

IN EXTENSO



LE CANCER

Évolution
à La Réunion
jusqu'en 2011



SYSTÈME DE SANTÉ ET ÉTAT DE SANTÉ

Synthèse



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)



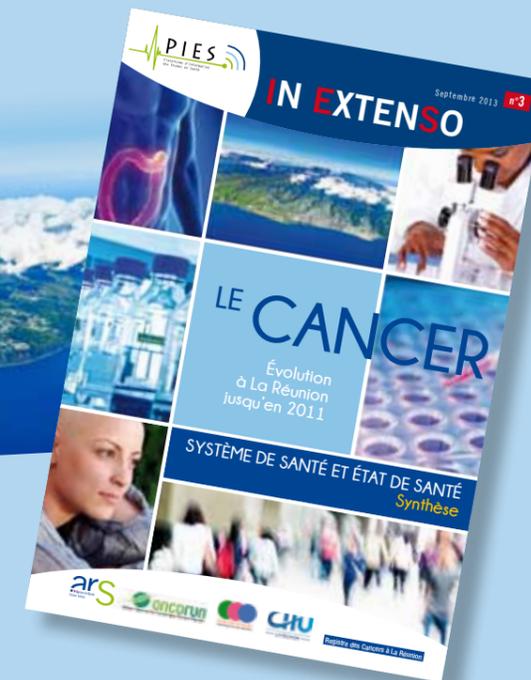
SES MISSIONS

- 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



PRÉAMBULE	4		
I – CANCER ET SYSTÈME DE SANTÉ	5		
1.1. Historique	5		
1.2. Prévention et dépistage	6		
1.2.1. Prévention	6		
1.2.2. Dépistage	7		
1.2.3. Détection précoce	9		
1.3. Diagnostic, ressources disponibles	10		
1.3.1. Le plateau technique d'imagerie	10		
1.3.2. L'anatomie pathologique	11		
1.4. Les soins	12		
1.4.1. Les modalités de prise en charge	12		
1.4.2. Les médecins autour du cancer	13		
1.4.3. Les établissements autorisés	14		
1.4.4. Les réseaux	16		
1.4.5. Parcours de soins	16		
1.5. La vie pendant et après le cancer	18		
1.5.1. Soins de support	18		
1.5.2. Le suivi	19		
1.5.3. Soins palliatifs	19		
1.5.4. La réinsertion	19		
		II – ÉTAT DE SANTÉ - CANCÉROLOGIE	20
		2.1. Incidence due au cancer	20
		2.2. Hospitalisation pour cancer	23
		2.3. Mortalité pour cause de cancer	25
		CONCLUSION	27
		SIGLES	28
		SOURCES DES DONNÉES	29
		SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	30
		ADRESSES UTILES	31

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. Cela s'est concrétisé par plusieurs plans Cancer.

Le Plan Cancer I 2003-2007 [1] a marqué une étape décisive en identifiant le cancer comme priorité nationale. Ce plan 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.

Le Plan Cancer II (2009-2013) [2], tenant compte de l'évaluation du Plan Cancer I fut élaboré selon les orientations suivantes :

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 ».²

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.

Des mesures adaptées à la situation des DOM TOM, de La Réunion et de Mayotte en particulier, sont prévues. Il s'agit, entre autres, de développer des filières de prise en charge du cancer reposant sur la mise en réseau des dispositifs existants, le renforcement des complémentarités locales de l'offre de soins, le tout défini par un schéma interrégional de la cancérologie.

Nous sommes à l'aube d'un 3ème plan cancer. 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 dresser l'état des lieux, de 10 années d'efforts à La Réunion dans ce domaine et d'en présenter les écarts principaux vis-à-vis de la métropole. Aussi seront exposées 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.

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). 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 est intégrée dans les volets cancer du Schéma Régional de l'Offre de Soins de 3ème génération (SROS III).

La création de structures de gestions départementales mettant en place le dépistage organisé des principaux

cancers fait partie des premières mesures mises en application du Plan Cancer I [1]. 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.

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 3ème 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 la vie après le cancer incluant ainsi les progrès du dépistage et les prises en charge thérapeutiques dans les soins de support.

