

## Elaboration du Projet de Santé Réunion – Mayotte

### Groupes de travail – Schéma Régional de Santé

Mai 2017

### PARCOURS CANCER CR du 22/05/17 et du 01/06/17

Les éléments repris dans cette présentation sont issus d'un atelier ouvert à l'ensemble des acteurs intéressés; ils ne constituent pas un engagement d'inscription par l'ARS Océan Indien au futur PRS.

# Introduction

# La loi définit trois volets constitutifs du futur Projet de Santé 2018 - 2027

## COS Cadre d'Orientations Stratégiques à 10 ans

Définit les résultats attendus en termes de :

- Amélioration de l'état de santé de la population
- Lutte contre les inégalités de santé

## SRS Schéma Régional de Santé à 5 ans

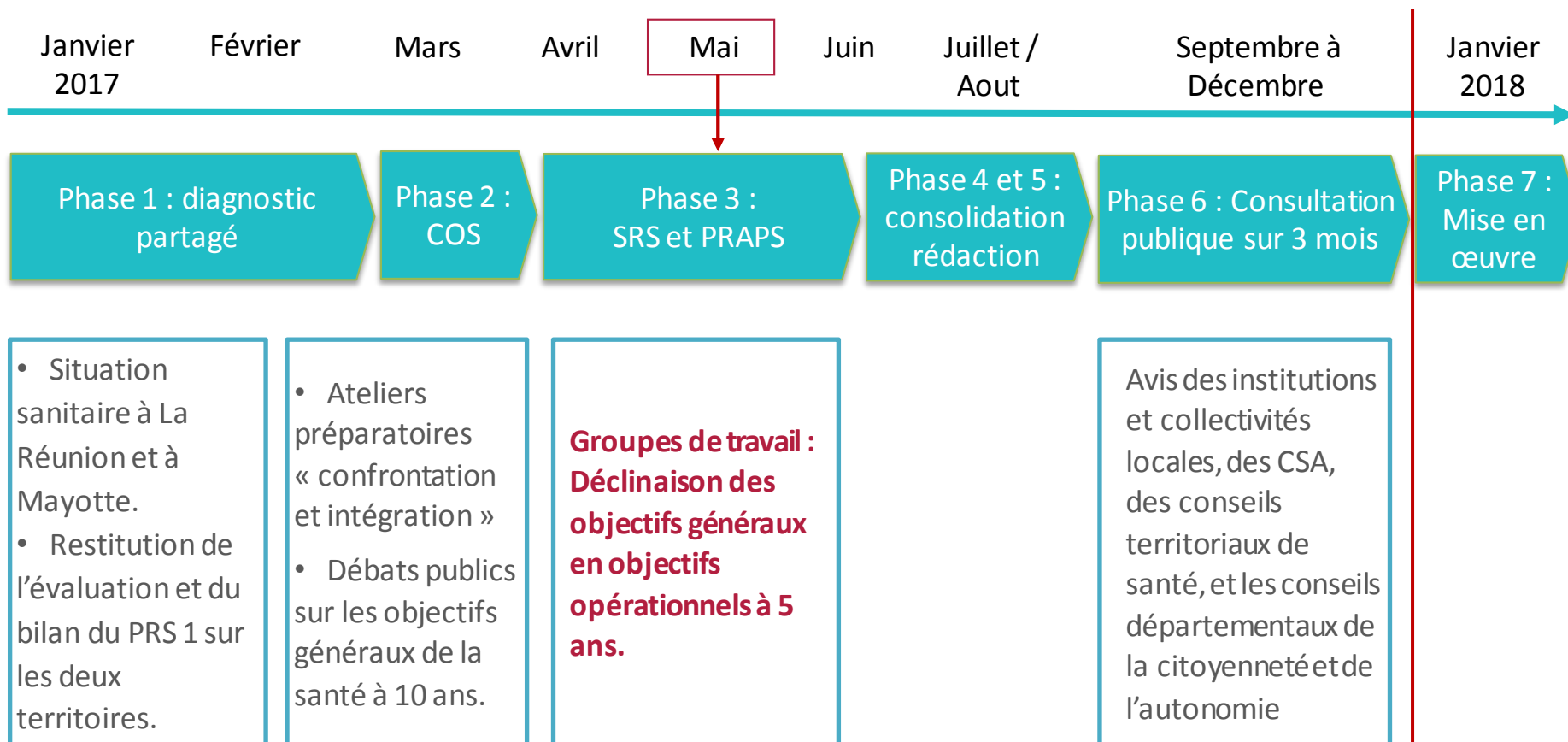
Comporte des objectifs opérationnels visant à :

- Développer la prévention et la promotion de la santé
- Améliorer les parcours, la coordination et la coopération en santé
- Préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

## PRAPS Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins

Comporte un plan d'actions concrètes pour favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement des personnes les plus démunies

# L'élaboration du Projet de Santé se déroule en 6 phases pour être adopté au 1<sup>er</sup> janvier 2018



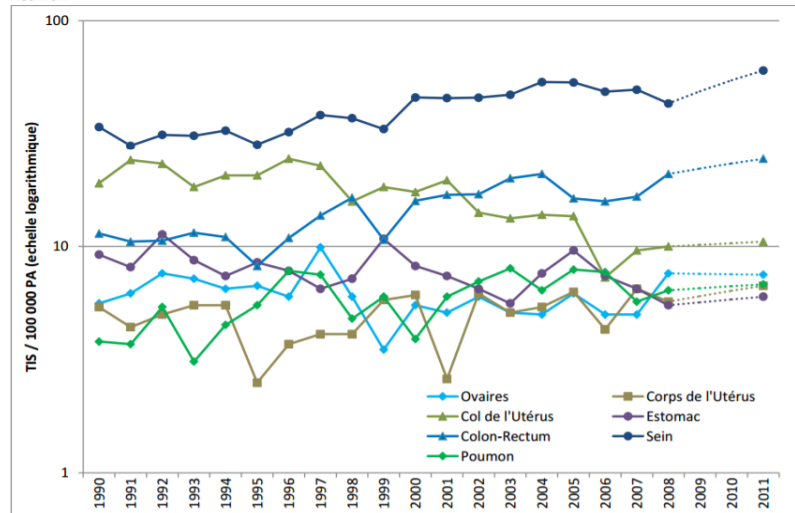
# Les cancers à La Réunion

Éléments de diagnostic généraux

# Sur 800 morts évitables par an à La Réunion, 260 sont dues aux cancers, soit près d'un tiers

- Une progression du nombre de séjours (+7%) entre 2013 et 2015
- Principaux cancers pris en charge en 2015 dans les établissements de santé de la Réunion : les cancers digestifs (28%) et du sein (30%)
- Un taux d'incidence des cancers des lèvres - bouche - pharynx et de l'estomac à La Réunion deux fois supérieur à celui de la métropole pour les hommes comme pour les femmes

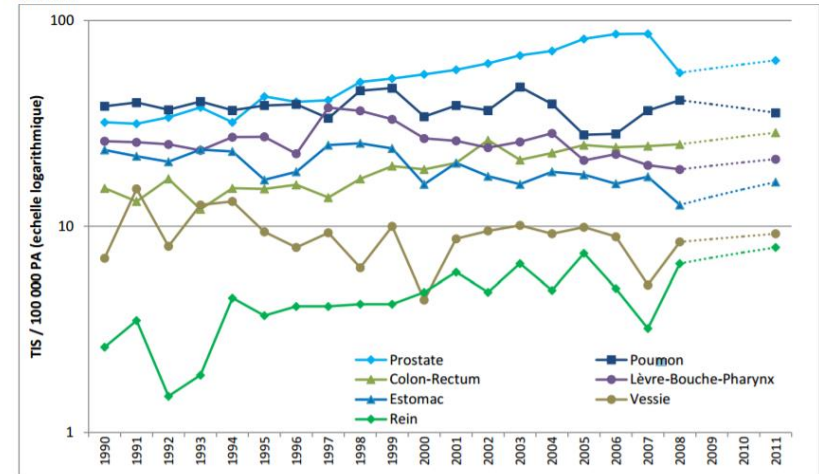
Graphique 4 : Evolution des taux d'incidence standardisés (TIS) de 1990 à 2011 des cancers pour les femmes à La Réunion



Source : Registre des cancers

PA : Personnes Années

Graphique 3 : Evolution des taux d'incidence standardisés (TIS) de 1990 à 2011 des cancers pour les hommes à La Réunion



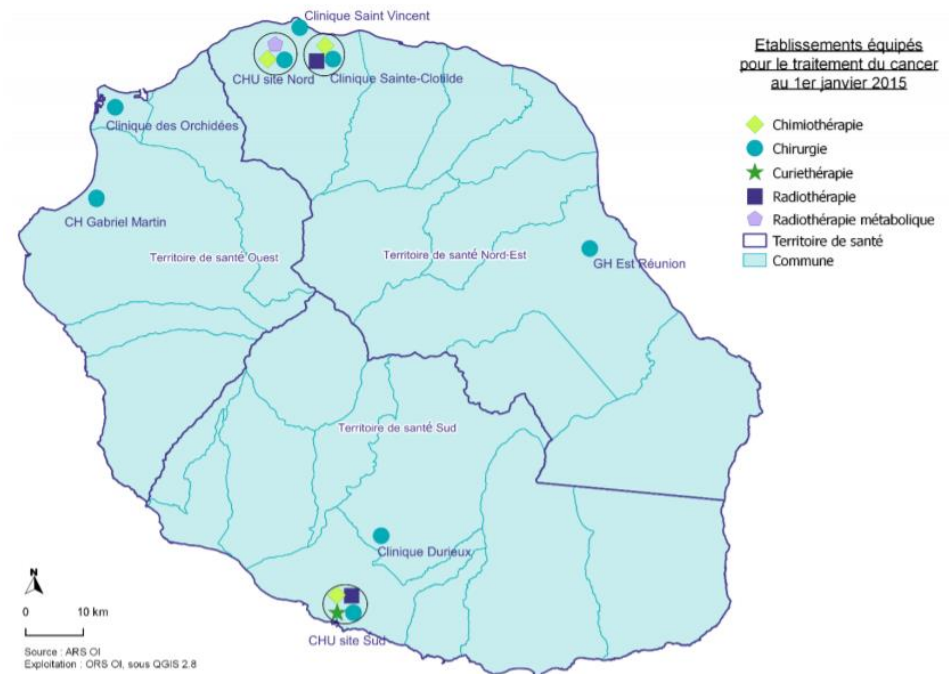
Source : Registre des cancers

PA : Personnes Années

- Une nette sur-incidence des cancers du col de l'utérus comparée à la métropole
- Une augmentation des cancers urologiques et du thorax respectivement de 23% et de 20%
- Une augmentation du nombre annuel d'admissions en ALD pour cancer pour les hommes et pour les femmes entre 2011 et 2013.

