

PRS 2023-2033 : Suivi et mise en œuvre

Comité de suivi Cancer
ARS La Réunion

SAINT-DENIS · Jeudi 23 avril 2026

Modalités de suivi du PRS



PRS – Modalités de suivi

→ Un Projet Régional de Santé construit autour de 15 priorités régionales

Modalités :

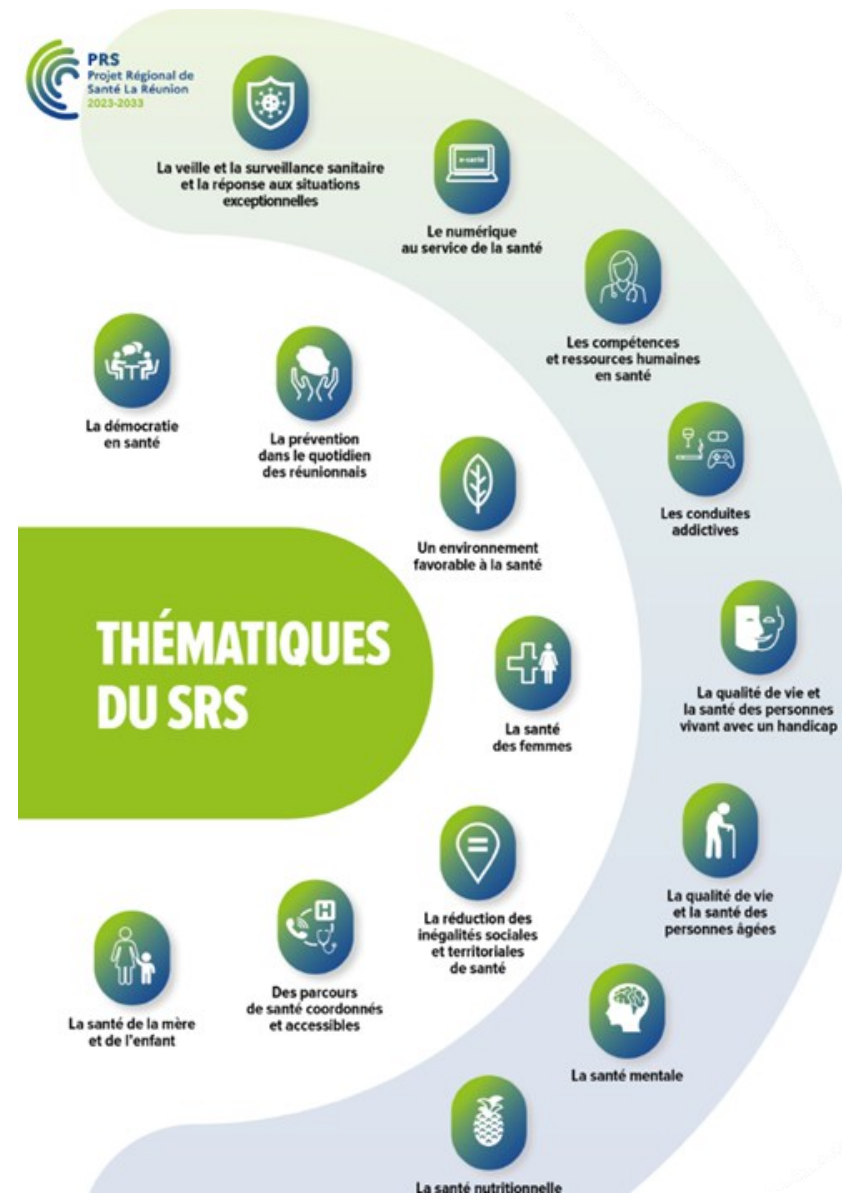
- **Des comités de suivi dédiés** pour chacune des priorités de santé du PRS La Réunion depuis 2024
- **Réunion** annuelle ou bi annuelle pour l'ensemble des thématiques. Animation par l'ARS.

Travaux des comités de suivi :

Priorisation des actions du PRS et échanges en séance → élaboration de la nouvelle programmation

⇒ Feuilles de route 2026-2027 qui inscrit les engagements prioritaires de l'ARS sur la période

Suivi des actions du PRS : recherche des convergences entre les programmations nationales, régionales, les actions de l'ARS et celles des partenaires, partage des avancées annuelles, des actions en cours, identification des freins



PRS et Feuille de route cancer



PRS et Feuille de route cancer : quels liens ?