³ Imagerie par Résonance Magnétique

⁴ Tomographie par Émission de Positons

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

² Extrait du rapport remis au Président de la République par le Professeur Grünfeld le 14 février 2009.



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.

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 OI 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 « fraîche 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 (31e 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 1ère 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.

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 respectent 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 développées 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 des 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 en 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 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 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.

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.

en recul (2 820 nouveaux cas en 2011 – source INCa). Il est le 12ème cancer le plus fréquent chez la femme (le 3ème à La Réunion en 2006 – source Registre des cancers de La Réunion) et se place au 13ème 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).

• 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 cancer colorectal se situe au 3ème rang des cancers dans la population française (40 500 nouveaux cas en 2011 – source INCa) et au 3ème 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 les conséquences en cas de positivité.

Il est également en première ligne dans la gestion des faux positifs et des faux négatifs du dépistage. A La Réunion, le dépistage du cancer du colon a débuté au 2nd semestre 2008. Les campagnes de dépistage se font sur 2 années consécutives.

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 de ça 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.

Dépistage du cancer du sein

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 bénéficie 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.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Depuis 30 ans, l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus en France est

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).



⁵ Sources : Run Dépistages

1.3. DIAGNOSTIC, RESSOURCES DISPONIBLES

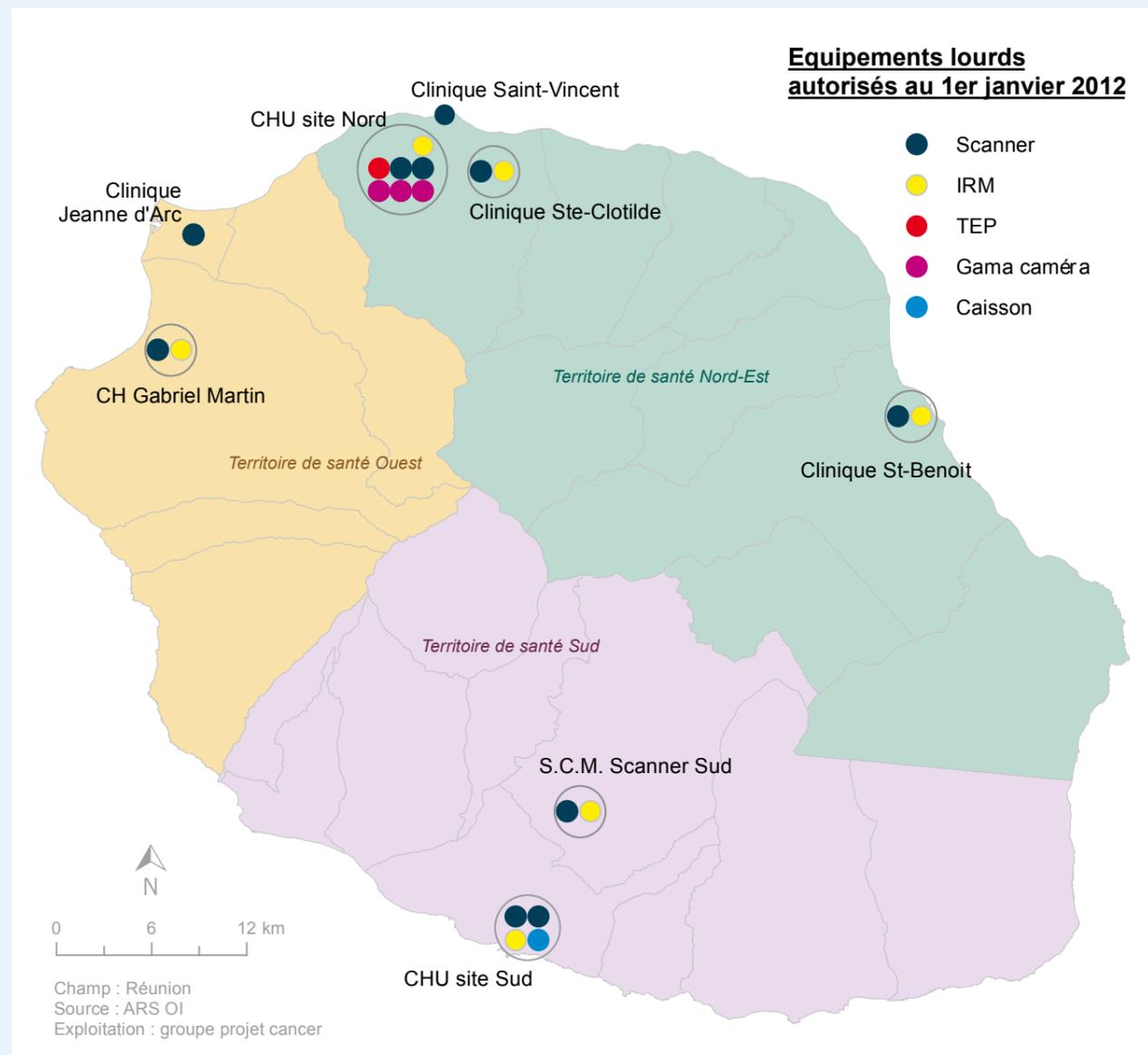
Les modes de révélation des cancers sont multiples et variés selon la symptomatologie. Le diagnostic de certitude repose sur l'histologie ou la cytologie pour certaines hémopathies.