# La prise en charge du cancer à La Réunion a progressé de manière constante depuis 2012

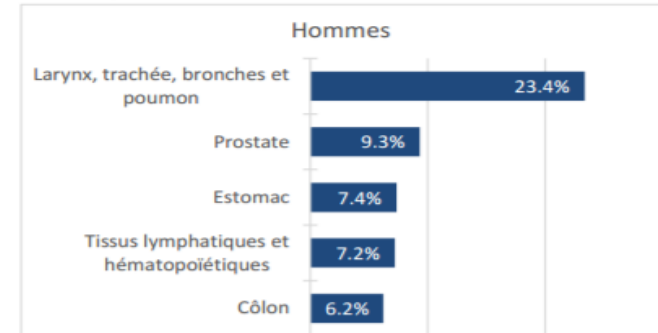
- Une offre de soins couverte sur le territoire réunionnais avec l'augmentation du nombre d'implantations sur la période du schéma (digestif +1, thorax +1)
- Une progression de l'activité de chimiothérapie avec plus 12% de patients
- 30 % des hospitalisations en ambulatoire en 2014, avec une forte augmentation de la chirurgie ambulatoire (26 % des séjours)
- Un plateau technique d'imagerie à La Réunion en conformité avec les préconisations minimales du SROS, avec une augmentation du nombre d'appareils d'imagerie
- Une contractualisation avec les établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer afin d'améliorer les soins supports (CPOM)
- Un financement d'ONCORUN à La Réunion avec le développement d'un réseau de psychologues



# Un certain nombre de défis du PRS2 pour réduire la mortalité liée aux cancers

- Poursuite de la mise en œuvre du troisième Plan cancer 2014-2019
- Problématique des ressources humaines :
  - en radiologie, pour organiser l'accès à la radiologie interventionnelle à la Réunion
  - en onco-gériatrie
  - en oncologie des tumeurs solides
- Dématérialisation des RCP encore en partie non effective
- Applications inégales du CPOM et des critères INCa selon les services
- Accès insuffisant aux traitements innovants, aux essais cliniques aux ressources de recours, à la recherche clinique et aux innovations
- A Mayotte, :
  - Projet de développement de la chimiothérapie et de la chirurgie des cancers digestifs et gynécologiques
  - Pour les autres prises en charge, renforcement de la filière Réunion - Mayotte, (notamment cancer du pancréas, lymphomes, tumeurs neuroendocrines)

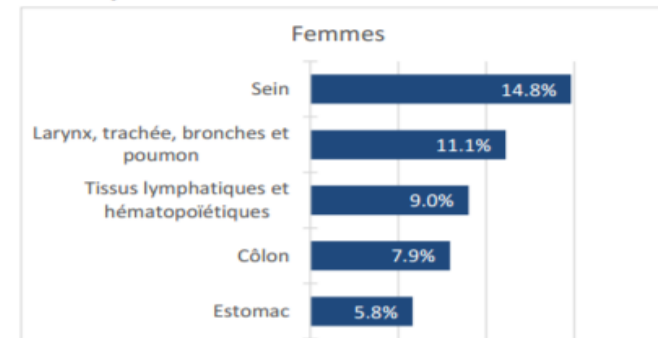
**Graphique 8 : Part des cancers les plus fréquents parmi les causes de décès par cancer à La Réunion entre 2009 et 2011 pour les hommes**



Source : Insem CépiDc

Exploitation ARS OI / ORS OI

**Graphique 9 : Part des cancers les plus fréquents parmi les causes de décès par cancer à La Réunion entre 2009 et 2011 pour les femmes**



Source : Insem CépiDc,

Exploitation ARS OI / ORS OI



# Compte rendu du 1<sup>er</sup> atelier

# Compte rendu du 1<sup>er</sup> atelier

## Sujets traités

---

1. Quelle politique de prévention et de dépistage précoce de certains cancers (HPV, soleil, alcool, tabac...), en lien avec l'objectif premier du plan cancer 3 ?
2. Comment s'assurer que les étapes réglementaires et les bonnes pratiques du plan cancer sont mises en œuvre à La Réunion, et ce de manière satisfaisante?
  - la consultation d'annonce
  - la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
  - le Plan Personnalisé de Soins (PPS)
  - le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)
3. Quelle politique de l'accompagnement des personnes notamment en termes de soins support (psychologues, kinésithérapeutes, sexologues, assistante sociale, diététicien, socio-esthéticiens...) et de traitement de la douleur?
4. Quelle adaptation de l'offre de services à l'évolution des traitements? Par exemple HAD pour les chimiothérapies, chimiothérapie orale, sport sur ordonnance (APA)
5. Comment favoriser l'accès aux traitements innovants et essais cliniques?

# Quelle politique de prévention et de dépistage précoce de certains cancers?

| Constats partagés   | Leviers d'action identifiés   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Les dépistages organisés pour le cancer du col, du colon et du sein sont difficiles à évaluer en raison du refus des anatomopathologistes de transmettre les résultats</li><li>• Pas de dépistage pour les cancers de l'estomac, mais un facteur de risque connu est la consommation des viandes transformées (boucané) et de l'alcool</li><li>• Il existe déjà un programme de la CGSS sur la diététique</li><li>• Paquets neutres : effet négatif sur la consommation de cigarettes</li><li>• Pas d'aide de la CGSS sur la prévention tertiaire</li></ul> | <p><b>Renforcer la prévention et les dépistages existants des cancers du col et du sein</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recommander fortement la vaccination HPV, voire la rendre obligatoire</li><li>• Elargir le dépistage du cancer du sein aux femmes entre 40 et 50 ans</li><li>• Lancer des actions de dépistage mobile sur le territoire : « mammobile »</li><li>• Mobiliser la CGSS pour l'envoi de relances aux personnes n'ayant pas répondu aux offres de dépistage, y compris pour mieux comprendre les résistants</li><li>• Organiser une prise de relais des généralistes pour le dépistage du cancer du col via les frottis</li><li>• Garantir la remontée d'information des dépistages du cancer du col réalisés par les laboratoires, par exemple via un médecin prescripteur du réseau associatif</li><li>• Examiner la question juridique de la propriété des résultats du dépistage appartenant au patient</li></ul> <p><b>Organiser la prévention des cancers pour lesquels il n'existe pas de dépistage</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cibler les populations diabétiques identifiées comme « à risque », en s'appuyant sur le suivi existant réalisé par le médecin traitant</li><li>• Mettre en place une information sur le rôle de l'alimentation dans le développement de cancers</li><li>• Cibler les milieux défavorisés pour lesquels existent des freins culturels à adopter un mode de vie plus sain</li><li>• Partager les informations des examens anatomo-pathologiques</li><li>• S'appuyer sur les politiques de prévention addictologique (alcool, tabac)</li></ul> |



# Comment s'assurer que les étapes réglementaires et les bonnes pratiques sont mises en œuvre? 1/2

## Constats partagés

### RCP :

- Pratiques : plutôt bien tenues, avec toutes les spécialités, même les nucléaristes, sauf les radiologues
- Moyens matériels limités pour la tenue de la RCP (ordinateur, caméra...) avec des techniciens non disponibles aux horaires de tenue des RCP
- Pas de compte rendu systématique

### DCC :

- Besoin d'un basculement vers une version plus ergonomique, la version actuelle étant trop lourde
- Les DCC ne sont pas « communiquant » pour les médecins de ville, et restent entre spécialistes
- Même si le DCC doit mentionner un médecin référent, ce n'est pas forcément le cas pour les patients pris en charge tardivement en soins palliatifs
- Le médecin référent reste rarement le même sur la durée en cas de récurrence du patient
- Pas de visibilité systématique du médecin référent pour les services d'imagerie qui doivent réaliser des examens
- Difficultés à avoir les informations du DCC en service d'imagerie

PPS : pratiques hétérogènes, document trop lourd à remplir

## Leviers d'action identifiés

### Renforcer l'aspect communiquant et sécuriser le partage des informations du DCC :

- Promouvoir une messagerie sécurisée avec les médecins généralistes pour le partage des DCC
- Partager les DCC avec les services d'imagerie
- Proposer un serveur avec les informations de base produites par les services d'imagerie, d'analyses et d'anatomo-pathologie, commun à la région pour limiter les redondances des prescriptions et pour pallier l'absence de suivi par un même médecin référent dans la durée
- Garantir l'accès aux historiques des analyses, pour le traitement d'un même cancer comme pour une récurrence
- Mettre en place un identifiant régional via le DCR

# Comment s'assurer que les étapes réglementaires et les bonnes pratiques sont mises en œuvre? 2/2

| Constats partagés   | Leviers d'action identifiés   |
|---|---|
| <p>Consultations d'annonce :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• pratiques hétérogènes, faute d'infirmières formées à l'annonce et disponibles selon les secteurs</li><li>• Il est courant que le patient apprenne sa pathologie en récupérant ses examens à la radiologie</li><li>• Recommandations des consultations d'annonce difficiles à mettre en œuvre, avec des financements disparus</li></ul> | <p><b>Systematiser des consultations d'annonce de qualité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tracer la consultation d'annonce via un code de consultation d'annonce</li><li>• Former les spécialistes</li><li>• Systematiser l'envoi du courrier d'annonce au médecin traitant</li><li>• Bonne pratique : dispositif d'annonce incluant des soins support</li><li>• Bonne pratique : questionnaire de satisfaction du patient incluant la consultation d'annonce</li></ul> |

