

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030

Feuille de route 2022 - 2025
La Réunion

Sommaire

LE CONTEXTE REUNIONNAIS	4
1. L'ETAT DES LIEUX DES BESOINS	4
1.1 Une population encore jeune mais à vieillissement rapide	4
1.2 L'état de santé des Réunionnais.....	6
1.2.1 Une mortalité et une prévalence faibles de cancer dans un contexte de surmortalité prématurée évitable	6
1.2.2 Un mauvais état de santé perçu par un Réunionnais sur dix.....	6
1.3 Des inégalités sociales et territoriales de santé	7
1.3.1 Une pauvreté monétaire pour 4 Réunionnais sur 10 et un revenu médian inférieur au national ...	7
1.3.2 Un faible niveau d'éducation et des difficultés avec l'écrit	8
1.3.3 Un gradient social dans la littératie en santé.....	8
1.3.4 Une rupture générationnelle, géographique et sociale dans l'accès et l'utilisation du numérique .	8
1.4 Des comportements peu favorables à la santé	8
1.5 Une épidémiologie des cancers différente de la métropole	11
1.5.1 Des taux d'incidence standardisés inférieurs à la métropole, toutes localisations confondues	11
1.5.2 Mais des taux d'incidence standardisés plus élevés pour le col de l'utérus et l'estomac	11
1.5.3 Trio de tête : sein, côlon et poumon chez les femmes- prostate, poumon et côlon chez les hommes	11
1.5.4 Une augmentation des taux d'incidence dans le temps, corollaire au vieillissement	12
1.5.5 Parmi les tumeurs solides, augmentation la plus forte du cancer colorectal chez les femmes	12
1.5.6 Parmi les tumeurs solides, augmentation la plus forte du cancer colorectal chez les hommes	13
1.5.7 Parmi les hémopathies malignes, augmentation des lymphomes dans les deux sexes	14
1.5.8 Une moins bonne survie nette à 5 ans pour la plupart des localisations et pour les deux sexes ...	14
1.5.9 Un cancer sur 4 de mauvais pronostic	15
2. L'ETAT DES LIEUX DES RESSOURCES.....	17
2.1 Le panorama des acteurs de la cancérologie à La Réunion.....	17
2.2 La démographie des professionnels de santé	18
2.2.1 Une bonne densité en 1 ^{er} recours, un déficit en 2 ^{ème} recours	18
2.2.2 La zone Est déficitaire, sauf pour les infirmiers	18
2.3 Les équipements d'imagerie médicale	19
2.3.1 Une offre de radiologie conventionnelle répartie dans toute l'île.....	19
2.3.2 Un sous-équipement en équipements et matériels lourds	19
2.4 La prévention des facteurs de risque liés au cancer à La Réunion	20
2.5 L'activité de dépistage des cancers à La Réunion.....	21
2.5.1 Une femme sur 2 participe au dépistage du cancer du sein depuis 2017	21
2.5.2 Une sous-participation au dépistage du cancer du col utérin, décroissante à partir de 45 ans	22
2.5.2.1 Tous âges confondus, une participation estimée à 60%, un taux de recours calculé à 53%... ..	22
2.5.2.2 Une participation dégressive avec l'âge et inégale selon la domiciliation	23
2.5.3 Une très faible participation au dépistage du cancer colorectal	25
2.5.3.1 Moins d'une personne sur 4 participe au dépistage du cancer colorectal à La Réunion	25
2.5.3.2 Une participation différenciée selon l'âge, le sexe et la domiciliation	26
2.6 L'activité de soins de traitement du cancer	28
2.6.1 Un poids plus faible de la cancérologie dans l'activité des établissements de santé de La Réunion	28
2.6.1.1 L'analyse des séjours (hors séances)	28
2.6.1.2 L'analyse des séances (hors séjours)	29
2.6.2 Un impact de la crise sanitaire sur l'activité	29
2.6.3 Une faible activité d'oncogénétique médicale	29
2.6.3.1 Un plus faible taux de consultations en oncogénétique, avec des rendez-vous plus rapides.	30

2.6.3.2 Pas d'activité d'oncogénétique moléculaire par séquençage réalisée à La Réunion	30
2.6.4 Une absence de visibilité sur les recours aux soins oncologiques de support	31
2.6.5 Les transferts sanitaires vers la métropole	31
2.7 L'initiation d'une étude des parcours des patients atteints de cancers dépistables	31
2.7.1 Les objectifs de l'étude	31
2.7.2 La méthodologie employée	32
2.7.2.1 La population étudiée	32
2.7.2.2 Le matériel	32
2.7.2.3 La méthode	32
2.7.3 Les premiers résultats obtenus pour le cancer du sein	32
LA SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX DES BESOINS ET DES RESSOURCES	33
Les forces	33
Les faiblesses	33
Les opportunités	33
Les menaces	33
LES ENJEUX LIÉS À LA CANCEROLOGIE À LA RÉUNION	34
1. LES BILANS DES PRÉCÉDENTS PLANS CANCER	34
1.1 Les principales avancées et initiatives remarquables	34
1.2 Les éléments à approfondir et les difficultés persistantes	34
2. LES PRIORITÉS D' ACTIONS ENVISAGÉES POUR LA RÉUNION	37
LA DECLINAISON OPERATIONNELLE DES OBJECTIFS DE CANCEROLOGIE À LA RÉUNION	38
1. RENDRE LISIBLE LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS AU CANCER ET DÉPISTER MIEUX	38
1.1 Se protéger du risque infectieux	38
1.2 Diminuer les risques d'exposition aux UV et polluants de l'environnement	38
1.3 Encourager les communes à développer des initiatives en faveur de l'équilibre nutritionnel et l'activité physique	40
1.4 Étendre les lieux sans tabac	40
1.5 Diversifier et simplifier l'accès au dépistage en allant vers les publics cibles	41
2. GARANTIR L'ACCÈS PLUS RAPIDE AU DIAGNOSTIC ET AUX INNOVATIONS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES ...	44
2.1 Réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques par un accès rapide au diagnostic et une entrée accélérée dans les filières de traitement	44
2.2 Rendre la médecine de précision accessible à tous	46
2.3 Limiter les complications et séquelles	48
2.4 Consolider la filière d'oncopédiatrie	50
3. COORDONNER LES PARCOURS DES PATIENTS	51
3.1 Proposer aux patients, autant que possible, l'accès à des soins coordonnés de proximité	51
3.2 Favoriser la qualité de vie des patients par une offre coordonnée de soins oncologiques de support en proximité	52
4. MIEUX SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES PATIENTS ET AIDANTS	53
4.1 Offrir aux personnes la possibilité d'un soutien durant leur parcours	53
4.2 Apporter aux patients et aidants une information adaptée en prévention, soins et après cancer ..	53

LE CONTEXTE REUNIONNAIS

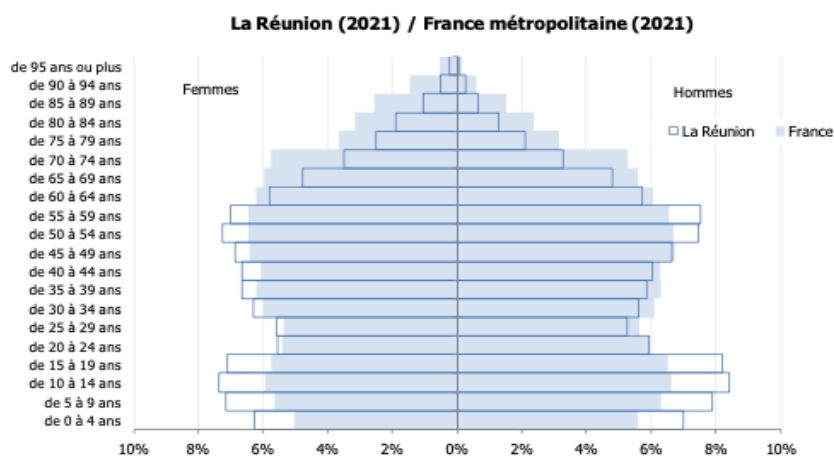
1. L'ÉTAT DES LIEUX DES BESOINS

1.1 Une population encore jeune mais à vieillissement rapide

Selon les données de l'Insee¹, au 1^{er} janvier 2019, La Réunion compte 861 210 habitants. La croissance démographique est de +0.5% par an depuis 2013, résultant de l'excédent des naissances sur les décès.

La population de La Réunion est jeune : les moins de 20 ans représentent 29% de la population, soit 2 fois plus que les 65 ans ou plus (14%). En cela, elle est différente de celle de la métropole (Figure 1), dont la part des moins de 20 ans (24%) représente autant que celle des 65 ans ou plus (21%).

Pour ce qui est de la cancérologie, les publics cibles des dépistages organisés des cancers (sein, col utérin, côlon-rectum) représentent 43.9% de la population, soit près d'un Réunionnais sur 2 (Tableau 1).



Source : INSEE

Figure 1 : Pyramides des âges comparées Réunion / métropole. Source : Insee

Effectifs au 01/01/2019	Effectifs	Part dans population générale
< 18 ans	236 872	27,5%
18 à 24 ans	76 032	8,8%
Femmes de 25 à 74 ans	268 450	31,2%
- Dont de 25 à 65 ans (cible du dépistage du cancer du col de l'utérus)	240 511	27,9%
- Dont de 50 à 74 ans (cible des dépistages des cancer du sein et du côlon-rectum)	119 350	13,9%
Hommes de 50 à 74 ans (cible du dépistage du cancer colorectal)	109 786	12,7%
≥ 75 ans	41 347	4,8%

Tableau 1: Distribution des principales tranches d'âge. Source : Insee, exploitation ARS Réunion

¹ L'essentiel sur...La Réunion. N°01 – Janvier 2022. Insee La Réunion.

Cependant, la population réunionnaise vieillit, avec un rétrécissement de la base de sa pyramide des âges et un élargissement notable des étages supérieurs, à partir des 50-54 ans (Figure 2). De fait, la part de la population cible des dépistages des cancers du sein et du côlon-rectum va poursuivre sa croissance dans les années à venir. Le profil épidémiologique des cancers de La Réunion va nécessairement évoluer.

Quant à l'indice de vieillissement, du fait que c'est un rapport entre la part des moins de 20 ans et celle des 60 ans et plus, il est moins illustratif que les pyramides des âges sur les évolutions démographiques intéressant la cancérologie. On peut néanmoins noter que cet indice croît à un rythme plus soutenu qu'en métropole, bien que ses valeurs restent encore bien en-deçà des moyennes métropolitaines (Figure 3).

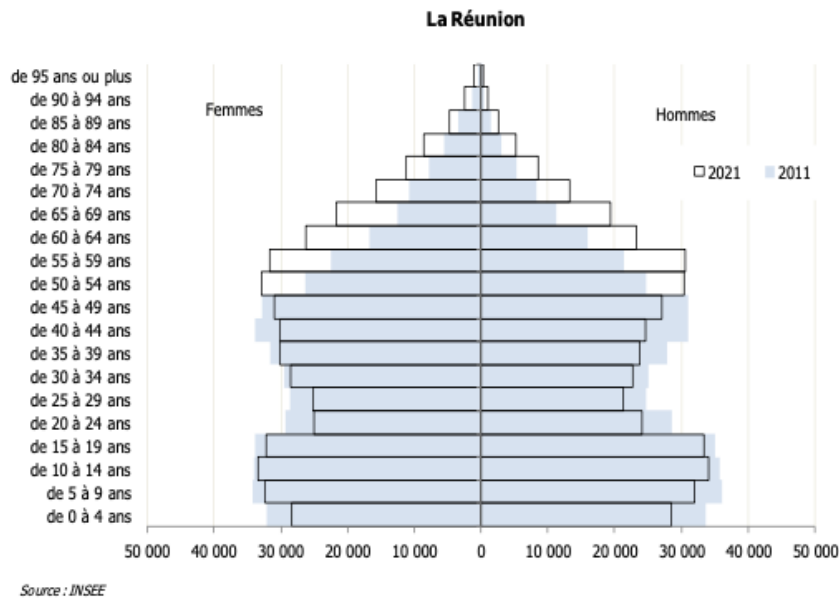


Figure 2 : Pyramides des âges de La Réunion. Source : Insee

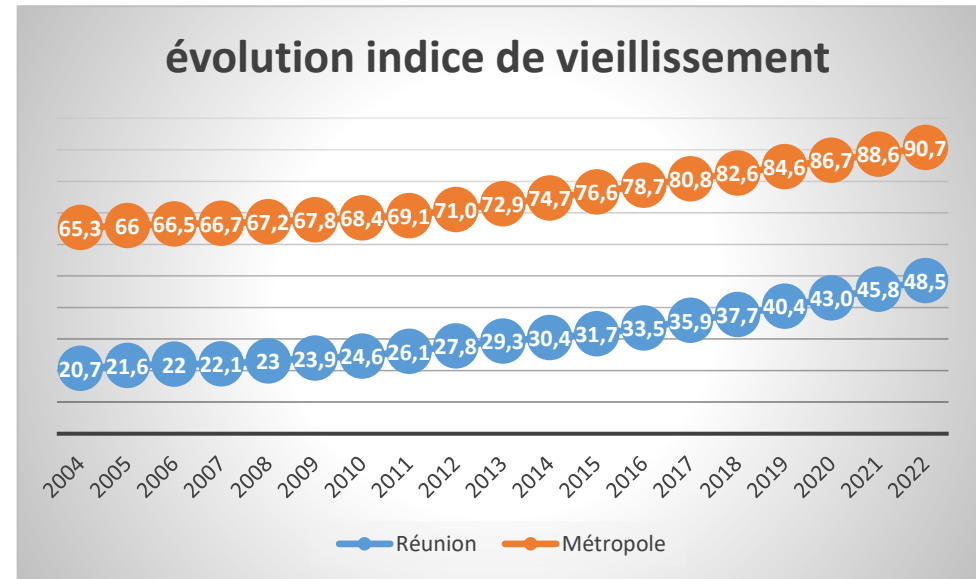


Figure 3 : indices de vieillissement Réunion – métropole. Source : Insee

1.2 L'état de santé des Réunionnais

1.2.1 Une mortalité et une prévalence faibles de cancer dans un contexte de surmortalité prématurée évitable

En taux standardisés, la mortalité prématurée, toutes causes confondues, de La Réunion est identique à la moyenne nationale (185 / 100 000 habitants). En revanche, le taux de mortalité prématurée évitable est plus élevé (272 versus 234) ainsi que les décès liés à l'alcool, au diabète et à l'appareil respiratoire.

Concernant le cancer, le taux standardisé de décès à La Réunion (183 pour 100 000 habitants) est inférieur à celui de la métropole (218).

Selon la base publique de données de l'Assurance maladie – « *data pathologies* »², la prévalence de certaines maladies chroniques traitées (diabète traité, maladies respiratoires chroniques et insuffisance rénale chronique terminale) est plus élevée à La Réunion qu'en métropole.

S'agissant du cancer, sa prévalence est inférieure à la moyenne nationale, quelle que soit la localisation (Tableau 2).

2020	Toutes localisations	Sein	Côlon rectum	Prostate	Poumon	Autres localisations
Réunion	2.53%	0.92%	0.30%	0.90%	0.11%	1.33%
Moyenne nationale	5.09%	2.13%	0.57%	1.74%	0.24%	2.74%

Tableau 2 : Prévalence des cancers Réunion – France entière. Source : Assurance maladie

1.2.2 Un mauvais état de santé perçu par un Réunionnais sur dix

Selon la base « *Data pathologies* », 60.44% des assurés sociaux de La Réunion n'ont aucune pathologie repérée au titre des affections de longue durée, ni consommé aucun soin en 2020 à ce titre, la moyenne nationale étant de 55.92%.

Cependant, dans l'enquête Santé européenne, menée pour la 1^{ère} fois à la fois en métropole et dans les DOM, dont La Réunion, en 2019³, 10% des Réunionnais de 15 ans et plus se déclarent en mauvaise santé, soit plus qu'en métropole (7%) mais moins qu'aux Antilles (14%). L'âge (les 55-74 ans notamment), l'inactivité physique ou professionnelle et le niveau de diplôme sont des facteurs discriminants dans l'état de santé perçu (Figure 4).

²https://data.ameli.fr/pages/pathologies-territoire/?refine.reg_code=04

³ Premiers résultats de l'enquête santé européenne (European Health Interview Survey – EHIS) 2019. Les dossiers de la Drees. N°78 – avril 2021

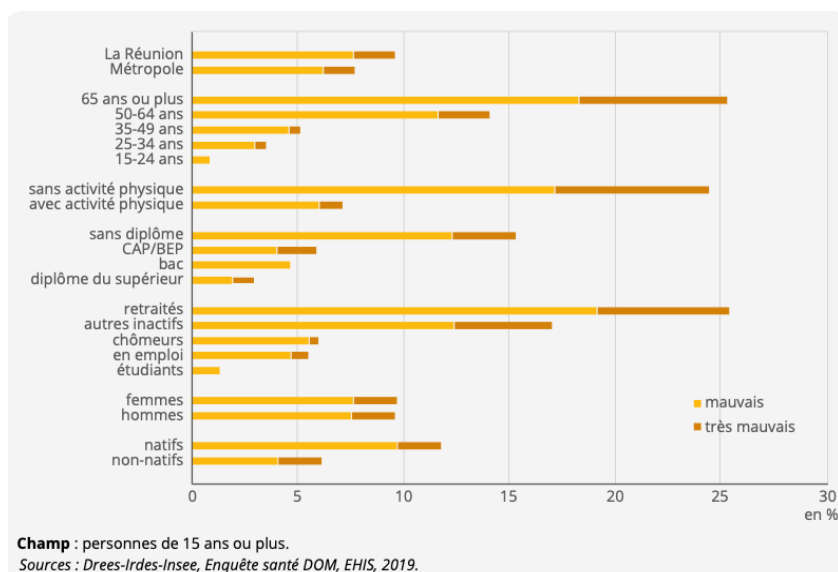


Figure 4 : Distribution de l'état de santé perçue selon l'âge, le sexe, l'activité physique et professionnelle, le niveau de diplôme. Source : Enquête Santé 2019 ; Drees.