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

Carte 1 : Le plateau technique d'imagerie à La Réunion.



Les examens radiographiques standard, 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 standard 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'examen 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.**

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.

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 décrets 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 :

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).

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

- 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

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.

- (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.**

1.4.2. Les médecins autour du cancer

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.

A La Réunion, au 1er 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 médicales	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



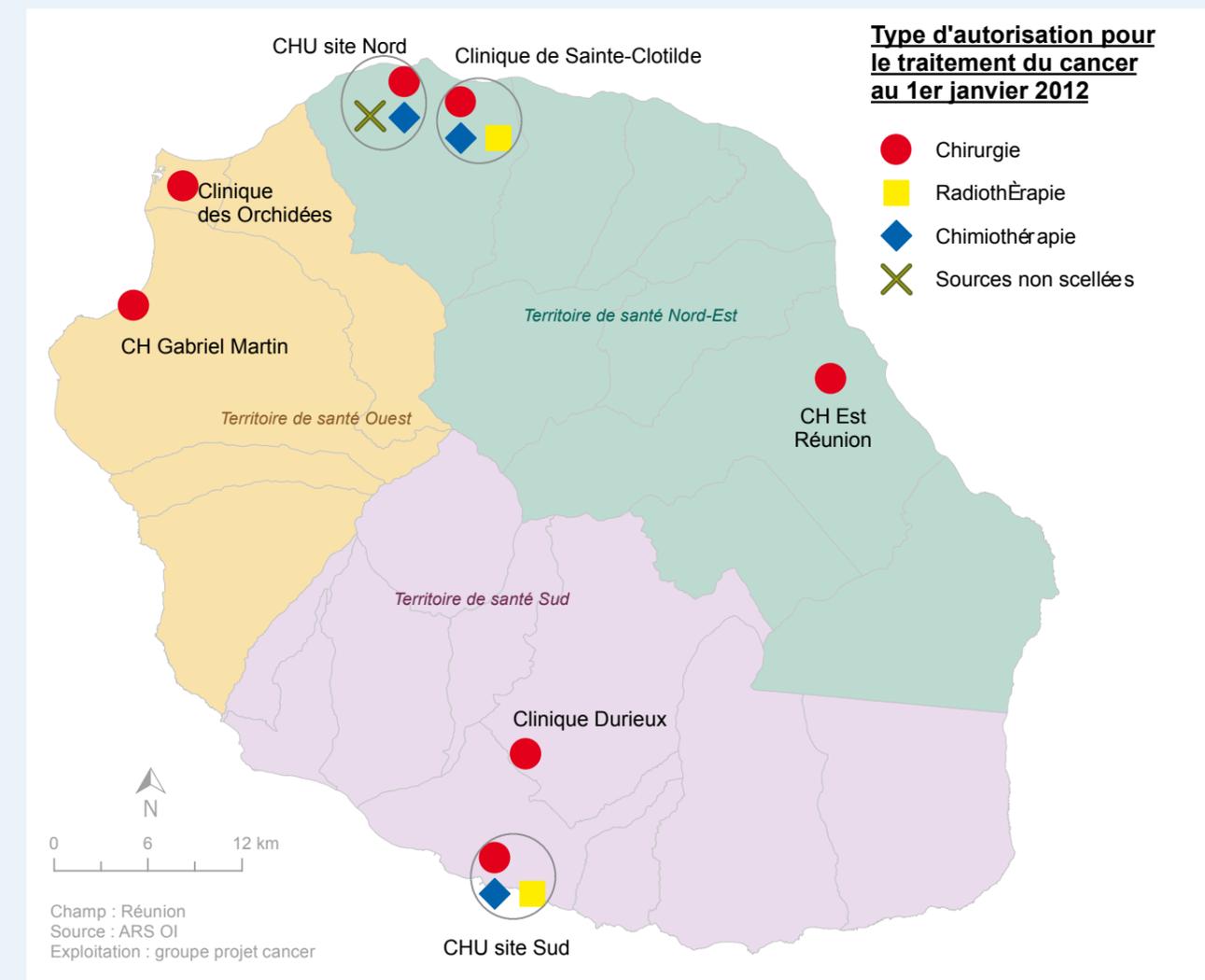
1.4.3 Les établissements autorisés

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.

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 ;

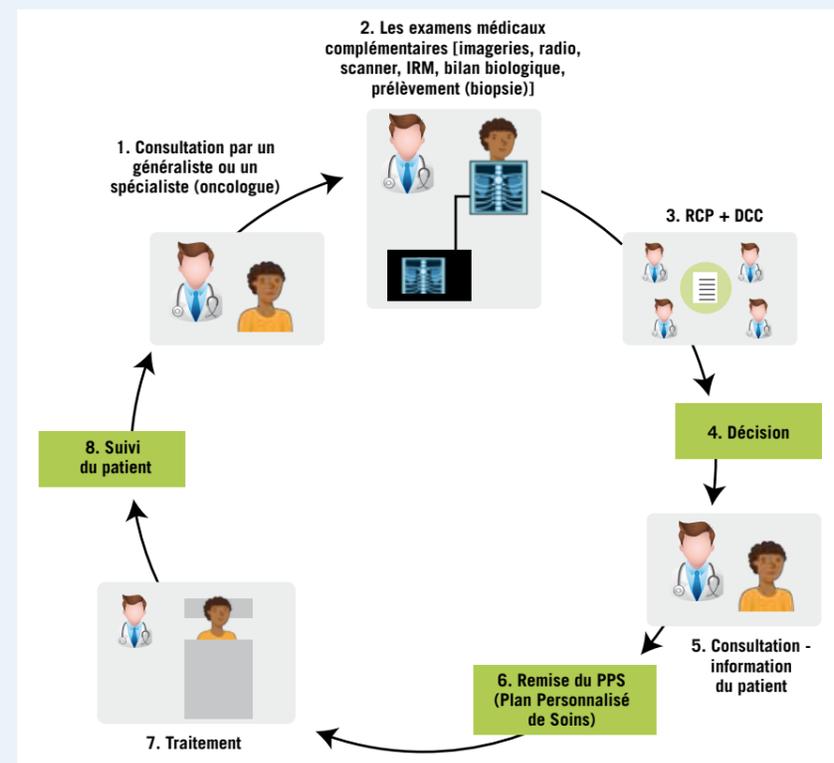
- l'aide à la formation continue des professionnels de santé ;
- le recueil des données et l'évaluation des pratiques en cancérologie.

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. 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.

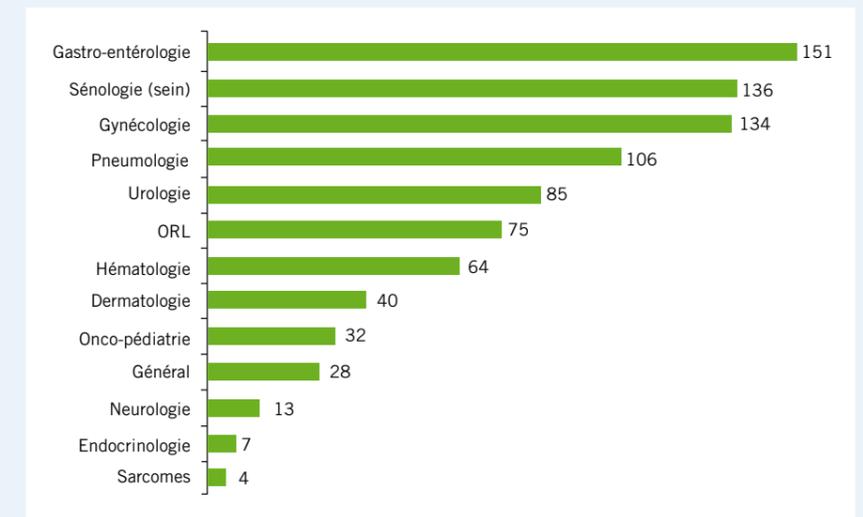
Figure 1 : Parcours de soins du patient – source : ONCORUN



