leur mobilisation au sein des établissements scolaires reste difficile.
- Dans le cadre du programme alimentation, activité physique, nutrition santé (PRAANS), l'ARS accompagne et appuie le développement d'actions visant à promouvoir les repères nutritionnels, à favoriser la pratique d'une activité physique régulière et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies liées à la nutrition (obésité, surpoids, diabète, maladies cardiovasculaires...). L'ARS OI soutient également le déploiement du programme « Manger, bouger pour ma santé » à destination des enseignants du 1er degré. Des actions de promotion des fruits et légumes en lien avec les producteurs (semaine de la « fraich'attitude ») sont également développées.

Cette thématique fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre des travaux d'élaboration des contrats locaux de santé.

- Dans le cadre du renforcement de la prévention à l'exposition aux rayonnements UV et dans une région particulièrement exposée, l'ARS OI soutient annuellement le programme : « Vivre avec le soleil ». Ce programme, mis en œuvre en 2008, a pour objectif d'améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements de la population réunionnaise en matière d'exposition et de protection solaire en ciblant prioritairement les élèves d'écoles primaires (4-11 ans), de 6^{ème} et de 5^{ème} (12-13 ans).

- Une enquête de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), menée auprès des médecins du travail et des médecins généralistes de La Réunion entre novembre 2012 et janvier 2013, a permis d'identifier une réelle méconnaissance du risque des maladies professionnelles, notamment les cancers professionnels, par l'ensemble des acteurs concernés et un suivi insuffisant des expositions professionnelles sur l'île [3].

- Mésothéliome (amiante) : à la suite de la mise en place de la déclaration obligatoire (31^{ème} maladie) au niveau national, l'ARS OI, en collaboration avec l'INVS et ONCORUN, met en place en 2012 un groupe de travail dont la 1^{ère} phase est de connaître les risques d'exposition dans les îles de La Réunion et de Mayotte.

- Les campagnes de communication du ministère de la santé sur la promotion du dépistage sont relayées au niveau local : « Mars bleu » pour le cancer colorectal et « Octobre rose » pour le cancer du sein. Actuellement le dépistage du col de l'utérus est en phase d'expérimentation à La Réunion.

1.2.2. Dépistage

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt de détecter plus précocement un cancer est de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. Il est aujourd'hui possible de dépister ou de détecter précocement certains cancers. Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique comme pour le cancer du sein et le cancer colorectal, soit de façon individuelle à l'initiative du professionnel de santé ou du patient tel le cancer du col de l'utérus, le mélanome etc.

PLAN CANCER 2009-2013 [2] : LES MESURES RELATIVES AU DÉPISTAGE

Mesure 14 : lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

Mesure 15 : améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

Mesure 16 : impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

Mesure 17 : assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers.

Qu'est-ce qu'un dépistage organisé

Un dépistage ne bénéficie d'une organisation nationale que lorsque le rapport coût-bénéfice est démontré pour une certaine tranche d'âge de la population. Suite à des expériences pilotes, des stratégies de dépistage validées existent. Elles ont prouvé leur efficacité en termes d'impact sur la mortalité et ont conduit à la mise en place de programmes nationaux : le dépistage du cancer du sein en 2004 et celui du cancer colorectal en 2008.

Un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est actuellement expérimenté. L'évolution des programmes existants et la mise en place de nouvelles techniques de dépistage comme les tests immunologiques pour le cancer colorectal, la mammographie numérique pour le cancer du sein, le test HPV (human papilloma virus) pour le cancer du col de l'utérus, s'appuient sur l'évolution des connaissances et les recommandations des agences sanitaires, des sociétés savantes et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal sont systématiquement proposés tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans dans tous les départements de France : celui du sein pour les femmes et celui du colorectal pour les deux sexes. Ces dépistages doivent respecter des contraintes fortes de qualité et de sécurité. Leur impact dépend du taux de participation. Malgré une nette progression depuis leurs mises en place, leur intérêt n'est pas encore suffisamment compris. De nouvelles stratégies doivent être déployées afin que le plus grand nombre y participe, notamment pour limiter autant que possible les effets des inégalités sociales qui freinent la participation à ces dépistages. Ils doivent aussi intégrer les progrès techniques en maintenant les exigences de qualité et de sécurité.



La question du dépistage du cancer de la prostate est posée de longue date au niveau national, mais son efficacité en termes de santé publique n'a pas encore été établie.

Pourquoi un dépistage individuel ?

À côté des programmes organisés visant des personnes à risque moyen, des actions et recommandations doivent être développées pour prendre en compte des risques aggravés ou des susceptibilités particulières, lorsque les moyens de dépistage et les bénéfices attendus le permettent.





• Les structures de gestion du dépistage organisé

Créées par arrêté du 29 septembre 2006, les structures de gestion des dépistages organisés des cancers sont définies comme l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale des dépistages organisés des cancers à l'échelle d'un ou de plusieurs départements. La structure de gestion peut recevoir des financements de diverses sources, notamment la ligue contre le cancer et les conseils généraux. Mais la base de son budget annuel est une dotation mixte État et Assurance Maladie.

Chaque dépistage organisé fait, lors de sa généralisation nationale, l'objet d'une publication au Journal Officiel d'un cahier des charges par une annexe au décret de 2006. La structure de gestion se doit de suivre ce cahier des charges. Des réunions régulières et une «convention» annuelle accompagnent la prise en compte des évolutions.

Actuellement, les seuls dépistages systématiques organisés déployés sur l'ensemble du territoire national sont ceux des cancers du sein et du colorectal. Cinq départements historiques bénéficient du double financement pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Une expérimentation sur treize départements est en cours pour juger de l'intérêt et des modalités d'une généralisation du dépistage systématique organisé du col de l'utérus. La Réunion est l'un des départements de cette expérimentation qui s'achève en 2013.

La structure de gestion de La Réunion : RUN DEPISTAGES

La structure de gestion de La Réunion se nomme RUN DEPISTAGES depuis l'extension de son champ d'activité au dépistage du cancer colorectal.

Précédemment elle se nommait MAMMORUN, ayant été créée pour gérer le dépistage du cancer du sein.

RUN DEPISTAGES est une association loi 1901 à but non lucratif subventionnée par le Ministère de la santé et les instances locales afin de valoriser le dépistage et faire reculer le cancer du sein, du colon et récemment du col de l'utérus. Elle vise, avant tout, les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans. En effet, c'est dans cette tranche d'âge que la formation de cancer et son dépistage sont le plus importants.

Dépistage du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein consiste à inviter toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans à faire pratiquer une mammographie chez un radiologue spécifiquement agréé. Ce dépistage réalisé tous les 2 ans comprend une mammographie à deux incidences ainsi qu'un examen clinique des seins et d'une seconde lecture des clichés mammographiques par un second radiologue. A La Réunion, le dépistage du cancer du sein existe depuis 2004. Ses campagnes se font sur 2 années consécutives.

Le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes d'incidence en France (53 000 nouveaux cas en 2011 – source INCa) et demeure la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes françaises (11 289 décès en 2010 – source Inserm-CépiDC).

Le dépistage du cancer du sein a bénéficié de l'investissement du médecin traitant grâce aux engagements conventionnels conclus depuis 2006 et à son rôle important concernant l'identification des niveaux de risque.

Près de 45 000 femmes ont été dépistées en 2010/2011 à La Réunion. Depuis 2004, le nombre de femmes

dépistées a augmenté de 33 %. Dès 2006, plus d'une réunionnaise sur deux âgée de 50 à 74 ans a adhéré à ce programme de dépistage. Le taux de participation est ainsi de 51 % en 2010/2011 et approche 60% en 2012. Il est similaire à celui de la métropole (52 % en 2010). Ce dépistage a permis de détecter 691 cancers du sein sur la période 2004/2011, correspondant à une moyenne annuelle de 4 cancers pour 1 000 femmes dépistées par campagne.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus consiste à inviter les femmes âgées de 25 à 65 ans à faire pratiquer un frottis. Les deux premiers frottis sont réalisés à 1 an d'intervalle. S'ils sont normaux, le dépistage est recommandé tous les 3 ans. Il est réalisé par un médecin. Actuellement, ce dépistage organisé est expérimenté dans 13 départements français dont celui de la Réunion où il a débuté en juillet 2010 jusqu'en 2013.

Depuis 30 ans, l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus en France est en recul (2 820 nouveaux cas en 2011 – source INCa). Il est le 12^{ème}

cancer le plus fréquent chez la femme (le 3^{ème} à La Réunion en 2006 – source Registre des cancers de La Réunion) et se place au 13^{ème} rang des décès par cancer (source Inserm CépiDC).

Pour démontrer la faisabilité et évaluer le rapport coût-bénéfice, une expérimentation du dépistage du cancer du col de l'utérus a été mise en place dans 13 départements. La Réunion a été volontaire et retenue pour le sérieux de sa structure de gestion et l'intérêt manifesté par sa communauté médicale. L'implication du médecin traitant et celle du gynécologue est primordiale pour la réalisation du frottis. Le renforcement de l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers est l'un des objectifs nationaux.

A ce jour, il n'y a pas assez d'historique et de recul pour pouvoir analyser de façon pertinente les données relatives à ce dépistage. A noter toutefois que sur l'année 2011, il y a eu 74 367 actes remboursés au titre d'un frottis (source : Assurance maladie).

Une analyse plus fine et détaillée des résultats de chacun de ces dépistages se trouve en annexes de cette monographie.

• Les cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé en 2011 à La Réunion : colorectal, sein et col de l'utérus⁵

Dépistage du cancer du colorectal

Le dépistage du cancer du colon se base sur la recherche de sang dans les selles. Le cahier des charges prévoit l'invitation de tous les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans à se rapprocher de leur médecin traitant qui leur remettra un kit de dépistage. A La Réunion, il a débuté au 2nd semestre 2008. Les campagnes de dépistage se font sur 2 années consécutives.

Le cancer colorectal se situe au 3^{ème} rang des cancers dans la population française (40 500 nouveaux cas en 2011 – source INCa) et au 3^{ème} rang des décès par cancer (12 655 décès en 2010 – source Inserm-CépiDC).

Le médecin traitant est au cœur du dispositif de dépistage du cancer colorectal puisqu'il recueille le consentement du patient, évalue les situations d'exclusion et remet le test, en expliquant les modalités de réalisation et conséquences en cas de positivité. Il est également en première ligne dans la gestion des faux positifs et faux négatifs du dépistage.

Sur la période 2009-2010, plus de 176 000 réunionnais âgés de 50 à 74 ans ont été invités à se faire dépister et près de 33 000 d'entre eux ont adhéré au programme de dépistage. Le taux de participation départemental au dépistage organisé pour cette période, rapport entre le nombre d'adhérents et la population cible Insee

de l'ordre 160 000 individus, est de 21 %. Parallèlement au dépistage du cancer du colorectal, plus de 23 000 réunionnais ont été remboursés par l'assurance maladie au titre d'un acte biologique de recherche de sang dans les selles. De fait, si on ajoute ces personnes au public ayant participé au dépistage organisé, ce sont plus de 56 000 personnes qui ont effectué un dépistage du cancer colorectal, soit 35 % de la population réunionnaise. Les données partielles de 2011 montrent une amélioration à la Réunion mais restent bien en deçà du taux cible espéré (60%). Grâce au dépistage organisé, 55 cancers colorectaux ont été découverts soit un taux de 0,35 cancers pour 1 000 personnes dépistées.

1.2.3. Détection précoce

Les actions relatives à la détection précoce de ces cancers, plus ou moins applicables selon les localisations concernées, comportent :

- le renforcement de l'information de la population générale,
- la formation et l'implication de plusieurs catégories de professionnels de santé,
- l'amélioration du diagnostic précoce et la mise au point des marqueurs d'évolutivité,

- la validation de nouveaux tests ou stratégies de dépistage.

La mise en place d'une veille scientifique et de programmes de recherche doit permettre de faire évoluer les dispositifs de dépistage organisé. Certains cancers font l'objet de recommandations de dépistage ou de détection précoce à titre individuel.

Qu'en est-il à La Réunion ?

Dans ce cadre, on peut noter à la Réunion l'organisation annuelle par les dermatologues de la journée de détection précoce des cancers de la peau (mélanome notamment).

1.3. DIAGNOSTIC, RESSOURCES DISPONIBLES

Les modes de révélation des cancers sont multiples et variés selon la symptomatologie. Le diagnostic de certitude repose sur l'histologie ou cytologie pour certaines hémopathies.

Un certain nombre de procédures diagnostiques privilégiées permettent d'obtenir rapidement, avec un minimum d'effets secondaires pour le patient, une certitude du diagnostic et de faire le bilan

d'extension complet de la pathologie cancéreuse (recherche d'évolution à distance) afin d'en déterminer le stade qui conditionne le choix du traitement.

1.3.1. Le plateau technique d'imagerie

LE PLAN CANCER 2009-2013 [2] PRÉVOIT

Mesure 21.4 : faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et les TEP. L'accès à une imagerie de qualité est indispensable au diagnostic et à la surveillance de nombreux cancers. Le nombre et la répartition des scanners et des TEP sont aujourd'hui adéquats. En revanche, le nombre et la répartition des appareils d'IRM restent insuffisants. De plus, les IRM et les TEP constituent des outils importants pour la progression de la recherche en cancérologie. À ce titre, l'accès à une machine IRM dédiée au niveau des établissements

universitaires à forte activité cancérologique permettra d'inscrire l'imagerie dans la politique de site portée par la recherche et de développer des réseaux d'imagerie permettant la transmission d'images. Cela signifie :

- modifier les SROS 3^{ème} génération pour intégrer l'objectif de 10 machines IRM par million d'habitants dans chaque région française en mars 2011, soit 74 machines supplémentaires par rapport aux SROS actuels,
- augmenter le parc d'IRM à 12 machines par million d'habitants d'ici 2013, soit 39 machines supplémentaires, dans les 10 régions françaises ayant la mortalité la plus élevée par cancer,

- élaborer des recommandations sur les indications et les techniques d'imagerie en cancérologie, prenant en compte la nécessité de mieux contrôler la douleur liée aux actes guidés par l'imagerie (Société française de radiologie, labellisation HAS / INCa),
- mettre à disposition en région, d'ici 2013 dans le cadre de l'existant ou des prévisions ci-dessus, soit une IRM disposant de larges plages dédiées à la cancérologie, soit une IRM dédiée permettant d'implémenter des programmes de recherche en utilisation conjointe CHU/CLCC,
- suivre les délais d'attente pour les examens scannés et IRM réalisés.

Les examens radiographiques standards, la mammographie et le scanner

La suspicion diagnostique du cancer se fait souvent sur des images caractéristiques ou probabilistes.

- La radiographie pulmonaire est un examen simple et très utile pour le diagnostic de tumeurs primitives du poumon, de métastases pulmonaires et des localisations pleurales. C'est également un examen utile pour visualiser des complications infectieuses ou post-radiques.
- Les radiographies osseuses standards objectivent soit une tumeur primitive, soit plus souvent des métastases.
- La mammographie constitue l'examen de choix pour diagnostiquer un cancer du sein chez la femme ménopausée. Le parc des mammographies de La Réunion est conforme aux recommandations de l'ANSM (AFSSAPS).

- Le scanner est l'un des examens indispensables au diagnostic des tumeurs profondes (crâne, cou, thorax, abdomen ou pelvis). Il détecte les lésions dont la taille est supérieure à 1 cm. Il permet d'effectuer des biopsies radioguidées. Grâce aux scanners hélicoïdaux et multi-barrettes, les artefacts entraînés par les mouvements de la respiration sont éliminés et le seuil de détection des lésions pathologiques abaissé avec des temps et donc des doses d'irradiations diminuées⁶. Il y a 10 scanners à La Réunion et le parc est récent.

L'IRM

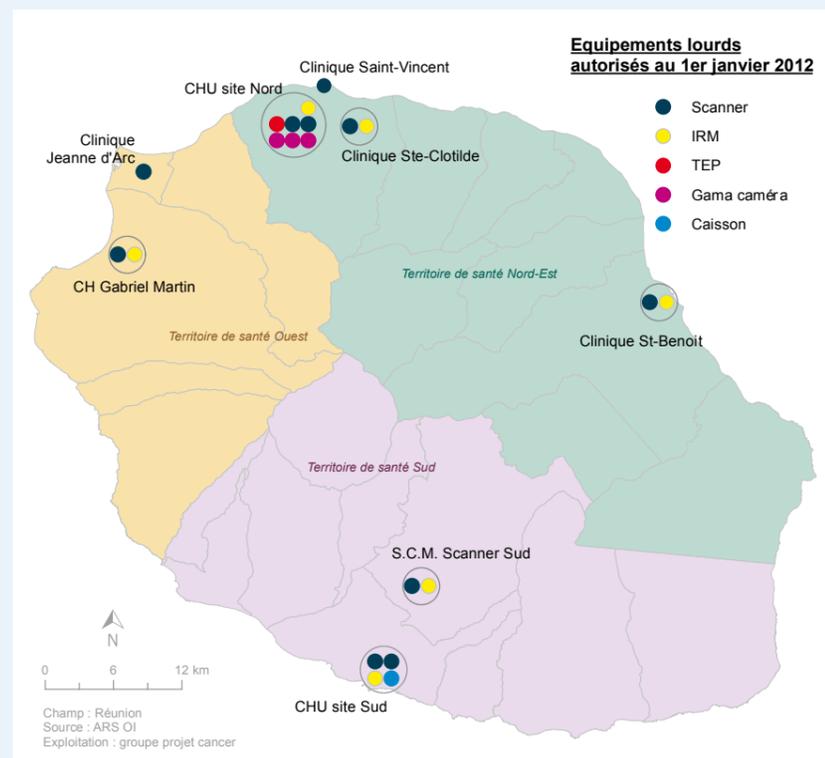
L'IRM donne des résultats intéressants pour les tumeurs neurologiques et osseuses ainsi que pour la détection des cancers du sein chez la femme jeune. Il y a 6 IRM sur l'île de La Réunion et ce nombre devrait être doublé à l'issue du SOS-PRS 2012-2016.

La médecine nucléaire et la TEP

La mise en place d'une TEP à la Réunion a nécessité, au préalable, la création d'un cyclotron, compte tenu de la demi-vie des radionucléides nécessaire au fonctionnement et de l'éloignement des fabrications européennes. Cette réalisation exceptionnelle a bénéficié de crédits européens pour l'investissement mais la production de la dose nécessite un accompagnement financier continu important au vu du nombre d'examens lié à la population cible.

La médecine nucléaire est fondamentale dans les bilans d'extension. Le service de médecine nucléaire est au CHU site Nord. Il possède 3 gammas caméras et 1 TEP scan. La TEP-scan associée à l'imagerie en coupe des imprégnations tumorales par radionucléides. C'est notamment l'examen de choix dans le bilan des métastases.

Carte 1 : Le plateau technique d'imagerie de La Réunion est de qualité.



1.3.2. L'anatomie pathologique

Le diagnostic de certitude de tout cancer repose sur les données du pathologiste. Médecin, il interprète au microscope les lames réalisées à partir d'une biopsie ou d'une exérèse opératoire. Parfois c'est la cytologie qui est démonstrative, notamment pour certaines hémopathies. L'évolution ces dernières années des techniques de radiologie interventionnelle et d'endoscopie ont permis d'améliorer de manière importante le diagnostic des cancers.

L'anatomopathologie vise non seulement à établir le diagnostic du cancer et de son « type », mais aussi d'en déterminer les caractéristiques précises (différentiation, mutation,...). Ses données aident à mettre en œuvre les thérapeutiques les plus efficaces pour chaque cas.

Le bilan d'extension repose sur des données d'imagerie éventuellement isotopique et sur les confirmations éventuelles du pathologiste. Une fois le bilan d'extension réalisé, la phase de diagnostic se termine. Le dossier du patient est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour définition du traitement. Malgré le nombre restreint de pathologistes, les RCP de La Réunion disposent des données des anatomopathologistes pour chaque patient. Les sites du CHU ont un laboratoire d'anatomopathologie et 4 cabinets libéraux sont installés à La Réunion (1 à Saint-Pierre et 3 à Saint-Denis). Ils assurent les examens de Mayotte.



⁶ C'est également l'outil de définition en radiothérapie des volumes et des doses d'irradiation. Dans ce cas, il s'agit de scanner dédié à cet usage, non soumis à autorisation des ARS et dont l'utilisation diagnostique est proscrite.

1.4. LES SOINS

Il est recommandé que l'ensemble de la prise en charge soit suivi par le médecin traitant qui est à l'origine du diagnostic, voire du dépistage. Cependant, l'activité de traitement des patients atteints de cancer fait l'objet de recommandations nationales qualitatives émises par l'INCa et d'une réglementation précise. L'objectif affirmé des plans Cancer est de garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace.