L'état de santé perçue par les personnes de 15 ans et plus fait écho à une fréquence plus élevée de l'obésité, du diabète et de l'hypertension artérielle déclarée (Tableau 3). La part de diabète déclaré (12%) est plus élevée que celui du diabète traité pharmacologiquement, figurant sur « data-pathologies » (8.85%). La différence des taux peut s'expliquer par la part de diabète non traité par voie médicamenteuse. Rappelons qu'il y a eu une enquête en population en 1999-2001 qui a montré une prévalence de diabète à 17%⁴.

2019	Surpoids 25 < IMC < 30	Obésité IMC ≥ 30	Diabète	HTA
Réunion	28%	16%	12%	20%
Mayotte	28%	26%	13%	24%
Martinique	34%	20%	10%	23%
Guadeloupe	33%	19%	12%	24%
Guyane	30%	19%	12%	26%
Métropole	31%	14%	7%	17%

Tableau 3 : Distribution déclarative du surpoids, de l'obésité, du diabète et de l'HTA dans les DOM et la France métropolitaine chez les personnes de 15 ans et plus. Source : Enquête Santé 2019, Drees.

1.3 Des inégalités sociales et territoriales de santé

1.3.1 Une pauvreté monétaire pour 4 Réunionnais sur 10 et un revenu médian inférieur au national

En 2018¹, le déficit d'emplois est important dans l'île, avec un taux de chômage presque égal à 3 fois celui de la métropole (33% versus 13%). Les bénéficiaires du RSA sont 5 fois plus nombreux qu'en métropole (27.2% versus 5.5%).

Pour ce qui est du niveau de revenu, 38.9% des Réunionnais vivent sous le seuil de pauvreté (1 102€/mois) en 2018, soit 2,5 fois plus que la moyenne nationale (15.1%). Et le revenu médian des Réunionnais est inférieur de 29% de celui du national.

⁴ Favier F, et al. Prevalence of types 2 diabetes and central adiposity in La Réunion Island, the REDIA study. Diabetes Res Clin Pract, 2005. 67 : 234-242.

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sont 4 fois plus nombreux qu'au niveau national (40.4% des assurés sociaux, versus 10.3%).

1.3.2 Un faible niveau d'éducation et des difficultés avec l'écrit

En 2018, parmi les 15 ans et plus, les diplômés du supérieur sont moins nombreux qu'en métropole (20.2% versus 30.9%)¹. La part des non diplômés concerne plus de la moitié des 45-59 ans (25% en métropole) et les ¾ des plus de 60 ans⁵.

Pour ce qui est de la maîtrise de la lecture, en 2020, les jeunes de 16 à 25 ans de La Réunion sont plus nombreux à être en difficultés (25.4%) que ceux de métropole (9.5%)⁶. Les données en population générale sont plus anciennes : 30% des Réunionnais de 16 à 65 ans étaient en difficultés à l'écrit, versus une moyenne hexagonale de 12% en 2014⁷.

1.3.3 Un gradient social dans la littératie en santé

L'enquête Santé 2019 fait apparaître une faible littératie en santé, davantage chez les non diplômés que les diplômés du supérieur. Ainsi, les difficultés à comprendre les recommandations des professionnels de santé sont déclarées par plus d'une personne sur deux parmi les non diplômés (57%), versus 13% des diplômés du supérieur.

1.3.4 Une rupture générationnelle, géographique et sociale dans l'accès et l'utilisation du numérique

L'étude Insee sur les technologies de l'information publiée en 2019⁵ rapporte une fracture dans l'accès et l'utilisation de l'internet à La Réunion.

Cette fracture est d'abord générationnelle (Tableau 4) :

	15 – 44 ans	45 – 59 ans	≥ 60 ans
Accès à l'internet à domicile	90%	78% (91% métropole)	48% (66% métropole)
Jamais connectés	Rare	28%	64%
Usage quotidien parmi les connectés	71%	40%	22%

Tableau 4 : Accès et usage de l'internet selon les classes d'âge. Source : Insee

La fracture numérique est aussi géographique, dépendante de la domiciliation (Tableau 5) :

	« Bas » de l'île	Mi- pente	« Hauts » de l'île
Accessibilité à internet	78%	84%	70%
Accessibilité au haut débit	71%	78%	58%

Tableau 5 : Accès à l'internet selon la domiciliation. Source : Insee

La fracture numérique est également sociale, puisque parmi les connectés, l'usage quotidien est généralisé chez les diplômés du supérieur alors qu'il ne concerne que 32% des non diplômés.

1.4 Des comportements peu favorables à la santé

Selon l'analyse des risques diffusée par l'INCa, 40% des cancers sont évitables par des actions ciblant les facteurs de risque selon l'échelle suivante :

⁵ Technologies de l'information et de la communication. Une fracture générationnelle plus précoce et plus prononcée à La Réunion. Insee Analyses. N° 41. Juin 2019

⁶ Journée Défense et Citoyenneté 2020 : près d'un jeune Français sur 10 en difficulté de lecture. Note d'information DEPP. N° 21 -27 – juin 2021

⁷ Enquêtes Information et vie quotidienne 2011, 2012 et 2014. Insee

Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque

On peut prévenir 40 % des cas de cancers (142 000/an) grâce à des changements de comportements et des modes de vie

(Source : CIRC / INCa 2018)

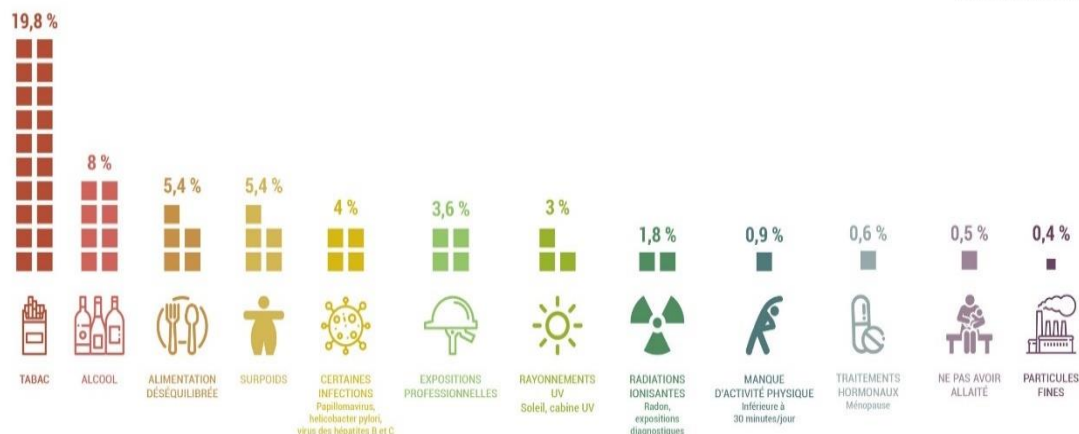


Figure 5 : Principales causes évitables de cancer. Source : INCa.

Au regard de cette échelle, la situation de La Réunion peut être ainsi synthétisée :

TABAC (Enquête santé 2019)	<p>Moins de tabagisme quotidien mais plus de tabagisme occasionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Moins de fumeurs quotidiens qu'en métropole (15% versus 18.5%) mais plus de fumeurs occasionnels (7.1% versus 5.4%) ; Plus de fumeurs que de fumeuses.
ALCOOL (Baromètre santé 2014)	<p>Moins de consommation d'alcool, avec préférence pour la bière et l'alcool fort :</p> <ul style="list-style-type: none"> Moins de consommateurs quotidiens (5.8% versus 10%) ou occasionnels (11.9% versus 16.2%) ; Moins de femmes que d'hommes parmi les consommateurs ; Préférence pour la bière et l'alcool fort.
ALIMENTATION (Enquête Santé 2019)	<p>Une faible consommation de fruits et légumes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Seulement 9% des Réunionnais consomment 5 portions de fruits et légumes par jour, versus 20% en métropole ; 4 Réunionnais sur 10 ne consomment pas de fruits et légumes tous les jours. C'est le cas de 6 jeunes de 15 à 24 ans sur 10.
ACTIVITE PHYSIQUE (Enquête Santé 2019)	<p>Une pratique de l'activité physique moins répandue à La Réunion :</p> <ul style="list-style-type: none"> 14% n'en font jamais, versus 6% en métropole ; 24% suivent les recommandations de l'OMS (> 30 minutes de marche ou de vélo par jour), versus 31% en métropole 35% ont une activité sportive par semaine, versus 45% en métropole. <p>Un taux moindre d'équipements de sports et de loisirs (6.3 pour 1 000 habitants, versus 9.4 ‰) et un moindre engagement dans l'activité sportive associative (18% versus 22%).</p>
SURCHARGE PONDERALE (Enquête Santé 2019)	<p>Une obésité plus marquée chez les femmes et les moins diplômés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le surpoids concerne 28% des Réunionnais et l'obésité 16% (14% en métropole) ; L'obésité touche davantage les femmes (20%) que les hommes (12%) ; L'obésité prédomine dans les âges intermédiaires (25 à 49 ans) ; Gradient selon le niveau de diplôme : l'obésité est deux fois plus fréquente chez les non diplômés que les diplômés du supérieur.

RISQUE INFECTIEUX	<p>Une faible vaccination HPV et un portage élevé d'<i>Helicobacter pylori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Très faible taux de vaccination anti-HPV (8.1% versus 23.7% métropole)⁸ ; - Très bonne couverture de vaccination contre le virus hépatite B (95%)⁷ ; - Prévalence élevée de portage d'<i>Helicobacter pylori</i> en 2014 (44.5%), en diminution par rapport à 1999 (61%)⁹
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX <i>(Baromètre Santé environnement 2019 et étude d'exposition aux pesticides¹⁰)</i>	<p>De fortes préoccupations exprimées sur l'impact sur la santé, des pesticides (84%), du soleil (78%), de la pollution des sols (74%).</p> <p>Exposition professionnelle aux pesticides dans la culture de canne à La Réunion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les années 1981, 1989, 2000 et 2010, 44% à 88% des travailleurs agricoles ont été exposés, au moins une fois dans leur vie, à un pesticide ayant des effets toxiques potentiels de perturbation endocrinienne ou de cancérogénicité (6 330 à 7 338 travailleurs concernés) ; - En 2014, 50% des pesticides utilisés sont potentiellement cancérigènes (5 900 personnes exposées dont 25% de femmes).

Synthèse du portrait socio-démographique des Réunionnais et de leur état de santé

Actuellement jeune, La Réunion connaît une évolution sensible de sa pyramide des âges, avec une croissance notable des tranches d'âge à partir de 50-54 ans. Les publics cibles des dépistages des cancers du sein et du côlon-rectum vont être amenés à croître, entraînant de fait une évolution de son profil épidémiologique des cancers dans les années à venir.

La population Réunionnaise est traversée par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé, avec un gradient social dans la distribution des taux de surcharge pondérale et des comportements favorables à la santé (consommation des fruits et légumes, activité physique). Le gradient, social et territorial, est aussi marqué dans les niveaux de littératie en santé, d'accès et d'utilisation du numérique, posant l'équation à résoudre dans les stratégies de prévention, de dépistage et d'accès aux soins.

⁸ Vaccination. BSP Océan indien SpF. Mai 2019

⁹ Guillemot G. Étude Hélixir, épidémiologie de l'infection à *Helicobacter pylori* et de la résistance à la clarithromycine à la Réunion en 2014 : étude chez 200 patients adultes ayant une indication d'endoscopie digestive supérieure au CHU de Saint Pierre. 4 nov. 2015;79p.

¹⁰ Evaluation des expositions professionnelles aux pesticides utilisés dans les cultures de la canne à sucre à l'île de La Réunion et de leurs effets sanitaires. Projet MatPhytoDOM. SpF. Février 2019.

1.5 Une épidémiologie des cancers différente de la métropole

1.5.1 Des taux d'incidence standardisés inférieurs à la métropole, toutes localisations confondues

En 2017, il a été diagnostiqué à La Réunion plus de 2 800 tumeurs solides invasives et hémopathies malignes (hors tumeurs cutanées non mélanomateuses) dans la population réunionnaise (Tableau 6¹¹). Les taux d'incidence standardisés sur l'âge, exprimés en nombre de cas pour 100 000 personnes – années (PA), étaient inférieurs à ceux observés en France métropolitaine¹² (Figure 6).

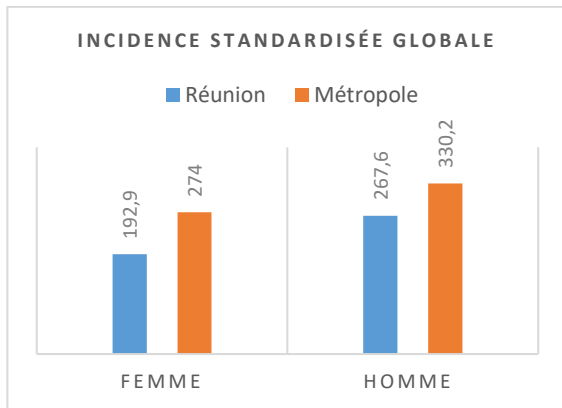


Figure 6: Taux d'incidence standardisés globaux comparés en 2017. Source : Registre des cancers Réunion.

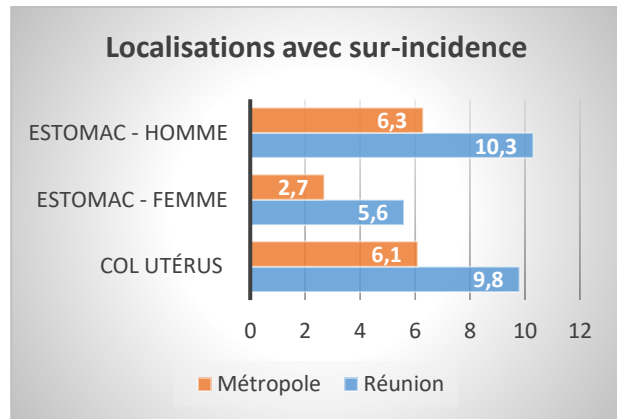


Figure 7: Localisations avec taux d'incidence standardisés plus élevés en 2017. Source : Registre des cancers Réunion.

1.5.2 Mais des taux d'incidence standardisés plus élevés pour le col de l'utérus et l'estomac

En comparaison avec la métropole, pour les localisations les plus fréquentes, les taux d'incidence standardisés par localisation sont en général plutôt inférieurs à La Réunion, à l'exception des cancers de l'estomac pour les 2 sexes et du col de l'utérus chez les femmes dont l'incidence est significativement supérieure, et des cancers du côlon-rectum pour les 2 sexes, des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage chez les hommes, dont les taux d'incidence standardisés sont équivalents à ceux décrits dans l'hexagone (Figure 7).

1.5.3 Trio de tête : sein, côlon et poumon chez les femmes- prostate, poumon et côlon chez les hommes

Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués chez les femmes sont, comme en métropole, les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon, qui représentent 53% de l'ensemble des cancers diagnostiqués à La Réunion. Chez les hommes, ce sont les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum, qui représentent 51% de l'ensemble des cancers diagnostiqués à La Réunion (Tableau 6).