PRS

- C'est un outil de programmation régionale à la main de l'ARS (autonomie)
- Comporte plusieurs volets, dont :
 - ❖ les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) relatifs aux implantations d'activités de soins soumises à autorisation ARS:
 - Traitement du cancer;
 - Génétique moléculaire;
 - Équipements et Matériel Lourd (EML) en imagerie médicale;
 - Radiologie interventionnelle;
 - Médecine nucléaire.
 - ❖ la Feuille de Route Cancer, construite à part, hors PRS.

Feuille de route cancer

- C'est une déclinaison régionale de la feuille de route nationale, pilotée par l'INCa;
- Déclinaison des actions au regard des orientations nationales, visant à :
 - ✓ Prévenir l'apparition des cancers;
 - ✓ Dépister précocement les cancers;
 - ✓ Garantir la qualité et la sécurité des parcours de soins, du dépistage, au diagnostic, au traitement et à l'après-cancer;
 - ✓ Veiller à l'équité d'accès, pour les publics vulnérables (AJA, PSH, PA, résidents ultra-marins).
- Objectifs :
 - ✓ améliorer la survie à 5 ans;
 - ✓ réduire les séquelles;
 - ✓ favoriser le maintien de l'insertion professionnelle.

Objectifs de l'atelier

01

Partager et consolider le diagnostic régional

Mettre en discussion le bilan de la FDR 2022-2025, les enseignements du questionnaire régional et les fragilités repérées.

02

Discuter les principaux points de blocage du parcours

Croiser les analyses des acteurs pour confirmer, nuancer ou réorienter l'hypothèse de travail sur les fragilités aux interfaces du parcours.

03

Faire émerger les priorités opérationnelles pour 2026–2030

Identifier les priorités et les leviers d'action à approfondir dans la nouvelle feuille de route régionale en cancérologie.

04

Installer la démarche de construction collective

Présenter les groupes de travail, les modalités d'animation et le calendrier d'élaboration.

1. Partager et consolider le diagnostic régional



Le bilan FDR 1 - 2022–2025

1

Cadre national

4

Axes stratégiques

35

Actions définies

65

Indicateurs de suivi

Une dynamique engagée sur le parcours cancer

Prévention

Poursuite des actions sur facteurs de risque · Mobilisation autour de la vaccination HPV

Dépistage

Offre complémentaire · Premières démarches d'aller-vers collectif

Diagnostic

Chantiers engagés en télépathologie et génétique moléculaire

Traitement

Modernisation de l'offre · Annonce et soins de support structurés (encore inégale)

Mais des résultats encore insuffisants

Comportements à risque persistants

Sédentarité, alcool, tabac : niveaux encore élevés dans la population réunionnaise. Vaccination HPV encore trop faible.

Dépistages en deçà des cibles

Participation au DOCS, DOCCR et DCCU insuffisante .

Délais diagnostiques insatisfaisants

Fragilités persistantes en endoscopie, imagerie et diagnostics spécialisés. Suivi des dépistés positifs insuffisant.