L'organisation des soins en cancérologie comprend les établissements de santé autorisés à l'activité de traitement du cancer et ceux qui leur sont associés. Ils doivent coordonner leurs efforts grâce aux centres de coordination de cancérologie (3C). **Depuis le SROS III, La Réunion en compte deux : un 3C [10] Nord (autour du CHU site Nord et de la clinique Sainte Clotilde avec le CH Gabriel Martin, la clinique des Orchidées et le**

Groupement Hospitalier Est Réunion) et un 3C Sud (autour du CHU site Sud avec la clinique Durieux). Les 3C sont chargés de l'organisation des RCP et de la validation des décisions qui y sont prises.

1.4.1. Les modalités de prise en charge

Les établissements de santé doivent remplir plusieurs catégories d'exigences pour traiter les cancers :

- mettre en œuvre des mesures transversales de qualité qui garantissent la qualité de la prise en charge de la personne malade pour toutes les pathologies cancéreuses ;
- mettre en œuvre des critères d'agrément spécifiques pour les principes thérapeutiques du cancer ;
- et atteindre un seuil annuel d'activité minimum pour certains types de traitement (chimiothérapie, radiothérapie et certaines spécialités chirurgicales).

Les décrets⁷ relatifs à l'organisation des soins en cancérologie précisent les quatre modalités soumises à autorisation et les mesures transversales de qualité. Ces conditions s'appliquent à l'ensemble des pratiques thérapeutiques.

Leur respect est donc obligatoire pour la pratique de ces quatre modalités qui sont :

- la chirurgie des cancers ;
- la radiothérapie externe et curiethérapie ;
- l'utilisation thérapeutique de sources non scellées ;
- la chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques.

Six mesures transversales de qualité fondées sur l'objectif d'une prise en charge globale dès le diagnostic initial, garantissent aux patients le bénéfice des mesures suivantes :

1. La mise en place du dispositif d'annonce : dispositif garantissant un meilleur accompagnement de la personne malade et de ses proches lors de l'annonce de la maladie.

2. La mise en place de la concertation pluridisciplinaire (RCP), garantissant à la personne malade que le traitement qu'on lui propose est le fruit d'une réflexion entre plusieurs professionnels de santé.
3. La remise à la personne malade d'un programme personnalisé de soins (PPS) détaillant les traitements proposés et leur calendrier de mise en œuvre.
4. Le suivi des référentiels de bonne pratique clinique (meilleur traitement pour une maladie donnée, à un stade donné).
5. L'accès pour la personne malade à des soins « de support ».
6. L'accès pour la personne malade aux traitements innovants et aux essais cliniques.

Les décrets précisent également que les établissements de santé devront être membres d'une coopération régionale : réseau régional ou territorial de cancérologie (qui regroupe localement plusieurs établissements ayant une activité en cancérologie). Le réseau régional devra avoir fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa. **A La Réunion, ONCORUN a été reconnu par l'INCa réseau régional de cancérologie (RRC) en 2011.**

⁷ décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

1.4.2. Les médecins autour du cancer

LE PLAN CANCER 2009-2013 [2] PRÉVOIT

Mesure 20 : soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

Mesure 24 : Répondre aux défis démographiques des professions et former à de nouvelles compétences.

La prise en charge des cancers relève de diverses spécialités médicales. Elle est assurée d'une part, par des professionnels qui consacrent la totalité de leur activité à la cancérologie (oncologues médicaux et radiothérapeutes) et d'autre part, par des professionnels compétents en cancérologie (hématologues, pneumologues, gastroentérologues, dermatologues, pédiatres, chirurgiens, gynécologues...). Le diagnostic des cancers est assuré essentiellement par les anatomo-cytopathologistes, mais

aussi par des biologistes médicaux et des généticiens pour des caractérisations encore plus fines.

Un travail mené en 2006 dans toutes les régions françaises par la FNORS (Fédération Nationale des ORS) [4], a montré la difficulté de dénombrer précisément les professionnels impliqués dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des affections cancéreuses.

A La Réunion, au 1^{er} janvier 2012, 10 anatomo-cytopathologistes sont en exercice (5 publics et 5 libéraux), ainsi que 9 oncologues/hématologues. Selon la DREES [5], une diminution des professionnels devrait être observée sur la période de 2008 à 2020, puis une augmentation de 2020 à 2030. De fait, en 2030 nous serions au même niveau qu'en 2008. Les professionnels impliqués dans la cancérologie seront également concernés.



L'ARS OI a inscrit le soutien à l'anatomopathologie dans son Programme des Systèmes d'Information et de Télémedecine et prévoit, par des applicatifs de télétransmission, un soutien et une valorisation du travail des anatomopathologistes.

Tableau 1 : Principaux professionnels concernés par les cancers à La Réunion au 1^{er} janvier 2012

	La Réunion		Métropole
	Effectifs au 01/01/2012	Densité 2012 (pour 100 000 hab.)	Densité 2012 (pour 100 000 hab.)
Médecins spécialistes libéraux et salariés			
Anatomo-cytopathologistes (ils assurent aussi les examens de Mayotte)	10	1,2	2,4
Oncologues et hématologues	9	1,1	1,8
Radiothérapeutes	7	0,6	1,2
Gynécologues obstétriciens et Gynécologues médicaux	81	24,6 (femmes 15 ans ou plus)	28,2 (femmes 15 ans ou plus)
Professionnels de santé libéraux			
Médecins généralistes	789	94,2	99
Infirmiers	1 372	163,7	140,4

Champ : Réunion
Sources : RPPS / INSEE estimation population 2012 / DREES - Les médecins au 1er janvier 2012
Exploitation : groupe projet cancer



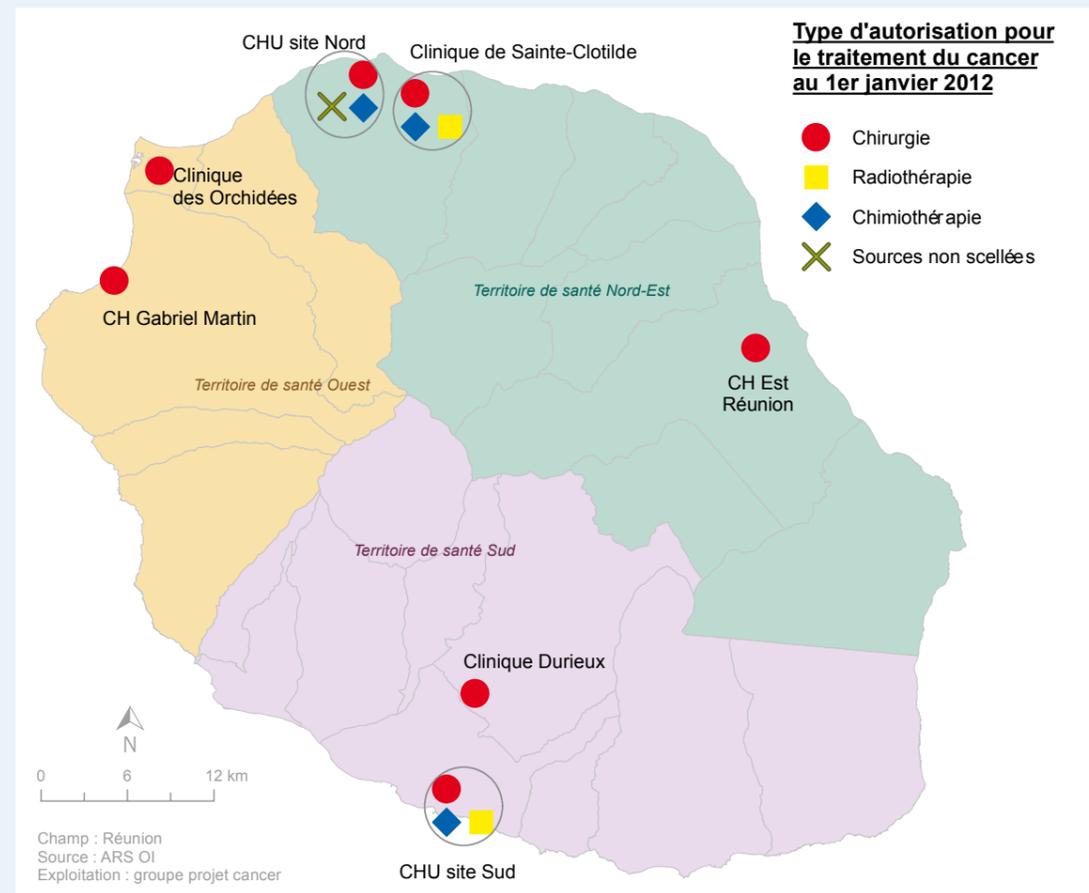
1.4.3 Les établissements autorisés

A La Réunion, sept établissements sont autorisés à traiter le cancer au 1er janvier 2012.

		G.H. Est Réunion	C.H. Gabriel Martin	C.H.U. Site Nord	C.H.U. Site Sud	Clinique Durieux	Clinique Ste-Clotilde	Clinique des Orchidées
Chirurgie des cancers	Digestifs	X	X	X	X		X	
	Gynécologiques		X	X	X		X	
	Mammaires			X	X	X	X	X
	Urologiques			X	X		X	X
	Thoraciques			X	X		X	
	O.R.L. et maxillo-faciale			X	X			
	De l'enfant			X				
Chimiothérapie			X	X		X		
Radiothérapie				X		X		
Sources non scellées			X					

Champ : Réunion
Sources : ARS OI - DIR
Exploitation : groupe projet cancer

Carte 2 : Les établissements autorisés à La Réunion au 1er janvier 2012



1.4.4. Les réseaux

Le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) de La Réunion, nommé ONCORUN, a été créé en 2002. Il met en partenariat les Centres de Coordination en Cancérologie (3C), les sites de proximité et les membres associés. Il couvre les îles de Mayotte et de La Réunion.

Les RRC ont été mis en place pour contribuer à assurer aux patients une égalité d'accès aux soins et des prises en charge de qualité. Ils veillent à la coordination des acteurs de la cancérologie au niveau régional. Désormais l'appartenance à un RRC est une obligation pour les établissements publics et privés qui veulent traiter des patients atteints de cancer.

Avec les mêmes adhérents, ONCORUN est également le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) et a fait à ce titre l'objet d'une décision de reconnaissance par l'INCa selon une procédure mise en place en janvier 2010, avec l'accord de

l'Agence de Santé de l'Océan Indien. Le RRC n'est pas un réseau de soins puisque l'organisation des soins et le classement des établissements de santé au sein des différents niveaux de prises en charge graduées sont du ressort des organismes de tutelles concernés, dans le cadre du SOS-PRS.

ONCORUN organise de manière opérationnelle la coordination des acteurs et des actions menées en cancérologie. Durant l'année 2011, ONCORUN a renforcé et pérennisé certaines actions des années précédentes, correspondant aux cinq axes majeurs des objectifs des RRC à savoir :

- la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie ;
- la promotion d'outils de communication communs au sein de la région ;
- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches ;

- l'aide à la formation continue des professionnels de santé ;
- le recueil des données et l'évaluation des pratiques en cancérologie.

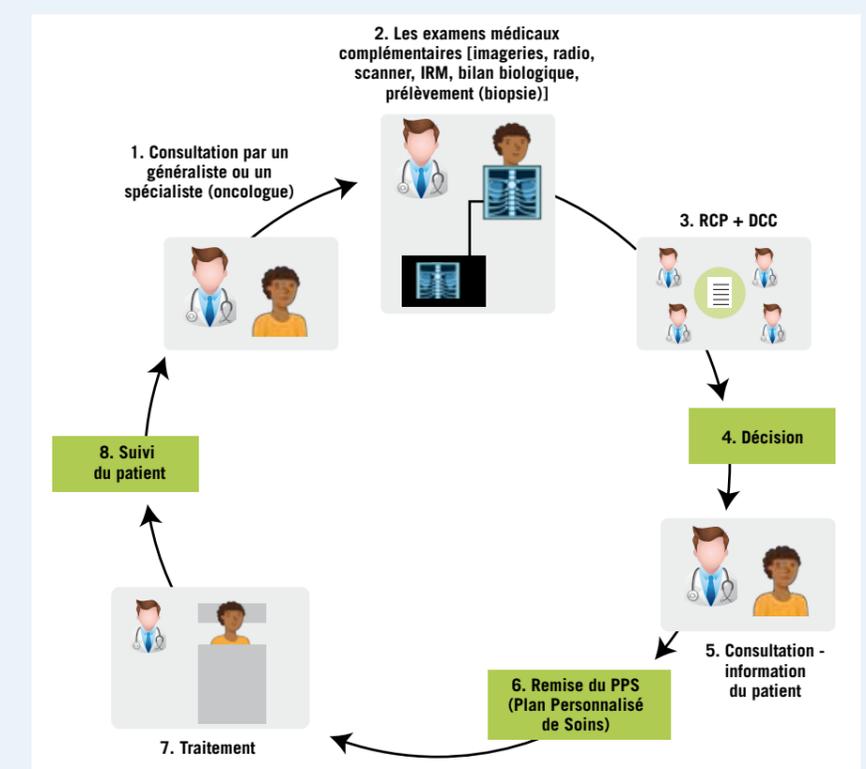
Le Réseau ONCORUN repose sur un système d'information qui permet de créer pour chaque patient un Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) parfaitement sécurisé, qui peut être consulté à tout moment, avec l'accord du patient, par son médecin traitant et les médecins spécialistes : chirurgiens, cancérologues, spécialistes d'organes. Ce dossier comprend plusieurs volets dont l'observation initiale, les consultations de surveillance et les fiches des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) avec le programme personnalisé de soins (PPS) remis au malade.

A ce jour, l'ensemble du DCC n'est pas déployé pour tous les cancers.

1.4.5 Parcours de soins

Après la phase diagnostique vient le temps de l'annonce au travers du dispositif d'annonce. Celle-ci ne peut être complète qu'avec le compte-rendu de la RCP. Le patient pourra alors participer à l'organisation de son parcours personnalisé de soins. Ce dernier fait l'objet d'une formalisation par un PPS remis au patient et au médecin traitant. Le PPS comporte les précisions nécessaires aux différentes étapes thérapeutiques du patient dont les numéros à appeler en cas d'urgence.

Figure 1 : Parcours de soins du patient – source : ONCORUN

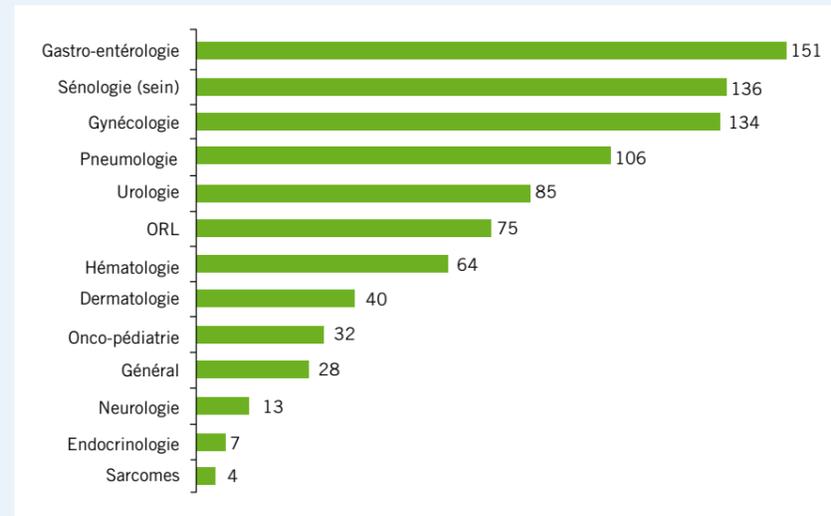




Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

875 réunions de concertation pluridisciplinaire ont eu lieu au cours de l'année 2011 à La Réunion. Ces RCP ont été multipliées par 2,7 depuis leurs mises en place en 2005. Près de la moitié des RCP concerne trois « spécialités » : la gastro-entérologie, la sénologie (sein) et la gynécologie. A noter que les réunions liées aux sarcomes ont débuté en 2011. Durant l'année 2011, les différentes réunions ont mobilisé au minimum 3 praticiens et jusqu'à 74 praticiens selon l'organe.

Figure 2 : Nombre de RCP par organe en 2011 – Réunion/Mayotte

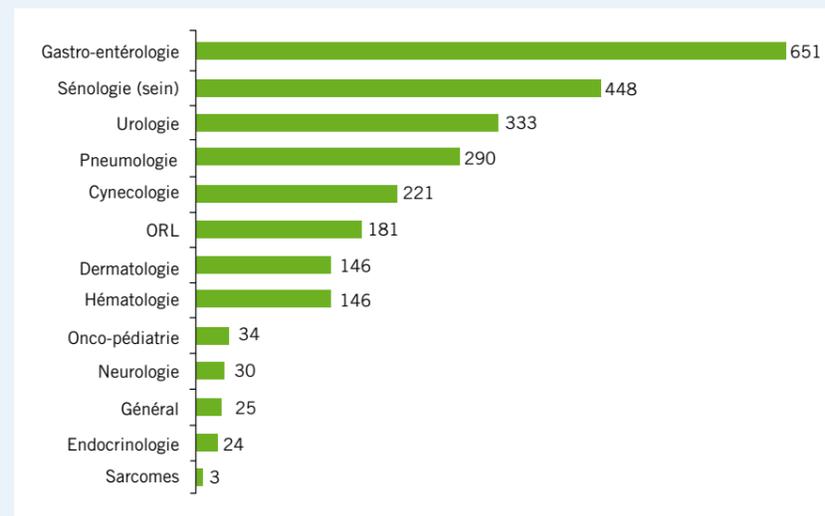


Champ : Réunion - Mayote
Source : ONCORUN
Exploitation : groupe projet cancer

2 500 nouveaux patients en 2011

En 2011, 2 532 nouveaux patients ont été pris en charge. Les cancers de gastro-entérologie représentent à eux seuls 25 % des nouveaux patients et les cancers de sénologie (sein) et d'urologie 30 %.

Figure 3 : Nombre de nouveaux patients par spécialité en 2011 – Réunion/Mayotte



Champ : Réunion - Mayote
Sources : ONCORUN
Exploitation : groupe projet cancer

Tableau 2 : Nombre de praticiens mobilisés par organes pour l'ensemble des RCP en 2011 – Réunion/Mayotte

Gastro-entérologie	74
Urologie	59
Sénologie (sein)	48
Gynécologie	42
ORL	39
Pneumologie	39
Dermatologie	28
Hématologie	26
Neurologie	17
Général	11
Endocrinologie	7
Onco-pédiatrie	5
Sarcomes	3

Un même praticien peut être mobilisé pour plusieurs organes

Champ : Réunion - Mayote
Source : ONCORUN
Exploitation : groupe projet cancer

1.5. LA VIE PENDANT ET APRES LE CANCER

1.5.1 Soins de support

La mesure 42 du premier Plan cancer 2003/2007 [1] définit les soins de support comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, tout au long de la maladie, conjointement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a ».

Cette mesure précise les modalités suivantes :

- Créer des unités mobiles de soins de support en oncologie, en particulier dans les centres spécialisés, et éventuellement, au sein des réseaux : médecins de la douleur, assistants sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes... Ces équipes, comme les centres de coordination en cancérologie, contribueront à redonner du temps aux médecins cliniciens qui doivent faire face à un afflux de patients dans un contexte de pénurie démographique.

Les établissements de petite taille doivent pouvoir, dans le cadre du réseau, orienter leurs patients vers des équipes de support des établissements appartenant au réseau.

- Accroître la possibilité de recours pour le patient à des consultations psycho-oncologiques de soutien. Cette augmentation pourra prendre deux formes complémentaires :

- l'augmentation du nombre de psychologues et de psychiatres au sein des unités mobiles de soutien, dans les hôpitaux et dans les cliniques (environ 150 postes). Ces professionnels auront été formés à la psycho-oncologie avant intégration dans les unités.

- le financement auprès des réseaux de soins d'un forfait de 3 à 5 consultations auprès de psychologues de ville formés à la psycho-oncologie et associés au réseau.

- Former les soignants et les médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient.

- Poursuivre le programme de lutte contre la douleur (2000-2005).

- Améliorer le soutien aux familles des patients, en particulier dans le cas des enfants en impliquant les associations.

- Faciliter la présence des parents auprès de leur enfant malade par une amélioration des dispositifs d'aide existants qui ne donnent pas aujourd'hui satisfaction. Cette amélioration recherchera une plus grande facilité d'accès, une plus grande souplesse et un niveau de prestation adapté, afin de permettre à l'ensemble des parents concernés par la maladie d'un enfant de bénéficier de temps sans risques professionnels ou financiers. Il pourra s'agir d'une adaptation de l'allocation de présence parentale (APP).

- Mieux reconnaître et organiser la présence des bénévoles et des associations de patients et de parents d'enfants au sein des structures de soins.

- Mettre en place une convention type association - hôpital qui pourra être déclinée localement.

- Ouvrir aux bénévoles l'accès à des formations continues actuellement réservées aux professionnels. Inversement, s'appuyer sur l'expérience vécue disponible au sein des associations pour former ou informer les professionnels soignants et médicaux.

- Identifier dans chaque structure de soins un correspondant interne des associations de patients dont les coordonnées pourront figurer au bas du programme personnalisé de soins.

- Encourager le développement organisé par les associations.