# Quelle politique de l'accompagnement en termes de soins de support?

| Constats partagés  | Leviers d'action identifiés   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nouvelles difficultés à coordonner les soins de support sur une même journée en hospitalisation de jour, du fait que les soins de support ne sont plus tous pris en charge par la CGSS</li><li>• Changement en cours d'année de la tarification des soins de support qui les met en péril en milieu hospitalier, par exemple l'Inca a écarté la socio-esthétique des soins de support de base</li><li>• Sport sur ordonnance non remboursé en réalité</li><li>• Problématique du transport pour accéder aux soins de support</li><li>• Importance des soins de support face au constat que le traitement spécifique n'est pas suffisant pour les patients : 30% des récidives de moins pour les patients bénéficiant de sport sur ordonnance, amélioration de la survie des patients bénéficiant de soins de support</li></ul> | <p><b>Garantir au patient un accompagnement en soins de support</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sur le modèle de ce que fait ODYSSEA, concevoir un « panier » ou « compte » soins de support pour tous les types de cancer</li><li>• Faire venir les professionnels libéraux dans l'hôpital pour assurer un continuum et éviter les ruptures de parcours</li><li>• Valoriser les avantages de concentrer tous les soins support sur une journée en hôpital à travers un contrat d'objectifs avec la CGSS</li><li>• Réaliser une étude quantitative sur une période donnée pour mesurer le bénéfice des soins de support en lien avec la CGSS</li><li>• Renforcer la mise en relation entre professionnels par le réseau ONCORUN</li><li>• Développer les formations des médecins aux soins de support</li><li>• Constituer une base de soins de support pour assurer le soulagement en hôpital en priorité (prévention des complications, nutrition, prise en charge de la douleur, maintien de l'autonomie, assistante sociale, psy)</li><li>• Prendre en charge des soins sociaux-esthétiques y compris en ville</li><li>• Mettre en œuvre de moyens de diffusion des informations aux patients sur les soins de supports</li></ul> |

# Quelle politique de l'accompagnement en termes de traitement de la douleur?

| Constats partagés   | Leviers d'action identifiés   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pratique des praticiens qui prennent peu en compte la douleur des patients, consultations douleur peu sollicitées dans les hôpitaux</li><li>• Douleur post-opératoire pas prise en charge par l'Assurance maladie alors qu'elle fait partie de l'acte d'anesthésie, les infirmières libérales ne peuvent pas coter</li><li>• Manque de communication entre professionnels de santé dans la prise en charge de la douleur : patients pas adressés notamment aux kiné</li><li>• Enjeu à agir sur la douleur avant qu'elle ne devienne chronique</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcer la visibilité et la connaissance des moyens existants permettant de soulager la douleur</li><li>• Promouvoir des patients experts</li></ul> |

# Quelle adaptation de l'offre de services à l'évolution des traitements?

| Constats partagés   | Leviers d'action identifiés   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Traitement en ambulatoire : prise en compte du risque de rupture de traitement, ou de mauvaise observance ou d'environnement à la maison peu propice à la rémission</li><li>• Chirurgie ambulatoire problématique en cas de milieu défavorisé</li><li>• Besoin d'accompagnement par téléphone ou avec des passages à domicile d'infirmières en cas de chimiothérapie orale à domicile</li><li>• En médecine nucléaire, dépendance de l'imagerie par rapport aux radiopharmaceutiques pour le diagnostic des cancers de la prostate : aujourd'hui la seule solution ce sont les evasan vers la métropole</li></ul> | <p><b>Renforcer le positionnement des acteurs de santé relais des oncologues au sein du parcours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Développer l'ETP avec des ateliers d'ETP animés par les infirmières impliquant les pharmaciens</li><li>• Favoriser la délégation de tâches via la formation et l'accompagnement des médecins traitants</li><li>• Promouvoir les projets d'accompagnement téléphonique réalisé par des infirmières pour les patients traités en ambulatoire avec des check-list</li><li>• Garantir la prise contrôlée par des infirmières libérales en cas d'ambulatoire</li><li>• Valoriser les infirmières de coordination de soins autour du patient</li><li>• Positionner l'établissement public ou privé comme coordinateur du parcours tant en amont qu'en aval du traitement en lui-même</li></ul> |



# Comment favoriser l'accès aux traitements innovants et essais cliniques?

| Constats partagés   | Leviers d'action identifiés  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Problème du financement des traitements innovants, notamment pour les enfants, dont le coût peut être imputé au prescripteur</li><li>• Problème d'accès dû au surcoût Domien</li><li>• Eloignement géographique qui complique la logistique et le suivi</li><li>• Retards à la mise en place des traitements liés aux négociations pendant les essais cliniques</li><li>• Problème des personnes qui combinent plusieurs pathologies qui ne peuvent pas être retenues</li></ul> | <p><b>Agir sur l'accessibilité financière aux traitements innovants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre en place un mécanisme de compensation du surcoût domien</li><li>• Renforcer la DRCI</li><li>• Révision périodique du coefficient géographique (cf. SNSOM, application effective en 2016-2017)</li></ul> |

# Parcours cancer – atelier 2

Questionnements proposés

# Traitement du cancer par chirurgie

# Traitement du cancer par chirurgie

## Etat des lieux

|   | Mayotte | Réunion | France entière |
|---|---------|---------|----------------|
| Nombre de séjours – 2015 <sup>(1)</sup>   | 174     | 2 896   |                |
| Nombre de patients – 2015 <sup>(1)</sup>  | 162     | 2 596   |                |
| Nombre de lits installés – 31/12/2015 <sup>(2)</sup>                                | SO      | SO      |                |
| Taux de recours brut séjours (nb séj /1 000 hab) – 2015 <sup>(1)(3)</sup>           | 0,82    | 3,47    | 6,85           |
| Taux de recours brut patients (nb pat /1 000 hab) – 2015 <sup>(1)(3)</sup>          | 0,76    | 3,11    | 6,1            |
| Taux de recours std séjours (nb séj /1 000 hab) – 2015 <sup>(1)(3)</sup>            | 1,76    | 4,95    | 6,85           |
| Taux de recours std patients (nb pat /1 000 hab) – 2015 <sup>(1)(3)</sup>           | 1,68    | 4,47    | 6,1            |
| Nombre de professionnels de santé – 01/01/2016 <sup>(4)</sup>                       |         |         |                |
| Gastroentérologues.....   | 1       | 33      |                |
| Libéral   | 1       | 18      |                |
| Salarié*  | 0       | 13      |                |
| Mixte   | 0       | 2       |                |
|   | 0       | 2       |                |
| Oncologues.....   | 0       | 1       |                |
| Libéral   | 0       | 1       |                |
| Salarié*  |         |         |                |
| Densité de professionnels de santé pour 100 000 hab. – 01/01/2016 <sup>(3)(4)</sup> |         |         |                |
| Gastroentérologues  |         | 3,9     | 5,5**          |
| Oncologues  |         | 0,2     | 1,5**          |

# Traitement du cancer par chirurgie

## Taux de recours par appareil

### Réunion

| Cancer par appareil  | Taux de recours en nb séjours |                             |                 | Taux de recours en nb de patients |                             |                 |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|                      | Réunion                       | FE                          |                 | Réunion                           | FE                          |                 |
|                      | Taux recours brut             | Taux de recours standardisé | Taux recours FE | Taux recours brut                 | Taux de recours standardisé | Taux recours FE |
| <b>Ensemble</b>      | <b>3,47</b>                   | <b>4,95</b>                 | <b>6,85</b>     | <b>3,11</b>                       | <b>4,47</b>                 | <b>6,10</b>     |
| Cancer digestif      | 0,54                          | 0,83                        | 0,97            | 0,52                              | 0,80                        |                 |
| Cancer gynécologique | 0,21                          | 0,27                        | 3,54            | 0,18                              | 0,23                        |                 |
| Cancer ORL           | 0,28                          | 0,35                        | 0,39            | 0,25                              | 0,32                        |                 |
| Can du sein          | 0,62                          | 0,76                        | 1,19            | 0,53                              | 0,67                        |                 |
| Cancer thoracique    | 0,13                          | 0,18                        | 0,34            | 0,12                              | 0,18                        |                 |
| Cancer urologique    | 0,62                          | 0,97                        | 1,58            | 0,54                              | 0,84                        |                 |

### Mayotte

| Cancer par appareil  | Taux de recours en nb séjours |                             |                 | Taux de recours en nb de patients |                             |                 |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|                      | Mayotte                       | FE                          |                 | Mayotte                           | FE                          |                 |
|                      | Taux recours brut             | Taux de recours standardisé | Taux recours FE | Taux recours brut                 | Taux de recours standardisé | Taux recours FE |
| <b>Ensemble</b>      | <b>0,82</b>                   | <b>0,76</b>                 | <b>6,85</b>     | <b>1,76</b>                       | <b>1,68</b>                 | <b>6,10</b>     |
| Cancer digestif      | 0,10                          | 0,09                        | 0,97            | 0,31                              | 0,29                        |                 |
| Cancer gynécologique | 0,08                          | 0,07                        | 3,54            | 0,24                              | 0,23                        |                 |
| Cancer ORL           | 0,08                          | 0,07                        | 0,39            | 0,24                              | 0,23                        |                 |
| Can du sein          | 0,08                          | 0,08                        | 1,19            | 0,14                              | 0,13                        |                 |
| Cancer thoracique    | 0,01                          | 0,01                        | 0,34            | 0,01                              | 0,01                        |                 |
| Cancer urologique    | 0,11                          | 0,10                        | 1,58            | 0,46                              | 0,44                        |                 |