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.

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

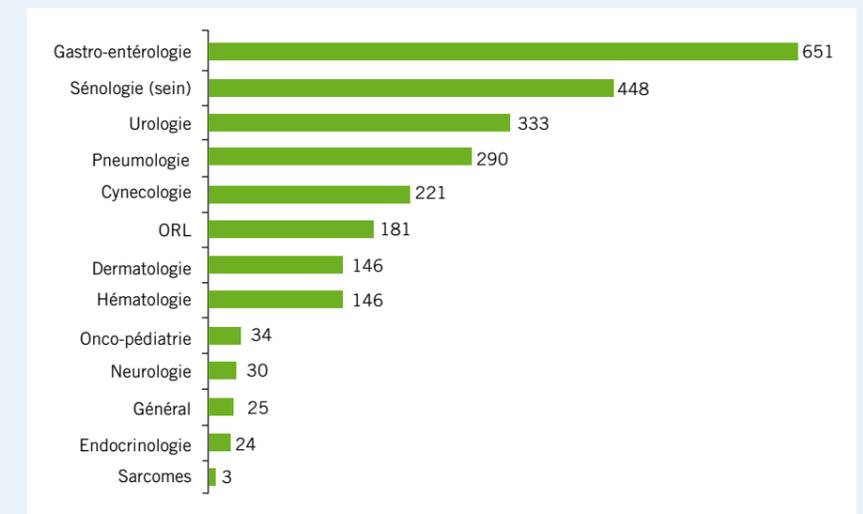


Champ : Réunion - Mayotte
Source : ONCORUN
Exploitation : groupe projet cancer

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 - Mayotte
Sources : ONCORUN
Exploitation : groupe projet cancer

1.5. LA VIE PENDANT ET APRES LE CANCER

1.5.1 Soins de support

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.

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 vacances 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.

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.

1.5.2 Le suivi

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.

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,
- 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. 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

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 ».

Les soins palliatifs sont des soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif.

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

Le premier objectif est de sensibiliser l'ensemble des soignants et médecins aux besoins et attentes particulières des patients en fin de vie. Ce qui se traduit par la formation et le soutien des équipes soignantes en cancérologie, l'organisation des moments de rencontre entre les patients, leurs familles, les soignants et par l'implication des associations de soins palliatifs.

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.

Qu'en est-il à La Réunion ?

La Réunion dispose 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 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.

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 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).

1.5.4 La réinsertion

Les plans cancer prévoient de donner toutes les possibilités aux patients de mener une vie active aussi normale que possible. Cela comprend entre autre le renforcement de l'accès des patients aux prêts et aux assurances, ainsi que l'amélioration des dispositifs de maintien ou le retour à l'emploi.

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.

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.

2.1. INCIDENCE DUE AU CANCER

Le registre des cancers de La Réunion fonctionne depuis 1988. Il est localisé au CHU de La Réunion. Son activité consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers 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 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.