Les soins de support ont pour objectif de diminuer les conséquences de la maladie et des traitements. Pour cela, une équipe de professionnels spécialisés dans des domaines très différents mettent leurs compétences à la disposition des malades afin de les aider à supporter cette période difficile. Les soins de support peuvent être proposés pendant et après le traitement de la maladie mais également lorsque les traitements du cancer n'ont plus d'effet. Ils s'adaptent aux besoins des malades et de leur entourage.

La maladie a des répercussions sur tous les aspects de la vie quotidienne. Les besoins qui peuvent survenir sont nombreux. Les soins de support peuvent répondre à certains de ces besoins :

- avant tout pour contrôler les symptômes liés à la maladie ou à ses traitements,
- en cas de souffrance physique ou psychologique,
- pour rompre l'isolement,
- pour vaincre les difficultés administratives,
- pour apprendre à vivre avec les conséquences physiques qu'impose parfois la maladie,
- pour reprendre le cours normal de sa vie et bénéficier des meilleures conditions de vie possibles et cela quelles que soient les chances de guérison,
- pour bien d'autres raisons, chaque malade ayant des besoins qui lui sont propres.

Toute personne, quel que soit l'endroit où elle se trouve, doit pouvoir bénéficier des soins de support et d'un accompagnement approprié. Sur toute la durée de la maladie, la période passée à l'hôpital est généralement beaucoup plus courte que celle passée chez soi. La plupart des soins se font donc au domicile et sont dispensés par des professionnels

libéraux (pharmacien, hospitalisation à domicile, infirmière, diététicienne, assistante sociale,...). C'est pour cette raison que la communication et la transmission des informations sont les clefs des soins de support. Des réseaux de soins peuvent également assurer ce rôle de coordination entre l'hôpital et les professionnels libéraux.

Qu'en est-il à La Réunion ?

Chacun des établissements autorisés est doté ou a accès à l'ensemble des compétences spécifiques des médecins de la douleur, des assistants sociaux, des psychologues, des kinésithérapeutes, des nutritionnistes et des socio esthéticiens. Le réseau ONCORUN finance également un temps de socio esthéticien et ce service est proposé par les établissements, selon la demande et/ou le besoin.

1.5.2 Le suivi

Le suivi commence avec la mise en place du PPS mais il doit aller au-delà de manière différente selon le cancer dont est atteint le patient. Aujourd'hui, en France, les traitements des cancers permettent d'obtenir la guérison de plus d'un patient sur deux et, à défaut, une prolongation substantielle de la survie des autres patients malgré l'évolution de leur maladie. Aussi, le suivi et l'accompagnement du patient traité pour un cancer occupent une place de plus en plus importante notamment en médecine de ville. Environ 75 % des enfants et des adolescents atteints de cancer ont un pronostic de survie supérieur à 5 ans après le diagnostic, tous cancers confondus. On estime toutefois que 40 à 70 % des anciens patients présenteront un problème de santé lié à la maladie ou au traitement.

Le suivi post thérapeutique a plusieurs objectifs selon la pathologie initiale :

- dépister une complication tardive des traitements,
- dépister une récurrence (rechute) du cancer,
- dépister un 2nd cancer,

Les prothèses temporaires ou définitives sont également disponibles.

La reconstruction mammaire est proposée par les chirurgiens gynécologues et se fait après une période de latence dans certains établissements.

L'accompagnement psychologique est important. En sus des vacations financées par les établissements autorisés, le réseau ONCORUN a organisé une formation et un suivi psychologique pour lesquelles 5 consultations par patient pour un certain nombre de patients est financé. L'évaluation de cette action est en cours.

La Réunion est dotée des structures de prise en charge des douleurs chroniques et rebelles avec un centre régional et des consultations spécialisées dans chacun des territoires.

- s'assurer de la réinsertion du patient : sociale et familiale ainsi que psychologique.

L'articulation entre la médecine de ville et la prise en charge hospitalière est nécessaire. Il est indispensable que le médecin traitant soit informé en temps réel. Il reste un interlocuteur privilégié du patient et doit être associé au parcours de soins. Le dispositif d'annonce s'appuie ainsi sur un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés.

Les affections de longue durée (ALD) permettent une prise en charge à 100% des soins relevant de la pathologie cancéreuse d'un patient. Celui-ci est mis en ALD suite au diagnostic du cancer et y restera plusieurs années, permettant la gratuité des examens de suivi. Sur la période 2007/2009, 4 807 nouvelles admissions en ALD pour tumeur ont été enregistrées à La Réunion (sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS).

L'Aide au Retour à Domicile après l'Hospitalisation (ARDH) est un

L'oncopédiatrie a un service dédié au CHU site Nord. Cette activité est organisée de manière indépendante de celle des adultes, avec des compétences propres (oncopédiatres, consultations douleur,...). Plusieurs associations dont « les clowns » ont une action importante pour la qualité de la prise en charge de ces enfants, avec des durées d'hospitalisation qui peuvent être longues (12,8 jours en moyenne en 2012), notamment pour les enfants mahorais.

L'information, outre le site d'ONCORUN, se fait grâce à des bénévoles de la Ligue contre le cancer qui tiennent des permanences dans certains des établissements autorisés.

dispositif qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, d'aides à domicile au sortir d'une hospitalisation. Cette aide permet la prise en charge d'aides humaines (aide ménagère,...) et d'aides techniques ou autres (transport accompagné, dépannage à domicile, téléalarme, téléphone adapté, rampe, tapis antidérapant, rehausseur WC, barre d'appui, siège salle de bains, accueil de jour, pédicurie).

L'ARDH est destinée aux personnes retraitées du régime général de plus de 55 ans qui ont des besoins d'aides temporaires et urgents à domicile au sortir d'une hospitalisation et qui ont des ressources mensuelles qui ne dépassent pas un plafond de revenus fixé chaque année. Elle n'est pas destinée aux personnes bénéficiant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), bénéficiant d'une Hospitalisation à domicile (HAD), percevant la Prestation de compensation du handicap (PCH) ou la Majoration tierce personne (MTP) ou relevant de soins palliatifs.

1.5.3 Soins palliatifs

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs comme des « soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif. La lutte contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiaux. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ».

Le programme national de développement des soins palliatifs consacre 80% de l'activité au cancer.

Le premier objectif est de sensibiliser l'ensemble des soignants et médecins aux besoins et attentes particulières des patients en fin de vie :

- former et soutenir les équipes soignantes de cancérologie : cela peut être réalisé par les équipes mobiles de soins palliatifs, comme par des institutions spécialisées de soins palliatifs. La formation pourra également s'appuyer sur des échanges accrus entre unités identifiées de soins palliatifs et services de cancérologie ou de médecine ;

- favoriser des événements, rencontres, temps forts au sein des hôpitaux et cliniques de cancérologie, sur le thème de la fin de vie, afin de sensibiliser l'ensemble des soignants aux attentes des patients et de leurs familles ;
- impliquer les associations de soins palliatifs qui peuvent contribuer très utilement à ces dispositifs.

Le second objectif est d'augmenter de façon significative la capacité de prise en charge, en favorisant toutes les formes d'organisation, en institution et à domicile :

- créer des réseaux supplémentaires de soins palliatifs à domicile pour atteindre au minimum un réseau par département ;
- convertir autant que de besoin des lits MCO (court séjour de médecine-obstétrique) en lits identifiés de soins palliatifs, à l'hôpital et dans les cliniques privées ;
- créer des équipes mobiles de soins palliatifs (au moins 100) dont au minimum une équipe dans chaque centre de référence en cancérologie ;
- créer 200 unités de soins palliatifs en institution dont au moins une unité dans chaque pôle régional de cancérologie.

Qu'en est-il à La Réunion ?

La Réunion dispose depuis le SROS III d'une unité de soins palliatifs à vocation régionale, de trois équipes mobiles de soins palliatifs et de quelques lits identifiés en cours et moyen séjour. Les deux structures d'hospitalisation à domicile l'ASDR et l'ARAR proposent également une prise en charge des soins palliatifs. Actuellement, tous les établissements autorisés ont donc un accès théorique à ces professionnels à compétences spécifiques.

Le projet de santé prévoit un renforcement de cette activité principalement en unité de soins palliatifs, en lits identifiés en soins palliatifs et en organisant la prise en charge de soins palliatifs pédiatriques.



1.5.4 La réinsertion

QUE PRÉVOIENT LES PLANS CANCER ?

Donner aux patients toutes les possibilités de mener une vie active aussi normale que possible afin de ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie l'épreuve de l'exclusion sociale. Cela comprend :

- le renforcement de l'accès des patients aux prêts et aux assurances,
- l'amélioration de l'accès des patients et de leur famille aux dispositions issues de la convention relative à l'assurance (" convention Belorgey "),
- l'amélioration des dispositifs de maintien dans l'emploi, de retour à l'emploi et de prise de congé pour accompagner un proche,
- en favorisant l'insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi et le retour à l'emploi pour les patients atteints du cancer ou d'une autre maladie invalidante.

Qu'en est-il à La Réunion ?

Les situations sont très inégales en fonction des emplois occupés par les patients au moment de la survenue de la maladie et de l'âge du patient au diagnostic du cancer. Compte tenu de la situation générale de l'emploi, cet aspect est abordé dans les contrats locaux de santé.



La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation. L'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle. Le Plan cancer 2009-2013 [2] consacre un chapitre au système d'observation des cancers, témoignant ainsi de l'attention croissante que les pouvoirs publics portent à cette problématique.

Dans ce chapitre, trois volets d'observation en cancer sont abordés :

- les incidences basées sur le registre des cancers,
- l'hospitalisation pour cancer basée sur les données du PMSI,
- la mortalité due au cancer selon les données du CépiDc de l'INSERM.

Chaque volet présente les principaux résultats de ces 3 observations. Le détail de ces résultats peut être consulté en annexes.

2.1. INCIDENCE DUE AU CANCER

Population, source et méthodologie

Le registre des cancers de La Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Créé par le Département de La Réunion au sein de la direction de la santé publique, il a été repris à la demande de l'ARH par le centre hospitalier Félix Guyon fin 2009, depuis devenu CHU de La Réunion.

Son activité consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers (nouveaux cas de cancer diagnostiqués) pour les patients domiciliés dans le département. Il constitue ainsi un outil de surveillance épidémiologique de ces pathologies. La dernière période validée est l'année 2006.

Afin de tenir compte de l'évolution de la structure de la population réunionnaise et de pouvoir effectuer des comparaisons avec les données métropolitaines (structures de population différentes en termes d'âge), les taux d'incidences calculés pour 100 000 personnes-années sont présentés de manière brute et standardisés sur l'âge.

- TIB (taux d'incidence brut) : nombre de cas / effectif de la population / an
- TIS (taux d'incidence standardisé) : correction des taux d'incidence en les rapportant à une population standard. La population standard utilisée est la population mondiale selon Whaterhouse.

Évolution des taux d'incidence globaux de 1989 à 2006

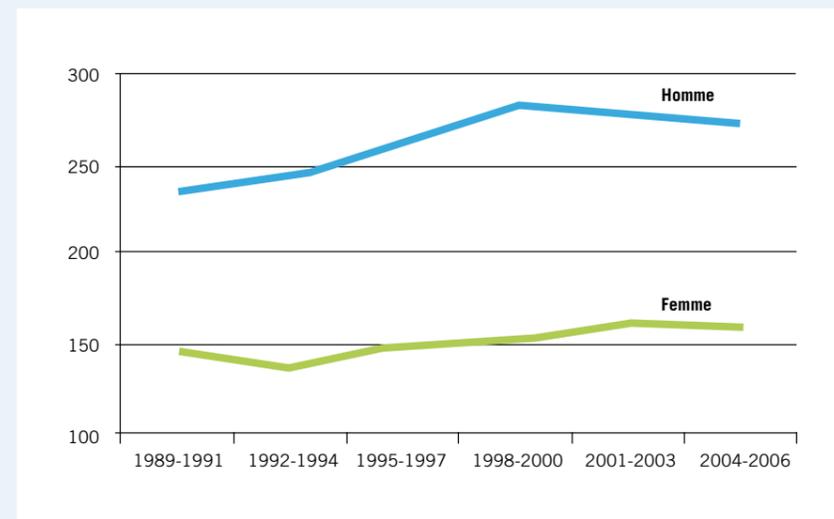
Entre 1989 et 2006, près de 23 000 diagnostics de cancer à La Réunion ont été enregistrés (13 223 hommes et 9 731 femmes). Sur la période 2004/2006, cela correspond en moyenne à 1 700 cas / an.

L'analyse de l'évolution des TIB par sexe entre 1989 et 2006 montre une progression constante du nombre de cancers dans la population jusqu'en 2005. Après une augmentation marquée de l'incidence des cancers dans le courant des années 1990 pour les deux sexes, l'évolution paraît se stabiliser au milieu des années 2000.

A noter que la baisse de l'incidence enregistrée en 2006, notamment chez les femmes, est vraisemblablement due à un défaut d'exhaustivité lié à des difficultés d'accès à certaines sources de données.

Pour la période 2004/2006, les TIS des hommes (271,2) et des femmes (157,1) de La Réunion sont inférieurs à ceux observés en France métropolitaine en 2005⁸ (376,1 pour les hommes et 251,9 pour les femmes). Néanmoins, le taux d'augmentation annuel de l'incidence des cancers pour les deux sexes entre 2000 et 2006 est plus élevé à La Réunion (+2,3 %) qu'en France métropolitaine (+1,7 %).

Figure 4 : Évolution des taux d'incidence standardisés (TIS) chez les hommes et les femmes à La Réunion entre 1989 et 2006 :



Champ : Réunion
Source : Registre des cancers de La Réunion
Exploitation : groupe projet cancer

Analyse des principales localisations

Comme en France métropolitaine, on retrouve parmi les cancers les plus fréquents les cancers de la prostate, du sein, du colon-rectum et du poumon.

Chez l'homme, le cancer le plus diagnostiqué sur la période 2004/2006 est le cancer de la prostate, (~ 280 cas par an), suivi du cancer du poumon (~ 100 cas par an), des cancers des voies

aéro-digestives supérieures et du colon-rectum (~ 90 cas par an chacun) et du cancer de l'estomac (60 à 65 cas par an).

Entre 1989 et 2006, l'évolution des TIS du cancer de la prostate est en forte progression, tout comme en métropole. Ceci est probablement lié aux pratiques de dépistage de ce cancer par le dosage des PSA⁹. Les cancers colorectaux augmentent également mais plus modérément. A l'inverse, les

TIS des cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'estomac et du poumon diminuent de manière significative.

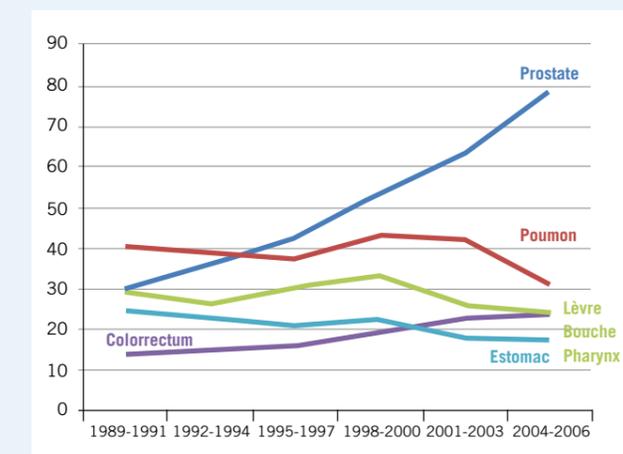
La différence la plus notable entre La Réunion et la métropole concerne le cancer de l'estomac qui est le 5^{ème} cancer le plus diagnostiqué chez l'homme à La Réunion avec un TIS deux fois supérieur à celui observé en métropole.

Tableau 3 : Taux d'incidence standardisés (TIS) chez l'homme selon le cancer à La Réunion et en métropole

Localisation	Réunion (2004-2006)	Métropole (2005)*	
	TIS	TIS	Rang
Prostate	78,2	121,2	1
Poumon	30,6	50,5	2
Lèvres - Bouche - Pharynx	23,8	21,8	5
Colon - Rectum	23,5	37,7	3
Estomac	17,1	8,2	10

Champ : Réunion
Sources : Registre des cancers de La Réunion / * « la situation du cancer en France en 2010 » INSTITUT NATIONAL DU CANCER, www.e-cancer.fr
Exploitation : groupe projet cancer

Figure 5 : Évolution du taux d'incidence standardisé (TIS) chez l'homme selon le cancer à La Réunion



Champ : Réunion
Source : Registre des cancers de La Réunion
Exploitation : groupe projet cancer



⁸ « la situation du cancer en France en 2010 » INSTITUT NATIONAL DU CANCER, www.e-cancer.fr

⁹ Antigène Prostatique Spécifique (Prostate Specific Antigen en anglais),

Chez la femme, le cancer le plus diagnostiqué sur la période 2004/2006 est le cancer du sein, (~ 225 cas par an), suivi du cancer colorectal (~ 75 cas par an), du cancer du col utérin (50 à 60 cas par an), du cancer de l'estomac (~ 40 cas par an) et du cancer du poumon (30 à 35 cas par an).

Les deux localisations les plus fréquentes chez la femme à La Réunion sont donc les mêmes qu'en métropole (sein et colon-rectum). Leur incidence augmente de manière significative durant la période d'étude dans le département, notamment pour le cancer du sein dont le TIS reste

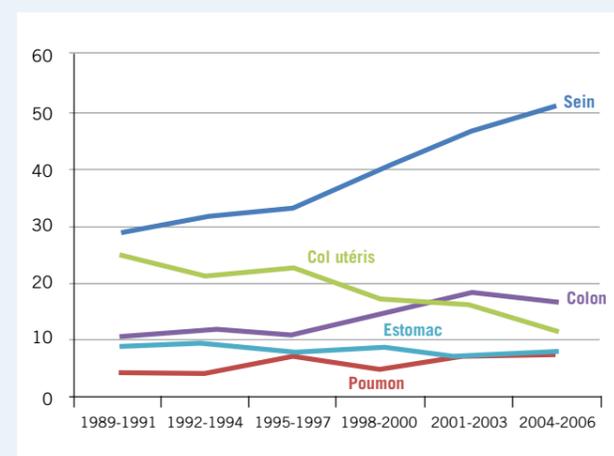
toutefois deux fois moins élevé qu'en métropole. Inversement, les cancers du col de l'utérus et de l'estomac restent significativement plus fréquents à La Réunion qu'en métropole malgré une diminution marquée entre 1989 et 2006, surtout pour le col de l'utérus.

Tableau 4 : Taux d'incidence standardisés (TIS) chez la femme selon le cancer à La Réunion et en métropole

Localisation	Réunion (2004-2006)		Métropole (2005)*	
	TIS	TIS	TIS	Rang
Sein	51	101,5		1
Colon - rectum	16,8	24,5		2
Col utérin	11,3	7,1		12
Estomac	7,9	3,1		14
Poumon	7,1	12,6		3

Champ : Réunion
Sources : Registre des cancers de La Réunion / * « la situation du cancer en France en 2010 » INSTITUT NATIONAL DU CANCER, www.e-cancer.fr
Exploitation : groupe projet cancer

Figure 6 : Évolution du taux d'incidence standardisé (TIS) chez la femme selon le cancer à La Réunion



Champ : Réunion
Source : Registre des cancers de La Réunion
Exploitation : groupe projet cancer

En conclusion, les incidences des principales localisations (prostate, sein, colon-rectum et poumon) augmentent de manière significative entre 1989 et 2006 si l'on excepte la tendance à une stabilisation de l'incidence du cancer du poumon chez les hommes à partir du début des années 2000. En revanche, le TIS du cancer de l'estomac à La Réunion est 2 fois plus important que

celui observé en France métropolitaine pour les deux sexes, même s'il diminue de manière constante sur la période d'étude. Ceci pourrait ouvrir la voie à des études spécifiques pour essayer d'en déterminer les origines précises. De même, on observe une sur-incidence significative du cancer du col de l'utérus chez les femmes réunionnaises, sur-incidence probablement imputable en

grande partie à une insuffisance de dépistage¹⁰. Même si les différences d'incidence entre la France métropolitaine et La Réunion paraissent s'amincir, certaines spécificités demeurent et justifient d'être étudiées et surveillées afin d'améliorer la prévention et la prise en charge.