# Traitement du cancer par chirurgie

---

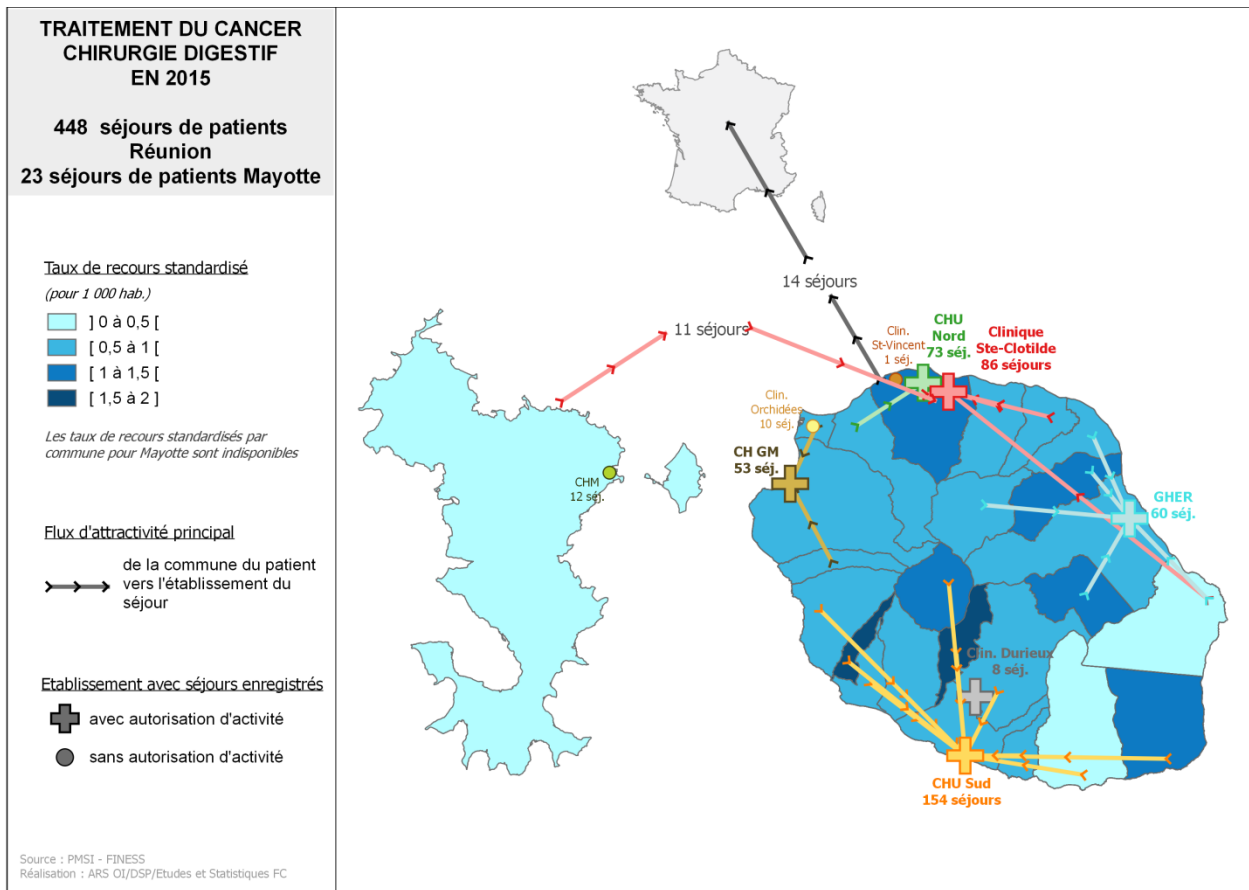
- **Quels besoins spécifiques ?**
- **Quelle adaptation de l'offre ?**

## Constats

- Face à l'augmentation des dépistages des cancers du colon, la nécessité de développer les réponses en termes de prise en charge a été relevée.
- Les participants ont questionné la pertinence du système d'autorisation et seuil de pratique à la Réunion au regard de la nécessité de valoriser les compétences présentes sur le territoire et d'un enjeu de stabilité de l'offre pour les patients.
- La fonction d'orientation du médecin traitant a été réaffirmée.

# Traitement du cancer par chirurgie

## Cancers digestifs

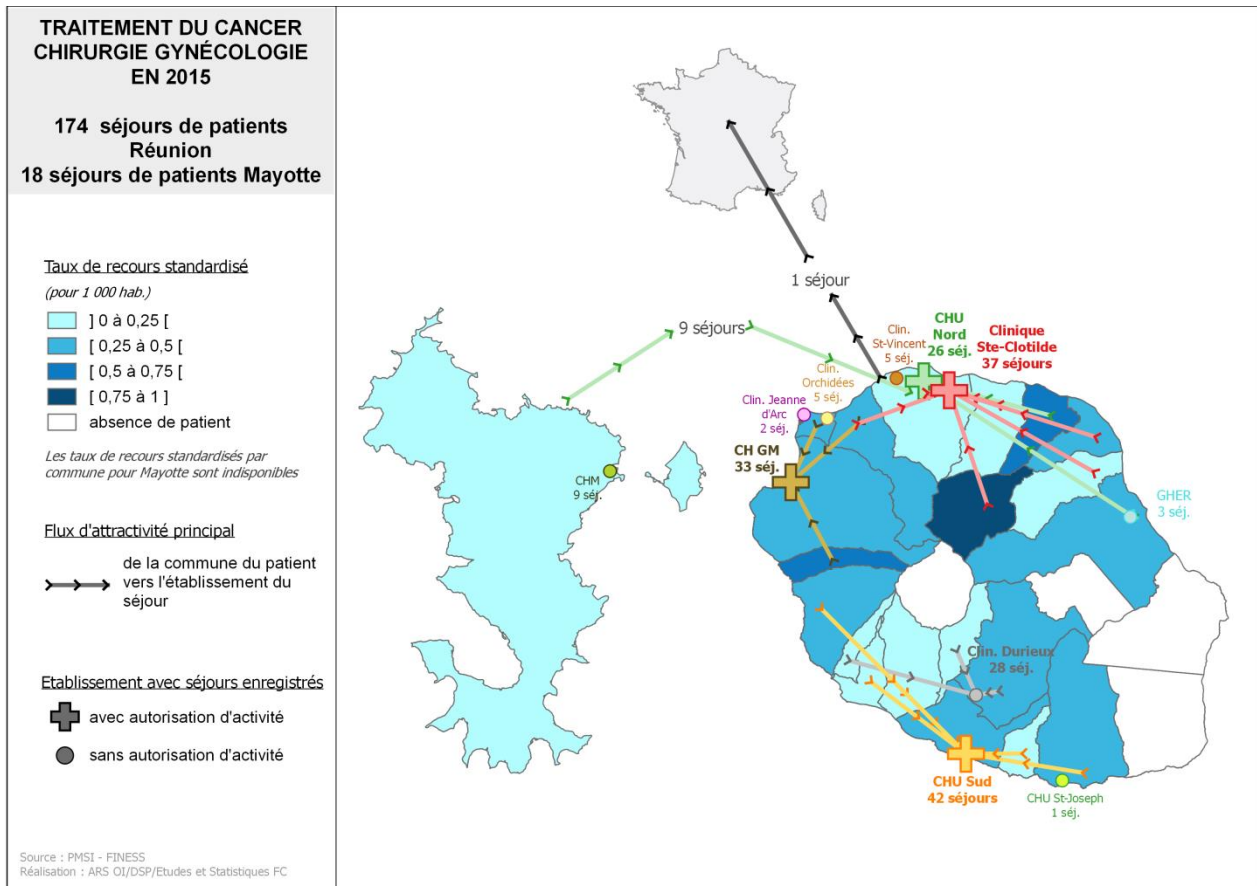


Le taux de recours standardisé pour une chirurgie du cancer digestif est de 0,83 séjour pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,31 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur les communes des Avoirs (1,99) et de l'Entre Deux (1,53). Le CHU Sud enregistre 35% des séjours, la clinique Sainte-Clotilde 19% des séjours et le CHU Nord 16% des séjours. 14 séjours ont été réalisés en métropole (3,1% des séjours).

# Traitement du cancer par chirurgie

## Cancers gynécologiques



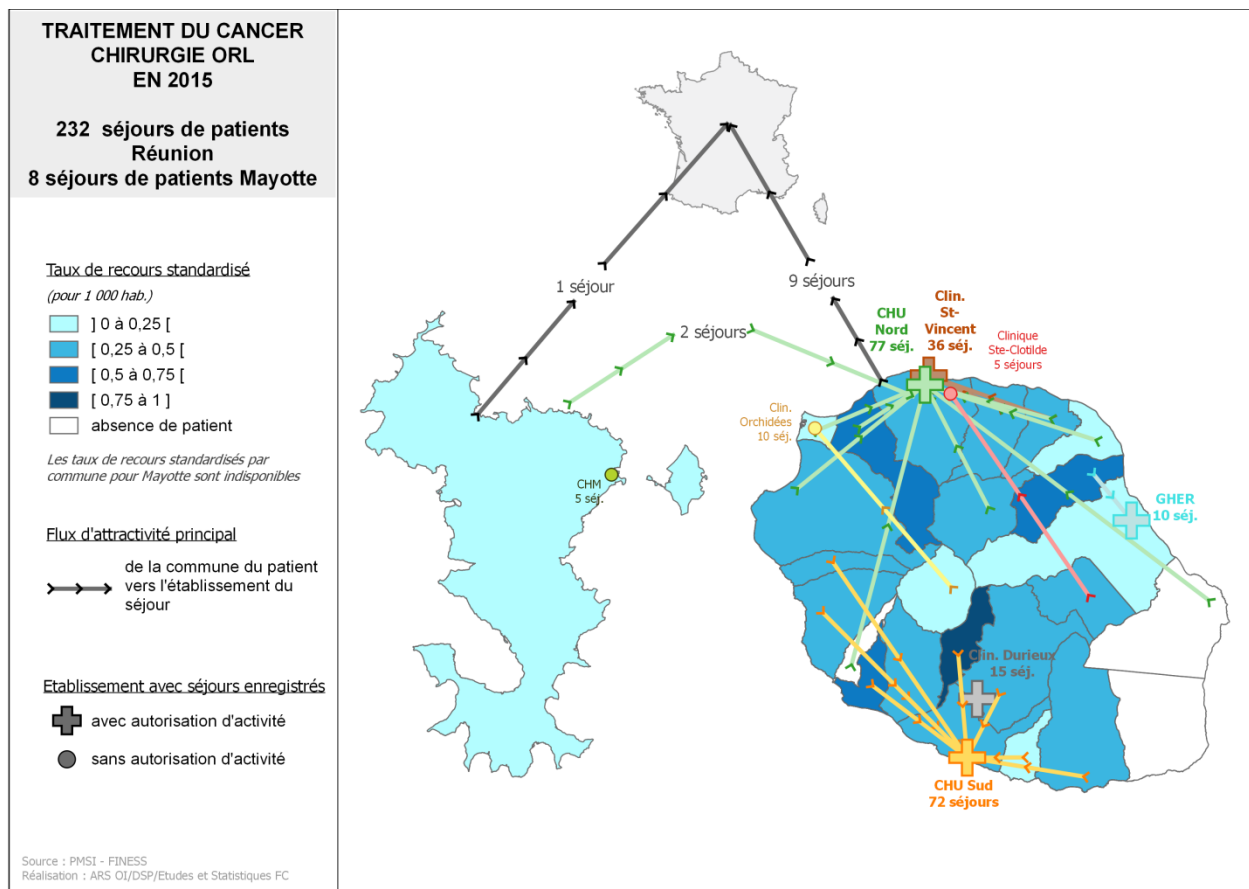
Le taux de recours standardisé pour une chirurgie du cancer gynécologique est de 0,27 séjour pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,24 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur les communes de Salazie (0,51), de Sainte-Suzanne (0,52) et de Trois Bassins (0,51). Cette activité est principalement répartie entre 5 établissements : de 23,1% des séjours pour le CHU Sud à 14,3% pour le CHU Nord.