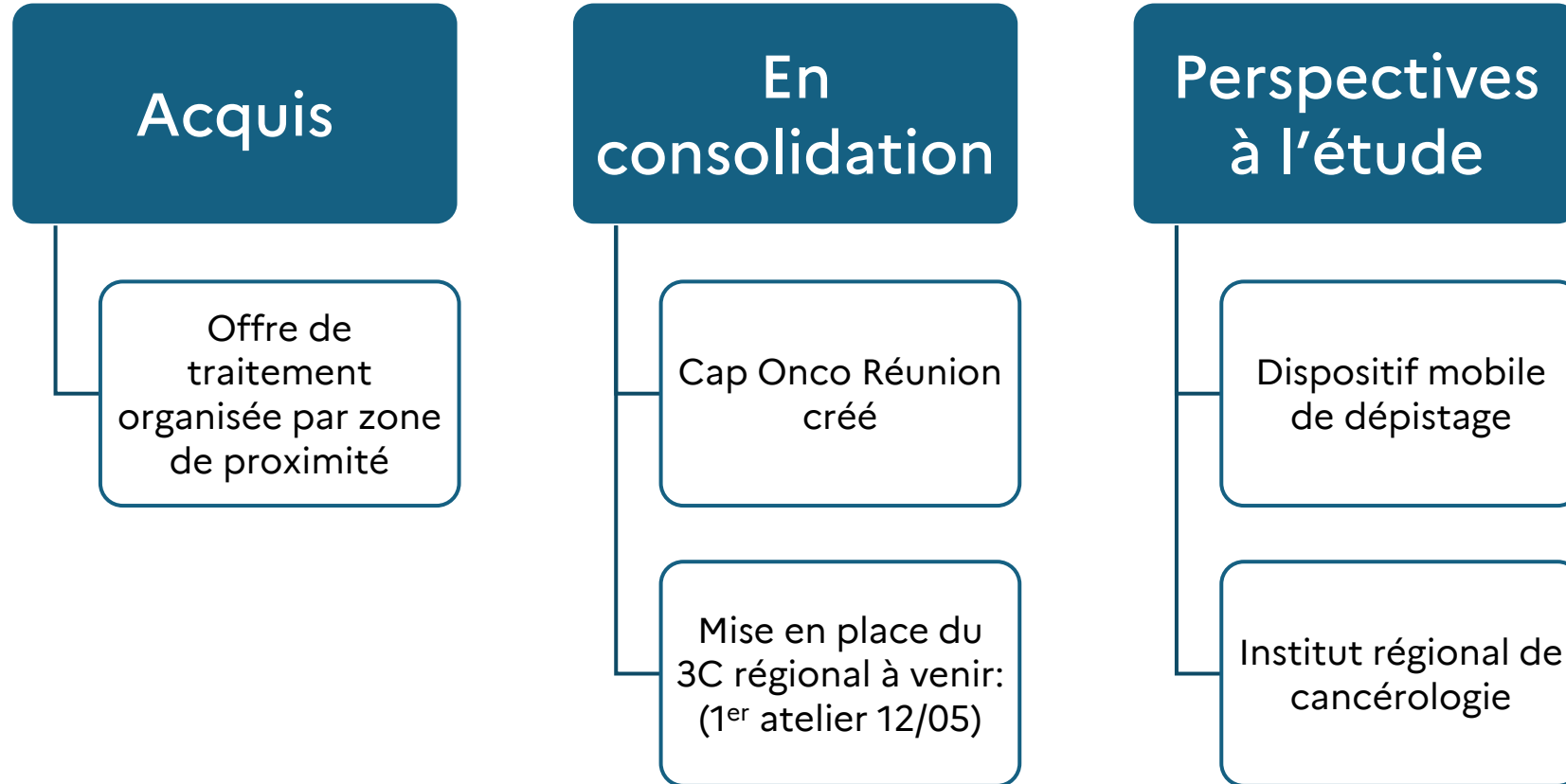
Organisation hétérogène

RCP, annonce, soins oncologiques de support : organisation variable selon les structures et territoires.

Accès contraint aux expertises

Certaines innovations et expertises rares restent peu accessibles . Offre post-cancer peu structurée.

Structuration régionale en cours



Le diagnostic régional partagé

En amont du parcours

- Messages insuffisamment adaptés aux réalités locales
- Participation aux dépistages en-deçà des objectifs
- Freins sociaux, culturels et linguistiques persistants

Aux interfaces du parcours

- Délais longs et pertes de fluidité au diagnostic
- Goulots d'étranglement sur examens clés
- Coordination hétérogène entre diagnostic, RCP, traitement et post-cancer

En aval du parcours

- Offre adulte globalement complète mais disparités territoriales
- Accès aux innovations et suivi post-cancer fragmentés
- Soins de support insuffisamment structurés

Les enjeux concernent plusieurs maillons du parcours — ils appellent une coordination régionale plus lisible, continue et structurée.