2.2. HOSPITALISATION POUR CANCER

Population, source et méthodologie

Les données d'activité de la prise en charge du cancer en hospitalisation proviennent des bases régionales PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et concernent

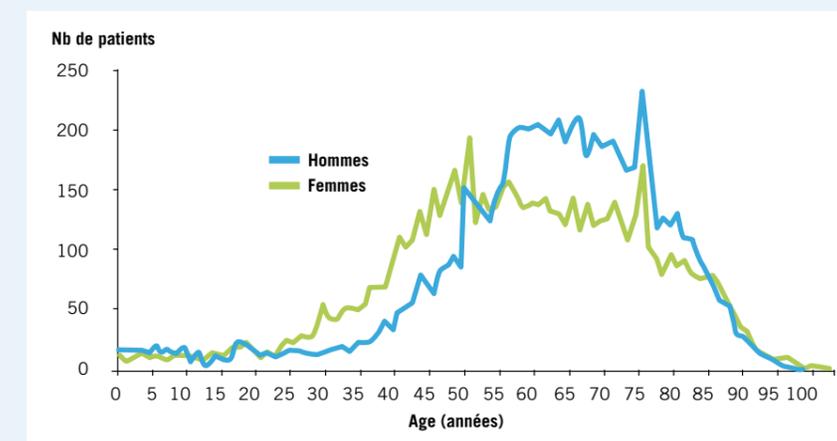
les patients porteurs d'un cancer à La Réunion. L'analyse porte sur les séjours en hospitalisation (séances hors radiothérapie, hospitalisations ambulatoires ou hospitalisations complètes) pour lesquelles il a été

rapporté un diagnostic de cancer ou de prise en charge carcinologique (code CIM X). L'analyse concerne les périodes 2004/2006 et 2009/2011.

14 000 personnes hospitalisées entre 2009 et 2011

Sur la période 2009/2011, plus de 14 000 personnes ont été hospitalisées ou ont eu une séance avec un diagnostic de cancer. Ces patients sont âgés en moyenne de 61,5 ans pour les hommes et 57,4 ans pour les femmes. L'âge moyen plus jeune des femmes est lié à la part importante que représente le cancer du sein ; la moyenne d'âge des femmes hospitalisées pour un cancer du sein étant de 51 ans. Les patients mineurs représentent 3 % des patients, soit 418 personnes. 1 611 décès sont survenus au cours de ces hospitalisations.

Figure 7 : Distribution par âge du nombre de patients hospitalisés sur la période 2009/2011 à La Réunion

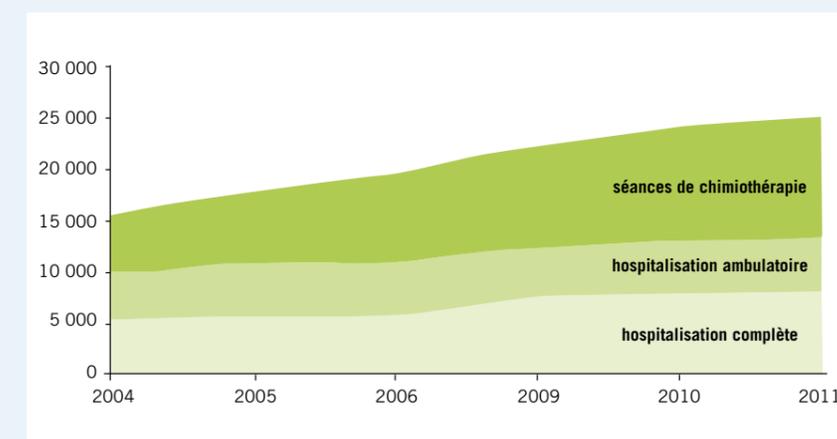


Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

72 000 hospitalisations ou séances entre 2009 et 2011

Sur la période 2009/2011, 71 872 hospitalisations ou séances avec un diagnostic de cancer sont rapportées dans le PMSI, soit environ 24 000 séjours par an. Cette activité a augmenté de + 28 % par rapport à la période 2004/2006.

Figure 8 : Évolution des hospitalisations pour cancer selon le mode de prise en charge sur la période 2009/2011 à La Réunion



Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Entre 2009 et 2011, 44 % des hospitalisations concernent des séances de chimiothérapie en ambulatoire, 21 % des prises en charge ambulatoires hors séances de chimiothérapie et 36 % des prises en charge en hospitalisation complète.

La comparaison de la période 2009/2011 et 2004/2006 montre d'une part, une stabilité du nombre annuel d'hospitalisations en ambulatoire, aux alentours de 4 900 / an et d'autre part, une forte augmentation du nombre d'hospitalisations complètes (+41%) et de séances de chimiothérapie (+52 %).

¹⁰ Dépistage qui a débuté en juillet 2010 à La Réunion – voire chapitre 1.2.2. Dépistage

Les principales pathologies prises en charge sont les cancers digestifs (24 % des hospitalisations), les hémopathies (19 %) et les cancers du sein (17 %). Les cancers thoraciques, urologiques,

gynécologiques et des voies aéro-digestives supérieures représentent chacun de 6 à 8 % de cette activité. Entre 2004/2006 et 2009/2011, la prise en charge pour tumeur du système

nerveux central s'est accrue de + 73 %. Les 3 localisations les plus fréquentes ont également fortement augmenté (+ 35 % environ).

Tableau 5 : Nombre d'hospitalisations selon le type de cancer sur la période 2009/2011 à La Réunion

Localisation anatomique	Nombres d'hospitalisations	Part	Évolution entre 2004/2006 et 2009/2011
Digestif	17 291	24 %	+ 38 %
Organes hématopoïétiques	13 623	19 %	+ 33 %
Sein	12 182	17 %	+ 38 %
Urologie	6 047	8 %	+ 23 %
Thorax	5 903	8 %	+ 8 %
Gynécologie	4 539	6 %	+ 24 %
ORL & maxillo-facial	4 050	6 %	+ 37 %
Autres et inclassables	4 016	6 %	- 11 %
Système nerveux central et œil	1 761	2 %	+ 73 %
Peau	1 508	2 %	+ 50 %
Os et tissus mous	941	1 %	- 13 %
Glandes endocrines	11	0 %	- 76 %
Total	71 872	100 %	+ 28 %

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

2.3. MORTALITE POUR CAUSE DE CANCER

Méthode et population

L'analyse des décès dus à un cancer repose sur les données de la statistique nationale des causes de décès qui sont élaborées annuellement par le CépiDc de l'Inserm et les statistiques de l'état civil de l'Insee.

La population étudiée est celle résidant à La Réunion quel que soit le lieu de décès avec une comparaison métropole. La période étudiée s'étend de 2000 à 2009 et plus particulièrement de 2007 à 2009.

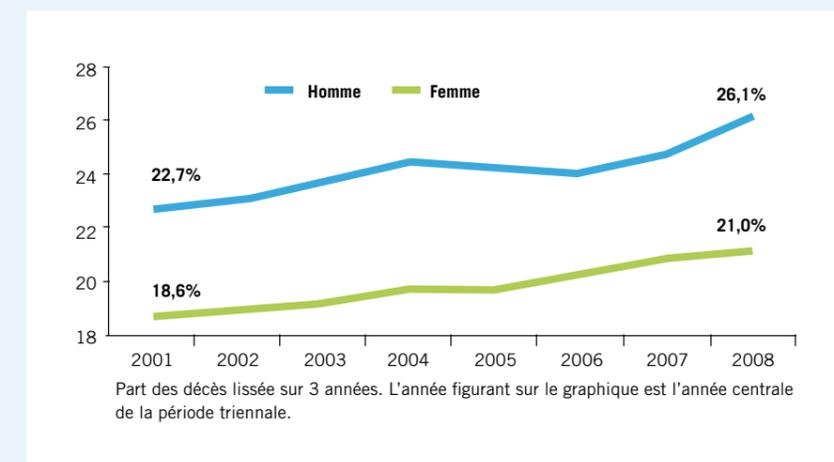
En moyenne près de 10 000 décès annuels par cancer entre 2007 et 2009.

A La Réunion, 971 décès par cancer ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2007/2009, dont 600 hommes et 371 femmes. Le cancer

est la première cause de décès chez les hommes (26 % de l'ensemble des décès masculins) et la deuxième cause de décès chez les femmes (21 % de l'ensemble des décès féminins) après les maladies de l'appareil circulatoire. En métropole, il est la première cause de décès aussi bien chez les hommes que chez les femmes (globalement 30 %).

Le taux de décès par cancer progresse chaque année, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Figure 9 : Part des décès dus au cancer sur l'ensemble des décès selon le sexe à La Réunion – 2000 à 2009



Champ : Réunion et métropole
Sources : Inserm CépiDc
Exploitation : groupe projet cancer

La comparaison du taux de mortalité standardisé à La Réunion et de celui de métropole permet de constater plusieurs tendances :

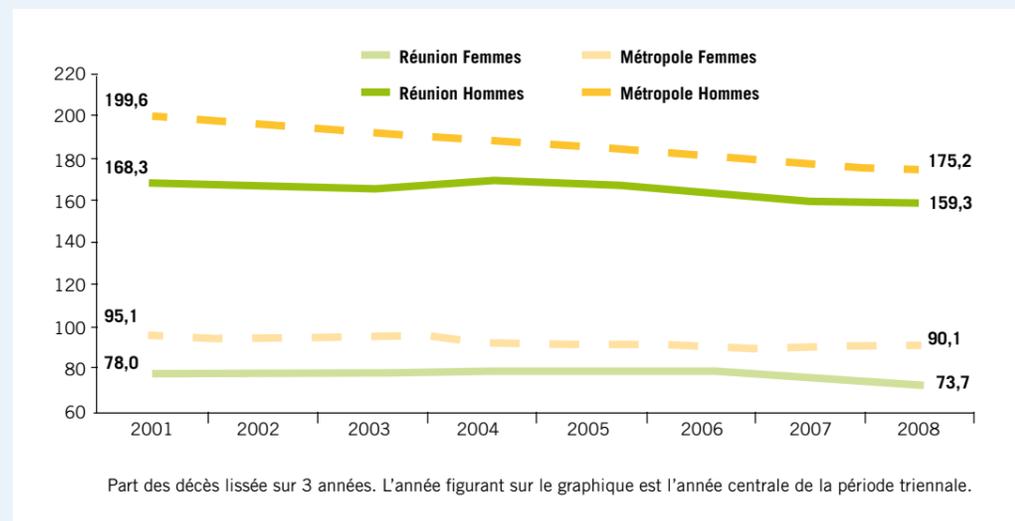
- Quel que soit le sexe ou la région, ce taux de mortalité standardisé est en diminution sur la période 2000 à 2009. Ces évolutions sont imputables au développement des pratiques de diagnostic précoce (dépistage,...)

ainsi qu'à l'amélioration des prises en charge thérapeutiques.

- Quelque soit le sexe, La Réunion a une mortalité plus faible qu'en métropole.
- Que ce soit à La Réunion ou en métropole, les hommes ont une mortalité bien plus élevée que celle des femmes.
- La diminution du taux de mortalité standardisé est particulièrement

marquée pour les hommes métropolitains, avec -24,4 points en presque 10 ans, réduisant ainsi l'écart entre les hommes de La Réunion et ceux de métropole. L'écart entre les femmes de La Réunion et celles en métropole est relativement constant sur la période.

Figure 10 : Évolution du taux de la mortalité observée par cancer de 2000 à 2009 selon le sexe (taux standardisé monde 2010)



Champ : Réunion et métropole
Sources : Inserm Cépidc / ONU population mondiale 2010
Exploitation : groupe projet cancer

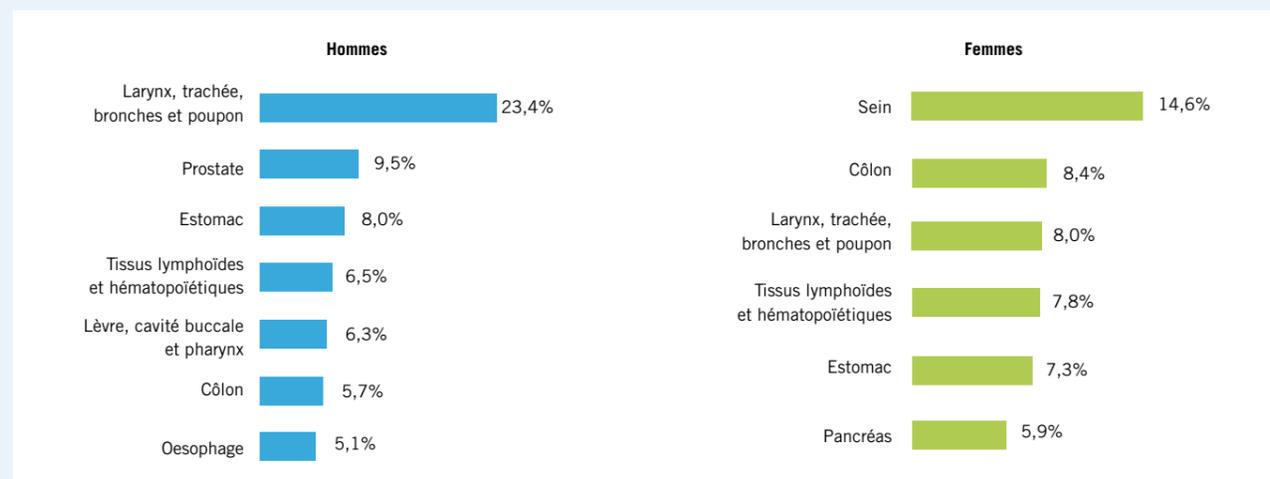
Principales localisations

A La Réunion, le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer chez les femmes, suivi du cancer du côlon, puis du larynx, de la trachée, des

bronches et des poumons. Le cancer du sein est également la première cause de décès par cancer chez les femmes en métropole (18 %). Chez les hommes à La Réunion, comme en métropole, les cancers du larynx,

de la trachée, des bronches et des poumons sont la première cause de décès masculins par cancer (23 % à La Réunion contre 25 % en métropole). Ces cancers sont associés à l'alcoolisme et au tabagisme.

Figure 11 : Cancres les plus fréquents parmi les causes de décès par cancer selon le sexe, à La Réunion pour la période 2007-2009



Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

Les Années Potentielles de Vie Perdues (APVP)¹¹

A La Réunion, sur la période 2007/2009, le cancer est la première cause d'Années Potentielles de Vie Perdues (APVP) chez la femme (31% des APVP) et la 2^{ème} chez l'homme (18% des APVP) après les morts violentes par causes externes de blessures et d'empoisonnement.

Chez les femmes de La Réunion décédées d'un cancer, 25% des APVP sont imputables au cancer du sein ; chez les hommes, 18% des APVP liées à un cancer le sont par les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon.

L'âge médian au décès par cancer est de 70 ans chez les femmes et de 68 ans chez les hommes. Ces derniers décèdent plus précocement que les femmes, avec quatre décès par cancer sur 10 qui surviennent avant l'âge de 65 ans.

Avec un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 87 pour une base 100 en métropole, La Réunion présente une sous-mortalité globale par cancer par rapport à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité est plus marquée chez les femmes.

Ainsi, la mortalité féminine par cancer est 18 % moins importante à La Réunion qu'en métropole et la mortalité masculine par cancer 9 % moindre.

Tableau 6 : Indice comparatif de mortalité pour la période 2007/2009

	Métropole	La Réunion	
		ICM	Intervalle de confiance
Femmes	100	81,7	73,4-89,9
Hommes	100	90,6	83,3-97,8
Total	100	86,6	81,1-92

Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc / INSEE Recensement population 2008/2009
Exploitation : groupe projet cancer



¹¹ Les Années Potentielles de Vie Perdues (APVP) représentent le nombre d'années qu'un individu mort prématurément (ici avant 65 ans) n'a pas vécu.

CONCLUSION

Les déclinaisons locales des plans cancer successifs ont permis de structurer et d'améliorer la prise en charge des patients atteints du cancer à La Réunion. En effet, depuis leur mise en action début des années 2000, le volume des équipements dédiés à la détection des cancers a augmenté à La Réunion. Du reste, l'offre de soins et l'organisation du travail en réseau par l'engagement d'ONCORUN se sont développées. Concomitamment, la détection précoce des cancers s'est améliorée grâce au dépistage organisé par Run dépistage.

Même si la mortalité à La Réunion pour cause de cancer est significativement inférieure à celle observée en métropole,

le cancer reste un problème majeur de santé publique. En témoigne, une évolution des taux d'incidence plus élevés à La Réunion qu'en métropole que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Le cancer est à La Réunion la première cause d'années potentielles de vie perdues pour les femmes et la deuxième pour les hommes. Au-delà de ce constat général, il existe quelques disparités préoccupantes pour certaines pathologies. En effet, nous observons une sur-incidence d'environ deux fois supérieur au regard de la métropole des cancers de l'estomac pour les deux sexes. Pour les femmes, nous avons une sur-incidence du cancer du col utérin d'environ 1,5 fois supérieur par rapport à la métropole.

Le vieillissement conjugué à l'accroissement de la population et à l'amélioration de la détection précoce des cancers induisent une augmentation des séjours en hospitalisation complète ainsi que du nombre de séances en chimiothérapie. La charge relevant des cancers pour l'offre de soins ne va par conséquent guère diminuer. Aussi convient-il de renforcer la vigilance car des leviers d'amélioration subsistent. Le travail de prévention auprès de la population est à maintenir tout comme la sensibilisation des médecins traitants au regard du dépistage.

Annexe 1 : Les dépistages organisés

Dépistage du cancer du colorectal

Le dépistage du cancer du colorectal a débuté au 2nd semestre 2008 à La Réunion. RUN DEPISTAGES en a la charge. Ces campagnes de dépistage se font sur 2 années consécutives et ciblent la population âgée de 50 à 74 ans. Les données présentées ci-après concernent une période complète, 2009/2010, et une période partielle, 2011. L'année 2008 étant une année de montée en charge, elle a été considérée comme non significative.

33 000 personnes dépistées

Sur la période 2009-2010, plus de 176 000 personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et près de 33 000 d'entre elles ont adhéré au programme de dépistage. Le taux de participation départemental au dépistage organisé pour cette période est de 21 %. La participation est plus élevée chez les femmes (22 %) que chez les hommes (19 %). Pour l'année 2011 qui est une campagne partielle,

ce sont déjà plus de 124 000 personnes qui ont été invitées et 12 % d'entre elles qui ont fait le dépistage¹². Ces données partielles montrent une amélioration à la Réunion mais restent bien en de ça du taux cible espéré (60%).

En 2009/2010, 55 cancers colorectaux ont été découverts, soit un taux de 0,35 cancers pour 1 000 personnes dépistées. Ce taux est légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 7 : Dépistage organisé du cancer colorectal à La Réunion – Indicateurs principaux

	2009/2010			2011 (données partielles)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de personnes invitées	86 624	89 476	176 100	60 924	63 381	124 305
Nombre de test réalisés	16 001	19 611	35 612	9 684	12 774	22 458
Nombre de personnes dépistées [A]	14 702	18 146	32 848	8 484	11 244	19 728
Population INSEE ciblée (pour 2009/2010 RP 2009 - pour 2011 estimation 2010) [B]	76 056	82 776	158 832	79 718	86 642	166 360
Taux de participation INSEE ciblée [A]/[B]	19,3%	21,9%	20,7%	10,6%	13,0%	11,9%
Nombre de Cancers	29	26	55	11	12	23
Taux de cancers pour 1 000 personnes dépistées	0,38	0,31	0,35	0,14	0,14	0,14

Champ : Réunion
Source : Run Dépistages logiciel ZEUS
Exploitation : groupe projet cancer

Parallèlement au dépistage du cancer du colorectal, plus de 23 000 réunionnais ont été remboursés par l'assurance maladie au titre d'un acte biologique de recherche de sang dans les selles. De fait, si on ajoute ces personnes au

public ayant participé au dépistage organisé, ce sont plus de 56 000 personnes qui ont effectué un dépistage du cancer colorectal sur la période 2009/2010, soit 35 % de la population réunionnaise âgée de 50 à 74 ans. Au

niveau de la France entière le taux de dépistage organisé est de 34 %¹³ hors actes biologiques de recherche de sang dans les selles. Cette participation est plus élevée chez les femmes (38 %) que chez les hommes (33 %).

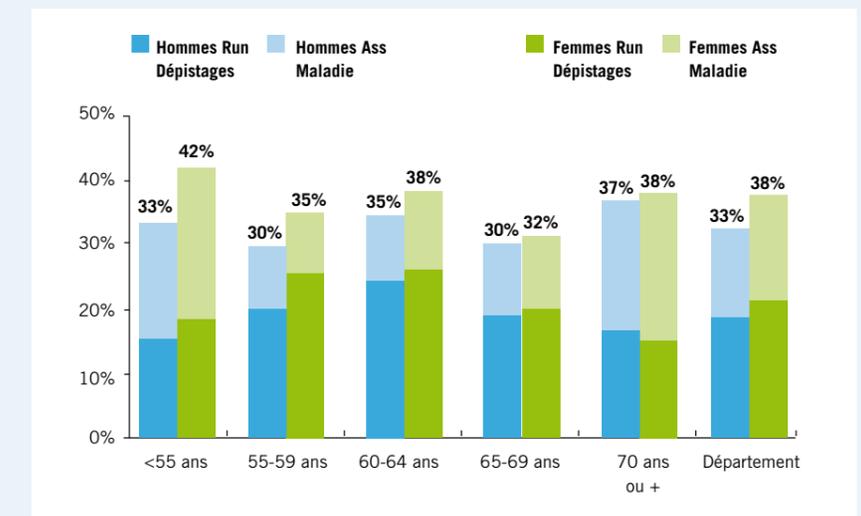
Tableau 8 : Recherche de sang dans les selles à La Réunion

	2009/2010			2011		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de personnes ayant fait une recherche de sang dans les selles issue des bases de l'Assurance Maladie	10 139	13 153	23 298	4 341	5 741	10 087
Taux de participation données Run Dépistages + Assurance Maladie	32,7%	37,8%	35,3%	16,1%	19,6%	17,9%

Champ : Réunion
Source : Assurance Maladie Biolam – Run Dépistages logiciel ZEUS
Exploitation : groupe projet cancer

A âge équivalent, les femmes ont un taux de dépistage plus important que les hommes, quelle que soit la tranche d'âge. 59 % des dépistages se font dans le cadre de Run Dépistages¹⁴.