¹¹ Données Registre des cancers de La Réunion

¹² Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Synthèse - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-20182>

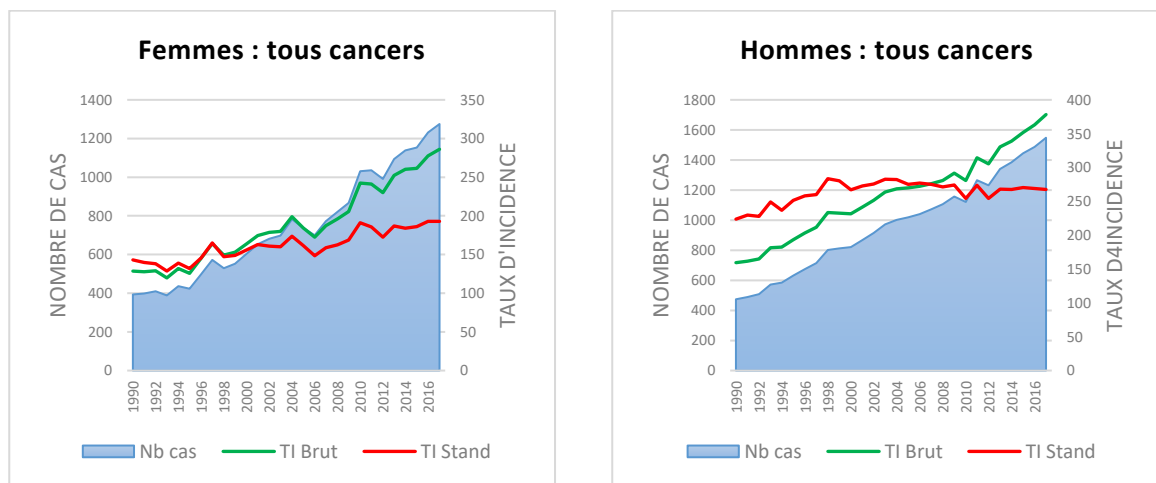
Localisation	Femmes					Localisation	Hommes				
	Réunion 2017			Métropole 2018			Réunion 2017			Métropole 2018	
	Nb Cas	TI Brut	TI Stand	TI Stand	Rang		Nb Cas	TI Brut	TI Stand	TI Stand	Rang
Sein	402	90,2	64,4	99,9	1	Prostate	405	99,0	67,3	81,5	1
Colon-Rectum	164	36,8	22,6	23,9	2	Poumon	211	51,6	35,4	50,5	2
Poumon	105	23,6	15,1	23,2	3	Colon-Rectum	172	42,0	29,4	34,0	3
Col utérus	62	13,9	9,8	6,1	11	Lèvre-bouche-pharynx	103	25,2	17,6	18,3	6
Corps utérus	45	10,1	6,4	11,0	4	Estomac	61	14,9	10,3	6,3	10
Estomac	44	9,9	5,6	2,7	16	LMNH	49	12,0	8,7	-	-
Ovaire	34	7,6	5,0	-	-	Rein et voie urinaires	47	11,5	8,1	17,1	5
Thyroïde	34	7,6	5,0	7,5	8	Œsophage	47	11,5	8,0	6,8	11
LMNH	33	7,4	6,4	18,5	5	Vessie	46	11,2	7,5	14,3	4
Pancréas	33	7,4	4,5	7,7	7	Pancréas	41	10,0	6,8	11,0	9
TOTAL	1 275	286,1	192,9	274,0	-	TOTAL	1 548	378,3	267,6	330,2	-

TI Brut : taux d'incidence brut / 100 000 PA - TI Stand : taux d'incidence standardisé sur l'âge (pop. Mondiale) / 100 000 PA

Tableau 6 : incidences comparées avec la France métropolitaine pour les 10 localisations les plus fréquentes à La Réunion

1.5.4 Une augmentation des taux d'incidence dans le temps, corollaire au vieillissement

L'incidence des cancers à La Réunion a fortement augmenté ces 20 dernières années, puisque les nombres de cas de tumeurs solides invasives et hémopathies malignes a plus que doublé en 20 ans (entre 1997 et 2017) (Figure 8)



Figures 8 : évolutions des incidences et taux d'incidence selon le sexe à La Réunion, période 1990-2017

Ainsi, entre 2007 et 2017, chaque année, il a été diagnostiqué en moyenne 100 cas supplémentaires par rapport à l'année précédente, répartis à peu près également entre les hommes et les femmes. Les différences observées pour les 2 sexes entre les courbes des taux d'incidence bruts et des taux d'incidence standardisés montrent que l'augmentation de l'incidence des cancers à La Réunion sur cette période est imputable pour bonne part au vieillissement de la population.

1.5.5 Parmi les tumeurs solides, augmentation la plus forte du cancer colorectal chez les femmes

Pour ce qui concerne les tumeurs solides chez les femmes, les taux d'incidence standardisés des 3 localisations les plus fréquentes ont augmenté significativement depuis 1990 (Figure 9). Pour le cancer du sein, l'augmentation a été régulière comme en métropole, le taux d'incidence standardisé étant passé de 33,4 /100 000 PA en 1990 à 64,4 en 2017. Pour le cancer du poumon, la croissance du taux d'incidence standardisé a aussi été constante sur cette période d'observation, mais à un niveau inférieur à celui observé en métropole. Pour le cancer colorectal, le taux d'incidence standardisé a augmenté de manière importante à compter du milieu des années 1990, alors qu'il est resté stable en France métropolitaine : ainsi, le nombre de nouveaux cas a doublé en 10 ans entre 2007 et 2017 à La Réunion. Enfin, pour ce qui

concerne le cancer du col de l'utérus, le taux d'incidence standardisé a fortement diminué entre 1990 et la fin des années 2000, puis s'est stabilisé aux alentours de 10 /100 000 PA, soit à un niveau supérieur à celui observé dans l'hexagone.

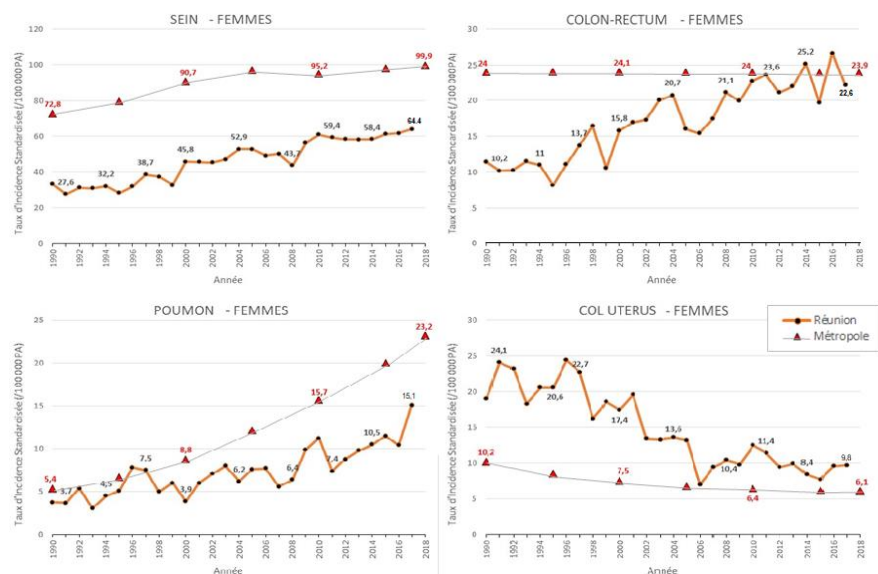
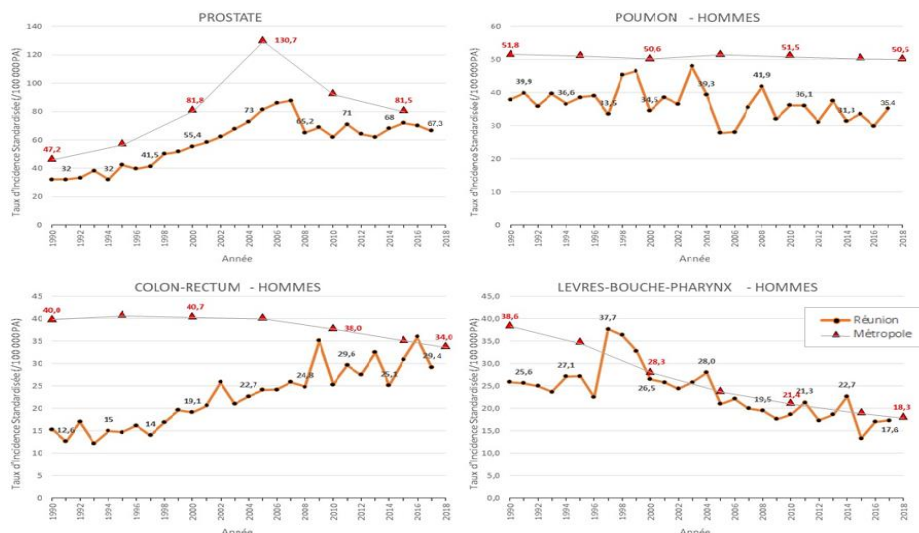


Figure 9 : évolutions des taux d'incidence standardisés pour les 4 localisations les plus fréquentes, femmes 1990-2017 – comparatif avec la métropole

1.5.6 Parmi les tumeurs solides, augmentation la plus forte du cancer colorectal chez les hommes

Chez les hommes, les évolutions des taux d'incidence standardisés des localisations les plus fréquentes sont plus contrastées (Figure 10). Pour le cancer de la prostate, le profil d'évolution du taux d'incidence standardisé est proche de celui observé en métropole, avec une forte augmentation au cours des années 1990 jusqu'à la fin des années 2000, puis une diminution/stabilisation depuis. Cette évolution est imputable en grande partie à l'évolution des pratiques de dépistage par le dosage des PSA. Pour ce qui concerne les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, la tendance du taux d'incidence standardisé est à la décroissance progressive comme dans l'hexagone, résultant entre autre de la diminution de la consommation de tabac. Enfin pour ce qui concerne le cancer colorectal, comme pour les femmes, on observe une forte augmentation sur les 20 dernières années du taux d'incidence standardisé à La Réunion alors que la tendance est à la décroissance en France métropolitaine depuis le milieu des années 2000.



Figures 10 : évolutions des taux d'incidence standardisés pour les 4 localisations les plus fréquentes, hommes 1990-2017 – comparatif avec la métropole

1.5.7 Parmi les hémopathies malignes, augmentation des lymphomes dans les deux sexes

Pour ce qui concerne les hémopathies les plus fréquentes, on observe une tendance à l'augmentation des taux d'incidences standardisés pour les lymphomes malins non-hodgkiniens et pour les lymphomes de Hodgkin, pour les 2 sexes. Pour les leucémies aiguës myéloïdes et les myélomes, la tendance est plutôt à la stabilité ces 20 dernières années, chez les hommes comme chez les femmes.

1.5.8 Une moins bonne survie nette à 5 ans pour la plupart des localisations et pour les deux sexes

Pour bon nombre de localisations, les taux de survie nette à 5 ans observés à La Réunion sont significativement inférieurs à ceux observés en France métropolitaine^{13,14}, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (Tableau 7). Pour les localisations les plus fréquentes, les plus grosses différences de survie sont observées pour les cancers de l'estomac, du sein et du colon-rectum chez les femmes, du colon-rectum, de la vessie, des voies aéro-digestives supérieures et de la prostate chez les hommes.

Localisation	Femmes			Localisation	Hommes		
	Réunion 2006-2014 ³	Métropole 2010-2015 ⁴	Différence RUN - Métro.		Réunion 2006-2014 ³	Métropole 2010-2015 ⁴	Différence RUN - Métro.
Sein	81% (77-84)	88% (88-89)	-7	Prostate	85% (82-88)	93% (93-93)	-8
Colon-rectum	58% (54-62)	65% (64-66)	-7	Poumon	12% (10-15)	18% (17-18)	-6
Poumon	22% (17-27)	24% (23-25)	-2	Colon-rectum	52% (48-57)	62% (61-62)	-10
Col de l'utérus	62% (57-68)	63% (61-64)	-1	Lèvre-bouche-pharynx	32% (27-37)	41% (40-42)	-9
Corps de l'utérus	71% (64-78)	74% (73-75)	-3	Estomac	24% (20-29)	27% (26-29)	-3
Estomac	25% (19-32)	35% (33-37)	-10	Œsophage	15% (11-19)	16% (15-17)	-1
Ovaires	52% (45-59)	43% (42-44)	9	Rein et voies urinaires	68% (60-76)	69% (68-70)	-1
Thyroïde	97% (90-99)	97% (96-97)	0	Vessie	45% (36-52)	55% (53-56)	-10
Pancréas	9% (5-14)	13% (12-14)	-4	Pancréas	8% (4-13)	10% (9-11)	-2
Rein et voies urinaires	68% (56-78)	71% (69-72)	-3	Foie	9% (5-14)	18% (17-19)	-9

TSN = taux de survie nette à 5 ans

Tableau 7 : taux de survie nette comparés avec la France métropolitaine pour les 10 localisations les plus fréquentes à La Réunion (tumeurs solides)

¹³ Devos S, Khettab M, Chirpaz E. Survival of adult patients with solid cancer in Reunion Island, 1998-2014. Bull Cancer (Paris). avr 2022;109(4):436-44.

¹⁴ Uhry Z, Dantony E, Roche L, Fauvernier M, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine (1989-2018) [Internet]. Francim, HCL, Santé Publique France, INCa; 2020 sept. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine>

Les facteurs pouvant expliquer les différences de survie observées entre La Réunion et la métropole sont nombreux et peuvent différer d'une localisation tumorale à l'autre. Ils peuvent concerner les caractéristiques des tumeurs au diagnostic (histopathologie, stade au diagnostic), les caractéristiques des patients (comorbidités, facteurs de risques), ou les problématiques liées à l'accès au système de soins (en termes diagnostiques comme thérapeutiques). Ainsi, dans une étude de survie conduite sur les cancers du sein diagnostiqués entre 2008 et 2016 à La Réunion, on observait une différence de survie nette à 5 ans de 10% entre les femmes vivant dans les zones les plus défavorisées et celles vivant dans les zones les plus favorisées ; 43% de cette différence de survie observée étaient expliqués par les différences de stade au diagnostic (étude en cours de publication).

1.5.9 Un cancer sur 4 de mauvais pronostic

Les localisations de mauvais pronostic sont définies comme les localisations avec un taux de survie à 5 ans de moins de 33%. A La Réunion, les localisations de mauvais pronostic sont représentées par les localisations suivantes : poumon, œsophage, estomac, pancréas, foie, vésicule biliaire et voies biliaires, système nerveux central, leucémie aigüe myéloïde (Tableau 8).

Ainsi, ces localisations représentent 20,5% de l'ensemble des localisations diagnostiquées en 2017 chez les femmes, et 29,3 % chez les hommes, soit 25,5% de l'ensemble des localisations pour les 2 sexes confondus. Ces chiffres paraissent stables puisqu'ils étaient respectivement de 19,4% et 29,4% chez les femmes et chez les hommes, 10 ans auparavant (2007).

Localisation	Femmes		Hommes	
	Nb cas	TSN	Nb cas	TSN
Poumon	105	22% (17-27)	211	12% (10-15)
Œsophage	8	10% (2-23)	47	15% (11-19)
Estomac	44	25% (19-32)	61	24% (20-29)
Pancréas	33	9% (5-14)	41	8% (4-13)
Foie	18	7% (3-14)	39	9% (5-14)
Vés. Biliaires-Voies biliaires	22	18% (11-26)	14	23% (13-33)
Système nerveux central	21	45% (34-56)	27	23% (15-31)
Leucémies aigües myéloïdes	10	21 (14-30)	19	17 (10-24)
% / nb de cas total annuel	20,5%	-	29,70%	-

TSN = taux de survie nette à 5 ans

Tableau 8 : effectifs et taux de survie nette à 5 ans pour les localisations de mauvais pronostic, (effectifs pour année 2017, taux de survie nette pour la période 2006-2014).

Synthèse de l'épidémiologie des cancers de La Réunion

Les taux d'incidence des cancers à La Réunion sont inférieurs à ceux observés en France métropolitaine. Ceci est dû à la fois à la structure d'âge de la population réunionnaise, plus jeune que la population de la France hexagonale, mais aussi aux caractéristiques socio-culturelles, démographiques et épidémiologiques de la population de l'île. Cependant, la population réunionnaise, qui a connu des transitions démographiques et épidémiologiques très rapides depuis la départementalisation en 1946, est maintenant une population qui vieillit très rapidement. Ceci se traduit par une forte augmentation des taux d'incidence des cancers sur l'île, ce qui constitue un défi majeur pour les années à venir en termes de structuration de l'offre de soins dans le département.

De plus, les données de survie des cancers à La Réunion sont globalement moins bonnes que celles décrites dans l'hexagone, à l'exception de deux localisations, thyroïde et col de l'utérus. La prise en charge du cancer de la thyroïde est assurée en métropole, ainsi que la curiethérapie pour cancer du col jusqu'en 2017. On ne connaît pas toutefois le stade des maladies au moment des transferts.

Les facteurs à l'origine de ces différences sont potentiellement nombreux. Ainsi, des études spécifiques par localisation sont nécessaires pour explorer les différents déterminants de la survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion, notamment au regard des caractéristiques socio-économiques des patients. En effet, les disparités socio-économiques y sont très marquées, et de nombreuses études ont déjà montré un lien entre statut socio-économique et survie des personnes atteintes de cancer¹⁵.

¹⁵ Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review - [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/16143594/>

2. L'ETAT DES LIEUX DES RESSOURCES

2.1 Le panorama des acteurs de la cancérologie à La Réunion

DEPISTAGE	<p>Dépistage organisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invitations et relances des publics cibles : Centre Régional de Dépistage des Cancers (CRCDC) ; - Effecteurs : médecins traitants, gynécologues, sages-femmes, radiologues, patients. <p>Dépistage individuel : à l'initiative des médecins traitants, gynécologues, sages-femmes.</p>
DIAGNOSTIC	<p>Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecins traitants, spécialistes d'organes et oncologues libéraux ou hospitaliers.
	<p>Paraclinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiologie interventionnelle (biopsies radioguidées) ; - 4 laboratoires d'anatomocytopathologie, dont 2 privés et 2 publics au CHU. Le laboratoire du CHU Sud ainsi qu'un des 2 privés ont développé une activité de génétique moléculaire tumorale par technique PCR ; - 1 service de médecine nucléaire au site Nord du CHU.
TRAITEMENT ET SUIVI	<p>Oncologie pédiatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unité régionale d'oncopédiatrie au site Nord du CHU ; - Rattachement à l'Organisation Interrégionale de Recours (OIR) en cancérologie pédiatrique d'Ile-de-France (CANPEDIF).
	<p>Oncologie adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 établissements de santé autorisés dans les 3 modalités de traitement du cancer ; - 2 plateaux de radiothérapie externe ; - Une offre de curiethérapie au CHU Sud ; - Un centre régional d'allogreffe au site Sud du CHU ; - 2 sites de consultation d'oncogénétique au CHU, - Oncogériatrie rattachée à l'UCOG de Bordeaux.
	<p>Coordination des parcours</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) Nord-Est et Sud-Ouest ; - DCC géré par le Dispositif Spécifique Régional de Cancérologie « <i>Oncorun</i> » ; - Initiative de coordination des parcours des patientes ayant un cancer du sein ou gynécologique, portée par des praticiens libéraux et limitée à leur patientèle ; - En ville, projet de coordination de parcours porté par la CPTS Ouest.
	<p>Soins oncologiques de support et ETP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des consultations douleur et de soins palliatifs dans 3 des 4 zones de proximité ; - Des soins de support, à la carte, non structurés en parcours, portés par « <i>Oncorun</i> » ; - 2 programmes d'ETP en cancérologie (sein, prostate), en ville, portés par une association dans le Sud de l'île ; - Préservation de la fertilité : 2 centres d'AMP, l'un public et l'autre privé, situés dans le territoire de recours Sud-Ouest.
SOUTIEN AUX PATIENTS ET AIDANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Initiatives des associations de patients, agréées ou pas ; - Soutien sous forme d'aides ponctuelles variées (monétaire, soins de support, activité physique adaptée).
EPIDEMIOLOGIE	Registre régional des cancers, rattaché au Pôle santé publique du CHU
RECHERCHE CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - DRCI au CHU, - Rattachement au GIRCI Sud-Ouest Outre-Mer.