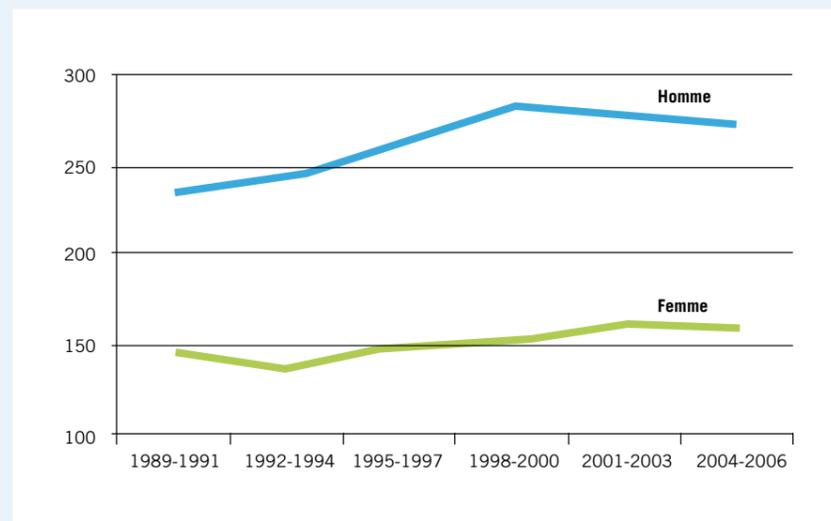
Évolution des taux d'incidence globaux de 1989 à 2006

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.

Pour la période 2004/2006, les TIS des hommes (271,2) et des femmes (157,1) réunionnais sont inférieurs à ceux observés en France métropolitaine en 2005⁷ (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 PSA⁸. 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.

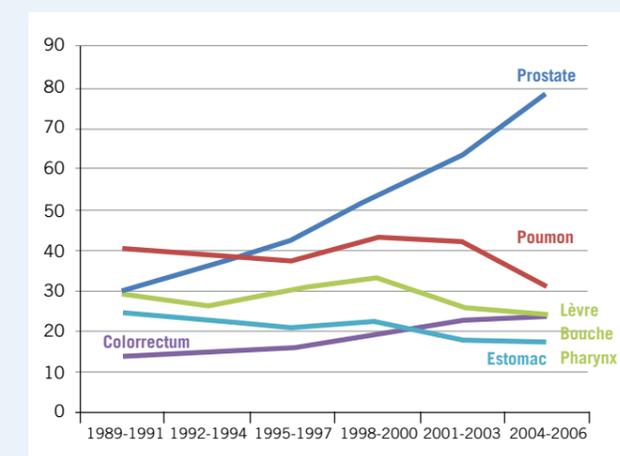
La différence la plus notable entre La Réunion et la métropole concerne le cancer de l'estomac qui est le 5ème cancer le plus diagnostiqué chez l'homme à La Réunion avec un TIS deux fois supérieur à celui observé en métropole.

Tableau 2 : 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

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

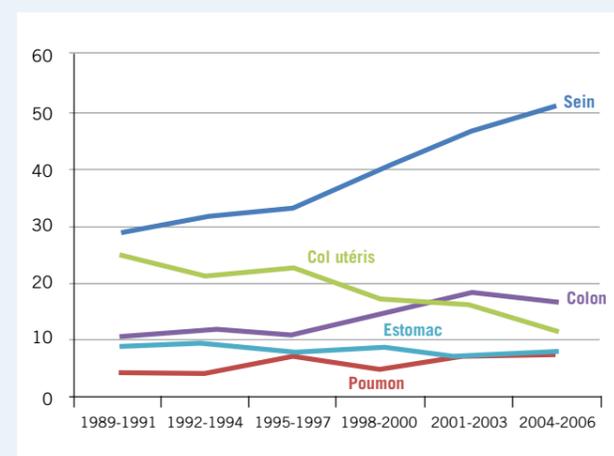
toutefois deux fois moins élevé qu'en métropole. Inversement, les cancers du col de l'utérus et de l'estomac restent significativement plus fréquents à La Réunion qu'en métropole malgré une diminution marquée entre 1989 et 2006, surtout pour le col de l'utérus.

Tableau 3 : 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	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, les TIS du cancer de l'estomac à La Réunion sont 2 fois

plus importants que ceux observés en France métropolitaine pour les deux sexes, même s'ils diminuent 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 dépistage⁹. 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

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

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.