Figure 12 : Dépistage du cancer du colorectal : Part de la population dépistée selon le sexe et l'âge à La Réunion – période 2009/2010



Champ : Réunion
Source : Run Dépistages logiciel ZEUS – Assurance Maladie Biolam
Exploitation : groupe projet cancer

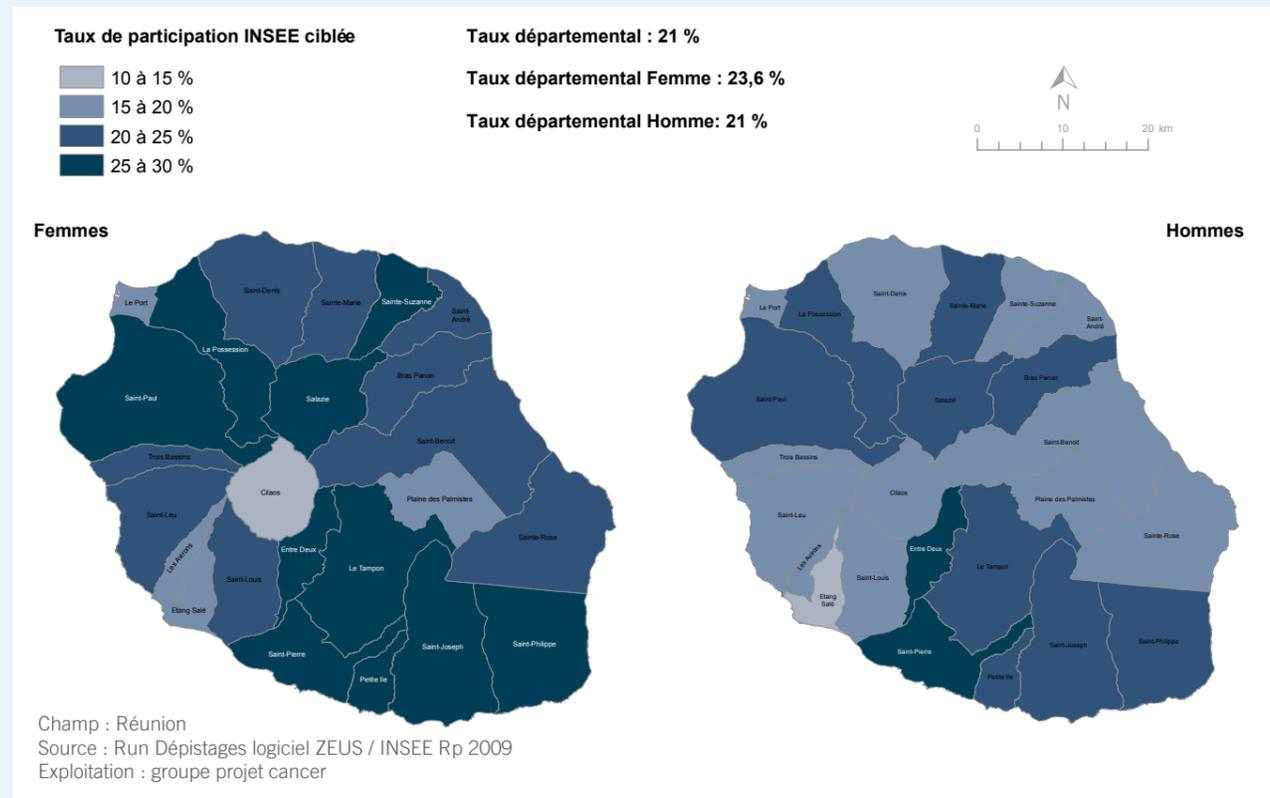
¹² Attention, sur une campagne, 2/3 des personnes invitées concernent la 1ère année et 1/3 la 2nde année

¹³ L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2011

¹⁴ En France métropolitaine, le dépistage immunologique n'est pas encore remboursé.

Un dépistage plus important dans le sud et moindre à Cilaos

Carte 3 : Part des personnes dépistées en 2009/2010 par rapport à la population âgée de 50 à 74 ans (INSEE 2009) selon le sexe à La Réunion



Dépistage du cancer du sein

Sur le département de La Réunion, le dépistage du cancer du sein existe depuis 2004. Les campagnes de dépistage se font sur 2 années consécutives et concernent les femmes âgées de 50 à 74 ans.

Tableau 9 : Dépistage organisé du cancer du sein à La Réunion – Indicateurs principaux

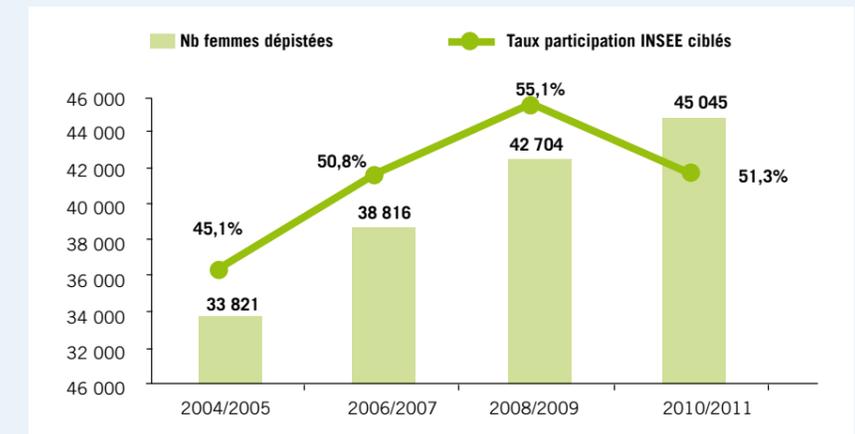
	2004/2005	2006/2007	2008/2009	2010/2011
Nombre de personnes invitées	non disponible	non disponible	90 939	92 356
Nombre de femmes dépistées [A]	33 821	38 816	42 704	45 045
Population INSEE ciblée [B]	74 910	76 350	77 463	87 870
Taux de participation INSEE ciblée [A]/[B]	45,1%	50,8%	55,1%	51,3%
Nombre de Cancers	128	169	171	223
Taux de cancers pour 1 000 femmes dépistées	3,78	4,35	4,00	4,95

Champ : Réunion
Source : Run Dépistages logiciel ZEUS
Exploitation : groupe projet cancer

45 000 femmes dépistées en 2010/2011 soit 51 % de taux de participation

Près de 34 000 femmes ont été dépistées en 2004/2005 et 45 000 en 2010/2011. En quatre campagnes, le nombre de femmes dépistées a augmenté de 33 %. Dès 2006, plus de la moitié des femmes âgées de 50 à 74 ans de La Réunion ont adhéré au dépistage du cancer du sein, avec toutefois un fléchissement du taux de participation en 2010/2011 (51 %), mais approche les 60% en 2012. Il est similaire à celui de la métropole (52 %). Ce dépistage a permis de détecter 691 cancers du sein sur la période 2004/2011, correspondant à une moyenne annuelle de 4 cancers pour 1 000 femmes dépistées par campagne.

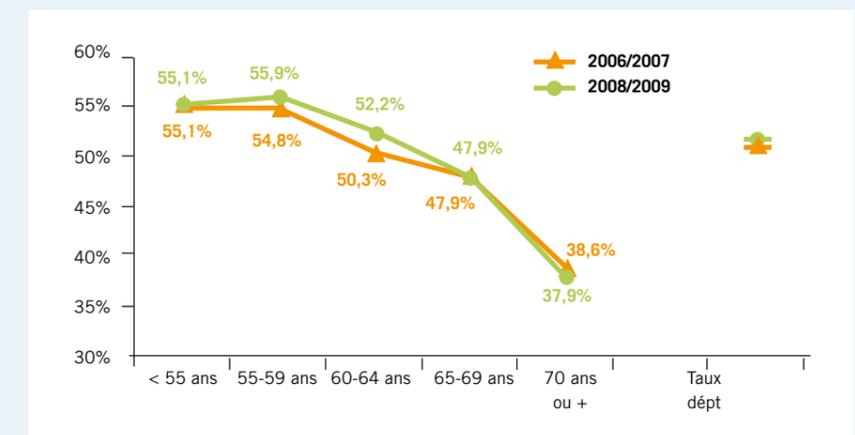
Figure 13 : Dépistage du cancer du sein : Nombre de femmes dépistées et taux de participation à La Réunion



Champ : Réunion
Source : Run Dépistages logiciel ZEUS
Exploitation : groupe projet cancer

A âge équivalent, la part de la population féminine se faisant dépister diminue avec l'avancée dans l'âge. Plus de la moitié des femmes âgées de moins de 65 ans se font dépister. Elle sont moins de 40 % à partir de 70 ans. Entre 2006/2007 et 2008/2009, la proportion de la population féminine dépistée a légèrement augmenté pour les femmes âgées de 55 à 64 ans et est identique pour les autres tranches d'âge.

Figure 14 : Proportion des femmes dépistées au sein de la population féminine selon leur âge à La Réunion – 2007 et 2009



Champ : Réunion
Source : Run Dépistages logiciel ZEUS / INSEE Rp 2007 et 2009
Exploitation : groupe projet cancer

59 % des mammographies sont faites dans le cadre du dépistage

Sur la période de 2009 à 2011, 59 %

des mammographies effectuées à La Réunion ont été faites dans le cadre de Run Dépistages. Ce sont huit femmes sur dix, âgées de 50 à 74 ans, qui l'ont fait dans le cadre du dépistage du

cancer du sein. A noter que selon les données de la CGSS, 99 % des actes « mammographie dépistage » sont réalisés par des femmes âgées de 50 à 74 ans.

Tableau 10 : Nombre de mammographies selon la source de données à La Réunion pour la période 2009 à 2011

		2009	2010	2011	Total 2009/2011
« Assurance Maladie (ensemble des actes « mammographie » quelque soit l'âge de la patiente) »	Mammographie unilatérale dont femmes âgées de 50 à 74 ans	1 117 63,1%	1 602 64,1%	1 802 66,2%	4 521 64,7%
	Mammographie bilatérale dont femmes âgées de 50 à 74 ans	13 351 21,5%	17 029 23,5%	16 910 24,2%	47 290 23,2%
	Mammographie dépistage dont femmes âgées de 50 à 74 ans	15 905 99,7%	23 119 99,8%	20 790 99,7%	59 814 99,7%
	Total dont femmes âgées de 50 à 74 ans	30 373 64,0%	41 750 67,3%	39 502 65,8%	111 625 65,9%
« Run Dépistages (dépistage organisé) »	Mammographie	20 326	23 656	21 382	65 364
	«Part (nb mammographies Run Dépistages / total mammographies Assurance Maladie)»	66,9%	56,7%	54,1%	58,6%

Champ : Réunion
Source : Run Dépistages logiciel ZEUS / Assurance Maladie SNIIR-AM
Exploitation : groupe projet cancer

Moins d'une femme sur deux résidant dans la région Est se fait dépister

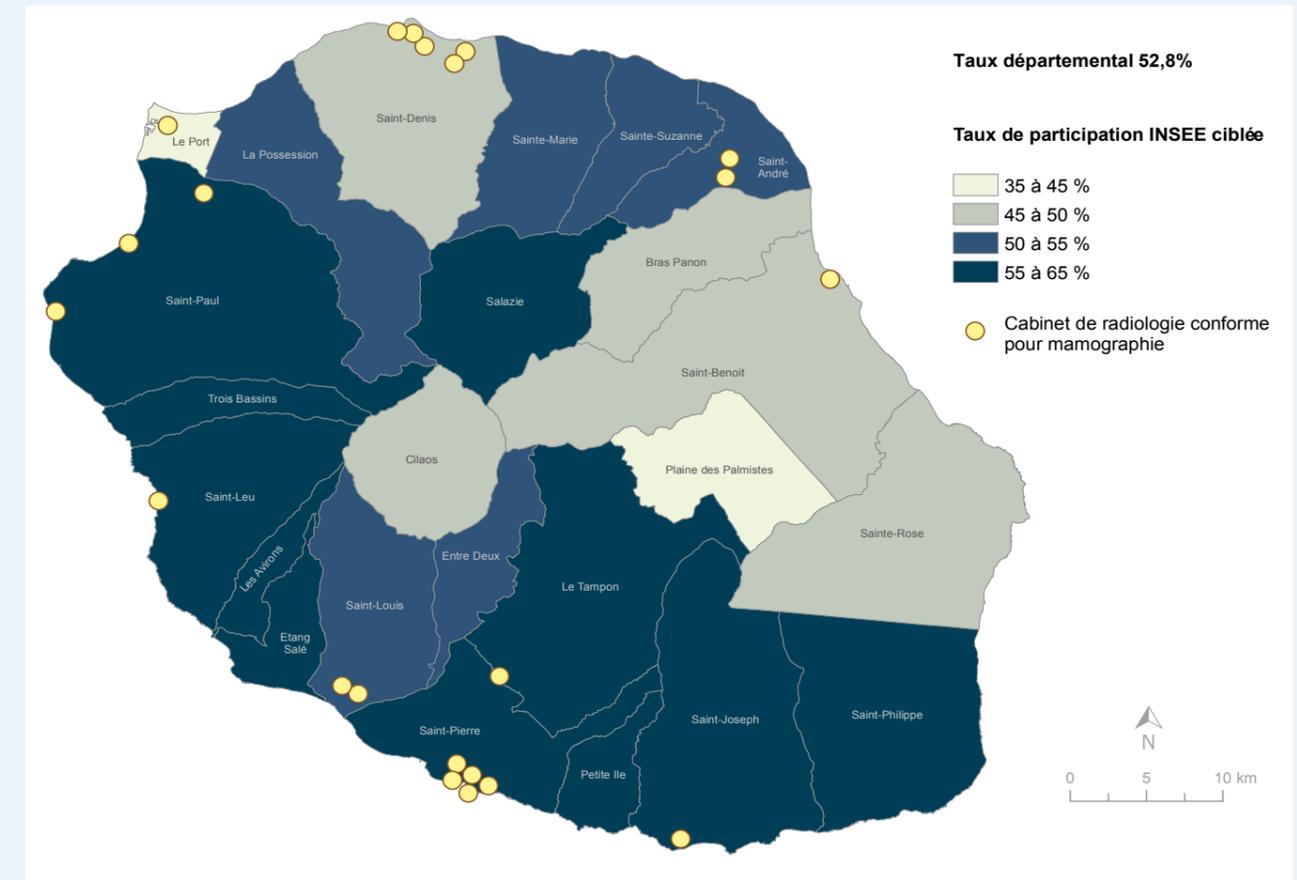
Les communes de l'ouest et du sud de l'île ont des taux de participation plus importants que les communes de l'est du département. Seules les communes du Port et de Cilaos ont un taux inférieur à 50 % dans le sud-ouest.

Ces observations peuvent avoir un lien avec la localisation des cabinets de radiologie conforme¹⁵ pour la réalisation de mammographies. Ainsi sur les 22 cabinets de radiologie, 14 se situent dans l'ouest et le sud de l'île. L'est de l'île ne concentre que 3 cabinets et 4 communes ont un taux de participation inférieur à 50 % dont la Plaine des Palmistes qui a le plus faible taux de

l'île, seulement 38 %. L'isolement du cirque de Cilaos et son éloignement par rapport au cabinet de radiologie peuvent également expliquer le faible taux de participation de cette commune. En revanche, les faibles pourcentages des communes du Port et de Saint-Denis ne peuvent être expliqués par cette hypothèse, ni même le fort taux de participation de Salazie.

Carte 4 : Part des femmes dépistées sur la période 2008 à 2011 par rapport à la population féminine (50-74 ans) INSEE de 2009 à La Réunion

Définition : il s'agit du nombre moyen de mammographies effectuées par les femmes dépistées entre 2008 et 2011 par rapport au nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans au recensement INSEE de 2009.



Champ : Réunion
Source : Run Dépistages logiciel ZEUS / INSEE Rp 2009
Exploitation : groupe projet cancer

En conclusion, dans le cadre du dépistage du cancer du colorectal, 20 % de la population réunionnaise âgée de 50 à 74 ans s'est faite dépister. Le dépistage du cancer du

sein a concerné une réunionnaise sur deux âgée de 50 à 74 ans. Ces deux dépistages organisés ont permis de découvrir 55 cancers colorectaux sur la période 2009/2010, soit 0,35 cancers

pour 1 000 personnes dépistées et 691 cancers du sein sur la période 2004/2011, soit une moyenne annuelle de 4 cancers pour 1 000 femmes dépistées.

Annexe 2 : Les incidences, données du registre des cancers

Population, source et méthodologie

Le registre des cancers de La Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Créé par le Département de La Réunion au sein de la direction de la Santé Publique, il a été repris par le CHU de La Réunion fin 2009.

Son activité consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers (nouveaux cas de cancer diagnostiqués) pour les patients domiciliés dans le département. Il constitue ainsi un outil de surveillance épidémiologique de ces pathologies. La dernière période validée est l'année 2006.

Afin de tenir compte de l'évolution de la structure de la population réunionnaise et de pouvoir effectuer des comparaisons avec les données métropolitaines (structures de population différentes en termes d'âge), les taux d'incidences calculés pour 100 000 personnes sont présentés de manière brute (TIB : nbre de cas / effectif de la population / an) et standardisés sur l'âge (TIS : correction des taux d'incidence en les rapportant à une population standard; la population standard utilisée est la population mondiale selon Whaterhouse).

Conformément aux guidelines nationales (INVS, réseau FRANCIM) et internationales (International Agency for Research in Cancer (IARC), European Network of Cancer Registries (ENCR)), l'analyse concerne les tumeurs invasives, toutes localisations sauf la peau (hors mélanomes), ainsi que les tumeurs bénignes du système nerveux central. Les carcinomes in situ ne sont pas comptabilisés.

Évolution des taux d'incidence globaux de 1989 à 2006

Entre 1989 et 2006, près de 23 000 diagnostics de cancer à La Réunion ont été enregistrés (13 223 chez les hommes et 9 731 chez les femmes). Sur la période 2004/2006, cela correspond en moyenne à 1 700 cas / an (~ 980 chez les hommes et ~ 720 chez les femmes).

L'analyse de l'évolution des TIB par sexe entre 1989 et 2006 montre une progression constante du nombre de cancers dans la population jusqu'en 2005. Les différences de tendance observées entre les TIB et les TIS sont attribuables au vieillissement de la population réunionnaise. Ainsi, à structure d'âge constante pendant la période d'étude, l'augmentation marquée de l'incidence des cancers dans le courant des années 1990 pour les deux sexes paraît se tasser au milieu des années 2000.

A noter que la baisse de l'incidence enregistrée en 2006, notamment chez les femmes, est vraisemblablement due à un défaut d'exhaustivité lié à des difficultés d'accès à certaines sources de données.

Tableau 11 : Évolution des taux d'incidences brutes (TIB) et des taux d'incidences standardisés (TIS) chez les hommes et les femmes à La Réunion entre 1989 et 2006 :

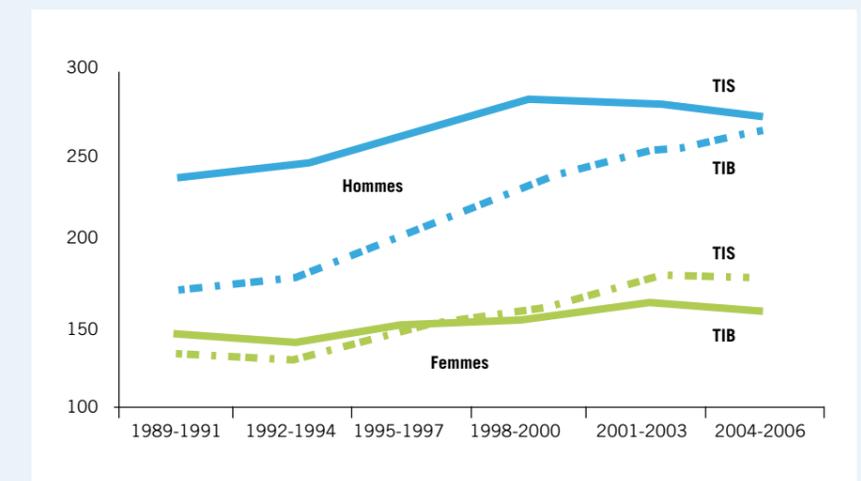
Année	Hommes		Femmes	
	TIB	TIS	TIB	TIS
1989	183,5	249,2	133,3	147,3
1990	161,8	223,7	131,1	144
1991	162,8	233,2	128,6	141,7
1992	166,5	233,4	130,4	140,7
1993	181,1	252	121,9	131,8
1994	183,2	243,3	133	140,9
1995	194,6	257,1	126,7	132,7
1996	202,2	262,1	145,9	147,3
1997	211,7	265,7	165,2	166,3
1998	234,7	288,9	148,7	146,2
1999	234	286	154,9	151,8
2000	230,1	269,8	163,4	156,5
2001	239,1	274,9	173,7	163,4
2002	249,7	278,2	177,9	161,6
2003	260,9	283,5	176,9	158,2
2004	263,6	281,2	196,4	172,6
2005	264,1	271,6	182,7	162
2006	256,3	262,5	160,1	138,1

Champ : Réunion
Source : Registre des cancers de La Réunion
Exploitation : groupe projet cancer

Pour la période 2004/2006, les TIS des hommes (271,2) et des femmes (157,1) réunionnais sont significativement inférieurs à ceux observés en France métropolitaine en 2005¹⁶ (376,1 pour 100 000 personnes-année chez les hommes et 251,9 chez les femmes).