2.2 La démographie des professionnels de santé

2.2.1 Une bonne densité en 1^{er} recours, un déficit en 2^{ème} recours

La Réunion bénéficie globalement d'une bonne densité en praticiens de 1^{er} recours (médecins généralistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers). En revanche, la densité de médecins spécialistes, toutes spécialités d'organe confondues, est inférieure à la moyenne métropolitaine. Le sous-effectif est encore plus flagrant pour les spécialités intervenant en cancérologie (Tableau 9).

	Effectifs	Densité Réunion*	Densité Métropole*	
Médecins généralistes libéraux**	862	101	87	↑
Médecins spécialistes libéraux	537	63	84	↓
- Radiologues libéraux***	51	5.8	11.5	↓
- Gastro-entérologues libéraux***	25	2.9	5.8	↓
- Anatomocytopathologistes libéraux et hospitaliers***	13	1.5	2.3	↓
- Gynécologues médicaux libéraux et hospitaliers**	20	2.3	3.2	↓
- Gynéco-obstétriciens libéraux et hospitaliers**	95	11	7.5	↑
- Oncologues médicaux libéraux et hospitaliers***	7	0.8	1.9	↓
- Radiothérapeutes hospitaliers***	4	0.9	1.4	↓
- Onco-radiothérapeutes libéraux***	4			
- Médecine nucléaire***	3			
Sages-femmes libérales*	141	67	45	↑
Pharmaciens d'officine**	350	41	44	↓
IDE libéraux**	2 356	276	156	↑
Masseurs-kinésithérapeutes libéraux**	1 422	167	ND	

* pour 100 000 habitants, sauf pour les sages-femmes dont le taux est exprimé pour 100 000 femmes âgées de 15 à 45 ans.

Tableau 9: Effectifs et densité des professionnels de santé. Sources : Drees-RPPS au 01/01/2021**, exploitation ARS Réunion ou recensement direct auprès des structures au 01/07/2022***.

2.2.2 La zone Est déficitaire, sauf pour les infirmiers

Toutes professions de santé confondues, à l'exception des infirmiers libéraux, la zone Est souffre d'une sous-densité par rapport à la moyenne régionale.

Libéraux au 01/01/2021	Densité régionale	Densité Est	Est	Densité Nord	Densité Ouest	Densité Sud
Médecins généralistes	101	83	↓	94	116	102
Médecins spécialistes	63	32	↓	79	78	54
Sages-femmes	67	60	↓	77	71	61
Pharmaciens	41	35	↓	49	48	33
IDE	276	293	↑	246	275	288
Masseurs kinésithérapeutes	167	101	↓	114	210	198

Tableau 10: Densité infrarégionale des professionnels de santé hors remplaçants. Source : Drees-RPPS, exploitation ARS Réunion.

2.3 Les équipements d'imagerie médicale

2.3.1 Une offre de radiologie conventionnelle répartie dans toute l'île

Au 01/07/2022, l'offre libérale de radiologie conventionnelle est assurée par 51 radiologues libéraux, intervenant dans 15 cabinets d'imagerie médicale répartis sur 24 sites :

	Est	Nord	Ouest	Sud
Nombre de sites d'imagerie médicale	2	5	6	11

Parmi la cinquantaine de radiologues libéraux, plus de la moitié (27) participe au dépistage organisé du cancer du sein, en tant que premiers lecteurs. Aucun service de radiologie publique ne contribue à cette activité de dépistage organisé.

2.3.2 Un sous-équipement en équipements et matériels lourds

La Réunion a des taux d'équipement en IRM et TEP inférieurs aux taux nationaux.

Les délais d'accès à un rendez-vous en IRM ne sont pas connus et feront l'objet d'enquête ad hoc dans le cadre des travaux du PRS et du suivi de la feuille de route.

	Nombre	Taux d'équipement* Réunion	Délai médian pour un RV	Taux d'équipement* national
IRM	15	17.5	ND (objectif plan cancer 3 = 20 jours)	20.5
TEP	1	1.16	4 semaines	3
Scanner	16	1.87	ND	ND

*par million d'habitants

Tableau 11 : Equipements et matériels lourds et délais de rendez-vous au 01/07/2022. Sources : Arhgos et déclaration établissement.

Pour ce qui est de la TEP, selon les données de l'établissement, « l'optimisation des ressources humaines et organisationnelles a été poussée jusqu'au maximum, jusqu'à réaliser 30 examens par jour sur un seul appareil contre 12-15 examens par appareil en moyenne en métropole. Cela permet de réaliser environ 3 500 examens par an. Il n'est désormais plus possible d'obtenir un gain de qualité de service ou de nombre d'actes sans investir dans de nouveaux équipements et locaux ».

Dans le cadre des investissements Ségur, un accord de financement pour une 2^{ème} TEP est obtenu pour le CHU, ce qui permettra, à terme, d'approcher le taux national. Les conditions d'implantation locale de l'appareil seront discutées lors des travaux du PRS.

2.4 La prévention des facteurs de risque liés au cancer à La Réunion

Il n'existe pas de programme de prévention des risques liés au cancer en tant que tel dans le PRS de La Réunion. La prévention primaire des risques liés au cancer s'inscrit dans plusieurs programmes thématiques différents, sans référence explicite au risque cancer :

- Addictions, dans une approche comportementale globale vis-à-vis de toutes les addictions avec substance (dont tabac, alcool) ou sans substance et dans l'objectif général de réduction des risques de dépendance et de désinsertion socioprofessionnelle. Des consultations de tabacologie sont développées dans des établissements de santé, ciblant notamment le sevrage tabagique auprès des femmes de la filière périnatale ;
- Nutrition : le Programme Réunionnais Nutrition Diabète (PRND), promu par l'ARS, cible surtout la réduction du risque calorique (surcharge pondérale) ou métabolique (diabète), par la promotion d'une alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique adaptée ;
- Santé sexuelle et reproductive : les actions ont pour objectif général la réduction des risques liés à la sexualité, avec une focale particulière sur les grossesses non désirées, les violences dans l'espace privé, la prévention du VIH. Le cancer est évoqué lorsqu'il s'agit de faire la promotion de la vaccination contre l'HPV et l'hépatite B chez les jeunes.

Les seules actions de prévention où le risque cancer est explicitement ciblé sont celles relatives à la prévention solaire, sujet de préoccupation exprimé par 78% des Réunionnais, à l'occasion du baromètre Santé environnement 2019.

Actuellement, les actions de prévention thématique ont fait l'objet d'un travail de définition d'une stratégie territorialisée, ciblant les jeunes et leur entourage mais aussi les milieux professionnels. L'approche territorialisée se décline notamment les cités éducatives pour le milieu scolaire et dans les contrats locaux de santé.

Les actions en milieu scolaire se déclinent sous forme de séances d'éducation à la santé, plus ou moins axées sur les compétences psychosociales. Le public scolaire a l'avantage d'être aisément captif, mais l'inconvénient d'être peu décisionnaire pour soi et les autres, quant à la majorité des comportements favorables à la santé.

Les actions en milieu extrascolaire visent des publics hétérogènes, non captifs mais décisionnaires pour soi et les autres. Les pratiques de marketing social ont vocation à se développer auprès de ces publics, pour tenter de capter leur attention et inciter au changement de comportements pour eux-mêmes et les proches.

2.5 L'activité de dépistage des cancers à La Réunion

Les programmes organisés de dépistage sont mis en œuvre en France depuis 2004 pour le cancer du sein, 2008 pour le cancer colorectal et 2019 pour le cancer du col utérin. En pratique, le dépistage du cancer colorectal se fait uniquement dans le cadre du dépistage organisé. Pour les cancers du sein et du col de l'utérus, les dépistages sont faits, soit dans le cadre organisé, soit à titre individuel.

Quelles que soient les sources de données, La Réunion présente des taux de participation aux dépistages en-deçà des objectifs nationaux, qui sont de 70% pour le cancer du sein, 45% pour le cancer colorectal et 80% pour le cancer du col de l'utérus.

2.5.1 Une femme sur 2 participe au dépistage du cancer du sein depuis 2017

Le dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans, sans facteur de risque et sans antécédent de cancer. En intégrant les chiffres de dépistage individuel (SNDS), on arrive à un taux régional de recours à la mammographie de dépistage à 51.1% en 2020-2021 (Tableau 12). Ce taux de recours est plus élevé que le taux de participation de Santé publique France (46.0%), qui ne prend en compte que le dépistage organisé (Figure 11).

L'évolution sur plusieurs campagnes successives depuis 2005 montre une érosion de la participation au dépistage organisé du sein, avec un décrochage à partir de 2017, soit avant la crise sanitaire. En métropole, la baisse de participation semble davantage liée à la crise sanitaire.

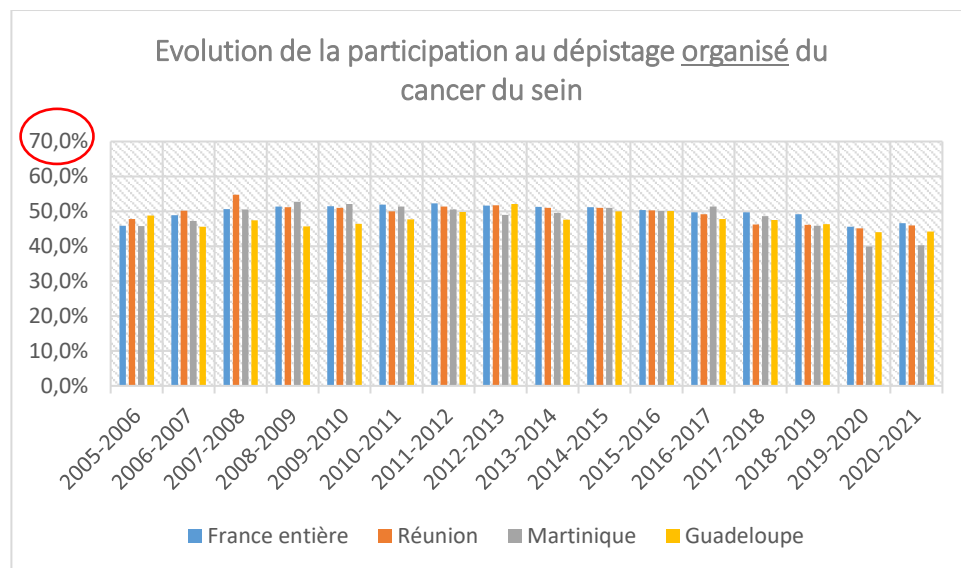


Figure 11 : Évolution comparée des taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein. Source : Santé publique France.

Période	Dépistage organisé		Dépistage individuel		Taux de recours régional au dépistage
	QEQQ004 avec motif prévention	Part de dépistage organisé	QEQQ004 sans motif prévention	Part de dépistage individuel	
	activité libérale		activité libérale		
2018-2019	48 562	89,2%	5 868	10,8%	46,4%
2019-2020	49 223	89,2%	5 930	10,8%	47,1%
2020-2021	53 749	89,7%	6 140	10,3%	51,1%

Sont considérés comme :

- Dépistage organisé : les actes de mammographie facturés avec la cotation QEQQ004 (mammographie de dépistage) et le motif « prévention » ;
- Dépistage individuel : les actes de mammographie facturés avec la cotation QEQQ004 (mammographie de dépistage) sans le motif « prévention ».

Tableau 12 : Taux de recours régional à la mammographie de dépistage, selon cotation en organisé ou individuel. Source : SNDS, exploitation ARS Réunion

L'exploitation des données du SNDS permet également de mettre en évidence :

- Une discrète augmentation du taux de recours de 50 à 69 ans, suivie d'un effondrement à partir de 70 ans (Figure 12) ;
- Des inégalités territoriales de recours au dépistage du cancer du sein : ce sont les femmes de l'Ouest qui ont les taux les plus élevés de recours, contrairement à celles de l'Est qui affichent les plus faibles taux de recours (Figure 13).

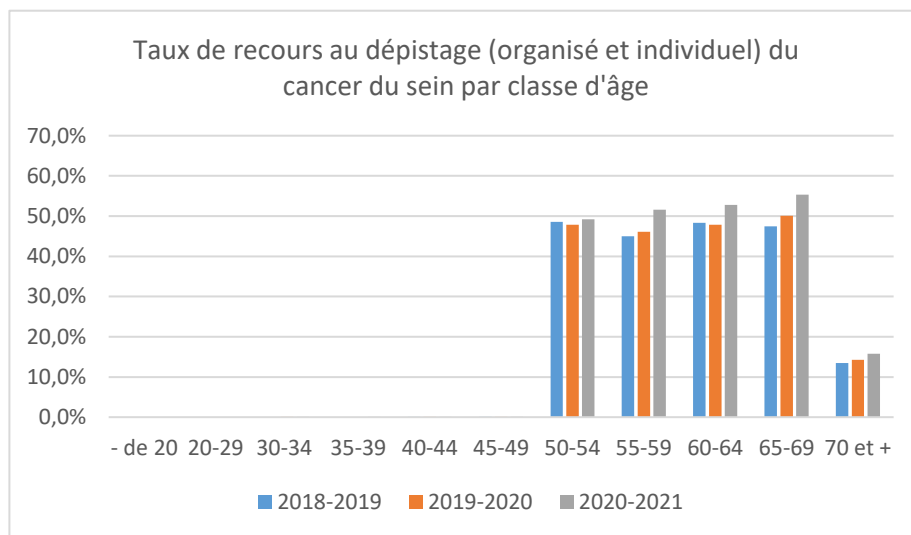


Figure 12 : Taux de recours au dépistage du cancer du sein par classe d'âge.
Source : SNDS, exploitation ARS Réunion

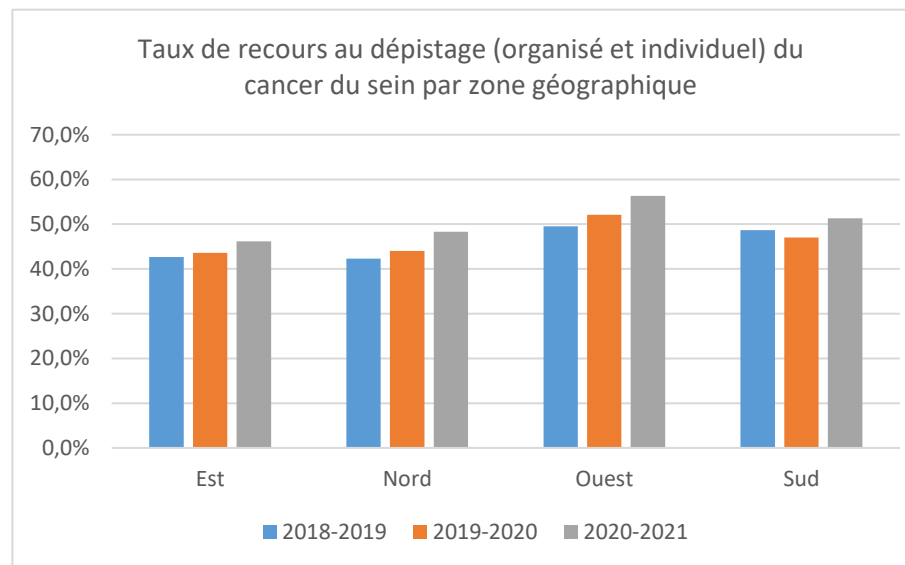


Figure 13 : Taux de recours au dépistage du cancer du sein selon la domiciliation des assurées sociales. Source : SNDS, exploitation ARS Réunion.

2.5.2 Une sous-participation au dépistage du cancer du col utérin, décroissante à partir de 45 ans

La Réunion a fait partie des territoires d'expérimentation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus de mi 2010 à 2018. La participation à l'expérimentation était limitée à l'envoi d'une invitation sans relance. Le dépistage s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans, sans facteur de risque.

2.5.2.1 Tous âges confondus, une participation estimée à 60%, un taux de recours calculé à 53%

Selon les estimations de Santé publique France, le taux de participation des femmes est stable à La Réunion, autour de 60%, tous âges confondus. Par rapport aux autres régions, dont celles des Antilles, La Réunion paraît bien située (Figure 14).

Les taux de recours au dépistage du cancer du col, calculés à partir du nombre d'actes de dépistage facturés à l'Assurance maladie, se révèlent plus faibles, de l'ordre de 53%, à l'exception des données de 2018-2019 au cours desquelles sont intervenus des changements de cotation. Même si les données sont calculées en bisannuel par l'ARS, elles sont proches de celles publiées par l'Assurance maladie, sur son site RéZone-CPTS¹⁶. Ainsi, en 2021, la part des femmes de 25-65 ans ayant bénéficié d'un frottis sur les 3 dernières années est de 55.1%. Les différences de valeurs feront l'objet de travaux complémentaires dans le cadre du suivi de la feuille de route.

La part de dépistage individuel est prépondérante dans le dépistage du cancer du col, représentant 90% des actes facturés en 2020-2021 (Tableau 13). Elle résulte de la mobilisation des praticiens et d'un des cabinets privés d'anatomocytopathologie, qui a mis en place un circuit de ramassage des prélèvements auprès des praticiens libéraux et qui a favorisé la diffusion de l'usage des prélèvements sur support liquide.