Résultats du questionnaire flash — Parcours cancer à La Réunion

58

réponses analysées

56.9%

issus des établissements
MCO

53.4%

priorisent les parcours
rapides (suspicion)

43.1%

ont répondu à la question
ouverte

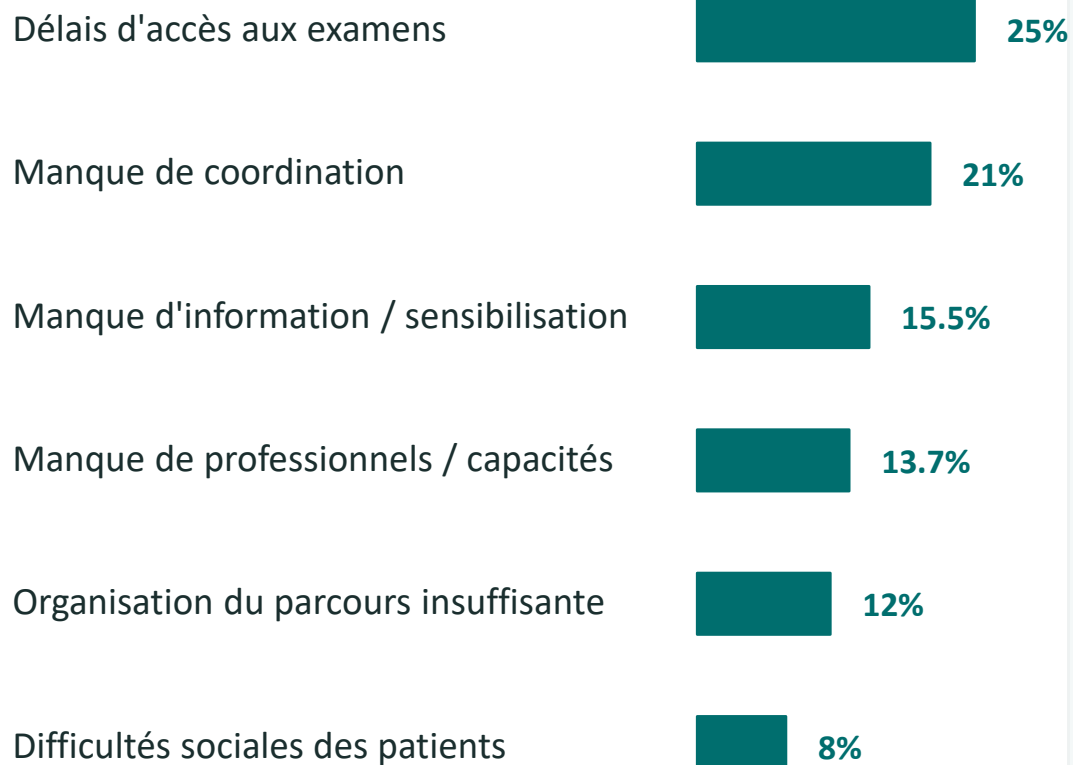
Les 5 difficultés principales (1re + 2e citations cumulées)

	1re difficulté	2e difficulté
Absence de parcours structuré pré/post traitement	13	5
Faible participation — dépistage sein	7	7
Délais d'accès aux examens diagnostiques	6	7
Accès insuffisant aux soins de support	5	6
Délais d'accès mammographie dépistage	6	6

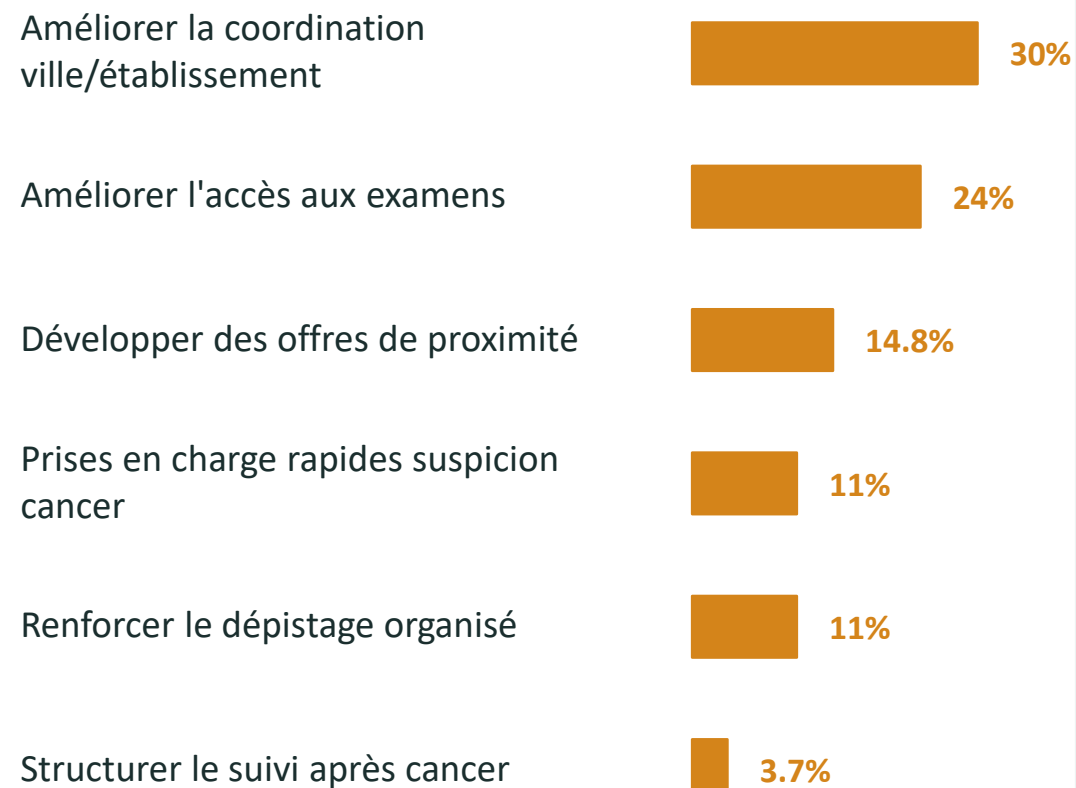
Signal fort : la tension touche aussi bien l'amont (dépistage) que l'aval (post-traitement) du parcours.