# Traitement du cancer par chirurgie

## Cancers ORL

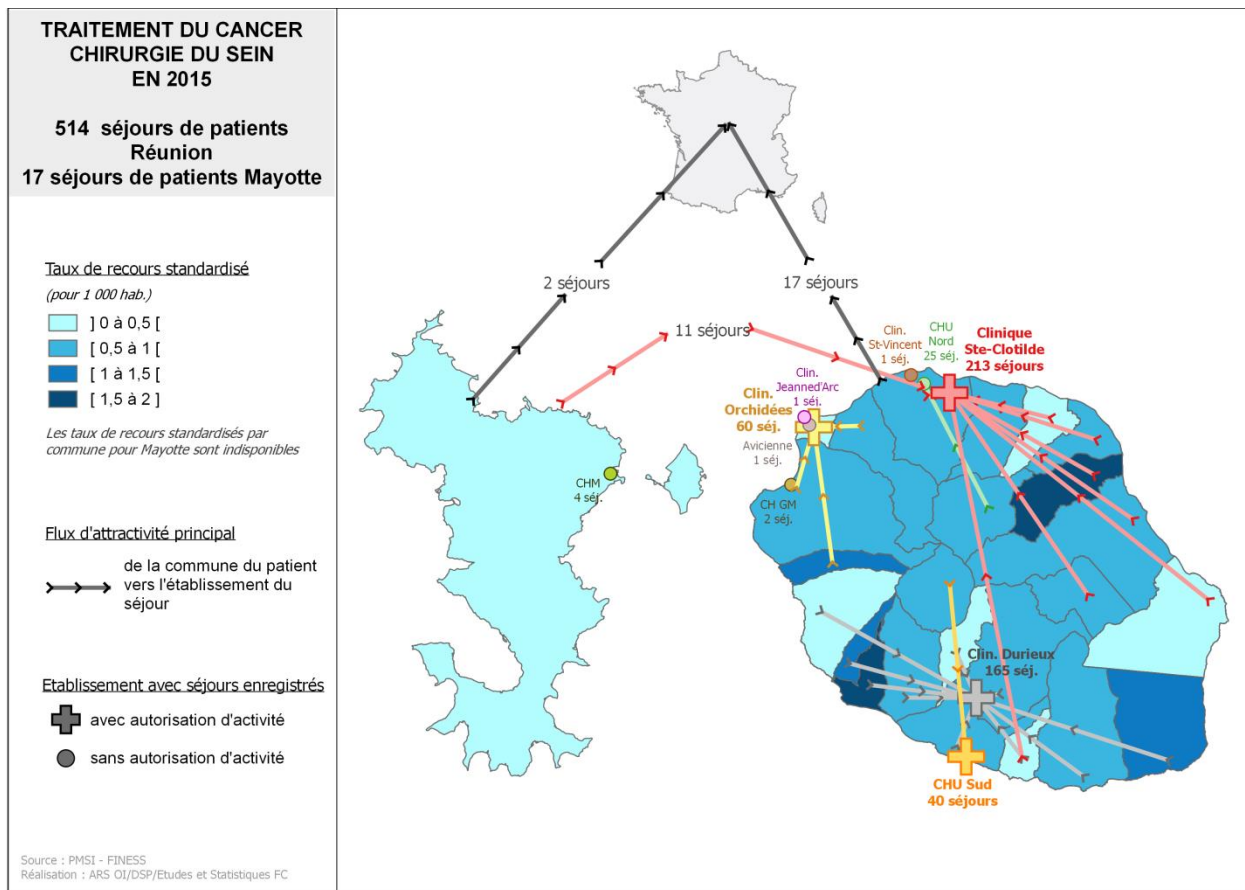


Le taux de recours standardisé pour une chirurgie du cancer ORL est de 0,35 séjour pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,07 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur la commune de l'Entre Deux (0,93). Les communes de Sainte-Rose, de Saint-Philippe et des Avirons n'ont aucun patient. Le CHU Nord et le CHU Sud enregistrent 66% des séjours et la clinique Saint-Vincent 16%. 9 séjours ont été réalisés en métropole (3,9% des séjours).

# Traitement du cancer par chirurgie

## Cancers du sein



Le taux de recours standardisé pour une chirurgie du cancer du sein est de 0,76 séjour pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,14 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur les communes de Bras Panon (1,54) et de l'Etang Salé (1,50). La clinique Sainte-Clotilde enregistre 42% des séjours et la clinique Durieux 32%. 17 séjours ont été réalisés en métropole (3,1% des séjours).

# Traitement du cancer par chirurgie

## Cancers thoraciques

### TRAITEMENT DU CANCER CHIRURGIE DU THORACIQUE EN 2015

107 séjours de patients  
Réunion  
3 séjours de patients Mayotte

Taux de recours standardisé  
(pour 1 000 hab.)



Les taux de recours standardisés par commune pour Mayotte sont indisponibles

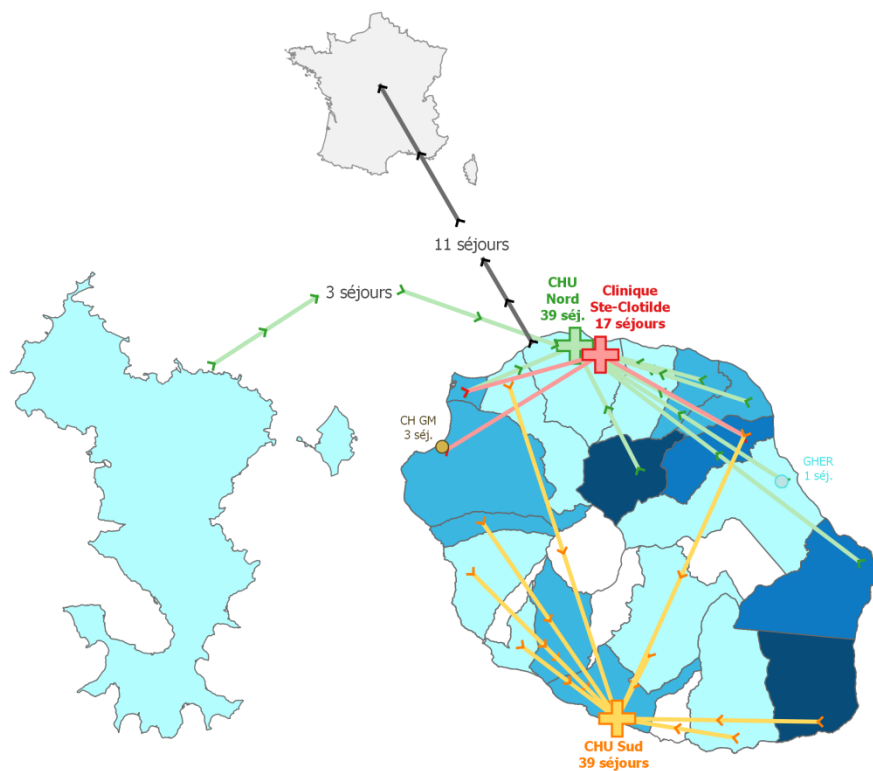
Flux d'attractivité principal

→ de la commune du patient vers l'établissement du séjour

Etablissement avec séjours enregistrés

- avec autorisation d'activité
- sans autorisation d'activité

Source : PMSI - FINISS  
Réalisation : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques FC