72 000 hospitalisations ou séances entre 2009 et 2011

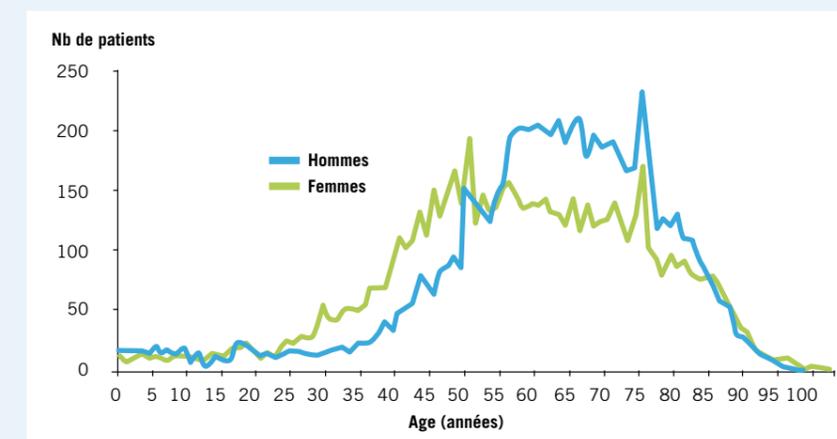
Sur la période 2009/2011, 71 872 hospitalisations ou séances avec un diagnostic de cancer sont rapportées dans le PMSI, soit environ 24 000 séjours par an. Cette activité a augmenté de + 28 % par rapport à la période 2004/2006.

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 des séances de chimiothérapie (+ 52 %).

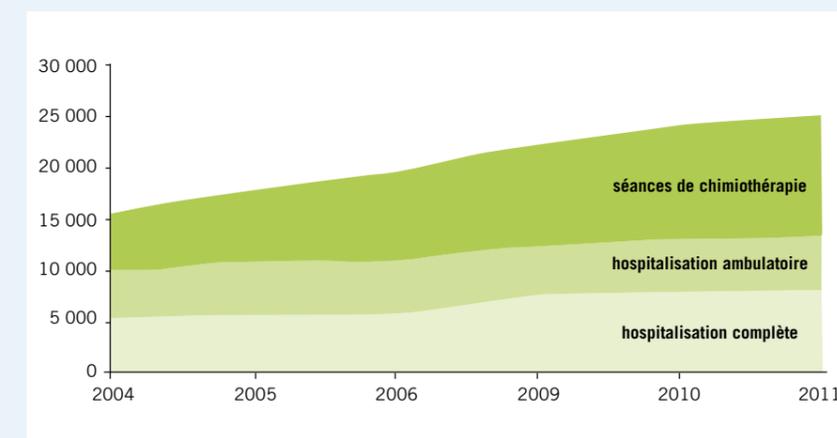
Systèmes d'Information) et concernent les patients porteurs d'un cancer à La Réunion. L'analyse porte sur les séjours en hospitalisation (séances hors radiothérapie, hospitalisations ambulatoires ou hospitalisations complètes). L'analyse concerne les périodes 2004/2006 et 2009/2011.

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

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

⁹ Dépistage qui a débuté en juillet 2010 à La Réunion - voir 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 4 : 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

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 quelque 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.

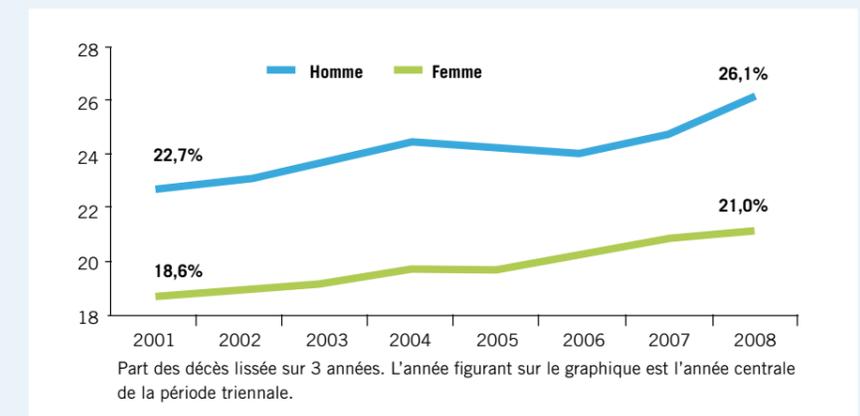
En moyenne près de 1000 décès annuels par cancer entre 2007 et 2009