Causes identifiées & Leviers d'action prioritaires

Raisons principales identifiées



Actions à impact immédiat





Sélection de verbatims des répondants (réponses libres)

Thèmes récurrents

Coordination renforcée, guichet unique et parcours formalisés

Accès plus rapide au diagnostic: IRM, scanner, anatomopathologie, blocs

Dépistage de proximité et campagnes ciblées sur les publics moins atteints

Soins de support et suivi après cancer plus accessibles et continus

Équité territoriale et expertises rares: oncogénétique, recherche, cartographie de l'offre

Verbatims illustratifs

« Guichet unique +++ »

« Faciliter le lien ville-hôpital avec des moyens de communication sécurisés »

« Tous les patients devraient pouvoir accéder aux soins de support socle de l'INCa »

Ces propositions reflètent la diversité des besoins exprimés sur le terrain réunionnais et alimenteront directement les travaux des 4 groupes de travail de la feuille de route.

Synthèse : 6 enseignements clés

1

La coordination : enjeu transversal N°1

Cité comme action prioritaire par 16 répondants et comme action sous-développée par 16 autres.

2

Les délais diagnostiques : urgence partagée

Délais d'accès aux examens et de traitement figurent dans le top 3 des difficultés et des attentes.

3

Parcours pré/post traitement : lacune majeure

Absence de parcours structuré : difficulté principale pour 13 répondants (22%).

4

Soins de support : insuffisamment développés

7 répondants pointent un développement insuffisant · 5 en font leur 2e difficulté principale.

5

Dépistage : mobiliser davantage la ville

Faible participation sein et colorectal · Attente forte envers les professionnels de ville.

6

Guichet unique et parcours formalisés

Demande d'un guichet régional et de parcours connus de tous — verbatim récurrent et prioritaire.

Échanges / questions diverses



2. Discuter des principaux points de blocage du parcours



Une contradiction centrale — et une bascule stratégique

Des maillons globalement présents

Offre de traitement adulte solide
Acteurs mobilisés
Actions existantes

MAIS

Des parcours encore fragmentés

Interfaces peu coordonnées
Pilotage fragmenté et peu lisible
Résultats encore insuffisants

La bascule stratégique pour 2026–2030

- Passer d'une lecture par maillons à une lecture en parcours
- Mieux organiser les interfaces · Réduire les délais · Fluidifier les enchaînements
- Renforcer la continuité, la coordination et la lisibilité d'ensemble
- Mieux structurer le pilotage à l'échelle régionale

Une hypothèse de travail

Les actions existent. Des maillons sont globalement présents. Les acteurs sont mobilisés.



Les difficultés ne relèvent donc pas uniquement d'un manque d'offre.

Elles semblent se concentrer aux interfaces du parcours : coordination entre acteurs, priorisation et lisibilité du pilotage.