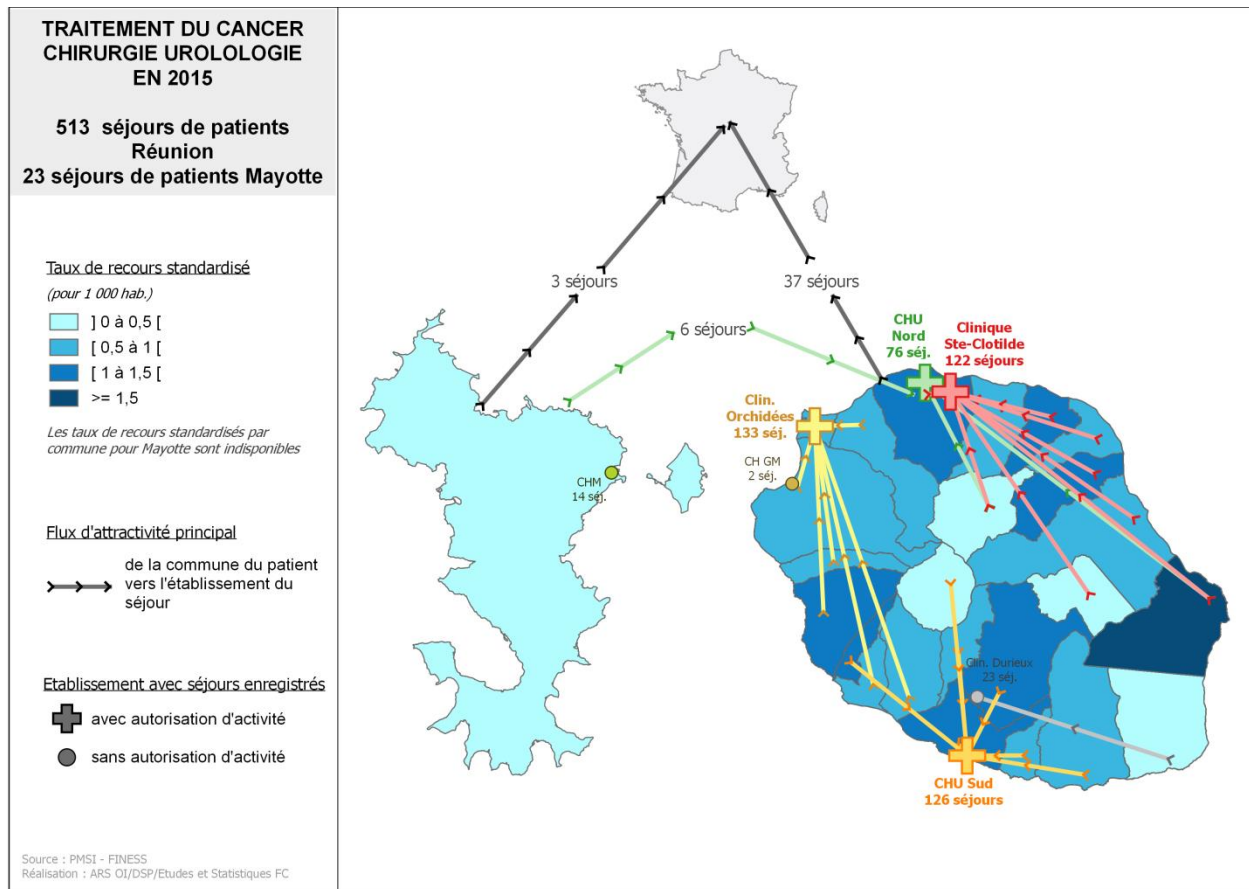


Le taux de recours standardisé pour une chirurgie du cancer thoracique est de 0,18 séjour pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,01 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur les communes de Salazie (0,68) et de Saint-Philippe (0,61). Le CHU Nord et le CHU Sud enregistre chacun 40% des séjours. 11 séjours ont été réalisés en métropole (3,1% des séjours).

# Traitement du cancer par chirurgie

## Cancers urologiques

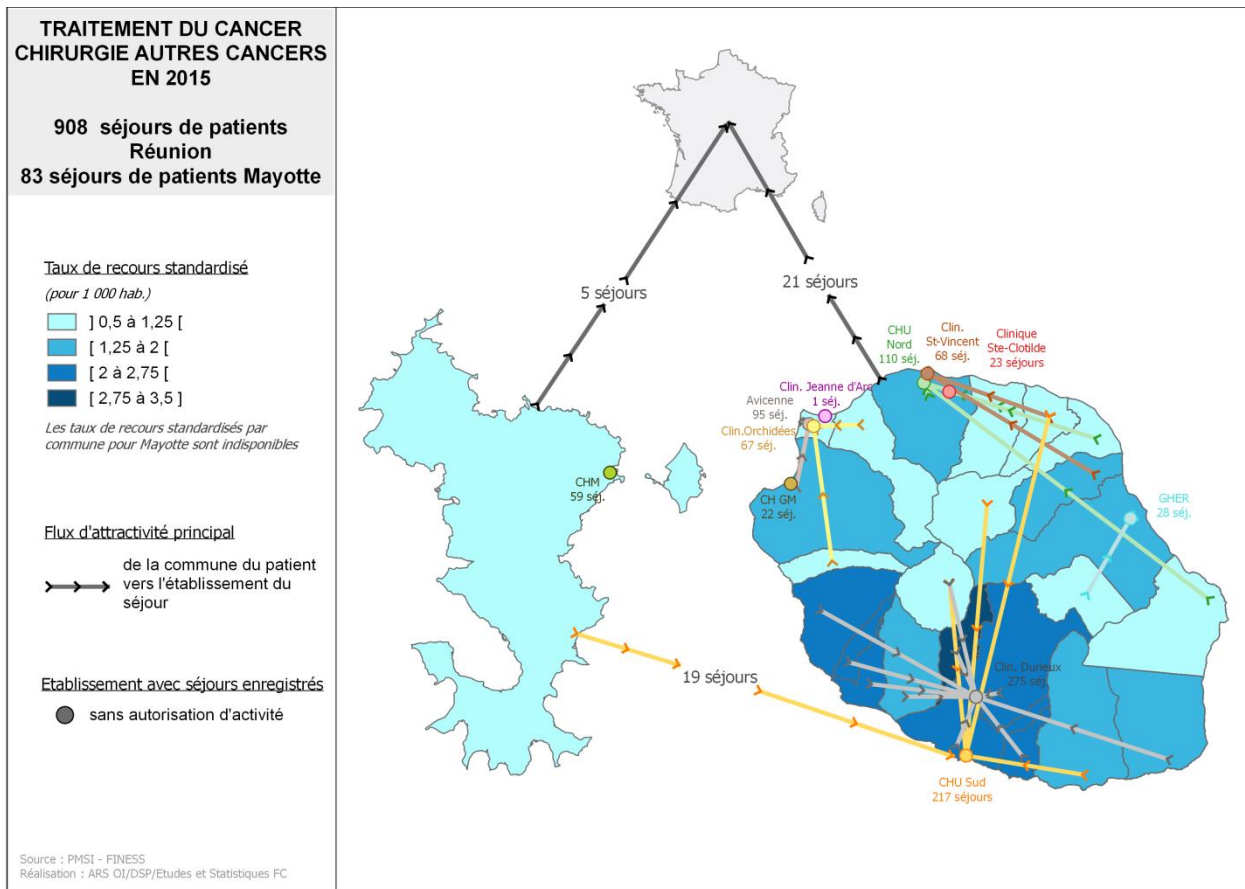


Le taux de recours standardisé pour une chirurgie du cancer urologique est de 0,97 séjour pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,46 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur la commune de Sainte-Rose (2,13). Le CHU Sud, la clinique Sainte-Clotilde et la clinique des Orchidées enregistrent chacun 25% des séjours. La clinique Durieux qui n'a pas d'autorisation d'activité enregistre 23 séjours en 2015. 37 séjours ont été réalisés en métropole (7,2% des séjours).

# Traitement du cancer par chirurgie

## Autres cancers non soumis à seuil



Le taux de recours standardisé pour une chirurgie pour autres cancers est de 1,59 séjour pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,53 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur les communes du Sud, notamment à l'Entre Deux (3,07). Le CHU Sud enregistre 24% des séjours, la clinique Durieux 18% des séjours et le CHU Nord 15% des séjours. 21 séjours ont été réalisés en métropole (2,3% des séjours).

# Traitement du cancer par chimiothérapie

# Traitement du cancer par chimiothérapie

## Etat des lieux

|  | Mayotte  | Réunion | France entière |
|--|----------|---------|----------------|
| Nombre de séjours/séances – 2015 <sup>(1)</sup>                          | 1 350    | 16 450  |                |
| Nombre de patients – 2015  | 164      | 1 982   |                |
| Taux de recours brut (nb séj / 1 000 habitants) – 2015 <sup>(1)(3)</sup> | 6,3      | 19,7    | 38,7           |
| Taux de recours brut patients (nb pat / 1000 habitants)                  | 0,77     | 2,4     | 4,5            |
| Taux de recours std (nb séj / 1 000 habitants) – 2015 <sup>(1)(3)</sup>  | 19,2     | 27,1    | 38,7           |
| Taux de recours std patients (nb pat / 1000 habitants)                   | 2,0      | 3,3     | 4,5            |
| Nombre d'oncologues – 01/01/2016 <sup>(4)</sup>                          |          | 2       |                |
|  | Libéral  | 1       |                |
|  | Salarié* | 1       |                |
| Densité d'oncologues pour 100 000 hab. – 01/01/2016 <sup>(3)(4)</sup>    |          | 0,2     | 1,5            |



# Traitement du cancer par chimiothérapie

## Taux de recours par appareil

### Réunion

| Cancer par appareil  | Taux de recours en nb séjours |                             |                 | Taux de recours en nb de patients |                             |                 |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|                      | Réunion                       |                             | FE              | Réunion                           |                             | FE              |
|                      | Taux recours brut             | Taux de recours standardisé | Taux recours FE | Taux recours brut                 | Taux de recours standardisé | Taux recours FE |
| <b>Ensemble</b>      | <b>19,7</b>                   | <b>26,2</b>                 | <b>38,7</b>     | <b>2,4</b>                        | <b>3,3</b>                  | <b>4,5</b>      |
| Cancer digestif      | 4,4                           | 6,3                         | 9,9             | 0,6                               | 0,8                         |                 |
| Cancer gynécologique | 1,4                           | 1,9                         | 2,6             | 0,2                               | 0,3                         |                 |
| Cancer ORL           | 1,1                           | 1,3                         | 1,8             | 0,2                               | 0,2                         |                 |
| Can du sein          | 5,0                           | 5,7                         | 8,2             | 0,6                               | 0,7                         |                 |
| Cancer thoracique    | 1,8                           | 2,5                         | 5,6             | 0,3                               | 0,4                         |                 |
| Cancer urologique    | 1,0                           | 1,4                         | 2,3             | 0,1                               | 0,2                         |                 |

### Mayotte

| Cancer par appareil  | Taux de recours en nb séjours |                             |                 | Taux de recours en nb de patients |                             |                 |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|                      | Mayotte                       |                             | FE              | Mayotte                           |                             | FE              |
|                      | Taux recours brut             | Taux de recours standardisé | Taux recours FE | Taux recours brut                 | Taux de recours standardisé | Taux recours FE |
| <b>Ensemble</b>      | <b>6,3</b>                    | <b>19,2</b>                 | <b>38,7</b>     | <b>0,8</b>                        | <b>2,0</b>                  | <b>4,5</b>      |
| Cancer digestif      | 1,0                           | 3,4                         | 9,9             | 0,1                               | 0,3                         |                 |
| Cancer gynécologique | 0,4                           | 1,1                         | 2,6             | 0,1                               | 0,2                         |                 |
| Cancer ORL           | 0,1                           | 0,2                         | 1,8             | 0,0                               | 0,0                         |                 |
| Can du sein          | 2,2                           | 4,2                         | 8,2             | 0,2                               | 0,5                         |                 |
| Cancer thoracique    | 0,1                           | 0,3                         | 5,6             | 0,0                               | 0,1                         |                 |
| Cancer urologique    | 0,8                           | 2,8                         | 2,3             | 0,1                               | 0,3                         |                 |