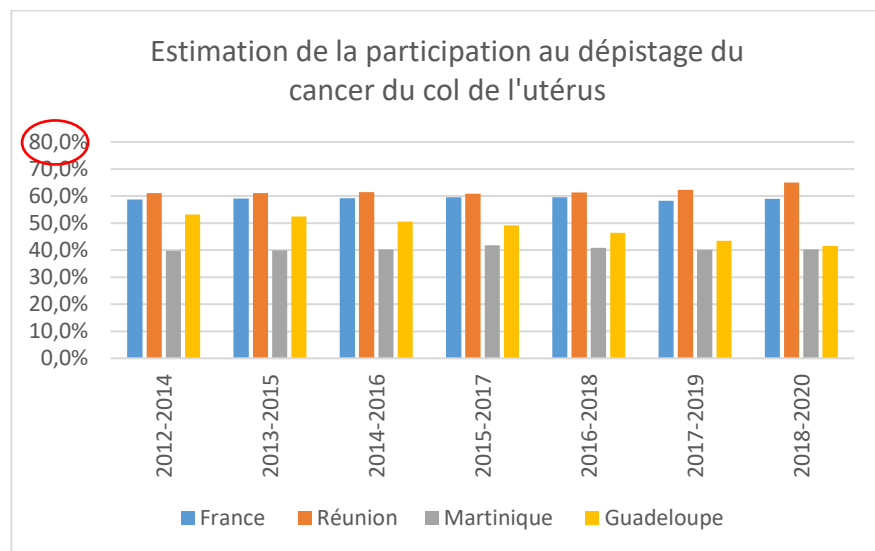


Figure 14: Estimation des taux de participation au dépistage global (organisé et individuel) du cancer du col de l'utérus. Source : Géodes. Santé publique France

Période	total actes de dépistage	Dépistage organisé			Dépistage individuel			Taux de recours régional au dépistage
		nb actes libéral	nb actes ACE	Part dépistage organisé	nb actes libéral	nb actes ACE	Part dépistage individuel	
2018-2019	94 115	679	18	0,7%	85 219	8 199	99,3%	39,5%
2019-2020	126 807	4 812	57	3,8%	112 765	9 173	96,2%	53,2%
2020-2021	125 054	12 375	49	9,9%	108 991	3 639	90,1%	52,5%

Actes CCAM retenus :

- Dépistage organisé : JKQX261, JKQX426 et ZZQX603 ;
- Dépistage individuel : JKQX147 ; JKQX347 et ZZQX628.

Tableau 13 : Taux de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus selon mode de facturation (individuelle ou organisée). Source : SNDS, exploitation ARS Réunion.

2.5.2.2 Une participation dégressive avec l'âge et inégale selon la domiciliation

Quelle que soit la source de données, le taux moyen de participation masque de fortes disparités :

¹⁶ <http://rezonecpts.ameli.fr>

- Selon les âges : chez les 25-39 ans, les taux de participation ou de recours sont les plus élevés, témoignant de la contribution active des professionnels de santé dans le suivi gynécologique des femmes en âge de procréer. Ils commencent à décroître à partir des 40-45 ans et ce, progressivement jusqu'aux 60-65 ans (Figures 15 et 16). Cette participation dégressive selon les classes d'âge est constatée aussi en métropole. Elle est toutefois moins nette aux Antilles (Figure 15). La décroissance est possiblement liée à un moindre suivi gynécologique des femmes, dès lors qu'elles sortent de la période féconde de leur vie ;
- Selon la domiciliation des femmes : les assurées sociales domiciliées dans l'Est ont le plus faible taux de recours au dépistage (Figure 17).

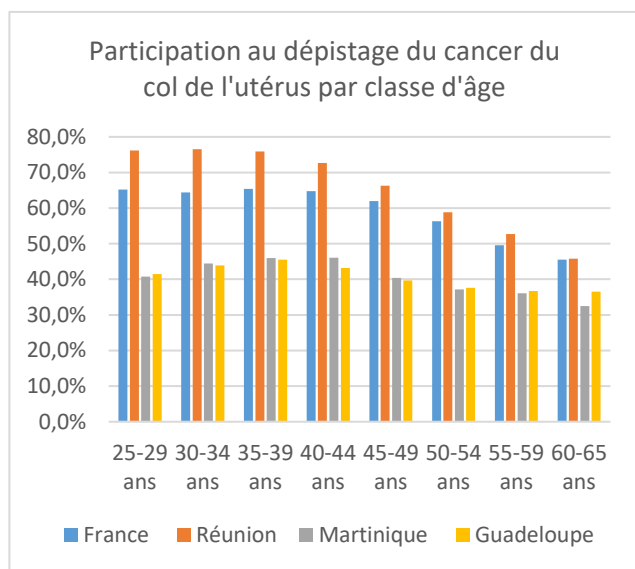


Figure 15 : Taux de participation au dépistage (individuel et organisé) du cancer du col de l'utérus par classe d'âge. Campagne 2018-2020. Source : Géodes Santé publique France

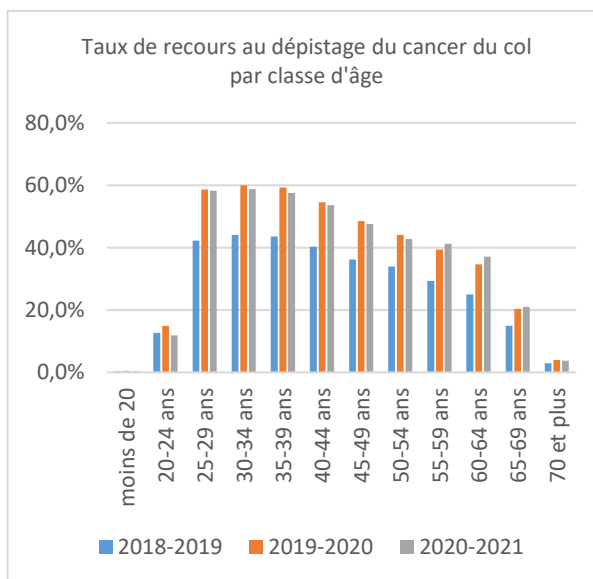


Figure 16 : Taux de recours au dépistage (organisé et individuel) du cancer du col de l'utérus par classe d'âge. Source : SNDS exploitation ARS Réunion.

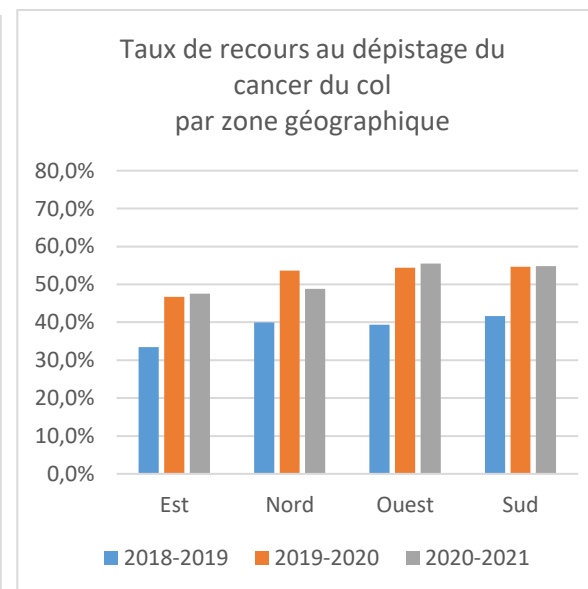


Figure 17 : Taux de recours au dépistage (individuel ou organisé) du cancer du col de l'utérus selon la domiciliation des assurées sociales. Source : SNDS exploitation ARS Réunion.

2.5.3 Une très faible participation au dépistage du cancer colorectal

La participation au dépistage organisé du cancer colorectal des femmes et des hommes de 50 à 74 ans, sans facteur de risque connu, a toujours été très faible à La Réunion, bien en-deçà de la cible nationale.

2.5.3.1 Moins d'une personne sur 4 participe au dépistage du cancer colorectal à La Réunion

Le déploiement du dépistage généralisé du cancer colorectal à La Réunion n'a pas entraîné une mobilisation suffisante des femmes et des hommes concernés. Ainsi, moins d'une personne sur quatre y a participé. Comme dans d'autres régions, la crise sanitaire a réduit la participation, avec un rattrapage constaté dans la campagne 2020-2021 (Figure 18).

Le taux de recours, calculé sur la base des actes d'analyse biologique facturés à l'Assurance maladie (Tableau 14), est plus faible que le taux de participation recueilli par Santé publique France, à partir des données des CRCDC. Les écarts feront l'objet d'investigations plus précises dans le cadre du suivi de la feuille de route.

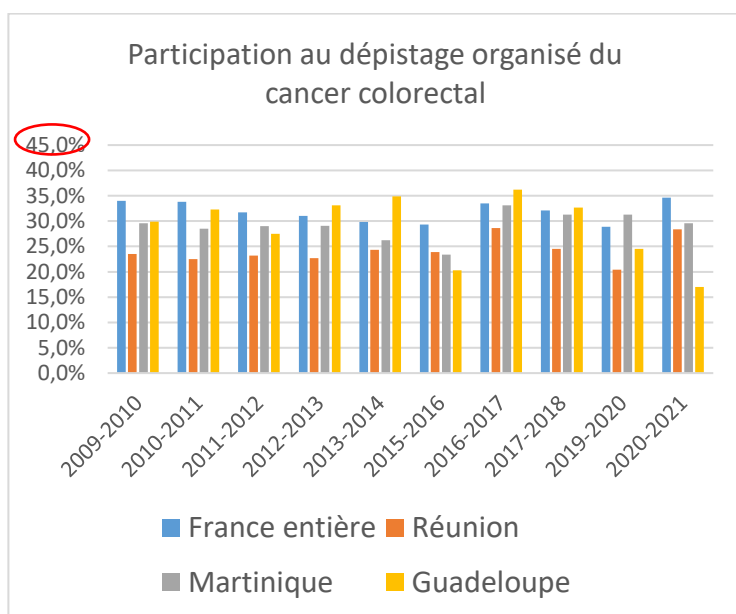


Figure 18 : taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal. Source : Santé publique France

Période	nb actes DCCR	taux de recours régional
2018-2019	41 468	18,4%
2019-2020	38 612	17,1%
2020-2021	57 457	25,5%

Prestation référence : 9434

Tableau 14 : Taux de recours au dépistage organisé du cancer colorectal. Source : SNDS, exploitation ARS Réunion

2.5.3.2 Une participation différenciée selon l'âge, le sexe et la domiciliation

Comme pour les deux autres dépistages, le taux régional de recours au dépistage du cancer colorectal varie selon :

- l'âge : dans la dernière campagne 2020-2021, le recours au dépistage augmente avec l'âge de 50 à 69 ans, pour s'effondrer à partir de 70 ans (Figure 20) ;
- les publics cibles résidant dans les zones Nord et Est se font moins dépister que ceux des zones Ouest et Sud (Figure 21).

De plus, il varie selon le sexe : les femmes participent davantage que les hommes (Figure 19).

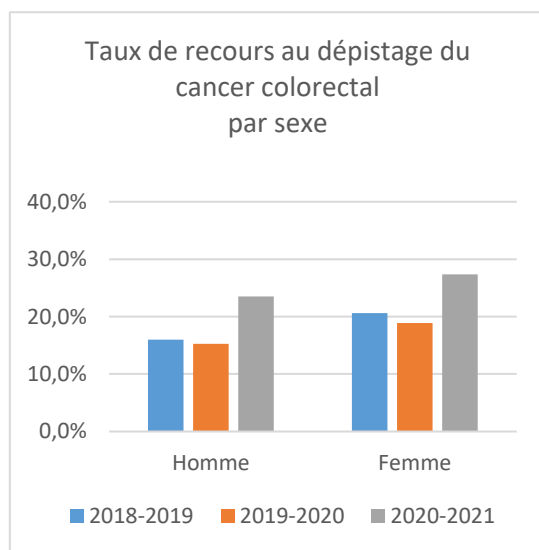


Figure 19 : Taux de recours au dépistage du cancer colorectal selon le sexe. Source : SNDS, exploitation ARS Réunion

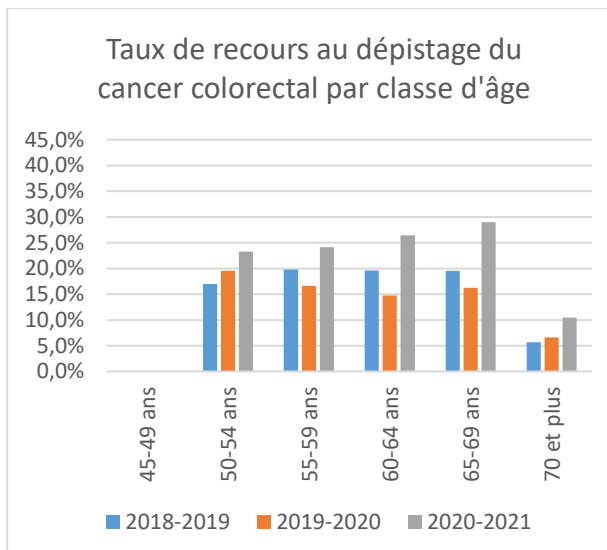


Figure 20: Taux de recours au dépistage du cancer colorectal par classe d'âge. Source : SNDS, exploitation ARS Réunion

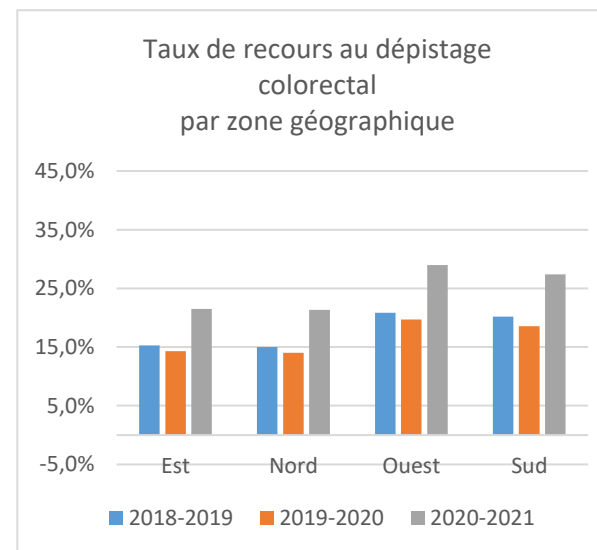


Figure 21 : Taux de recours au dépistage du cancer colorectal selon la domiciliation des assurés sociaux. Source : SNDS, exploitation ARS Réunion

Synthèse de l'activité de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum à La Réunion

Quelle que soit la localisation, la participation des populations cibles aux dépistages des cancers est insuffisante à La Réunion, au regard des objectifs cibles nationaux (70% pour le sein ; 45% pour le côlon-rectum et 80% pour le col de l'utérus). Ainsi, pour les cancers du sein et du col de l'utérus, environ une femme sur 2 a recours au dépistage. Quant au cancer colorectal, seulement un Réunionnais sur 4 participe au dépistage.

Pour les 3 localisations, les taux régionaux de recours masquent des disparités liées :

- à l'âge : le recours décroît avec l'âge, avec un effondrement à partir de 70 ans pour les dépistages des cancers du sein et du côlon-rectum ;
- à la domiciliation : ce sont les habitants de la zone Ouest qui se font le plus dépister et ceux de l'Est le moins.

Concernant le cancer colorectal, le taux régional de recours varie, en outre, selon le sexe, avec une meilleure participation des femmes.

Le croisement des taux de recours aux dépistages avec les indicateurs socio-économiques et de littératie en santé conduit à privilégier la construction d'actions d'aller vers les publics cibles, notamment dans la zone Est, qui cumule à la fois la plus faible densité en professionnels de santé (à l'exception des infirmiers) et des indicateurs sociaux les plus défavorables.

Pour les cancers féminins, la moindre participation liée à l'âge chez les femmes pose la problématique plus globale de leur moindre recours aux soins, notamment de prévention, dès lors qu'elles arrivent à la ménopause. Le développement d'une offre de soins dédiée à la ménopause et facilement identifiable (comme il en existe dans d'autres régions de métropole) peut constituer une réponse appropriée.

2.6 L'activité de soins de traitement du cancer

A La Réunion, l'offre de soins de cancérologie est découpée en 2 territoires de recours : Nord-Est et Sud-Ouest. Chaque territoire de recours est pourvu de 4 établissements de santé, assurant les trois modalités de traitement du cancer.

2.6.1 Un poids plus faible de la cancérologie dans l'activité des établissements de santé de La Réunion

La part de la cancérologie dans l'activité hospitalière totale est plus faible à La Réunion qu'en France. En 2020, 8,7% des séjours concernaient un cancer versus 12,7% en moyenne nationale.

Année	Réunion				France entière			
	Part des séjours (hors séances)	dont part de séjours ambulatoires (hors séances)	Part des séances (hors radiothérapie libérale)	Part séjours et séances	Part des séjours (hors séances)	dont part séjours ambulatoires (hors séances)	Part des séances (hors radiothérapie libérale)	Part des séjours et séances
2018	8,7%	8,2%	19,1%	13,5%	12,1%	9,7%	48,2%	25,2%
2019	8,5%	8,0%	14,7%	12,0%	12,0%	9,5%	47,5%	25,1%
2020	8,7%	7,5%	13,9%	11,7%	12,7%	10,1%	46,0%	26,0%

Tableau 15 : Données globales d'activité du cancer à La Réunion par rapport à La France. Source : PMSI ATIH

2.6.1.1 L'analyse des séjours (hors séances)

En 2020, la prise en charge pour des séjours pour cancer a concerné 8 264 patients pour 16 827 séjours, dont 5 603 en ambulatoire. Parmi les séjours (hors séances) ayant un diagnostic principal, relié ou associé de cancer, ceux relevant des 3 modalités de traitement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) représenteraient le tiers (Figure 22). L'identification des séjours selon les 3 modalités de traitement est faite sur la base des nouveaux logigrammes de l'INCa.