Comment expliquer l'écart entre une offre disponible et des parcours encore fragmentés ?

Débat : que partageons-nous vraiment ?

1

Les difficultés rencontrées tiennent autant à l'organisation du parcours qu'au niveau de l'offre disponible.

2

Nous savons globalement quoi faire, mais nous n'arrivons pas à le mettre en œuvre efficacement.

3

Le pilotage actuel du parcours cancer reste trop fragmenté pour assurer une coordination réelle à l'échelle régionale.

Consigne : Sur quels points êtes-vous d'accord ? Qu'est-ce qui doit être nuancé ou discuté ?

Échanges / questions diverses

3. Faire émerger les priorités 2026 - 2030



L'enjeu central — Vers la FDR 2026–2030

Garantir un parcours cancer qui soit :

- Lisible pour les patients et les professionnels
- Coordonné entre les acteurs et les étapes
- Fluide malgré la diversité des prises en charge
- Sans rupture évitable, quel que soit le point d'entrée

L'enjeu n'est pas chaque maillon pris isolément, mais la capacité à faire fonctionner la chaîne dans son ensemble.

Le diagnostic converge vers 3 points clés

1

Le besoin de coordination est réel et largement partagé

2

Les difficultés se concentrent aux interfaces du parcours

3

Le pilotage actuel reste fragmenté et peu lisible

Structurer la FDR 2026–2030 autour de 4 transformations

AXE 1 Prévention	<i>National : Bâtir une génération prévention</i> La Réunion : Agir davantage sur le recours réel · Approches adaptées aux réalités locales réunionnaises · Campagnes ciblées sur publics éloignés du système de santé.
AXE 2 Dépistage	<i>National : Proposer un dépistage pour chacun</i> La Réunion : Développer l’aller-vers collectif avec médiation en santé. Sécuriser la suite du parcours après un test positif. Favoriser l’offre de prévention personnalisée
AXE 3 Parcours diagnostic → traitement	<i>National : Construire un parcours de santé augmenté</i> La Réunion : Mieux organiser les interfaces · Réduire les délais · Fluidifier les enchaînements · Encourager les guichets uniques
AXE 4 Équité territoriale	<i>National : Publics spécifiques: AJA – PSH – PA – Résidents ultramarins</i> La Réunion : Réduire les inégalités territoriales, sociales et linguistiques · Accès aux expertises rares · Équité à chaque étape du parcours, notamment pour les PSH.

Un fil rouge: mieux relier les maillons du parcours, de la prévention au post cancer

Échanges / questions diverses

4. Installer la démarche de construction collective



La FDR 2026–2030 :

un cadre imposé, des choix régionaux à cibler

1. UN FORMAT COMMUN

- 5 priorités ;
 - 5 publics cibles ;
 - une trame commune
- **on ne refait pas la stratégie**

2. UN SOCLE D' ACTIONS À REPRENDRE

La FDR doit intégrer les attendus nationaux.

3. UNE DÉCLINAISON TERRITORIALE ATTENDUE

La région doit adapter le socle à ses réalités.

Sont attendues :

- une territorialisation des actions ;
- une prise en compte des publics cibles ;
- et des arbitrages sur un nombre limité de sujets à valeur ajoutée régionale.

4. UNE FDR OPÉRATIONNELLE

Des actions :

- Concrètes ;
- Portées ;
- Planifiées ;
- et suivies.

Ce que nous devons préciser et produire

1. CIBLER LES SUJETS À VALEUR AJOUTÉE RÉGIONALE

Concentrer le travail sur les points à préciser localement :

- Cancers de la peau
- Vaccination HPV
- Participation aux dépistages organisés
- Suivi des dépistés positifs
- Circuits courts diagnostiques
- Parcours thérapeutique et post cancer

2. PRÉCISER LES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

L'enjeu est de préciser comment agir
Exemple vaccination HPV

3. IDENTIFIER LE PORTAGE ET LES PARTENARIATS

Préciser :

- les pilotes des actions
- les partenaires à mobiliser
- et les conditions de mise en œuvre

4. PRODUIRE UNE FDR PILOTABLE

Formaliser des actions régionales avec :

- un pilote
- une échéance
- un 1^{er} livrable
- et un indicateur de suivi

Proposition : 4 groupes de travail

GT 1

PRÉVENTION DES CANCERS DÉPISTABLES

- Vaccination HPV
- DOCS, DOCCR, DCCU
- Accès et recours des publics les plus éloignés
- Suivi des dépistés positifs