Cependant, le taux d'augmentation annuel de l'incidence des cancers pour les deux sexes entre 2000 et 2006 est significativement plus élevé à La Réunion (+2,3 %) qu'en France métropolitaine (+1,7 %).

Figure 15 : Évolution des taux d'incidences brutes (TIB) et des taux d'incidences standardisés (TIS) chez les hommes et les femmes à La Réunion entre 1989 et 2006 :



Champ : Réunion
Source : Registre des cancers de La Réunion
Exploitation : groupe projet cancer

Analyse des principales localisations

Comme en France métropolitaine, on retrouve parmi les cancers les plus fréquents les cancers de la prostate, du sein, du colon-rectum et du poumon.

Chez l'homme, le cancer le plus diagnostiqué sur la période 2004/2006 est le cancer de la prostate, (~ 280 cas par an), suivi du cancer du poumon (~ 100 cas par an), des cancers des voies aéro-digestives supérieures et du colon-rectum (~ 90 cas par an chacun) et du cancer de l'estomac (60 à 65 cas par an).

Tableau 12 : Taux d'incidences brutes (TIB) et taux d'incidences standardisés (TIS) chez l'homme selon le cancer à La Réunion et en métropole

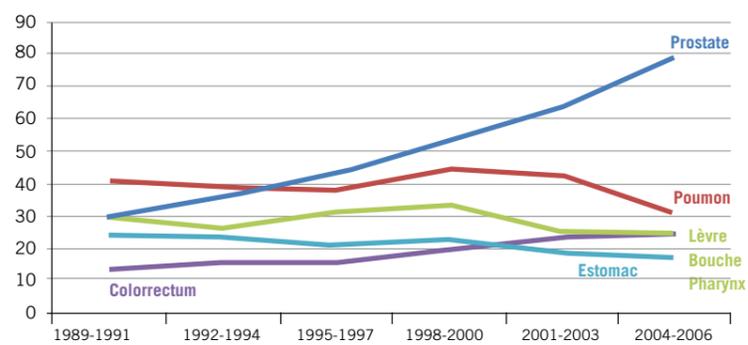
Localisation	Réunion (2004-2006)		France Métropolitaine*	
	TIB	TIS	TIS (2005)	Rang
Prostate	73,6	78,2	121,2	1
Poumon	29	30,6	50,5	2
Lèvres - Bouche - Pharynx	23,3	23,8	21,8	5
Colon - Rectum	23,2	23,5	37,7	3
Estomac	16,7	17,1	8,2	10

Champ : Réunion
Sources : Registre des cancers de La Réunion / * « la situation du cancer en France en 2010 » INSTITUT NATIONAL DU CANCER, www.e-cancer.fr
Exploitation : groupe projet cancer

En métropole, on retrouve également les cancers de la prostate et du poumon aux deux premiers rangs (avec des TIS significativement supérieurs à ceux de La Réunion). Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme.

La différence la plus notable concerne le cancer de l'estomac qui est le 5^{ème} cancer le plus diagnostiqué chez l'homme à La Réunion avec un TIS deux fois supérieur à celui observé en métropole.

Figure 16 : Évolution du taux d'incidence standardisé (TIS) chez l'homme selon le cancer à La Réunion



Champ : Réunion
Source : Registre des cancers de La Réunion
Exploitation : groupe projet cancer

L'analyse de l'évolution des TIS entre 1989 et 2006 montre, comme en métropole, une forte augmentation pour les cancers de la prostate, probablement liée en grande partie au dépistage de ce cancer par le dosage des PSA¹⁷. Les cancers colorectaux augmentent eux aussi de manière régulière sur cette période mais plus modérément alors que les TIS du cancer de l'estomac diminuent de manière significative. Pour les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, après une augmentation dans les années 90, une diminution semble s'amorcer au début des années 2000.

Chez la femme, le cancer le plus diagnostiqué sur la période 2004/2006 est le cancer du sein, (~ 225 cas par an), suivi du cancer colorectal (~ 75 cas par an), du cancer du col utérin (50 à 60 cas par an), du cancer de l'estomac (~ 40 cas par an) et du cancer du poumon (30 à 35 cas par an).

Tableau 13 : Taux d'incidences brutes (TIB) et taux d'incidences standardisés (TIS) chez la femme selon le cancer à La Réunion et en métropole

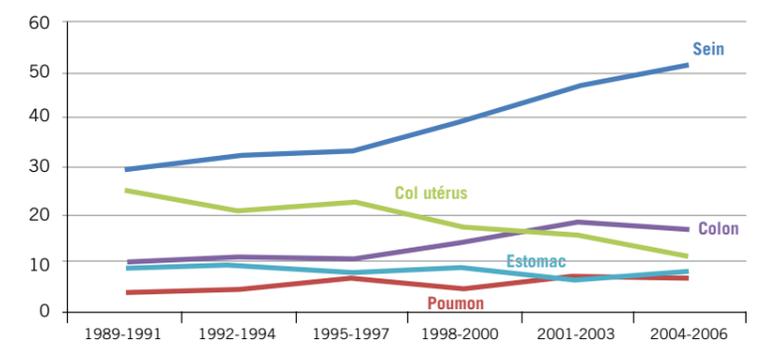
Localisation	Réunion (2004-2006)		France Métropolitaine*	
	TIB	TIS	TIS (2005)	Rang
Sein	56,8	51	101,5	1
Colon - rectum	19,3	16,8	24,5	2
Col utérin	13,1	11,3	7,1	12
Estomac	10	7,9	3,1	14
Poumon	8,5	7,1	12,6	3

Champ : Réunion
Sources : Registre des cancers de La Réunion / * « la situation du cancer en France en 2010 » INSTITUT NATIONAL DU CANCER, www.e-cancer.fr
Exploitation : groupe projet cancer



Les deux localisations les plus fréquentes chez la femme à La Réunion sont donc les mêmes qu'en métropole (sein et colon-rectum). Leur incidence augmente de manière significative durant la période d'étude dans le département, notamment pour le cancer du sein dont le TIS reste toutefois deux fois moins élevé qu'en métropole. Inversement, les cancers du col de l'utérus et de l'estomac restent significativement plus fréquents à La Réunion qu'en métropole malgré une diminution marquée entre 1989 et 2006. Enfin, le TIS du cancer du poumon augmente de manière constante et significative entre 1989 et 2006 chez les femmes réunionnaises.

Figure 17 : Évolution du taux d'incidence standardisé (TIS) chez la femme selon le cancer à La Réunion



Champ : Réunion
Source : Registre des cancers de La Réunion
Exploitation : groupe projet cancer

En conclusion, les incidences des principales localisations (prostate, sein, colon-rectum et poumon) augmentent de manière significative entre 1989 et 2006 si l'on excepte la tendance à une stabilisation de l'incidence du cancer du poumon chez les hommes à partir du début des années 2000. En revanche, le TIS du cancer de l'estomac à La Réunion est 2 fois plus important que celui observé en France métropolitaine

pour les deux sexes, même s'il diminue de manière constante sur la période d'étude. Ceci pourrait ouvrir la voie à des études spécifiques pour essayer d'en déterminer les origines précises. De même, on observe une sur-incidence significative du cancer du col de l'utérus chez les femmes réunionnaises, sur-incidence probablement imputable en grande partie à une insuffisance de dépistage¹⁸.

Même si les différences d'incidence entre la France métropolitaine et La Réunion paraissent s'amoinrir, certaines spécificités demeurent et justifient d'être étudiées et surveillées afin d'améliorer la prévention et la prise en charge.



¹⁷ Antigène Prostatique Spécifique (Prostate Specific Antigen en anglais),

¹⁸ Dépistage qui a débuté en juillet 2010 à La Réunion – voire chapitre 1.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus.

Annexe 3 : Les hospitalisations pour cancer, données du PMSI

Population, source et méthodologie

Les données d'activité de la prise en charge du cancer en hospitalisation proviennent des bases régionales PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et concernent les patients porteurs d'un cancer à La Réunion.

L'analyse porte sur les séjours en hospitalisation (séances hors radiothérapie, hospitalisations ambulatoires ou hospitalisations complètes) pour lesquelles il a été rapporté un diagnostic (code CIM X) de tumeur maligne, de tumeur in situ, de tumeur

à évolution imprévisible, de tumeur bénigne du système central, ou de prise en charge de tumeur maligne. Pour chaque séjour est déterminé l'appareil anatomique concerné par la tumeur maligne en fonction du type du diagnostic (diagnostic principal, relié ou significatif) et de la précision du code CIM X. L'analyse porte sur les périodes 2004/2006 et 2009/2011.

Le nombre de patients concernés par ces hospitalisations a pu être déterminé en utilisant le numéro anonyme de chaînage



14 000 personnes hospitalisées entre 2009 et 2011

Sur la période 2009/2011, plus de 14 000 personnes ont été hospitalisées ou ont eu une séance avec un diagnostic

de cancer. Ces patients sont âgés en moyenne de 61,5 ans pour les hommes et 57,4 ans pour les femmes. L'âge moyen plus jeune des femmes est lié à la part importante que représente le cancer du sein ; la moyenne d'âge

des femmes hospitalisées pour cancer du sein étant de 51 ans. Les patients mineurs représentent 3 % des patients, soit 418 personnes.

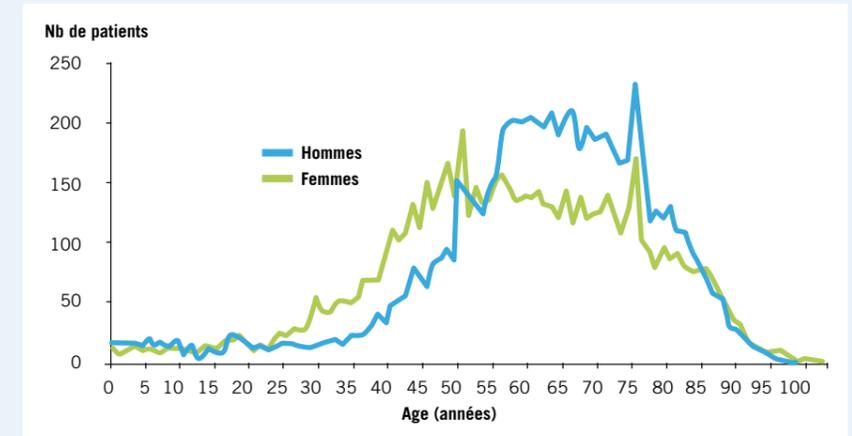
Tableau 14 : Nombre de patients hospitalisés selon le sexe et l'âge sur la période 2009/2011 à La Réunion

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	Part	Effectif	Part	Effectif	Part
Total	7 364	51,6 %	6 919	48,4 %	14 283	100 %
Age moyen	61,5 ans		57,4 ans		59,4 ans	
Age						
Moins de 18 ans	231	3 %	187	3 %	418	3 %
18-49 ans	1 106	15 %	2 125	31 %	3 231	23 %
50-74 ans	4 477	61 %	3 311	48 %	7 788	55 %
75 ans et plus	1 550	21 %	1 296	19 %	2 846	20 %

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Le nombre moyen de patients suivis annuellement en hospitalisation sur la période 2009/2011 est de 6 050 (3 137 hommes et 2 913 femmes). 34 % de ces patients résidaient dans le Sud de l'île, 23 % dans l'ouest, 22 % dans le Nord et 16 % dans l'Est. Il y a eu 1 611 décès au cours de ces hospitalisations, soit environ 535 annuellement.

Figure 18 : Distribution par âge du nombre de patients hospitalisés sur la période 2009/2011 à La Réunion



Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Tableau 15 : Nombre de patients hospitalisés à La Réunion selon leur lieu de domicile sur la période 2009/2011

Lieu de domicile	Patients			Dont patients décédés	
	Nombre	Part	Age moyen	Nombre	Part
Réunion Sud	4 855	34 %	61 ans	542	11 %
Réunion Ouest	3 263	23 %	59 ans	347	11 %
Réunion Nord	3 085	22 %	60 ans	398	13 %
Réunion Est	2 223	16 %	59 ans	257	12 %
Réunion (sans autre indication)	37	0 %	57 ans	4	11 %
Mayotte	302	2 %	42 ans	28	9 %
Autres îles Océan Indien	104	1 %	44 ans	10	10 %
Métropole ou autres DOM	153	1 %	62 ans	12	8 %
Autres pays étrangers	7	0 %	49 ans	0	0 %
Indéterminé	254	2 %	57 ans	13	5 %
Total	14 283	100 %	59 ans	1 611	11 %

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

72 000 hospitalisations ou séances entre 2009 et 2011

Sur la période 2009/2011, 71 872 hospitalisations ou séances avec un diagnostic de cancer sont rapportées dans le PMSI, soit environ

24 000 séjours par an. Sur la période 2004/2006, ce nombre était de 53 413. Entre les deux périodes, cette activité a augmenté de + 28 %.

Entre 2009 et 2011, 44 % des hospitalisations concernent des séances

de chimiothérapie en ambulatoire, 21 % des prises en charge ambulatoires hors séances de chimiothérapie et 36 % des prises en charge en hospitalisation complète.

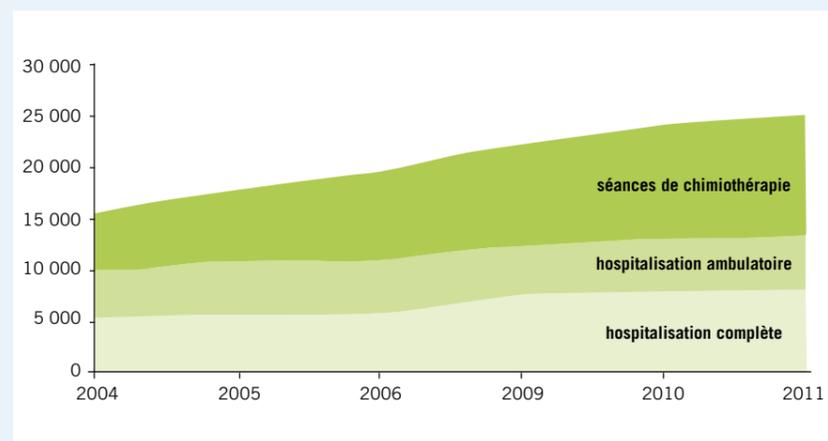
Tableau 16 : Nombre d'hospitalisations pour cancer selon le mode de prise en charge sur la période 2009/2011 à La Réunion

Mode de prise en charge	Période 2009/2011					Période 2004/2006				
	2009	2010	2011	Total	Moyenne annuelle	2004	2005	2006	Total	Moyenne annuelle
Hospitalisation complète	7 750	8 216	8 260	24 226	8 075	5 357	5 945	5 844	17 146	5 715
Hospitalisation ambulatoire	4 680	4 937	5 151	14 768	4 923	4 412	4 997	5 179	14 588	4 863
Séances de chimiothérapie	10 045	11 107	11 726	32 878	10 959	5 840	7 237	8 602	21 679	7 226
Total	22 475	24 260	25 137	71 872	23 957	15 609	18 179	19 625	53 413	17 804

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

La comparaison de la période 2009/2011 et 2004/2006 montre d'une part une stabilité du nombre annuel d'hospitalisations en ambulatoire, aux alentours de 4 900 / an et d'autre part une forte augmentation du nombre d'hospitalisations complètes (+41 %) et des séances de chimiothérapie (+ 52 %).

Figure 19 : Évolution des hospitalisations pour cancer selon le mode de prise en charge sur la période 2009/2011 à La Réunion



Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Les principales pathologies prises en charge sont les cancers digestifs (24 % des hospitalisations), les hémopathies (19 %) et les cancers du sein (17 %). Les cancers thoraciques, urologiques, gynécologiques et des voies aéro-digestives supérieures représentent chacun de 6 à 8 % de cette activité. Entre 2004/2006 et 2009/2011, la prise en charge pour tumeur du système nerveux central s'est accrue de + 73 %. Les 3 localisations les plus fréquentes ont également fortement augmenté (+ 35 % environ).

Tableau 17 : Nombre d'hospitalisations selon le type de cancer sur la période 2009/2011 à La Réunion

Localisation anatomique	Nombres d'hospitalisations	Part	Évolution entre 2004/2006 et 2009/2011
Digestif	17 291	24 %	+ 38 %
Organes hématopoïétiques	13 623	19 %	+ 33 %
Sein	12 182	17 %	+ 38 %
Thorax	5 903	8 %	+ 8 %
Urologie	6 047	8 %	+ 23 %
Gynécologie	4 539	6 %	+ 24 %
ORL & maxillo-facial	4 050	6 %	+ 37 %
Os et tissus mous	941	1 %	- 13 %
Système nerveux central et œil	1 761	2 %	+ 73 %
Peau	1 508	2 %	+ 50 %
Glandes endocrines	11	0 %	- 76 %
Autres et inclassables	4 016	6 %	- 11 %
Total	71 872	100 %	+ 28 %

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Tableau 18 : Nombre d'hospitalisations selon le type d'établissement et le territoire de santé sur la période 2009/2011 à La Réunion

Territoire de santé	Type établissement	Hospitalisation		Durée moyenne de séjour
		Nombre	Part	
Nord/Est	privé	23 812	58 %	1,7 jour
	public	17 467	42 %	3,9 jours
	total	41 279	100 %	
Ouest	privé	2 116	51 %	2,1 jours
	public	2 014	49 %	6,5 jours
	total	4 130	100 %	
Sud	privé	1 621	6 %	1,3 jour
	public	24 842	94 %	2,7 jours
	total	26 463	100 %	
Réunion	privé	27 549	38 %	1,3 jour
	public	44 323	62 %	2,7 jours
	total	71 872	100 %	

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Les principaux établissements de traitement du cancer sont localisés dans le Nord et dans le Sud. 57 % de ces hospitalisations ont eu lieu dans le secteur sanitaire Nord/Est, 37 % dans le Sud et 6 % dans l'Ouest.

Les patients domiciliés dans le Nord sont principalement traités dans un établissement du Nord et inversement pour les patients domiciliés dans le Sud. Par contre, 60 % des patients domiciliés dans l'Ouest sont hospitalisés dans le

Nord de l'île contre un peu moins de 20 % dans le Sud. Les 3/4 des patients domiciliés hors département sont pris en charge dans le secteur Nord/Est.

Plus de 24 000 séjours en hospitalisation complète entre 2009/2011

Sur la période 2009/2011, l'hospitalisation complète a concerné 24 226 séjours ce qui équivaut en moyenne annuelle à 64 950 journées. La durée moyenne de séjour est de 8 jours. Elle était de 9,4 jours entre 2004 et 2006. La durée de séjour varie selon le mode de prise en charge.

Tableau 19 : Les séjours en hospitalisation complète selon le mode de prise en charge sur la période 2009/2011 à La Réunion

Mode de prise en charge	Nombre de séjours	Durée moyenne de séjours
Médicale	15 008	6,7 jours
Chirurgicale	7 270	10,2 jours
Autres*	1 948	10,7 jours
Total	24 226	8,0 jours

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

*Endoscopies, radiologie interventionnelle,...

La distribution du nombre de séjours par établissement est évidemment très dépendante de l'offre en place. Sur les territoires de santé nord/est et ouest,

les prises en charge en hospitalisation complète se partagent entre les établissements privés et publics, alors que dans le sud de l'île, ces

prises en charge se font pratiquement exclusivement dans le secteur public.

Tableau 20 : Nombre d'hospitalisations complètes selon le type d'établissement et le mode de prise en charge par territoire de santé sur la période 2009/2011 à La Réunion

Territoire de santé de prise en charge	Type établissement	Type de prise en charge			Total
		Médicale	Chirurgicale	Autre	
Nord/Est	privé	3 020	2 187	848	6 055
	public	5 308	1 461	384	7 153
	total	8 328	3 648	1 232	13 208
Ouest	privé	130	682	18	830
	public	1 015	307	53	1 375
	total	1 145	989	71	2 205
Sud	privé	50	588	29	667
	public	5 485	2 045	616	8 146
	total	5 535	2 633	645	8 813
Total	privé	3 200	3 457	895	7 552
	public	11 808	3 813	1 053	16 674
	total	15 008	7 270	1 948	24 226

Le lieu de prise en charge est évidemment fonction du lieu de domicile des patients et du type d'autorisation des établissements de santé. Si plus de 9 patients sur 10 résidant dans l'est, le nord et le sud de l'île sont hospitalisés dans leur territoire de santé, seulement 3 patients sur 10 de l'ouest sont hospitalisés sur le territoire de santé ouest : la moitié des patients de l'ouest sont hospitalisés dans le nord/est. Ceux domiciliés hors département sont majoritairement pris en charge dans le territoire de santé nord/est.