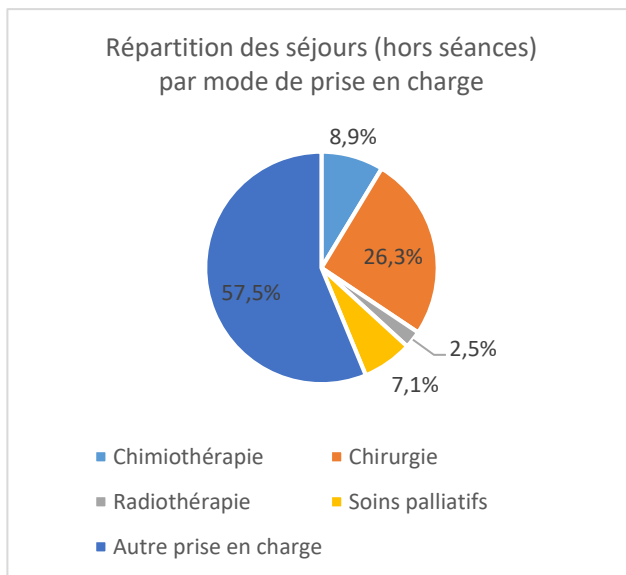


Figure 22 : Répartition des séjours en 2020 selon les modalités ou modes de prise en charge. Source : PMSI-ATIH, exploitation ARS Réunion.

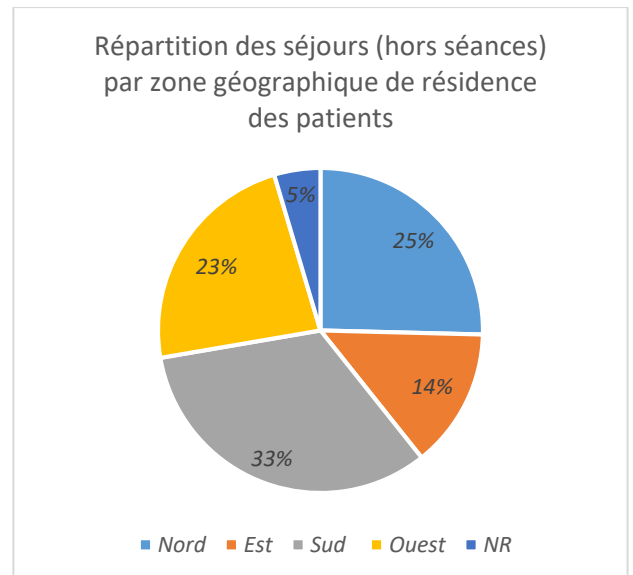


Figure 23 : Répartition des séjours en 2020 selon la domiciliation des patients. Source : PMSI ATIH, exploitation ARS Réunion.

S'agissant de l'origine géographique des patients, le tiers des séjours (hors séances) a concerné les patients résidant dans le Sud, la moitié des séjours les patients résidant dans le Nord et l'Ouest et 14% les patients de l'Est (Figure 23).

La part des séjours réalisés par les établissements implantés dans le territoire de recours Nord-Est (8 455) est équivalente à celle des établissements implantés dans le territoire Sud-Ouest (8 372).

Concernant l'activité selon le statut Privé/public de l'établissement en 2020 :

- 54,9% des séjours (hors séances) pour chirurgie ont lieu dans un établissement privé ;
- 78,7% des séjours (hors séances) pour chimiothérapie ont lieu dans un établissement public ;
- 2/3 des séjours (hors séances) pour une autre prise en charge ont lieu dans un établissement public.

2.6.1.2 L'analyse des séances (hors séjours)

En 2020, 53 289 séances pour traiter le cancer ont eu lieu dont :

- 52,1% pour de la radiothérapie ;
- 43,6% pour de la chimiothérapie.

Le territoire Nord-Est effectue plus de séances que le territoire Sud-Ouest (52,5% des séances ont lieu dans le Nord-Est contre 47,5% dans le Sud-Ouest).

La répartition public/privé est équilibrée en ce qui concerne les séances de chimiothérapie. Pour ce qui est des séances de radiothérapie, elles sont davantage pratiquées dans les établissements privés (54,9% en privé).

2.6.2 Un impact de la crise sanitaire sur l'activité

L'activité des séjours (hors séances) en 2020 a diminué par rapport à 2019, alors qu'elle était en augmentation de 2018 à 2019 :

- -5,0% sur le nombre de patients pour des séjours entre 2019 et 2020 (+3,2% entre 2018 et 2019) ;
- -5,8% sur le nombre de séjours entre 2019 et 2020 (+0,9% entre 2018 et 2019) ;
- -11,9% sur le nombre de séjours en ambulatoire entre 2019 et 2020 (+2,7% entre 2018 et 2019).

Les séances de chimiothérapie et radiothérapie augmentent légèrement entre 2019 et 2020 après une forte augmentation entre 2018 et 2019 :

- +2,1% pour les séances de chimiothérapie entre 2019 et 2020 (+23,4% entre 2018 et 2019)
- +3,4% pour les séances de radiothérapie entre 2019 et 2020 (+29,5% entre 2018 et 2019).

La baisse par rapport à 2019 est plus prononcée dans le territoire Sud-Ouest (-7,7% dans le Sud-Ouest et -3,8% dans le Nord-Est). Le Nord-Est a été moins impacté par la reprogrammation des séjours à cause de la crise sanitaire.

Entre 2019 et 2020, la baisse du recours aux séjours pour cancer est plus prononcée pour les patients domiciliés dans les micros régions Est (-7,1%) et Ouest (-9,5%).

2.6.3 Une faible activité d'oncogénétique médicale

Selon le rapport national d'activité d'oncogénétique de l'INCa¹⁷, « près de 5% des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 80 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés. Transmissibles à la descendance, ces

¹⁷ Oncogénétique en 2020/consultations & laboratoires, suivi en 2019 et 2020, collection Appui d'aide à la décision. INCa, juin 2022.

altérations peuvent être recherchées chez les malades (cas index), dont les antécédents sont évocateurs d'une forme héréditaire de cancer ».

2.6.3.1 Un plus faible taux de consultations en oncogénétique, avec des rendez-vous plus rapides

Les rapports national et régional 2020 comportent des indicateurs d'activité des consultations d'oncogénétique, assurées par 3 médecins et 4 conseillères en génétique du CHU. La part respective des consultations assurées par les médecins et par les conseillères en génétique n'est pas précisée dans les rapports.

Nombre potentiel de cas index	140 cas index par an, sur la base d'une fréquence de 5% appliquée aux données d'incidence fournies par le Registre des cancers (2 800 nouveaux cas en 2017)
Nombre de consultations en 2020	657 dont pour : <ul style="list-style-type: none"> - 1ères consultations pour cas index = 229 soit 34.9% des consultations (37,1% national) - 1ères consultations pour un apparenté = 164 soit 25.0% des consultations (13,2% national) - Consultations d'annonce ou d'accompagnement pour cas index ou apparenté = 264 soit 40.2% des consultations (49,7% national)
Taux de consultations pour 100 000 habitants	Moyenne nationale des régions en 2020 = 111 Taux Réunion 2020 = 76 (94 en 2019).
Taux de consultations pour 100 000 habitants pour syndrome seins-ovaires	Moyenne nationale des régions en 2020 = 75 Taux Réunion 2020 = 52
Taux de consultations pour 100 000 habitants pour syndrome de Lynch	Moyenne nationale des régions en 2020 = 10 (12 en 2019) Taux Réunion 2020 = 8
Délai moyen d'un 1 ^{er} RV pour cas index	Moyenne nationale des régions en 2020 = 10 semaines Délai Réunion 2020 = 2 à 4 semaines Délai pour prise en charge accélérée = 7 jours (26 patients) pour rétinoblastome, prise en charge opératoire, théranostique (ovaire, sein, pancréas, prostate métastatique).
Délai moyen d'un 1 ^{er} RV pour cas apparenté	Moyenne nationale des régions en 2020 = 8 semaines Délai Réunion 2020 = 2 à 6 semaines
Délai moyen de réponse du laboratoire pour panel « tube digestif »	Délai médian de réponse pour cas index = 16 semaines Délai moyen de réponse pour apparenté = 7 semaines
Programmes de suivi multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer	17 programmes au niveau national : parmi les DOM, La Réunion, La Guadeloupe et Mayotte ne participent à aucun programme . La Martinique et La Guyane participent à 3 programmes : syndrome seins-ovaires, syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales.
RCP oncogénétique	Pas de RCP locale à La Réunion. Participation à RCP organisée par l'IPC. Autres DOM : RCP commune Martinique - Guyane.

2.6.3.2 Pas d'activité d'oncogénétique moléculaire par séquençage réalisée à La Réunion

Tous les examens de génétique moléculaire pour séquençage, prélevés à La Réunion, sont envoyés en métropole, majoritairement à Marseille.

2.6.4 Une absence de visibilité sur les recours aux soins oncologiques de support

En matière d'offre, il n'existe pas de répertoire régional des soins oncologiques de support, permettant aux patients et à leurs proches d'accéder à une cartographie lisible des ressources à l'échelle de chaque territoire de recours.

Il n'existe pas de relevé d'activité standardisé des soins oncologiques de support en établissement, permettant d'apprécier, à l'échelle de chaque territoire de recours et de la région, le niveau de recours et la durée des accompagnements.

2.6.5 Les transferts sanitaires vers la métropole

La prise en charge des frais de transport, par l'Assurance maladie, est subordonnée à la présentation d'une prescription médicale. Dans le cadre spécifique des transports aériens, le transport doit répondre à l'une des 3 situations suivantes :

- il est lié à l'état de santé du patient qui nécessite une hospitalisation (complète ou de jour). Les séances de chimiothérapie, radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation ;
- il est lié aux traitements ou examens prescrits au titre de l'ALD au patient qui présente, par ailleurs, une déficience ou une incapacité définie par le référentiel de prescription de transport;
- il est en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Le transport est soumis à l'accord du Service Médical de l'Assurance Maladie, qui apprécie la prise en charge du transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade, au regard des critères médicaux et de dépendance fixés dans le référentiel de prescription des transports. Est également appréciée la possibilité de prise en charge par l'offre de soins régionale.

Le cancer constitue 30% des transferts sanitaires de La Réunion vers la métropole, soit un volume annuel de 290 transferts par an de 2019 à 2021. Dans ce volume, les enfants et adolescents représentent une cinquantaine de cas.

Pour les adultes, les localisations ayant nécessité un transfert sont, par ordre de fréquence : organes génitaux masculins, glandes endocrines (dont thyroïde pour une quarantaine de cas par an), hémopathies, appareil digestif, œil.

Pour les enfants et adolescents, ce sont : hémopathies, glandes endocrines, œil.

Le système d'information ne permet pas de connaître le stade de la maladie, ni les motifs médicaux.

2.7 L'initiation d'une étude des parcours des patients atteints de cancers dépistables

2.7.1 Les objectifs de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive des parcours de soin des patients atteints des trois cancers actuellement dépistables (sein, côlon/rectum et col de l'utérus), afin d'approcher les délais entre les trois temps forts, dépistage, diagnostic et traitement :

- délai entre le dépistage et le diagnostic ;
- délai entre le diagnostic et la mise sous traitement.

Ces délais seront analysés selon :

- différentes caractéristiques socio-démographiques : sexe, tranches d'âge, zone de résidence, niveau de couverture sociale (ALD, complémentaire santé) ;
- l'existence ou non d'un médecin traitant déclaré.

2.7.2 La méthodologie employée

2.7.2.1 La population étudiée

La population étudiée est celle ayant eu un traitement de cancer une année donnée. Ce traitement peut être chirurgical ou médicamenteux systémique ou radiothérapeutique. L'étude démarre avec la modalité chirurgicale.

2.7.2.2 Le matériel

Le matériel disponible est le système national de données de santé (SNDS) constitué notamment du PMSI, du SNIIRAM, de la base ALD et de la base du CépiDC.

2.7.2.3 La méthode

Les logigrammes de prise en charge sont d'abord élaborés avec les cliniciens pour pouvoir ensuite construire les algorithmes de requête des bases de données.

Les patients concernés par l'étude sont ensuite identifiés dans le PMSI par le diagnostic de cancer (diagnostic principal, associé ou relié). Avec l'identifiant pseudonymisé du patient ainsi choisi, un chaînage est ensuite fait avec une remontée sur 5 ans dans le SNDS pour repérer les codes CCAM correspondant aux actes de dépistage, diagnostic et traitement.

Pour le calcul du délai dépistage – diagnostic, c'est la date de l'acte de dépistage la plus proche de celle de l'acte diagnostique qui est retenue.

De même, pour le calcul du délai diagnostic – traitement, c'est la date de l'acte de traitement la plus proche de celle de l'acte de diagnostic qui est retenue.

Un chaînage entre le SNDS et la base CépiDC sera effectué pour décrire la part de décès, les causes de décès ainsi que les délais entre les différents temps forts du parcours et le décès.

2.7.3 Les premiers résultats obtenus pour le cancer du sein

Les actes de dépistage du cancer du sein sont identifiés par les codes CCAM utilisés pour le calcul des taux de participation. Les actes de diagnostic sont représentés par la cytoponction et la biopsie. L'acte de traitement retenu, à ce stade, est l'exérèse selon les codes retenus par l'INCa pour les seuils d'activité.

Environ 400 patientes ont pu être ainsi identifiées en 2020.

Concernant le délai entre dépistage et diagnostic, la valeur moyenne est de 28 jours et la médiane de 6 jours. Pour 75% des patientes, ce délai est de 15 jours. Il n'est de 2 jours que pour 25% des patientes. Ces chiffres confirment les retours des cliniciens et nécessitent d'être investigués pour comprendre le processus de réalisation du bilan diagnostique immédiat en cas de résultats mammographiques anormaux.

Pour ce qui est du délai entre diagnostic et exérèse, la valeur moyenne est de 76 jours et la médiane de 40 jours. Pour 75% des patientes, ce délai est de 73 jours. Il est réduit à 28 jours pour 25% des patientes. Ces chiffres nécessitent également d'être affinés.

LA SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX DES BESOINS ET DES RESSOURCES

Les forces	Les faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Des taux d'incidence standardisés globaux et de mortalité pour cancer inférieurs aux moyennes nationales ; - Des actions de prévention thématique (addictions, nutrition, santé sexuelle), même si elles ne ciblent pas explicitement le cancer, peuvent être bénéfiques à la réduction des risques liés au cancer ; - Des actions de prévention solaire pour réduire le risque de cancers cutanés ; - Une montée en gamme de la prise en charge des hémopathies malignes, avec la mise en œuvre d'une activité d'allogreffe et un projet de thérapie cellulaire par Car-T cells ; - Des professionnels de santé engagés et motivés ; - Des associations désireuses de s'engager dans le soutien aux patients et aidants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une sur-incidence standardisée des cancers du col utérin et de l'estomac ; - Une survie à 5 ans nettement inférieure à la moyenne nationale, notamment pour les localisations sein, côlon – rectum, estomac, foie, certaines hémopathies malignes ; - Un cancer diagnostiqué sur 4 de mauvais pronostic ; - Des conditions socioéconomiques défavorables, avec un faible niveau de littératie en santé, une rupture numérique générationnelle, sociale et territoriale ; - Des comportements peu favorables à la santé : peu de consommation de fruits et légumes, forte sédentarité, prévalence élevée de surcharge pondérale ; - Un très faible taux de vaccination HPV ; - Pour les tumeurs solides, une offre de soins en situation impérative de rattrapage ; - Des parcours peu coordonnés ; - Des soins de support peu développés et peu structurés ; - Un suivi des patients non formalisé en oncogénétique ; - Un défaut d'accès aux essais cliniques et notamment précoces ; - Une absence d'orientation stratégique en cancérologie dans la recherche clinique.
Les opportunités	Les menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Universitarisation en cours de la cancérologie ; - Des initiatives de terrain dans la coordination des parcours des patients ; - Des possibilités d'innovation organisationnelle, au titre de l'article 51 ; - Des crédits d'investissement Ségur pour l'acquisition d'une 2^{ème} TEP et la création d'une 2^{ème} unité de soins palliatifs ; - Un nouveau plan national de soins palliatifs avec, parmi les 10 mesures phares, le soutien au développement de la filière palliative en outre-mer ; - Un Registre des cancers pour développer l'épidémiologie descriptive et analytique des cancers 	<ul style="list-style-type: none"> - Un vieillissement de la population avec l'accroissement rapide des tranches d'âge à partir de 50-54 ans ; - Une croissance rapide de l'incidence des cancers du sein et du côlon-rectum ; - Des taux de dépistage des cancers, notamment du sein et du côlon-rectum insuffisants ; - Une démographie médicale déficitaire dans les spécialités d'organe et en oncologie, nécessaires au diagnostic et au traitement des cancers.