# Traitement du cancer par chimiothérapie

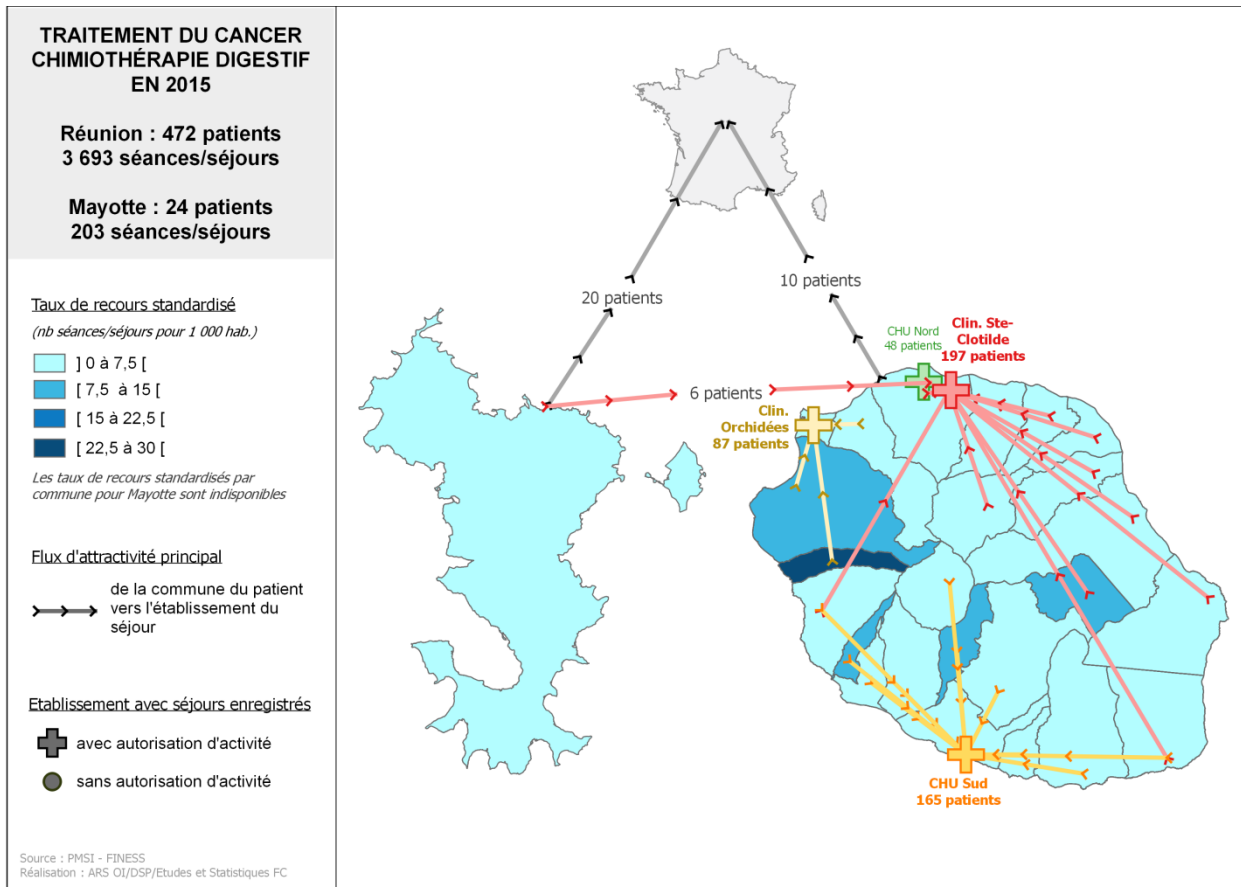
- **Quels besoins spécifiques ?**
- **Quelle adaptation de l'offre ?**

## Constats

- L'augmentation de la proportion de chimiothérapie par voie orale va impacter négativement dans les années à venir l'activité de l'hôpital de jour ; selon les participants, cette baisse d'activité devrait cependant être compensée par l'activité d'immunothérapie par voie veineuse maintenue en hôpital de jour ; l'activité en hôpital de jour est donc amenée à évoluer sur les 5 prochaines années. Les traitements par chimiothérapie orale et par immunothérapie vont coexister et non pas substituer l'un à l'autre ; c'est l'hospitalisation complète pour chimiothérapie qui, en revanche, est amenée à diminuer. L'articulation avec les soins de ville va se poser de manière importante à 5 ans.
- Enjeu de développement de l'onco-gériatrie pour tenir compte du vieillissement des malades ;

# Traitement du cancer par chimiothérapie

## Cancers digestifs

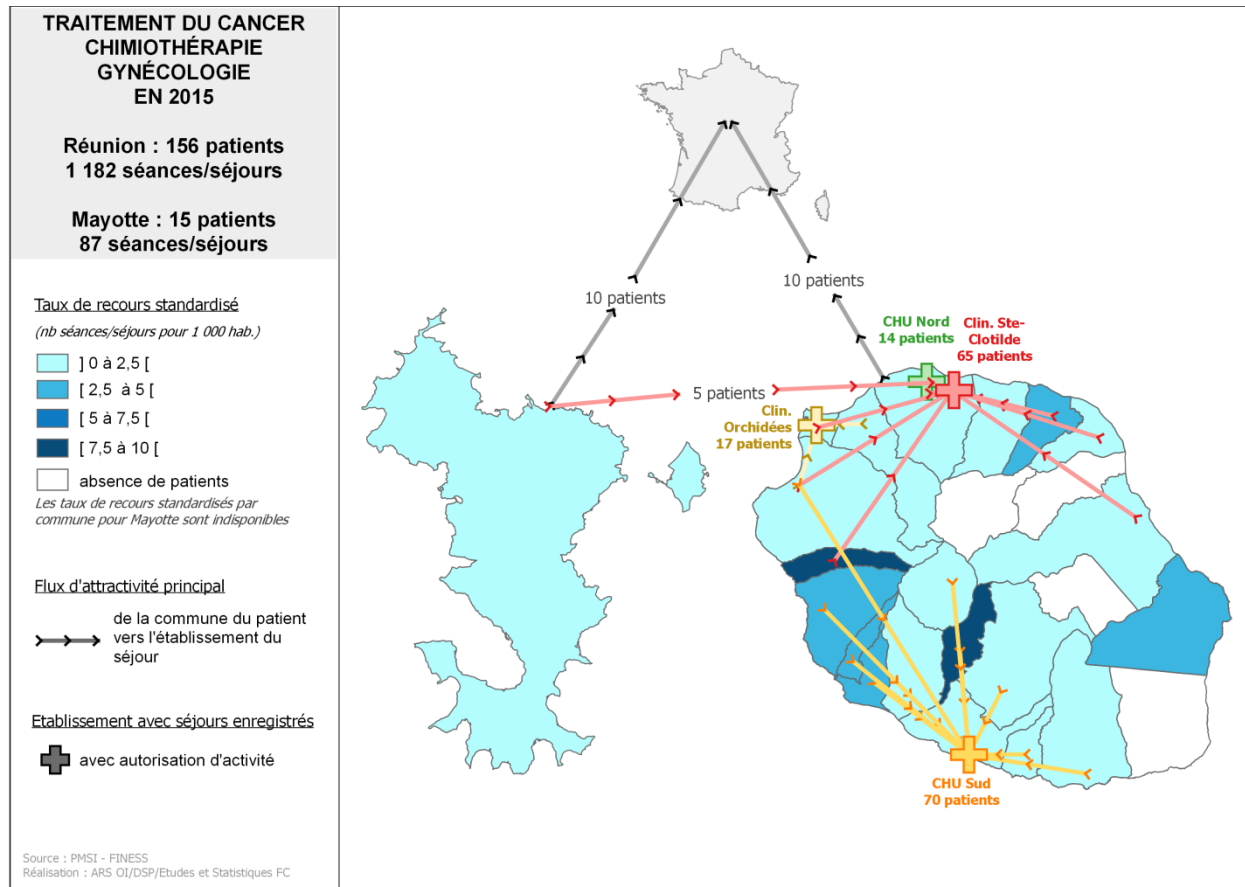


Le taux de recours standardisé pour une chimiothérapie du cancer digestif est de 6,3 séjours/séances pour 1 000 habitants à La Réunion et 3,4 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur la commune de Trois Bassins (22,7) et de la Plaine des Palmistes (14,2) avec des taux de recours supérieurs à 10 à 20 points comparativement au reste des autres communes. La clinique Sainte-Clotilde enregistre 41% des séjours et le CHU Sud 35% des séjours.