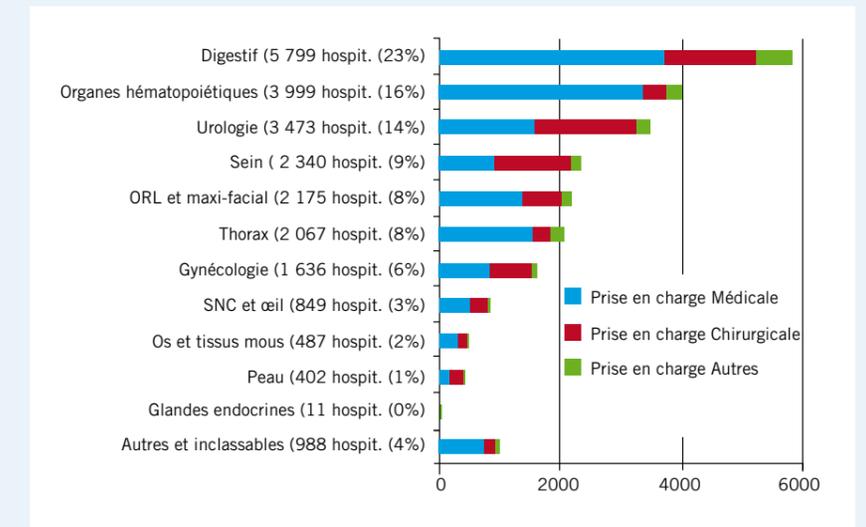
Tableau 21 : Les séjours en hospitalisation complète selon le territoire de santé de prise en charge et le lieu de résidence du patient sur la période 2009/2011 à La Réunion

Lieu de Domicile	Territoire de santé de prise en charge			
	Nord-Est	Ouest	Sud	Réunion
Réunion Est	97 %	0 %	3 %	4 041
Réunion Nord	97 %	1 %	2 %	5 383
Réunion Ouest	50 %	33 %	16 %	5 361
Réunion Sud	7 %	3 %	90 %	8 252
Réunion (sans autre indication)	83 %	0 %	17 %	46
Mayotte	84 %	1 %	15 %	575
Autres ou indéterminé	53 %	19 %	28 %	568
Total	55 %	9 %	36 %	24 226

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Les cancers digestifs représentent 1/4 des prises en charge en hospitalisation complète. Suivent les pathologies hématologiques, urologiques et le cancer du sein.

Figure 20 : Les séjours en hospitalisation complète selon la pathologie et le mode de prise en charge sur la période 2009/2011 à La Réunion



Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Activité en hospitalisation ambulatoire : près de 15 000 séances

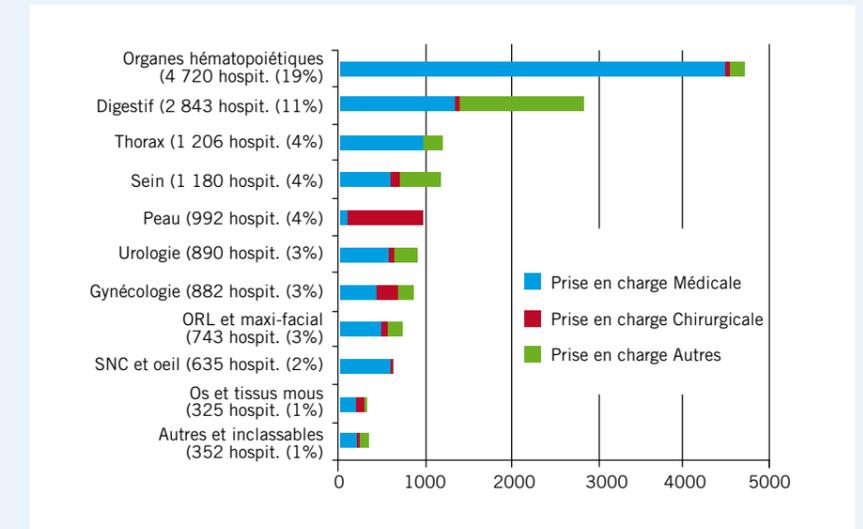
Sur la période 2009/2011, l'activité ambulatoire hors séances de chimiothérapie a représenté 14 768 prises en charge, dont 11 % en chirurgie (chiffres similaires à ceux de la période 2004/2006). La part de la chirurgie

ambulatoire dans les établissements publics est passée de 25 % à 32 % entre les deux périodes. 90 % des prises en charge médicales s'effectuent dans le public et 70 % des prises en charge chirurgicales ont lieu dans le privé.

Les pathologies hématologiques représente 1/3 des prises en charge en ambulatoire (hors séances de chimiothérapie), principalement médicales.

Logiquement, c'est en ambulatoire que se fait principalement la prise en charge des tumeurs cutanées, une grande part de ces prises en charge étant chirurgicale.

Figure 21 : L'activité ambulatoire selon la pathologie et le mode de prise en charge sur la période 2009/2011 à La Réunion



Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Tableau 22 : Nombre d'hospitalisations ambulatoire selon le type d'établissement et le mode de prise en charge par territoire de santé sur la période 2009/2011 à La Réunion

Territoire de santé de prise en charge	Type établissement	Type de prise en charge			Total
		Médicale	Chirurgicale	Autre	
Nord/Est	privé	698	360	1 515	2 573
	public	2 259	189	1 751	4 199
	total	2 957	549	3 266	6 772
Ouest	privé	58	307	421	786
	public	147	68	136	351
	total	205	375	557	1 137
Sud	privé	4	441	509	954
	public	3 290	262	2 353	5 905
	total	3 294	703	2 862	6 859
Total	privé	760	1 108	2 445	4 313
	public	5 696	519	4 240	10 455
	total	6 456	1 627	6 685	14 768

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Comme pour les prises en charge en hospitalisation complète, le lieu de prise en charge est évidemment fonction du lieu de domicile des patients. Si plus de 9 patients sur 10 résidant dans l'est, le nord et le sud de l'île sont hospitalisés dans leur territoire de santé, seulement 3 patients sur 10 de l'ouest sont hospitalisés sur le territoire de santé ouest. Les patients domiciliés à Mayotte sont principalement pris en charge dans le secteur Nord/Est, les patients domiciliés hors département (sauf Mayotte) sont pris en charge pour moitié dans le sud.

Tableau 23 : La prise en charge ambulatoire selon le territoire de santé de prise en charge et lieu de résidence du patient sur la période 2009/2011 à La Réunion

Lieu de Domicile	Territoire de santé de prise en charge			
	Nord-Est	Ouest	Sud	Réunion
Réunion Est	97 %	0 %	3 %	1 903
Réunion Nord	96 %	1 %	3 %	3 263
Réunion Ouest	44 %	31 %	25 %	3 090
Réunion Sud	4 %	1 %	95 %	6 098
Réunion (sans autre indication)	58 %	11 %	32 %	19
Mayotte	62 %	1 %	37 %	89
Autres ou indéterminé	29 %	25 %	46 %	306
Total	46 %	8 %	46 %	14 768

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

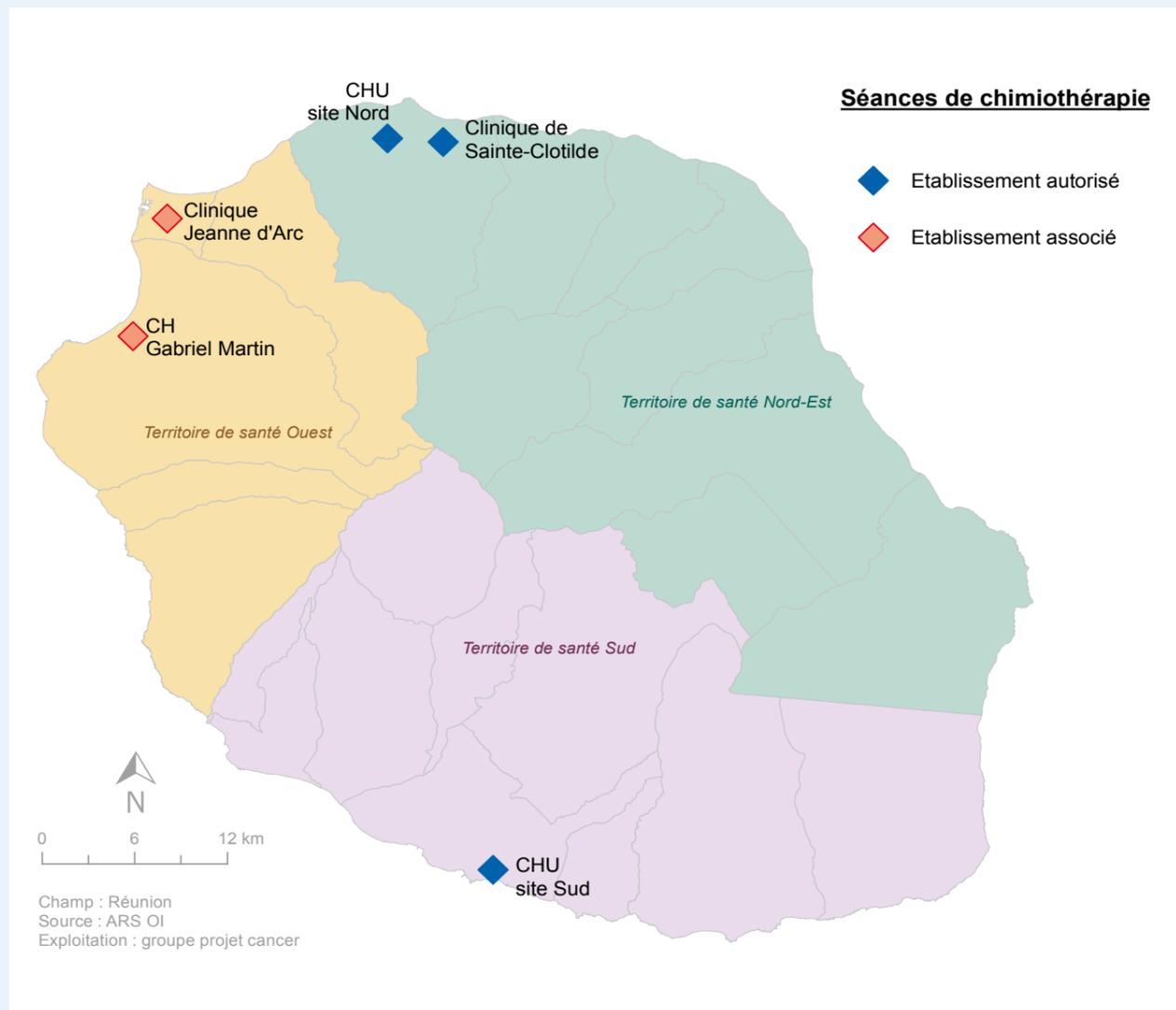
Séances de chimiothérapie

Sur la période 2009/2011, il y a eu 32 878 séances de chimiothérapies, soit environ 11 000 séances par an, ce qui représente une augmentation de 35 % par rapport à la période 2004/2006. Elles sont réalisées dans deux établissements du Nord, dans un établissement du Sud et associées dans deux établissements de l'ouest.

Tableau 24 : Les séances de chimiothérapie selon le territoire de santé de prise en charge et le type d'établissement sur la période 2009/2011 à La Réunion

Territoire de santé de prise en charge	Type établissement	Séances de chimiothérapie	
		Nombre	Part
Nord/Est	privé	15 184	46 %
	public	6 115	19 %
	total	21 299	65 %
Ouest	privé	500	2 %
	public	288	1 %
	total	788	3 %
Sud	public	10 791	33 %
Total	privé	15 684	48 %
	public	17 194	52 %
	total	32 878	100 %

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer



Tous les patients domiciliés dans le nord/est de l'île et neuf sur dix résidant dans le sud sont traités dans un établissement de leur région. La majorité des patients domiciliés dans l'ouest de l'île et à Mayotte font leur séance de chimiothérapie dans le territoire de santé nord-est. Les personnes hors département sont traitées pour un peu plus de la moitié dans le sud et l'autre moitié dans le nord.

Tableau 25 : Les séances de chimiothérapie selon le territoire de santé de prise en charge et lieu de résidence du patient sur la période 2009/2011 à La Réunion

Lieu de Domicile	Territoire de santé de prise en charge			
	Nord-Est	Ouest	Sud	Réunion
Réunion Est	100 %	0 %	0 %	5 381
Réunion Nord	100 %	0 %	0 %	8 796
Réunion Ouest	76 %	10 %	14 %	7 820
Réunion Sud	8 %	0 %	91 %	10 208
Réunion (sans autre indication)	100 %	0 %	0 %	5
Mayotte	97 %	1 %	2 %	88
Autres ou indéterminé	43 %	0 %	57 %	580
Total	65 %	2 %	33 %	32 878

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Les séances de chimiothérapie pour cancer du sein et de l'appareil digestif représentent 50 % de l'ensemble des séances.

Tableau 26 : Nombre de séances de chimiothérapie le type de cancer sur la période 2009/2011 à La Réunion

Localisation anatomique	Nombre de séances	Part
Sein	8 662	26 %
Digestif	8 649	26 %
Organes hématopoïétiques	4 904	15 %
Autres et inclassables	2 676	8 %
Thorax	2 630	8 %
Gynécologie	2 021	6 %
Urologie	1 684	5 %
ORL et maxillo-facial	1 132	3 %
Système nerveux central et œil	277	1 %
Os & tissus mous	129	0 %
Peau	114	0 %
Total	32 878	100 %

Champ : Réunion
Source : PMSI
Exploitation : groupe projet cancer

Annexe 4 : La mortalité, données des certificats de décès de l'Inserm

Population, source et méthodologie

L'analyse des décès dus à un cancer repose sur les données de la statistique nationale des causes de décès élaborée

annuellement par le CépiDc de l'Inserm et les statistiques de l'état civil de l'Insee. La population étudiée est celle résidant à La Réunion quel que soit le

lieu de décès avec une comparaison métropole. La période étudiée s'étend de 2000 à 2009 et plus particulièrement de 2007 à 2009.

A La Réunion, 971 décès par cancer ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2007/2009, dont 600 hommes et 371 femmes. Le cancer est la première cause de décès chez les hommes (26 % de l'ensemble des décès masculins) et la deuxième cause de décès chez les femmes (21 % de l'ensemble des décès féminins) après les maladies de l'appareil circulatoire. En métropole, il est la première cause de décès aussi bien chez les hommes que chez les femmes (globalement 30 %).

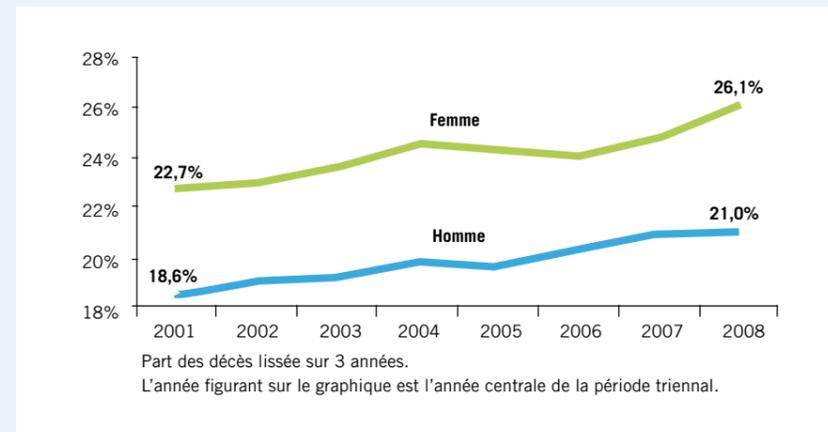
Le taux de décès par cancer progresse chaque année, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cette évolution peut être expliquée, d'une part, par le vieillissement de sa population et d'autre part, par l'augmentation des risques comportementaux (tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation trop riche, etc.) qui ont un effet à la hausse.

Le taux brut de mortalité

Le taux brut de mortalité pour la période 2007/2009 est de 120 décès pour 100 000 habitants à La Réunion. En métropole il est de 253.

Ce taux est un indice utilisé pour décrire la mortalité dans une population en tenant compte de l'effectif de cette population. De fait, on ne peut pas comparer ce taux entre la métropole et La Réunion, ni entre sexe, ni dans le temps, du fait des structures d'âge différentes des populations alors comparées. Pour faire de telles comparaisons, il est nécessaire de calculer des taux comparatifs (ou dits standardisés sur l'âge).

Figure 22 : Part des décès dus au cancer sur l'ensemble des décès selon le sexe à La Réunion – 2000 à 2009



Champ : Réunion et métropole
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

Tableau 27 : Taux brut de mortalité par cancer selon le sexe (taux pour 100 000 habitants) – période 2007/2009

	Hommes	Femmes	Ensemble
La Réunion	152,4	88,7	119,6
Métropole	306,6	202,8	253

Champ : Réunion et métropole
Sources : Inserm Cépidc / INSEE recensement de la population
Exploitation : groupe projet cancer

Le taux de mortalité standardisé

Définition

Il s'agit du taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence (population type : monde en 2010). C'est l'écart observé entre les taux comparatifs qui est à prendre en compte et non la valeur absolue des taux

En éliminant l'effet de la différence de la structure de l'âge entre les sexes, les régions et le temps, on constate plusieurs tendances :

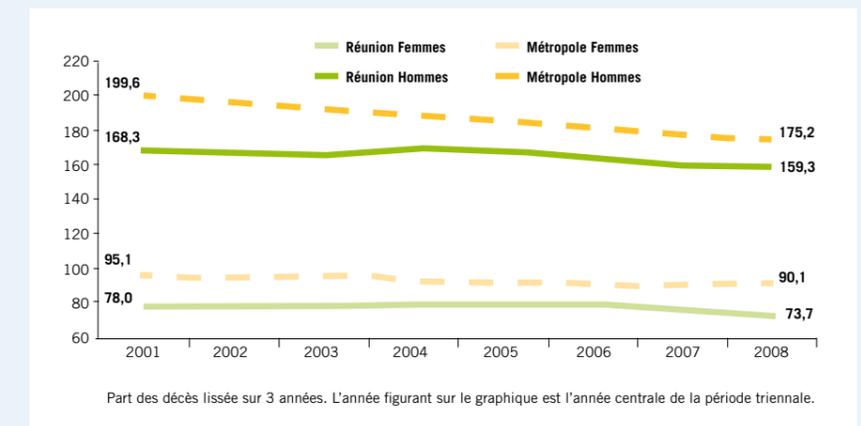
Les cancers les plus fréquents parmi les causes de décès

A La Réunion, le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer chez les femmes, suivi du cancer du côlon, puis du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons. Le cancer du sein est également la première cause de décès par cancer chez les femmes de métropole (18 %).

Chez les hommes de La Réunion, comme en métropole, les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons sont la première cause de décès masculins par cancer (23 % à La Réunion contre 25 % en métropole). Ces cancers sont associés à l'alcoolisme et au tabagisme.

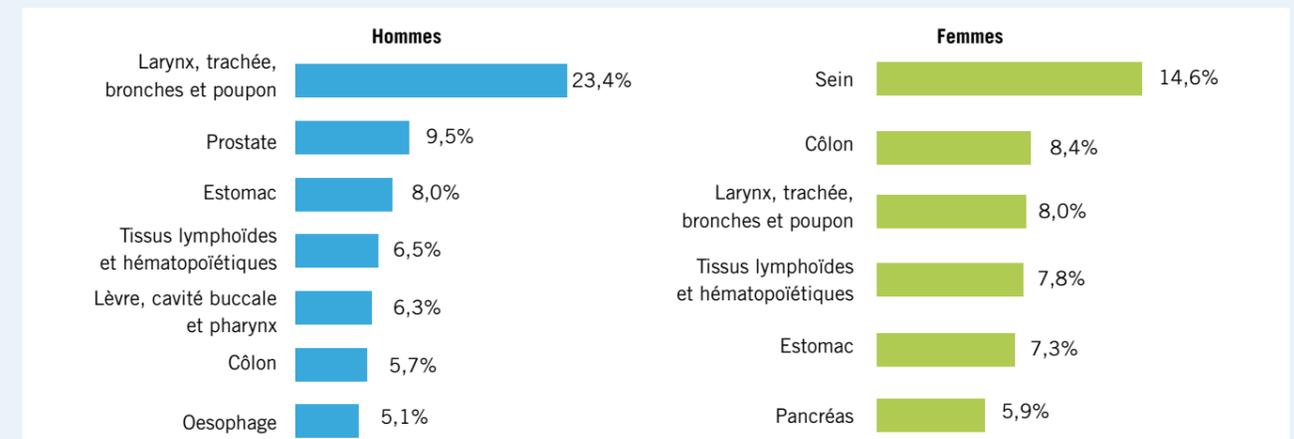
- Quel que soit le sexe ou la région, le taux comparatif de mortalité par cancer est en diminution sur la période 2000 à 2009. Ces évolutions sont imputables au développement des pratiques de diagnostic précoce (dépistage,...) ainsi qu'à l'amélioration des prises en charge thérapeutiques.
- Quel que soit le sexe, La Réunion a une mortalité plus faible qu'en métropole.
- Que ce soit à La Réunion ou en métropole, les hommes ont une mortalité bien plus élevée que celle des femmes.
- La diminution du taux de mortalité standardisé est particulièrement marquée pour les hommes métropolitains, avec -24,3 points en presque 10 ans, réduisant ainsi l'écart entre les hommes de La Réunion et ceux de métropole. L'écart entre les réunionnaises et les métropolitaines est relativement constant sur la période.