LES ENJEUX LIES A LA CANCEROLOGIE A LA REUNION

1. LES BILANS DES PRECEDENTS PLANS CANCER

	1.1 Les principales avancées et initiatives remarquables	1.2 Les éléments à approfondir et les difficultés persistantes
LE PREVENTION PRIMAIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Actions de prévention solaire menées en milieu scolaire et extrascolaire, visant à réduire l'exposition. La Réunion est une région à fort ensoleillement ; - Partenariat avec le Rectorat et les collectivités territoriales pour le développement des actions d'éducation à la santé en milieu scolaire, sur les thématiques prioritaires (addictions, nutrition, santé sexuelle) ; - Expérimentation d'un programme combinant information en santé sexuelle en milieu scolaire avec proposition de vaccination HPV in situ : résultats en faveur de la vaccination in situ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actions de prévention solaire insuffisamment intégrées dans une approche multidisciplinaire d'urbanisme favorable à la santé et de développement durable ; - Public scolaire aisément captif mais peu décisionnaire dans les comportements favorables à la santé pour soi et les autres. Nécessité d'un marketing social ciblant les adultes décisionnaires ; - Poursuite de la territorialisation et de la coopération avec les milieux professionnels dans le cadre du PRST ; - Etude descriptive sur les cancers cutanés professionnels en cours ; - Suites à donner à l'expérimentation à l'échelle de la région.
LE DEPISTAGE	<ul style="list-style-type: none"> - Expérimentation d'une démarche d'aller vers les femmes en situation de vulnérabilité et vivant dans les écarts de l'île, pour les sensibiliser au suivi gynécologique et leur proposer le dépistage du cancer du col sous forme d'autotest HPV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion à développer sur une offre de prévention et de dépistage personnalisés (médecine de demain: préventive, prédictive, personnalisée et participative) - Résultats décevants des dépistages organisés : attente de décisions suite aux préconisations de l'Igas sur le pilotage national et les missions des CRCDC ; - Acceptabilité des autotests HPV à évaluer dans le cadre de l'expérimentation.
LE DIAGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> - Ségur investissement : accord de financement d'un 2^{ème} TEP ; - Activité de génétique tumorale par PCR pour le dépistage des mutations les plus fréquentes de certains cancers les plus fréquents (colorectal, mélanome, poumon) 	<ul style="list-style-type: none"> - Filière de recours rapide pour confirmation diagnostique : existante mais insuffisamment lisible ; - Dispositif d'annonce insuffisamment lisible ; - Pas d'offre de mammographie au CHU, retardant l'accès au bilan diagnostique en cas de résultats positifs de dépistage et limitant la formation universitaire en sénologie des internes de radiologie et jeunes assistants ;

		<ul style="list-style-type: none"> - Pas de dispositif régional de télépathologie pour raccourcir les délais diagnostiques et favoriser la mise en place d'une RCP d'anatomocytopathologie pour les cas à diagnostic difficile et les cas nécessitant une relecture systématique ; - Pas d'offre de génétique tumorale par séquençage pour les cancers du sein, des ovaires, de la prostate, du poumon (pour ce dernier : séquençage complémentaire à la PCR). - Imagerie métabolique diagnostique actuellement restreinte au FDG, sans possibilité exploratoire pour les cancers de la prostate, du foie et les tumeurs endocrines, par défaut de production locale d'isotopes à base de Gallium 68 (Ga68-Dotatoc, Ga68-PSMA), de Fluor 18 (F-Choline ; F-Dopa).
<p align="center">LE TRAITEMENT ET LE SUIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'un centre d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, avec un projet à venir de thérapie cellulaire par Car-T cells ; - Modernisation des plateaux (privé et public) de radiothérapie externe, avec acquisition par les établissements de nouveaux équipements et implémentation de nouvelles technologies : machines dédiées au traitement stéréotaxique, logiciels d'intelligence artificielle pour le contournage et la stéréotaxie, système de repositionnement surfacique, système de photobiomodulation pour améliorer la tolérance et réduire les effets indésirables de l'irradiation et les séquelles à type de neuropathie. 	<p><u>Oncologie pédiatrique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vétusté des locaux ; - Pas de radiothérapie pédiatrique à visée thérapeutique ; - Pas d'équipe spécifiquement dédiée aux Adolescents et Jeunes Adultes (AJA). <p><u>Oncologie adulte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Activité d'oncologie médicale individualisée en tant que telle dans le privé mais pas au CHU, où elle est rattachée à l'hématologie ; - Pas d'offre régionale de radiothérapie interne vectorisée (radiothérapie métabolique) ; - En oncogénétique médicale, pas de participation à un programme national de suivi multidisciplinaire, ni de RCP ; - Pas d'Unité de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) propre à La Réunion, malgré le vieillissement de la population ; <p><u>Coordination des parcours :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit global de coordination des parcours des patients, y compris au sein des établissements autorisés pour le traitement du cancer ; - Pas de projet d'innovation organisationnelle en cancérologie (au titre de l'article 51, par exemple), pour la coordination des parcours ou la gradation des soins entre la ville et l'hôpital. <p><u>Soins oncologiques de support et ETP :</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Délais estimés trop longs pour certaines consultations douleur et soins palliatifs ; - Sous-équipement en lits de soins palliatifs, avec une seule unité de soins palliatifs de 12 lits pour toute l'île, dont l'activité est occupée par la cancérologie à 90% ; - Pas de plateau pluridisciplinaire de soins de support, ni de programme d'ETP en cancérologie dans les établissements de santé ; - 2 programmes d'ETP, en ville uniquement, dans la zone Sud. <p><u>Reconstruction et prise en charge des séquelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Filière de reconstruction pas suffisamment lisible et peu accessible à les patients ; - Pas d'offre en SMR de cancérologie.
LE SOUTIEN DES PATIENTS ET DES AIDANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Soins oncologiques de support à la carte, en ville ; - 2 programmes d'ETP pour les patients ayant un cancer du sein ou de la prostate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de dispositif régional identifié d'information des patients et aidants ; - Pas de programme global post cancer.
L'ÉPIDÉMIOLOGIE	Un Registre régional des Cancers, labellisé	<ul style="list-style-type: none"> - Retard d'enregistrement des cas (actuellement n-4 et non n-2) ; - Pas de participation à l'étude nationale AGRICAN ; - Essor attendu d'exploitation des données pour des publications en épidémiologie descriptive et des travaux d'épidémiologie analytique.
LA RECHERCHE CLINIQUE		<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'orientation stratégique en cancérologie dans l'actuel projet de recherche du CHU ; - Pas de projet de centre d'études cliniques de phase précoce (CLIP) à La Réunion pour faciliter l'accès aux thérapies innovantes ; - Pas de projet régional fédérant le public et le privé pour favoriser et suivre l'inclusion des patients aux essais cliniques de métropole ; - Difficultés à ouvrir localement des centres investigateurs.

2. LES PRIORITES D' ACTIONS ENVISAGEES POUR LA REUNION

La stratégie décennale de lutte contre les cancers s'articule autour de quatre axes :

1. Améliorer la prévention ;
2. Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie ;
3. Lutter contre les cancers de mauvais pronostic ;
4. S'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Au regard de ces 4 axes, d'une part et d'autre part, de l'état des lieux des besoins et des ressources à La Réunion, des principales avancées mais aussi des difficultés persistantes dans la déclinaison régionale des trois précédents plans cancer, il nous paraît opportun et pertinent d'adapter les actions à notre réalité de terrain selon les quatre axes suivants :

1. Rendre lisible la prévention des risques liés au cancer et dépister mieux ;
2. Garantir l'accès au diagnostic précoce et aux innovations diagnostiques et thérapeutiques ;
3. Coordonner les parcours des patients;
4. Mieux soutenir et accompagner les patients et aidants.

LA DECLINAISON OPERATIONNELLE DES OBJECTIFS DE CANCEROLOGIE A LA REUNION

1. RENDRE LISIBLE LA PREVENTION DES RISQUES LIES AU CANCER ET DEPISTER MIEUX

1.1 Se protéger du risque infectieux

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
I.2.1 I.6.3	Soutien à l'offre de vaccination HPV auprès des adolescents et jeunes adultes	Déploiement d'interventions combinées de prévention en santé sexuelle et de vaccination HPV	ARS - Assurance maladie	Associations de santé sexuelle, Cegidd, Corevih, Missions locales, MDA, RSMA, URPS médecins, pharmaciens et SF, DSRC	1 expérimentation en 2020-2021 en milieu scolaire	2023-2024	Taux de vaccination HPV selon le schéma vaccinal recommandé	30%
I.6.3	Evaluation de la mise en œuvre du processus de prévention ciblée du cancer de l'estomac	Il s'agit d'identifier les éventuels freins à la mise en œuvre des RBP de la HAS, relatives au dépistage d' <i>Helicobacter pylori</i> , par les MT, les GE et les chirurgiens bariatriques, auprès des publics à risque de cancer de l'estomac pour mise sous traitement avec contrôle de l'éradication.	DSRC	ARS, Assurance maladie, 3C, URPS médecins, CSO	à déployer	2023	Taux d'application des RBP de la HAS Mesures correctives identifiées.	Evaluation finalisée fin 2023

1.2 Diminuer les risques d'exposition aux UV et polluants de l'environnement

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
I.2.1 I.7.4 I.7.5 I.8.5	Prévention du risque solaire auprès des enfants, adultes et travailleurs exposés	Sensibilisation à la protection solaire et thermique intégrée au programme d'acquisition des connaissances en sciences dans les écoles maternelles et primaires, avec information des parents sur la démarche	ARS	Partenaires du PRSE, associations de santé au travail, Rectorat, opérateurs associatifs, URPS médecins, ORS, collectivités territoriales, Assurance maladie	actions d'éducation à la santé en cours, principalement en milieu scolaire	2022-2023	Nb de classes sensibilisées en écoles maternelles et primaires rapporté au total des classes de la région.	50%
	Plaidoyer auprès des collectivités (communes notamment) pour un bâti à haute qualité environnementale.	à déployer			2023-2024	Proportion d'écoles ayant intégré la prévention solaire dans leur projet, concernant le bâti et la réduction	Progression de t0 à t5	

							des activités sportives extérieures en périodes de fort ensoleillement.		
							Proportion de communes ayant intégré la qualité environnementale de leurs installations collectives dans les CLS.		
		Mobilisation des équipes de santé au travail à la sensibilisation des travailleurs exposés et des employeurs					évaluation des cancers cutanés attribuables à l'exposition solaire professionnelle en cours	2023-2024	A déterminer en fonction de l'existant
I.9.3	Programme expérimental de réduction des risques d'exposition aux perturbateurs endocriniens dans la fenêtre des 1000 jours	Action combinant la formation des professionnels de la périnatalité et petite enfance aux perturbations endocriniennes induites par l'usage de certains produits et la sensibilisation des parents pour qu'ils réduisent l'exposition des enfants à ces produits.	ARS	3 maternités, PMI, opérateur de formation	début en 2022	Bilan fin 2022 pour suite à donner	nb de maternités et maison de naissance engagées dans la démarche rapporté au nb total de maternités et maison de naissance de la région	100%	
I.7.4 I.7.5	Etude d'exposition des patients ayant des pathologies pouvant être en rapport avec certains polluants de l'environnement	Des pathologies telles que les leucémies, tumeurs cérébrales, hypospadias, fente palatine chez des enfants peuvent être liées à une exposition prénatale à des pesticides, du fait de la profession de l'un des parents. La Réunion disposant à la fois de registres de malformations congénitales et des cancers, il s'agit de mettre en place une étude visant à identifier dans le parcours des patients concernés des facteurs de risque d'exposition, afin de pouvoir	ARS - Registres des malformations congénitales et des cancers -IRD	ES ayant une autorisation de gynéco-obstétrique ou de traitement du cancer	à déployer	2023- 2024	- étude réalisée avec géolocalisation des cas -actions de prévention, le cas échéant, à l'issue de l'étude	Etude sur 3 ans	

		mettre en place des actions de prévention.						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.3 Encourager les communes à développer des initiatives en faveur de l'équilibre nutritionnel et l'activité physique

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
1.2.2 1.5.7	Développer une offre de sport santé de qualité et accessible et promouvoir la santé et le bien-être par l'activité physique	Cf. Plan Réunionnais Nutrition Diabète (PRND)	ARS/DRAJES	ARS, Acteurs du monde sportif, URPS médecins, URPS MK, CROS, collectivités, IREPS	En cours		Nb de créneaux sport santé labellisés	+30%
1.5.6	Inclusion de la nutrition et du sport santé dans les CLS		ARS/DRAJES	Communes, DAAF, IREPS, SpF	En cours		Nb de CLS signés et incluant la nutrition et l'activité physique rapporté au nb total de CLS signés	100%

1.4 Etendre les lieux sans tabac

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
1.2.1 1.3.2	Extension des "lieux sans tabac" dans les structures du périmètre de l'ARS (établissements de santé et médico-sociaux) et hors périmètre ARS (terrasses, plages, entreprises)	AAP commun ARS / Préfecture avec extension, en 2022, aux services de psychiatrie et établissements médico-sociaux. Existence de consultations de tabacologie dans 3 maternités sur 7.	ARS - Préfecture (MILDECA)	ES, ESMS, entreprises, communes	En cours	AAP annuel	Nb d'établissements de santé et EMS identifiés « lieux sans tabac » Suivi du score global	100%

1.5 Diversifier et simplifier l'accès au dépistage en allant vers les publics cibles

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
I.12.1	Offre de dépistage des cancers aux patients hospitalisés ou consultant pour un autre motif de recours que la cancérologie, avec respect des critères d'éligibilité	Incitation des ES, notamment ceux autorisés au traitement du cancer, à participer au dépistage des cancers, dans une approche combinant le soin à la prévention secondaire.	ARS -ES	DSRC, CRCDC, Université	à déployer	2023-2024	Nb d'ES autorisés dans le traitement du cancer et mettant en œuvre l'offre de dépistage rapporté au nb total d'ES autorisés dans le traitement du cancer	100%
		Développement d'une offre de mammographie dans les ES publics, contribuant notamment à la formation des internes et assistants de radiologie à la sénologie.					Nb d'ES publics autorisés au traitement du cancer et proposant une offre de mammographie rapporté au total d'ES publics autorisés	Progression de t0 à t5
							Nb d'internes ou d'assistants en radiologie formés à la sénologie à La Réunion. Part du public dans le dépistage organisé et individuel du cancer du sein	
I.12.1	AMI pour création de dispositif de prévention personnalisée, destiné aux personnes identifiées comme étant à risque de cancer.	Repérage des personnes à risque de cancer par les médecins traitants ou du travail. Orientation vers le dispositif de prévention	ARS – ES	IGR, URPS médecins, structures de santé au travail.	à déployer	2023-2024	Nb d'ES proposant l'offre de de prévention personnalisée rapporté au nb total d'ES MCO autorisés	50%

		personnalisée pour évaluation, bilan et conseils.					au traitement du cancer	
							Nb de médecins ayant participé aux formations sur le repérage des patients à risque	Progression de t0 à t5
I.12.4	AMI pour dispositif dédié à la prise en charge pluridisciplinaire de la ménopause , incluant le dépistage des cancers.	Il s'agit de faciliter le déploiement d'une offre clairement lisible de consultation pluridisciplinaire de la (péri)ménopause, à visée évaluative des différents facteurs de risque (métaboliques, osseux, cardiovasculaires, génito-urinaires) et motivationnelle pour le dépistage des cancers.	ARS	ES ayant une autorisation de gynéco-obstétrique, MSP avec projet de santé périnatalité / cancer, Cegidd, associations de santé sexuelle, URPS médecins, URPS sages-femmes, DSRC, Assurance Maladie	à déployer	2023-2024	Taux de participation des femmes de 45 à 75 ans au dépistage des cancers par commune et par tranche d'âge	70% pour CS 80% pour CCU
I.9.2	Participation des pharmaciens d'officine, des kinésithérapeutes et des IDE libéraux à l'offre de dépistage du CCR	Pharmaciens d'officine pour la remise des kits de dépistage. Kinésithérapeutes et IDE libéraux pour sensibilisation et accompagnement des personnes à la réalisation du test, lors des visites à domicile	URPS pharmaciens, kinésithérapeutes, IDE	ARS, Assurance maladie, CRCDC, URPS médecins	à déployer	2023-2024	Taux de participation au dépistage du CCR par sexe, commune et tranche d'âge	45% pour CCR
I.12.3 I.12.4	AAC pour le déploiement du programme Handigynéco® intégrant le dépistage des cancers dans l'offre de suivi gynécologique des	Aux actions de sensibilisation à la vie intime et affective réalisées par les associations de santé sexuelle, sera adossée une offre de consultations de suivi gynécologique aux femmes des ESMS, assurées par des	ARS - ESMS	Opérateurs de santé sexuelle, associations de PH, CR-VIASP, SAPPH, URPS SF, URPS médecins, Cegidd	à déployer	2024-2025	Nb d'ESMS participant au programme Handigynéco® rapporté au nb total d'ESMS	50%

	femmes en situation de handicap	sages-femmes libérales formées ou par les Cegidd. Au suivi gynécologique seront associées des propositions de dépistage des cancers.						
I.12.3 I.12.4 IV.3.3 IV.3.4 IV.4.4	Expérimentation d'une offre mobile de suivi gynécologique en direction des femmes en situation de vulnérabilité, intégrant le dépistage du cancer du col utérin et l'incitation au dépistage du cancer du sein.	Il s'agit d'aller vers les femmes en situation de vulnérabilité domiciliées dans les Hauts de l'Ouest de l'île, en leur proposant des ateliers de sensibilisation à l'intérêt du suivi gynécologique, associés à la possibilité d'un examen médical de prévention avec apprentissage à l'auto-prélèvement HPV. L'évaluation de l'action portera sur l'acceptabilité de l'offre et sa reproductibilité.	ARS	Opérateurs de santé sexuelle (association, Cegidd), Registre des cancers	à déployer	2023	Nb de femmes acceptant le suivi gynécologique rapporté au nb de femmes ayant participé aux ateliers Nb de femmes participant au dépistage d'un cancer (col utérus ou sein) rapporté au nb de femmes ayant accepté le suivi gynécologique	Progression de t0 à t5 (si évaluation positive)