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

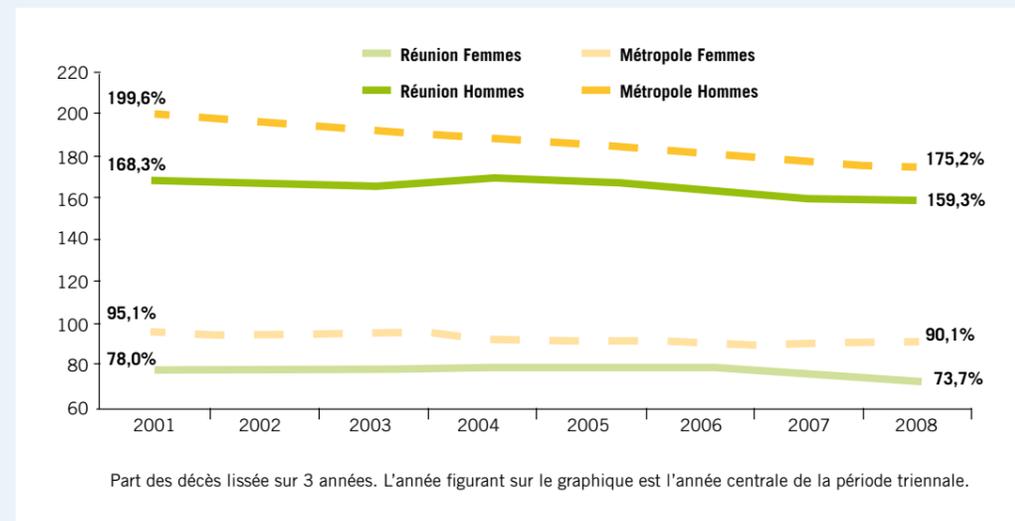
La comparaison du taux de mortalité standardisé des réunionnais et de celui des métropolitains permet de constater plusieurs tendances :

- Quelque 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 réunionnaises et les métropolitaines 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)



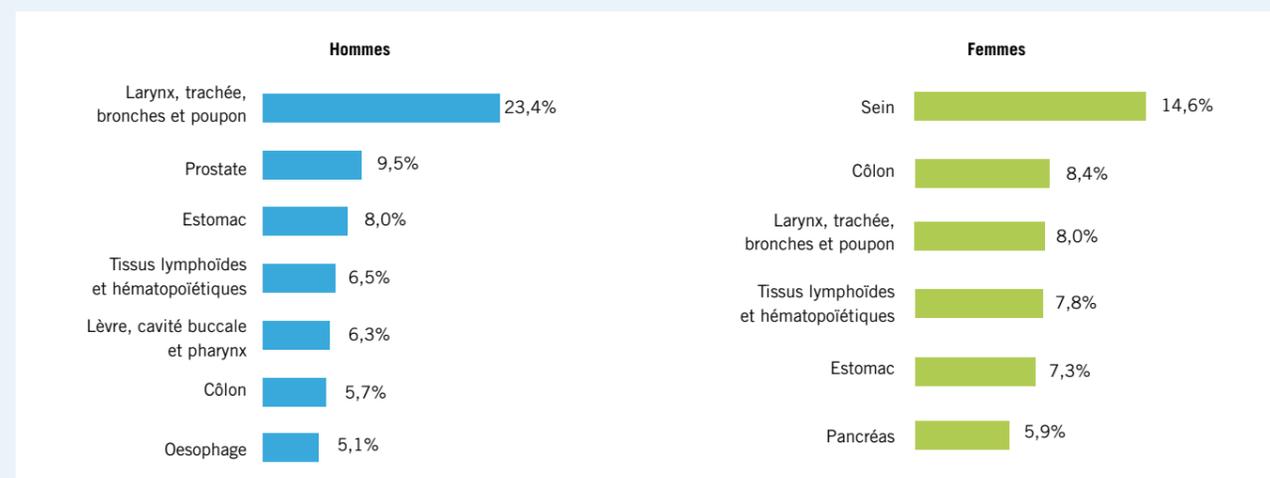
Champ : Réunion et métropole
Sources : Inserm Cépidc / ONU population mondiale 2010
Exploitation : groupe projet cancer

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 : 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

Les années Potentielles de Vie Perdues (APVP)¹⁰

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 réunionnaises 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 5 : 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



¹⁰ 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.




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), 10ème 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 DEPISTAGE 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. : 0262 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,
RUNDEPISTAGE, ARS OI DIR et DSP

Conception et réalisation :

Design System