Figure 23 : Évolution du taux de la mortalité observée par cancer de 2000 à 2009 selon le sexe (taux standardisé monde 2010)



Champ : Réunion et métropole
Sources : Inserm Cépidc / ONU population mondiale 2010
Exploitation : groupe projet cancer

Figure 24 : Cancers les plus fréquents parmi les causes de décès par cancer selon le sexe, à La Réunion pour la période 2007-2009

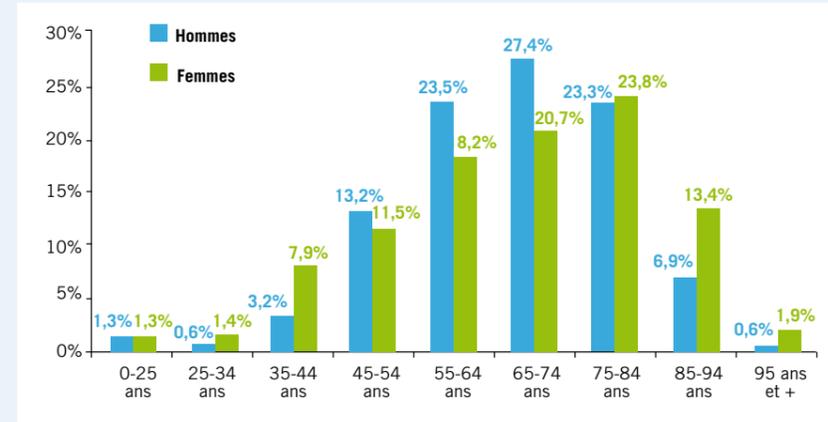


Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

La structure par âge des décès par cancer

A La Réunion, l'âge médian au décès par cancer est de 70 ans chez les femmes et de 68 ans chez les hommes. 63 % des décès féminins surviennent entre 55 et 84 ans, 13 % entre 85 et 94 ans et 8 % entre 35 et 44 ans (principalement du cancer du sein et du col de l'utérus). Chez les hommes, les 55-84 ans représentent 74 % des décès. Ils décèdent plus précocement que les femmes, avec quatre décès par cancer sur 10 qui surviennent avant l'âge de 65 ans.

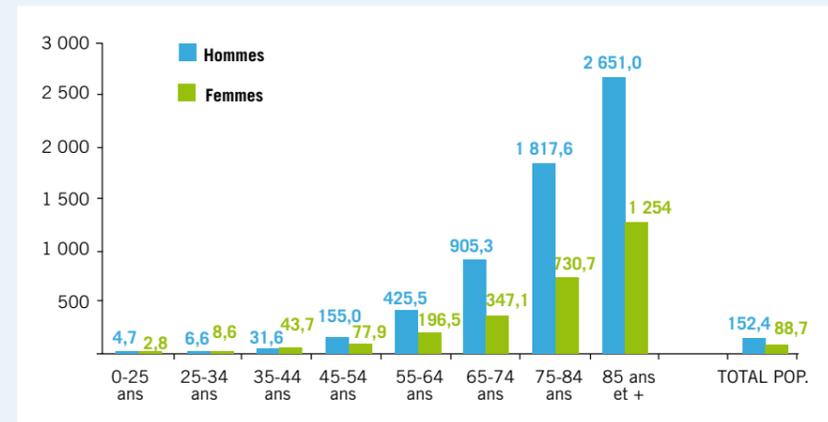
Figure 25 : Part des décès par cancer selon le sexe et l'âge à La Réunion – 2007-2009



Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

Le taux brut de mortalité augmente considérablement avec l'âge. De moins de 5 décès pour 100 000 habitants pour les moins de 25 ans, ce taux passe à 45 pour 100 000 chez les 25-44 ans, puis à 605 pour les 65-74 ans, pour atteindre 1 689 décès pour 100 000 personnes âgées de 85 ans et plus. Les taux masculins sont 2 à 3 fois plus élevés que les taux féminins à partir de 45 ans.

Figure 26 : Taux brut de mortalité par cancer selon le sexe et l'âge à La Réunion pour 100 000 habitants – 2007-2009



Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

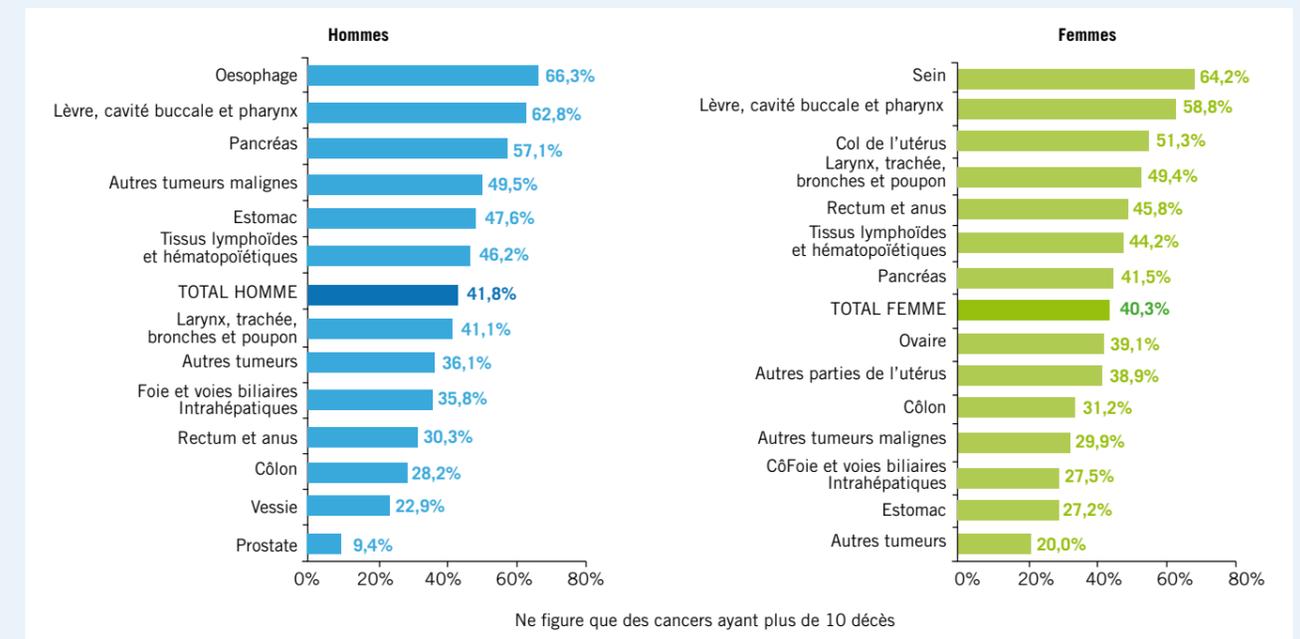
La mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans)

Sur la période 2007-2009, 400 réunionnais en moyenne sont décédés chaque année prématurément suite à un cancer, soit 41 % des décès par cancer. Les hommes représentent 63 % de ces décès. Chez les femmes, le cancer du sein est la première cause de mortalité prématurée par cancer

(23 %) et chez les hommes ce sont le cancer du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (23 %). C'est pour le cancer du sein qu'il y a la proportion la plus importante de décès prématurés chez les femmes (plus de 6 décès sur 10 par cancer du sein), alors que chez les hommes, ce sont les cancers des voies de l'œsophage, de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (dans les mêmes proportions).

Une grande part de ces décès pourrait être évitée (mortalité évitable) par une amélioration des pratiques de prévention primaire (prévention de la mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures et du poumon par action sur les consommations d'alcool et de tabac). La mortalité prématurée pourrait aussi être évitable par des mesures de prévention secondaire (dépistage des cancers du sein, du colon-rectum, du col de l'utérus, des mélanomes,...).

Figure 27 : Part des décès prématurés par sexe selon le cancer à La Réunion – 2007-2009



Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

Les Années Potentielles de Vie Perdues (APVP)

Définition
Les Années Potentielles de Vie Perdues (APVP) représentent le nombre d'années qu'un individu mort prématurément (ici avant 65 ans) n'a pas vécu.

A La Réunion, sur la période 2007/2009, le cancer est la première cause d'Années Potentielles de Vie Perdues (APVP) chez la femme (31% des APVP) et la 2^{ème} chez l'homme (18%

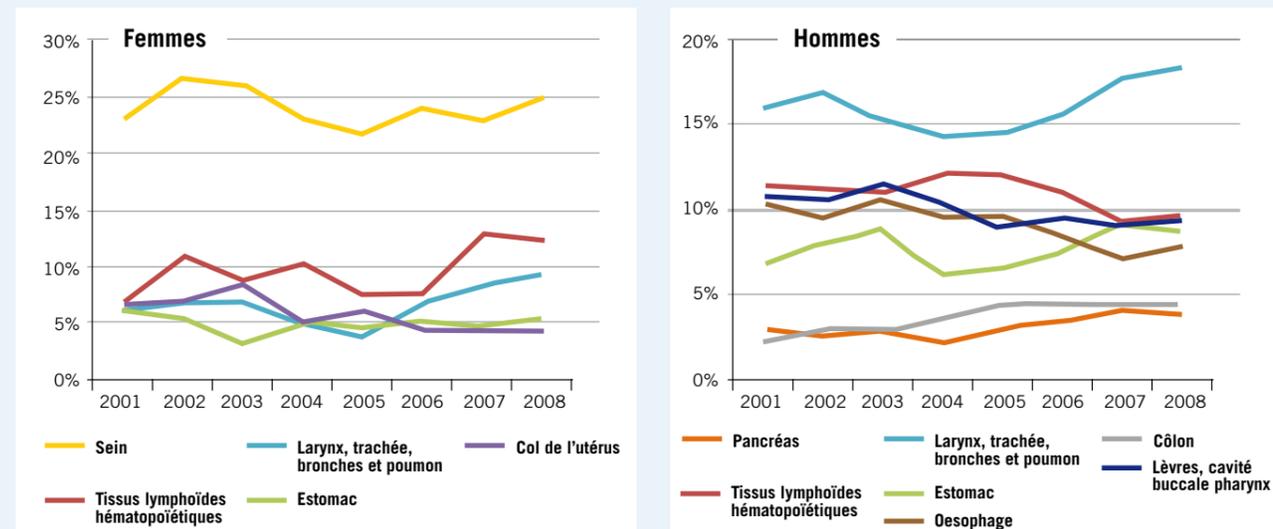
des APVP) après les causes externes de blessures et d'empoisonnement.

Chez les femmes de La Réunion décédées d'un cancer, 25% des APVP sont imputables au cancer du sein, arrivent ensuite les cancers des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques (12%) et les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (9%). A noter que sur la période 2000/2009, la part du cancer du sein dans les APVP diminue, de même que celle du col de l'utérus, tandis que celles des tissus

lymphoïdes et hématopoïétiques et des voies respiratoires supérieures sont en forte augmentation, notamment depuis 2005/2006.

Chez les hommes, 18% des APVP sont dues à un cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Cette part progresse depuis 2005/2006. Viennent ensuite les cancers des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques, ceux de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, celui de l'œsophage et celui de l'utérus, tandis que celles des tissus

Figure 28 : Classement des décès par cancer selon les années potentielles de vie perdues à La Réunion selon le sexe sur la période 2007-2009 (part des décès lissée sur 3 années. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale)



Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

Les cancers liés à l'alcool et au tabac

De multiples causes peuvent être à l'origine d'un cancer. Certains facteurs de risques sont prépondérants pour certains cancers. La consommation d'alcool augmente le risque des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum et du sein. Le tabagisme est le second

risque majeur de cancer et augmente les risques de cancers des voies aérodigestives supérieures, de la vessie et du pancréas.

A La Réunion, 41,5 % des décès masculins par cancer peuvent être liés à l'alcool et 42,6 % au tabac. Chez les femmes réunionnaises, la part des décès attribuable au tabac est beaucoup plus importante que celle des cancers liés à l'alcool.

Comparativement à la métropole, la part des décès liés aux cancers attribuables à l'alcool et au tabac est similaire pour les hommes réunionnais et métropolitains. En revanche, ces parts sont plus importantes pour les femmes métropolitaines que pour les femmes réunionnaises.

Tableau 28 : Nombre moyen annuel et part de décès par cancer selon le sexe, à La Réunion – 2007-2009

	Réunion				Métropole	
	Femmes		Hommes		Femmes	Hommes
	Nombre	Part	Nombre	Part	Part	Part
Cancer lié à l'alcool	67	18,1 %	249	41,5 %	21,5 %	40,8 %
Cancer lié au tabac	121	32,9 %	255	42,6 %	42,9 %	41,8 %

Cancer lié au tabac : poumon, voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), vessie, pancréas : (Codes CIM10 : C00-C14 / C15 / C32-C34 / C25 / C67)

Cancer lié à l'alcool : voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), côlon-rectum, sein : (Codes CIM10 : C00-C14 / C15 / C32-C34 / C18 / C19-C21 / C50)

Champ : Réunion et métropole
Sources : Inserm Cépidc
Exploitation : groupe projet cancer

Une sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale

Définition
L'ICM consiste à faire le rapport entre le nombre de décès observés à La Réunion sur le nombre de décès « attendus » en prenant comme référence les taux de mortalité par âge de la métropole sur la même période. On obtient ainsi un résultat en termes d'excès ou de moindre mortalité par rapport à la mortalité de la métropole. Si l'ICM est égal à 100, la mortalité de La Réunion est comparable à celle de la métropole. Un ICM supérieur à 100 signifie qu'il y a un excédent de mortalité et un ICM inférieur à 100, une mortalité moindre.

Avec un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 87 pour une base 100 en métropole, La Réunion présente une sous-mortalité globale par cancer par rapport à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité est plus marquée chez les femmes. Ainsi, la mortalité féminine par cancer est 18 % moins importante à La Réunion qu'en métropole et 9 % moins importante chez les hommes.

Tableau 29 : Indice comparatif de mortalité pour la période 2007/2009

	La Réunion		Métropole
	ICM	Intervalle de confiance	
Femmes	100	81,7	73,4-89,9
Hommes	100	90,6	83,3-97,8
Total	100	86,6	81,1-92

Champ : Réunion
Sources : Inserm Cépidc / INSEE Recensement population 2008/2009
Exploitation : groupe projet cancer



En conclusion, sur la période 2007/2009, 971 décès par cancer ont été enregistrés annuellement à La Réunion. Le cancer est la première cause de décès chez les hommes et la deuxième cause de décès chez les femmes. Les taux de mortalité par cancer sont plus faibles à La Réunion

qu'en métropole, même à structure d'âge équivalente. Que ce soit à La Réunion ou en métropole, les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons sont la première cause de décès masculins par cancer et le cancer du sein est la principale cause

de décès féminin. A La Réunion, 41% des décès par cancer surviennent avant l'âge de 65 ans (mortalité prématurée) et dans six cas sur dix ils concernent les hommes.




SIGLES

3 C	Centre de Coordination en Cancérologie
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (remplacé par l'ANSM depuis le 1er mai 2012)
ALD	Affectation de Longue Durée
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
APVP	Année Potentielle de Vie Perdue
ARDH	Aide au Retour à Domicile après l'Hospitalisation
ARS OI	Agence de Santé Océan Indien
ASDR	Association de Soins à Domicile à la Réunion
CH	Centre Hospitalier
CHM	Centre Hospitalier de Mayotte
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centres de Lutte Contre le Cancer
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux en Santé
GHER	Groupe Hospitalier Est Réunion
GHSR	Groupe Hospitalier Sud Réunion
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
ICM	Indice Comparatif de Mortalité
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Programme Personnalisé de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
PRAANS	PRogramme Alimentation, Activité physique, Nutrition Santé
RRC	Réseau Régional de Cancérologie
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
TEP	Tomographie par Émission de Positons
TIB	Taux d'Incidence Brut
TIS	Taux d'Incidence Standardisé

Les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) élabore annuellement la Statistique nationale des causes de décès. Cette statistique, exhaustive et permanente, est établie à partir des données recueillies sur le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès. L'étude porte sur la cause initiale du décès définie comme « la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel ». Les causes de mortalité sont codées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM), 10^{ème} révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès (code CIM 10).

Les statistiques du recensement de la population INSEE

Les effectifs par sexe et tranche d'âge décennal utilisés pour le calcul des taux (brut ou standardisé sur l'âge) sont issus des recensements de population INSEE.

Les statistiques sur les RCP

L'ensemble des données relatives aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires sont issues d'ONCORUN.

Les statistiques relatives au dépistage

Les statistiques relatives au dépistage sont établies par RUN DEPISTAGES via le logiciel ZEUS.

Les statistiques de l'Assurance Maladie

Les statistiques de l'Assurance Maladie sont issues du SNIIR-AM.

Registre des cancers

Le registre des cancers de La Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Créé par le Département de La Réunion au sein de la direction de la Santé Publique, il a été repris par le CHU de La Réunion fin 2009. Son activité consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers (nouveaux cas de cancer diagnostiqués) pour les patients domiciliés dans le département. Il constitue ainsi un outil de surveillance épidémiologique de ces pathologies.

PMSI

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est géré par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Le PMSI permet de mesurer l'activité des établissements de santé publics et privés et de calculer l'allocation budgétaire qui en découle. Il repose sur la nomenclature des Groupes Homogènes de Malades (GHM) qui permet de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes médical et économique. L'homogénéité des groupes est d'abord économique.



SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Plan cancer I 2003-2007 – Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer
http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
- [2] Plan cancer II 2009 – 2013
http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- [3] Identification de freins à la déclaration des maladies professionnelles à La Réunion – C. Bernède-Bauduin, C. Louacheni – ORS 2013
http://www.ors-reunion.org/IMG/pdf/synthese_maladiesprof.pdf
- [4] Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations – FNORS, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de La Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76p. (coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
- [5] Les médecins au 1er janvier 2012 – Daniel SICART - DREES – n°167 février 2012
- [6] La situation du cancer en France en 2011 – Institut national du cancer
- [7] Médecins généralistes et dépistage du cancer – Collection Enquêtes et sondages synthèse des résultats de l'enquête barométriques – INCa / BVA SEPTEMBRE 2010
- [8] Les cancers à La Réunion – Tableau de bord – ORS décembre 2009
- [9] L'Etat de santé de la Population en France rapport 2011 – Collection Etudes et Statistiques – Drees
- [10] <http://www.e-cancer.fr/>
- [11] Les soins de supports – pour mieux vivre les effets du cancer – édition août 2009 – Ligue contre le cancer

Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens
CS 61002
97743 Saint-Denis Cedex 09
Tél. 02 62 97 90 00
<http://www.ars.ocean-indien.sante.fr>

INCA

<http://www.e-cancer.fr/>

ONCORUN

Apt 45 - Résidence les Colonies
3 rue de la Clinique
97490 Sainte-Clotilde
Tél. : 02 62 29 96 19
E-mail : secretariat@oncorun.net
<http://www.oncorun.net/>

RUN DEPISTAGES

17 rue Amiral DECAEN
97400 Saint Denis
Tél. 02 62 30 90 90
<http://www.rundepistages.re/>

Registre des cancers de La Réunion

CHU site Nord
Route de Bellepierre
97405 Saint Denis Cedex
Tel. 02 62 90 50 50

Retrouvez toutes les publications des membres de la plateforme sur leur site internet :

ARS OI :

<http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Etudes-et-publications.101406.0.html>

ORS Réunion :

<http://www.ors-reunion.org/>

Cire OI :

<http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Cire-Ocean-Indien.97246.0.html>

Directrice de la publication :

Chantal de Singly

Responsable de la rédaction :

Eric Mariotti

Comité de rédaction :

Registre des Cancers de la Réunion, ONCORUN,
RUN DEPISTAGES, ARS OI DIR et DSP

Auteurs :

Florence Caliez (ARS OI), Emmanuel Chirpaz (Registre des
cancers de la Réunion), Marie-Christine Ravault (ARS OI)

Collaborateurs :

Guy-Noël Chan-Wan (ARS OI), Alexandra Chamoun
(ONCORUN), Nathalie Devouge (Run Dépistages), Eric
Mariotti (ARS OI), Jacques Ronat (ARS OI)

Comité de relecture :

Registre des Cancers de La Réunion, ONCORUN,
RUN DEPISTAGES, ARS OI DIR et DSP

Conception et réalisation :

Design System