GT 2

CANCERS DE LA PEAU

- Prévention solaire
- Dépistage précoce 1^{er} recours
- Structuration des parcours de ville

GT3

PARCOURS DIAGNOSTIQUES

- Suivi des diagnostiqués positifs
- Circuits courts d'accès
- Publics spécifiques
- Articulation des fonctions de coordination de proximité et pilotage régional

GT4

PARCOURS TRAITEMENT ET POST CANCER

- RCP, habilitations, innovations, post cancer
- Publics spécifiques (AJA, PA)
- Organisation cible des fonctions de coordination, du niveau de proximité au niveau régional

Livrables attendus

1. UN DOCUMENT DE SYNTHÈSE
Constats, enjeux, priorités

2. UNE FICHE-ACTION PAR ACTION RETENUE
Objectif
Public cible
Modalités de mise en œuvre
Pilote
Partenaires

3. DES PROPOSITIONS DE SUIVI
Échéance
Livrable à 12 mois
Indicateur

4. DES POINTS D'ARBITRAGE SI BESOIN
Questions non tranchées
Options proposées à l'ARS

Pilotage ARS, appui de CAP Onco et livrable final

ARS LA RÉUNION – PILOTE

- Définit le cadre et le calendrier, avec la cible imposée d'une FDR finalisée et validée au 31/07/2026 ;
- Pilote la démarche et les arbitrages ;
- Valide les productions des groupes ;
- Rédige la feuille de route 2026–2030.

CAP ONCO RÉUNION – ANIMATEUR / FACILITATEUR

- Organise les ateliers ;
- Anime les échanges en lien avec l'ARS ;
- Formalise les comptes rendus et synthèses ;
- Transmet les contributions validées par les GT à l'ARS.

LIVRABLE FINAL

Feuille de Route Régionale de lutte contre les cancers 2026–2030

Rédigée par l'ARS à partir des contributions arbitrées des groupes de travail

Exemple : vaccination HPV



Couverture vaccinale HPV à 12 ans

	Au moins 1 dose à 12 ans							
	Filles				Garçons			
	Avant C1	Fin C1	Avant C2	Fin C2	Avant C1	Fin C1	Avant C2	Fin C2
ARA	38	61	37	51	25	47	28	41
BFC	35	62	38	57	24	50	29	46
Bretagne	50	81	50	70	34	67	40	61
CVL	40	66	39	57	26	51	30	47
Corse	20	39	26	46	9	25	17	32
GE	41	64	40	56	29	52	31	45
HDF	47	72	46	62	32	55	35	50
IDF	30	53	29	45	20	41	22	36
Normandie	52	76	52	69	38	59	42	59
NA	40	69	40	60	26	54	31	51
Occitanie	35	56	36	50	23	40	27	39
PDL	41	60	49	66	29	47	40	56
PACA	37	65	29	44	23	46	20	33
Hexagone			38	54			29	44
GUA	18	33	20	28	9	19	11	18
GUY	15	27	21	25	8	20	13	18
MTQ	11	26	14	22	6	20	9	15
La Réunion	17	31	17	26	9	19	11	18
FE	38	62	38	54	26	48	29	43

	2 doses à 12 ans					
	Filles			Garçons		
	Fin C1	Avant C2	Fin C2	Fin C1	Avant C2	Fin C2
ARA	38	20	33	30	14	24
BFC	39	20	40	33	14	31
Bretagne	52	27	52	46	20	43
CVL	42	20	37	34	15	28
Corse	27	11	28	19	7	19
GE	39	21	39	33	15	31
HDF	42	25	43	32	18	33
IDF	33	14	25	27	10	19
Normandie	40	28	46	31	21	36
NA	45	21	43	38	15	35
Occitanie	32	18	31	25	13	22
PDL	35	27	48	27	20	39
PACA	38	14	29	28	9	21
Hexagone		20	36		14	28
GUA	15	7	13	7	4	8
GUY	16	7	11	11	3	6
MTQ	13	6	10	8	3	5
La Réunion	16	6	13	9	4	8
FE	38	19	35	30	14	27

C1 = 2023/2024. C2 = 2024/2025.