2. GARANTIR L'ACCES PLUS RAPIDE AU DIAGNOSTIC ET AUX INNOVATIONS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

2.1 Réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques par un accès rapide au diagnostic et une entrée accélérée dans les filières de traitement

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
II.4.7 III.2.2 III.2.3 III.3.3	AMI pour déploiement de dispositifs de diagnostic rapide et de filières d'entrée accélérée dans le soin pour les cancers à dépistage organisé ou de mauvais pronostic ou dont la survie à 5 ans est perfectible (estomac, poumon, ORL, foie, endomètre, cerveau, pancréas, sarcome)	Mise en place de circuits courts entre dépistage positif et diagnostic: ligne téléphonique et adresse mail dédiées, réponse rapide aux sollicitations, dispositif coupe-file pour RV et bilan diagnostique en 1 seul tenant (HDJ), suivi de synthèse pluridisciplinaire et courriers au MT et remis aux patients à la sortie. Entrée accélérée ensuite dans les filières de traitement: RCP et CS d'annonce rapides avec PPS remis et expliqué, pour début de PEC.	ARS - ES	MSP, CPTS, URPS médecins, pharmaciens, IDE, SF	à déployer	2024-2025	Nb d'ES participants rapporté au nb total d'ES ayant une autorisation de traitement du cancer Pour les cancers dépistables: délais entre dépistage positif et diagnostic Pour les cancers dépistables : délais entre diagnostic positif et mise sous traitement	50% Décroissance de t0 à t5
III.2.3 III.2.4	Optimisation des délais d'accès à l'imagerie diagnostique, y compris interventionnelle	Evaluation des besoins en TEP-TDM / TEP-IRM et des délais d'accès à l'imagerie diagnostique (y compris interventionnelle) dans le cadre des travaux du PRS.	ARS	ES, cabinets d'imagerie médicale, DSRC, associations de patients	à déployer	2023-2024	Délais d'accès mesurés Solutions identifiées	Réduction des délais de t0 à t5
II.2.3 II.3.4 II.3.5 IV.4.2 IV.4.3 IV.4.5	Soutien à la mise en place d'une plateforme régionale de pathologie digitale	Passage à la microscopie virtuelle assistée par l'IA, associant public et privé et avec connexion digitale avec la métropole, permettant de réduire les délais diagnostiques pour les cas difficiles et ceux à relecture systématique (lymphomes, sarcomes, mésothéliomes et tumeurs neuroendocrines rares) par les réseaux de référence.	ARS	GCS Tesis, ES autorisés pour le traitement du cancer, services hospitaliers et cabinets libéraux d'ACP, Registre des cancers	à déployer	2023-2024	Nb de diagnostics ACP pour cas difficiles ou à relecture systématique réalisés par la plateforme. (actuellement 300 diagnostics par an, tous laboratoires confondus)	croissance de t0 à t5

		Facilitation de la formation collégiale, pouvant conduire au développement de compétences d'expertise à La Réunion					Nb de pathologistes ayant une compétence reconnue soit localement soit par l'intégration à un réseau national de relecture	
		Décompte annuel des nouveaux cas diagnostiqués en temps réel, en contractualisant le codage des cancers a minima dans tous les laboratoires d'anatomie pathologique pour standardiser l'extraction des données.					Nombre annuel de nouveaux cas diagnostiqués selon les localisations.	disponibilité dès 2024 des données 2023
III.2.3 III.3.3	Poursuite de l'étude descriptive des parcours de soin des patients atteints de cancers actuellement dépistables	Etude à partir des bases du SNDS	ARS	ES autorisés au traitement du cancer, Registre des cancers	à poursuivre		Délais dépistage – diagnostic selon caractéristiques des patients Délais diagnostic – traitement selon caractéristiques des patients Durée de prise en charge selon caractéristiques des patients	Intégration des résultats dans le tableau de bord annuel et régional de cancérologie

2.2 Rendre la médecine de précision accessible à tous

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
II.3.3 II.3.4 II.3.5 IV.4.4 IV.4.5	Développement du recours aux tests moléculaires , afin de faciliter l'accès aux thérapies ciblées et à l'immunothérapie	Mise en place d'une plateforme régionale de génétique tumorale, en complément des tests moléculaires existants de 1er niveau assurés par les services et cabinets d'ACP (IHC, FISH, PCR).	ARS	Services hospitaliers et cabinets libéraux d'ACP, ES autorisés pour le traitement du cancer, URPS médecins, URPS biologistes.	à déployer	2024	Nb de tests de génétique tumorale réalisés à La Réunion	croissance de t0 à t5
							Délais de mise sous thérapies ciblées ou sous immunothérapie	décroissance de t0 à t5
II.3.4 II.3.5 II.9.3	Soutien au développement d'une offre de radiologie interventionnelle thérapeutique	Création d'une offre de réduction tumorale par techniques mini-invasives (radiofréquence, cryothérapie, chimio-embolisation, immunothérapie intra-tumorale)	ARS - ES	IGR (ou autre partenaire ayant une expertise en métropole)	à déployer	2024	Nb d'actes réalisés à La Réunion rapporté au nombre total d'actes réalisés (à La Réunion ou en métropole) pour l'ensemble des patients domiciliés à La Réunion	croissance de t0 à t5
II.3.3 II.3.4 II.3.5 IV.4.1 IV.4.4	Soutien à l'inclusion des patients (enfants, adolescents, adultes) de La Réunion aux essais cliniques, y compris de phase précoce	Intégration de la cancérologie dans le projet de recherche clinique du CHU	ARS - CHU	GHT, ES privés autorisés au traitement du cancer, 3C, DSRC, 3C	à déployer	2023-2024	Cancérologie intégrée au projet de recherche du CHU	croissance de t0 à t5
		Facilitation au développement de centres investigateurs à La Réunion, associant le public et le privé.	ARS				Nb de protocoles de recherche en cancérologie ouverts à La Réunion dans le cadre de centres investigateurs pour enfants, AJA et adultes	
		Création de consultations de pré-inclusion à La Réunion, pour optimiser les transferts sanitaires des patients éligibles aux essais cliniques de métropole.	ARS-ES			Nb de patients inclus dans les essais cliniques de métropole et ayant bénéficié de consultation de pré-inclusion à La Réunion rapporté au nb total de patients inclus dans les essais de métropole		
		Saisine de l'INCa pour évaluer l'opportunité et la pertinence	ARS			INCa	2023	Rapport d'évaluation INCa

		soit d'un CLIP à La Réunion soit du rattachement de La Réunion à un CLIP de métropole.							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

2.3 Limiter les complications et séquelles

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
II.3.4 II.3.5 II.7.5 II.9.3	Soutien à la poursuite de la modernisation de l'offre régionale de radiothérapie concourant à une irradiation de haute précision	Poursuite du déploiement de nouvelles techniques de radiothérapie pour une palette complète et diversifiée en modulation d'intensité, en conditions stéréotaxiques, adaptatives, synchronisées et guidées par l'imagerie en temps réel. Formation des équipes à la maîtrise des nouvelles techniques.	ARS-ES	DSRC, 3C	à poursuivre	2023-2024	Nb de plateaux de radiothérapie avec palette complète rapporté au nb total de plateaux de radiothérapie Effectifs de praticiens formés aux nouvelles techniques rapporté aux effectifs totaux Proportion de patients traités et ayant eu une complication de grade \geq 2.	100% Décroissance de t0 à t5
II.3.4 II.3.5 II.7.5	Généralisation de l'usage de la chirurgie robotisée en cancérologie, notamment gynécologique, urologique et ORL.	Recours à la chirurgie robotisée, notamment pour les cancers gynécologiques (col utérin, endomètre, ovaire) et urologiques. Gains : réduction des temps opératoires et des complications, accélération de la courbe d'apprentissage.	ARS	ES autorisés au traitement du cancer, 3C	à mutualiser (2 robots existants sur les 2 sites du CHU)	2024-2025	Proportions de patients traités par chirurgie robotisée selon des indications ciblées à définir	100%
II.3.5 II.5.1 II.5.5 II.6.2 II.7.5	AMI pour généralisation de la Réhabilitation Améliorée Après la Chirurgie carcinologique (RAAC)	Un bilan du déploiement de la RAAC dans les différentes spécialités d'organe sera effectué dans le cadre des travaux du PRS. En fonction des résultats, sera appréciée l'opportunité d'un AMI pour la généralisation de la RAAC en chirurgie carcinologique.	ARS	ES autorisés pour le traitement chirurgical du cancer, DSRC	à renforcer (sein, poumon, digestif, ORL), le cas échéant	2024-2025	Proportions de patients bénéficiaires des RAAC en chirurgie oncologique digestive, gynécologique	Croissance de t0 à t5
II.5.1 II.5.3 II.7.1 II.7.2	Organisation d'une offre de prise en charge des séquelles par la réhabilitation et la reconstruction	Un état des lieux de l'offre existante de prise en charge des séquelles par la réhabilitation fonctionnelle et la reconstruction sera réalisé, dans le cadre des travaux du PRS. En fonction	ARS DSRC	ES autorisés au traitement du cancer, à la chirurgie et aux SMR	à déployer	2023-2024	Etat des lieux réalisé et partagé. Filières identifiées.	Fin 2023

		des résultats, sera appréciée l'opportunité d'un AMI pour la mise en place de filières identifiées de réhabilitation fonctionnelle et de reconstruction.					Nb de patients ayant bénéficié d'une reconstruction ou d'un programme de réhabilitation rapporté au nb total de patients éligibles et désireux d'en bénéficier	Croissance de t0 à t5
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

2.4 Consolider la filière d'oncopédiatrie

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
IV.2.4 IV.2.7 IV.2.10	Installation du service d'oncopédiatrie dans des locaux adaptés	Les conditions de fonctionnement du service d'oncopédiatrie feront l'objet d'un suivi attentif dans le cadre des travaux de modernisation des installations du CHU Nord.			Projet validé dans le cadre du Ségur investissement	2023-2027	Rapport de visite de conformité à l'installation dans les nouveaux locaux	2027
IV.2.9	Lisibilité du parcours de soins oncologiques de support pédiatriques, intégrant la période de la transition	Les soins oncologiques de support pédiatriques feront l'objet d'un programme spécifique. Les aspects liés à la prise en charge de la douleur pédiatrique et la transition pourront être abordés de concert avec les autres surspécialités pédiatriques.	ARS-CHU	Services d'oncopédiatrie et de pédiatrie, services d'oncologie d'adultes, équipes de préservation de la fertilité, Cegidd, associations de parents	à déployer	2023-2024	Nb de patients de la file active d'oncopédiatrie bénéficiaires de parcours structurés de soins de support rapporté au nb total de la file active d'oncopédiatrie	Croissance de t0 à t5
IV.2.11	Structuration d'un suivi pluridisciplinaire au long cours des enfants, adolescents et jeunes adultes	Suivi au long cours associant les équipes d'adultes.			à déployer	2023-2024	Proportion de patients en rémission complète et bénéficiaires d'un suivi au long cours	

3. COORDONNER LES PARCOURS DES PATIENTS

3.1 Proposer aux patients, autant que possible, l'accès à des soins coordonnés de proximité

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
<p>II.3.5 II.4.7 II.8.1 II.9.1 II.9.3</p>	<p>AMI pour la mise en place de parcours, combinés ville – hôpital pour la chimiothérapie orale ou l'immunothérapie</p>	<p>Innovations organisationnelles (notamment dans le cadre de l'article 51) associant les ES et les professionnels de ville, pour l'organisation de séquences de soins, alternées et coordonnées entre la ville et l'hôpital, des patients sous chimiothérapie orale ou immunothérapie, aux différents temps de prise en charge (initiation du traitement, suivi, fin de traitement). Les séquences peuvent être structurées en programmes d'ETP.</p>	<p>ARS - Assurance maladie</p>	<p>ES autorisés pour les TMSC, URPS pharmaciens, médecins, IDE, DSRC, CPTS</p>	<p>à déployer</p>	<p>2023-2024</p>	<p>Nb d'ES autorisés (ou associés) pour le TMSC et participants rapporté au nb total d'ES autorisés (ou associés) pour les TMSC</p> <p>Proportions de patients sous chimiothérapie orale ou immunothérapie en suivi combiné ville – hôpital</p>	<p>100%</p> <p>progression de t0 à t5</p>

3.2 Favoriser la qualité de vie des patients par une offre coordonnée de soins oncologiques de support en proximité

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
II.5.5 II.6.2 II.6.5 II.6.6 II.13.1 III.3.4 III.3.5 III.3.6 III.6.1	Organisation de parcours structurés de Soins Oncologiques de Support (SOS) en établissements et en ville. Le contenu des SOS est défini par l'instruction DGOS du 23/02/2017.	Offre de SOS structurée et identifiable dans les ES autorisés au traitement du cancer pour tous les nouveaux patients. Pour la suite du parcours, séquences de SOS coordonnées avec la ville, (avec possibilité de recourir à l'article 51, le cas échéant). Les SOS peuvent être organisés en programmes d'ETP.	ARS - Assurance maladie	ES autorisés pour le traitement du cancer ou SMR à orientation oncologique, organisations de 1er recours avec le volet cancer dans leur projet de santé (MSP, CPTS) URPS médecins, URPS MK, structures d'APA, associations de patients, DSRC	à déployer	2023-2024	Nb d'ES autorisés au traitement du cancer ou en SMR oncologiques avec offre structurée de SOS rapporté au nb total d'ES autorisés	100%
							Nb de parcours structurés de SOS en ville par zone de proximité	≥ 1 par zone de proximité
							Proportion de programmes d'ETP en oncologie associant des patients partenaires	progression de t0 à t5
							Proportion de patients bénéficiaires de SOS coordonnés avec la ville	

4. MIEUX SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES PATIENTS ET AIDANTS

4.1 Offrir aux personnes la possibilité d'un soutien durant leur parcours

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
II.5.5 III.7.3 IV.3.4	Déploiement d'offres territorialisées de parcours global post cancer.	Cf. instruction ministérielle avec participation de patients partenaires	ARS	ES, Associations de patients, opérateurs d'APA, URPS MK, DSRC	à déployer	2023-2024	Nb d'offres de parcours global post cancer par zone de proximité	≥ 1 offre par zone de proximité
II.13.1 II.6.2	Sensibilisation des professionnels de santé et des patients au bénéfice du maintien d'une activité professionnelle adaptée pendant et après le traitement.	Les innovations diagnostiques et thérapeutiques tendent à faire évoluer les cancers vers les maladies chroniques. Or, l'impact négatif de la maladie sur les trajectoires professionnelles ne tend pas à s'estomper avec le temps. Il en résulte la nécessité de favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des patients, en sensibilisant les professionnels de santé sur les possibilités d'aménagement du travail, y compris pendant la phase active de traitement. Le maintien de l'activité professionnelle contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients concernés.	ARS	Associations de patients, organismes de santé au travail, URPS et ES, DSRC	à déployer	2024	Nb de médecins (traitants, oncologues) et de patients partenaires ayant participé aux formations communes sur l'activité professionnelle adaptée à différents temps du parcours Proportion de patients maintenant ou retrouvant une activité professionnelle.	Progression de t0 à t5

4.2 Apporter aux patients et aidants une information adaptée en prévention, soins et après cancer

Référence INCa	Libellé de l'action	Descriptif de l'action	Pilotes	Partenaires	Etat d'avancement	Calendrier (début)	Indicateurs ARS	Cible ARS à 5 ans
II.6.2 II.7.6 II.12.4 II.13.1	Connaissance des besoins et attentes des patients et aidants tout au long du parcours de soin	Réalisation d'une étude d'évaluation des besoins et attentes des patients et aidants aux différents temps de prise en charge (dépistage, diagnostic, traitement), afin de pouvoir mieux outiller les professionnels de santé et adapter l'offre de santé, le cas échéant.	Associations de patients	ARS, Assurance maladie, ES, URPS, DSRC, 3C	à déployer	2023	Constats partagés Pistes d'action consensuelles	mise en œuvre des actions

IV.4.1 IV.4.4 IV.3.4 IV.3.5	Information adaptée aux patients de La Réunion, en tenant compte des particularités locales, en termes de niveaux de littératie en santé et de difficultés d'accès et de maîtrise du numérique.	Le diagnostic territorial fait apparaître des difficultés avec l'écrit et d'accès au numérique pour des personnes de 50 ans et plus et selon un gradient social. De fait, les supports disponibles au niveau national ne sont pas toujours adaptés au contexte local. Leur adaptation sous différentes modalités pourra contribuer à faciliter l'accès aux soins ainsi que l'accompagnement des patients et aidants. A cet effet, l'alliance entre patients et professionnels de santé est essentielle.	Associations de patients	ARS, Assurance maladie, ES, URPS, DSRC	à poursuivre	2023 - 2024	Nb de patients formés à devenir des patients partenaires	Progression de t0 à t5
							Nb de professionnels de santé ayant participé aux formations de patients partenaires	
							Niveaux d'utilisation, de satisfaction des supports locaux	
II.6.5 II.7.6 II.10.3 II.12.4 III.2.2 III.3.4	Identification de lieux d'accueil et d'information des patients et des aidants	Lieux d'accueil et d'information avec mise à disposition de supports d'information, organisation de groupes de parole. Ces lieux sont, de préférence, intégrés aux espaces ou maisons des usagers au sein des ES.	Associations de patients	ARS, ES, structures de 1er recours, DSRC, collectivités			Nb de lieux d'accueil et d'information par zone de proximité	≥ 1 offre par zone de proximité