→ Une couverture en progression à La Réunion et dans les DROM, mais en-deçà de la moyenne nationale.

Couverture vaccinale HPV à 15/16 ans

Filles	Au moins 1 dose à 15 ans			2 doses à 16 ans		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Guadeloupe	31,5	34,4		20,3	22,6	
Martinique	21,9	25,1		14,1	16,9	
La Réunion	24,4	28,8	33,8	16,4	20,1	24,7
Hexagone	55,6	59,4		45,7	49	
France entière	54,6	58,4		44,7	48	

Garçons	Au moins 1 dose à 15 ans			2 doses à 16 ans		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Guadeloupe	6,8	13,2		2,9	5,4	
Martinique	6,3	11,3		1,7	4,8	
La Réunion	6,9	11,5	17,9	3,1	6,6	9,4
Hexagone	26,6	37,8		16,2	25,2	
France entière	25,9	36,9		15,8	24,5	

- Une couverture vaccinale en progression chez les filles et les garçons à 15 et 16 ans :
 - +50% schéma vaccinal complet à 16 ans chez les filles
 - Moins de 10% chez les garçons
- Possibilité de rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans :
 - Amélioration possible de la couverture vaccinale car 80% des 18-25 ans favorables à la vaccination en général (vs 84% HXG)

Études qualitatives en Martinique

Déterminants de la décision vaccinale

- Conformisme (ou mimétisme) social

Influence de ce que font les autres

- Âge de l'enfant

Faible influence du discours médical : temporalité des parents différente de celle des médecins et autres PS

- Profil des parents
- Rôle du médecin (constant 2014 à 2024) +++
- Gradient social (poids variable dans décision)

Niveau éducatif → connaissance → vaccination

- Effet des messages

Levier fort = prévention cancer

Frein = connotation sexuelle

4 leviers forts identifiés

1. Le médecin est décisif...mais insuffisamment mobilisé
2. La confiance est le cœur de la décision vaccinale
3. Les normes sociales dominant la décision
4. Le facteur sexuel bloque la décision

Le point le plus important et souvent sous-estimé :

La décision vaccinale n'est PAS rationnelle

Elle dépend surtout de :

- Ce que font les autres ;
- Qui parle (médecin vs institution) ;
- La confiance.

Que pouvons-nous proposer pour La Réunion ?

- Intérêt d'une étude qualitative sur les déterminants parentales et professionnelles de la décision vaccinale ?
 - De l'intention à l'acte : comprendre, à La Réunion, dans quelles situations concrètes la vaccination HPV :
 - se réalise ;
 - ne se réalise pas :
 - car refusée ;
 - car reportée.
- Plan d'actions en attendant les résultats de l'étude

Conclusion



Construisons ensemble la cancérologie réunionnaise de demain

Ce que nous retenons

Une dynamique réelle a été engagée sur la FDR 2022–2025

Les résultats restent encore insuffisants — le diagnostic est largement partagé

L'enjeu central porte désormais sur l'organisation des parcours et leur pilotage

La prochaine FDR devra mieux coordonner, articuler et piloter les parcours cancer à l'échelle régionale

ECHANGES / QUESTIONS DIVERSES



Planning Session 1 des groupes de travail

GROUPE DE TRAVAIL	SESSION	DATE	HORAIRES	LIEU
GT 1: Prévention des cancers dépistables	Session 1	07 mai 2026	10h – 12h30	ARS
GT 2 — Cancers de la peau	Session 1	13 mai 2026	10h – 12h30	ARS
GT 3 — Parcours Diagnostiqués	Session 1	21 mai 2026	10h – 12h30	ARS
GT 4 — Parcours traitement et Post Cancer	Session 1	28 mai 2026	10h – 12h30	ARS

Les invitations seront envoyées ultérieurement aux membres de chaque groupe, accompagnées des informations nécessaires (numéro de salle, lien visio le cas échéant).

Pour vous inscrire aux différents groupes de travail :

Participation groupes de travail FDR cancer 2026-2030 – Remplir le formulaire

Participation groupes de travail
FDR cancer 2026-2030



Merci de votre attention

Pour toute question :
ars-reunion-prs@ars.sante.fr

Cap Onco Réunion

Cédric Picardo: c.picardo@caponco.re

Jean-François Diguët : jf.diguët@caponco.re