# Traitement du cancer par chimiothérapie

## Cancers gynécologiques



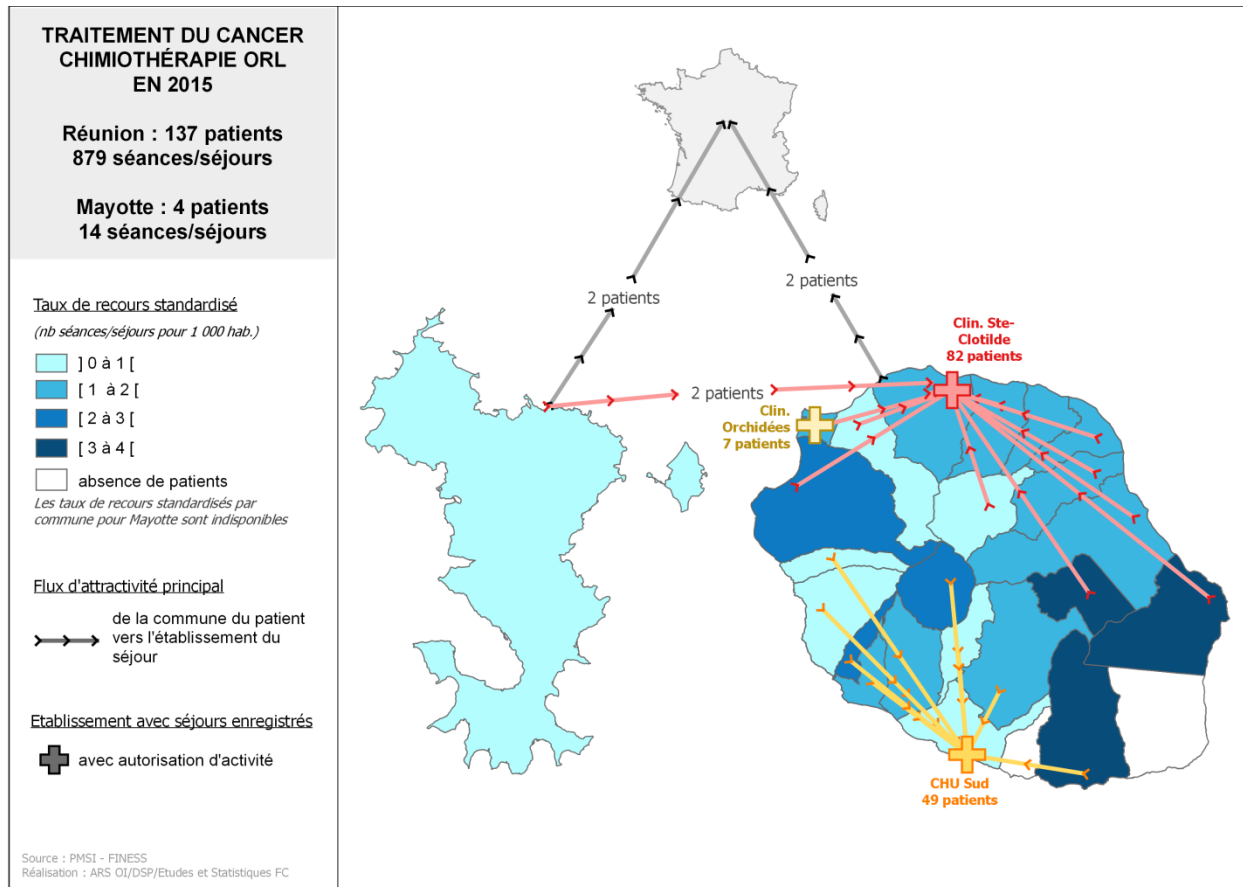
Le taux de recours standardisé pour une chimiothérapie du cancer gynécologique est de 1,9 séjours/séances pour 1 000 habitants à La Réunion et 1,1 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur la commune de Trois Bassins (8,2) et de l'Entre Deux (7,7). A l'opposé, 4 communes n'ont aucun patient : Salazie, Bras Panon, la Plaine des Palmistes et Sainte-Rose.

Le CHU Sud enregistre 45% des séjours et la clinique Sainte-Clotilde 42% des séjours.

# Traitement du cancer par chimiothérapie

## Cancers ORL

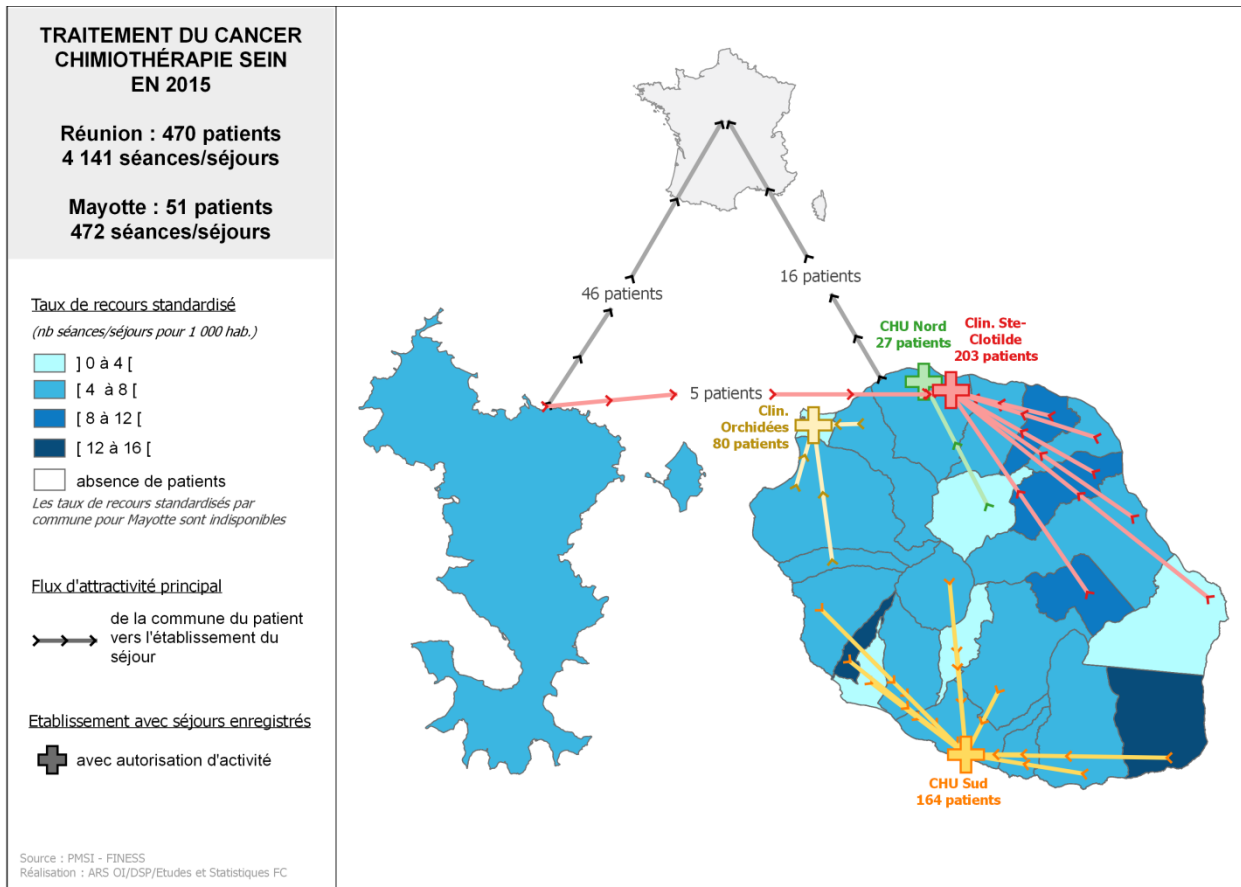


Le taux de recours standardisé pour une chimiothérapie du cancer ORL est de 1,3 séjours/séances pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,2 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur les communes de la Plaine des Palmistes(3,4), de Sainte-Rose (3,3) et de Saint-Joseph (3,3). Les communes de Petite Ile et de Saint-Philippe n'ont aucun patient enregistré. La clinique Sainte-Clotilde enregistre 60% des séjours et le CHU Sud 35% des séjours.

# Traitement du cancer par chimiothérapie

## Cancer du sein

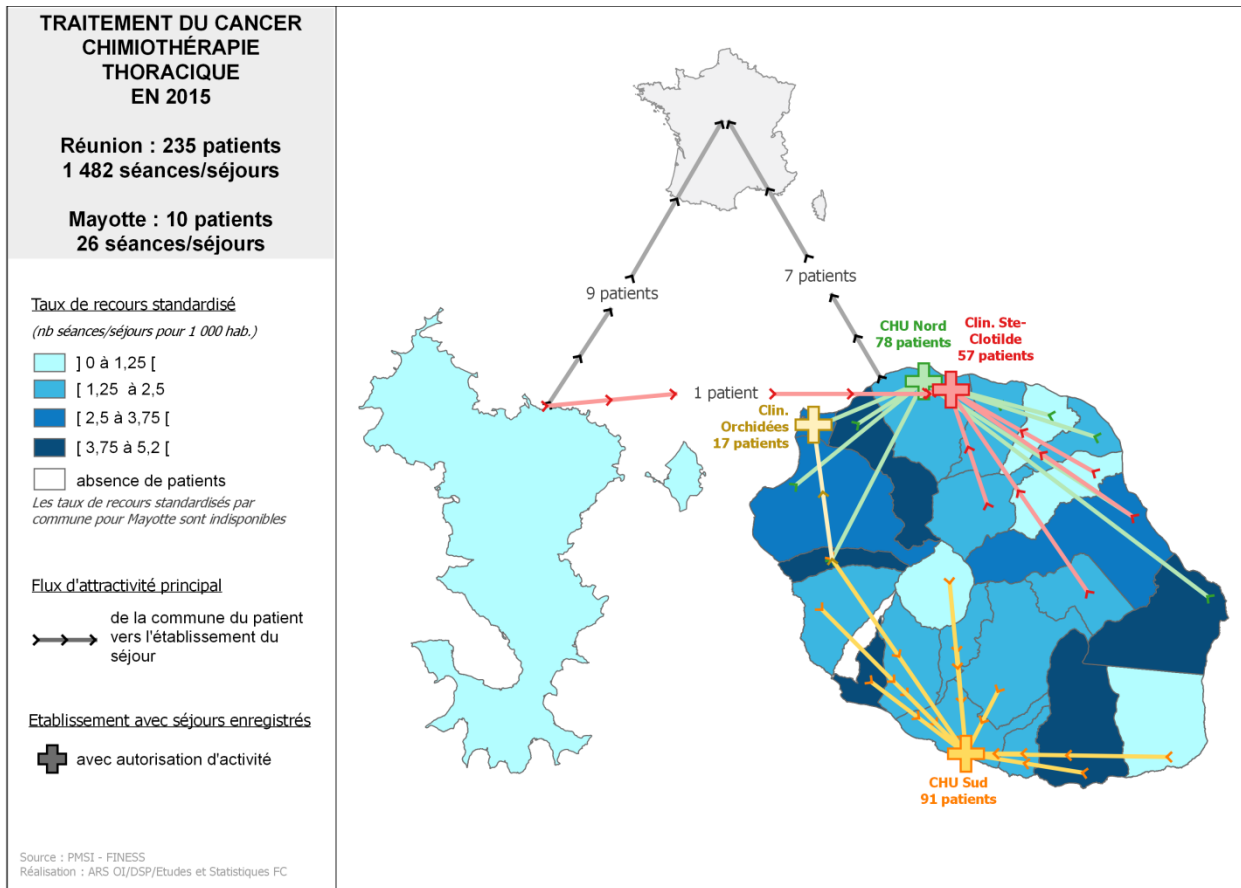


Le taux de recours standardisé pour une chimiothérapie du cancer du sein est de 5,7 séjours/séances pour 1 000 habitants à La Réunion et 4,2 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur la commune de Saint-Philippe (15), des Aviron (13,4), de Bras Panon (11,2) et de Sainte-Suzanne (10,4). Les communes de Salazie, de l'Entre Deux, de l'Etang Salé et de Sainte-Rose enregistrent les plus faibles taux de recours. La clinique Sainte-Clotilde enregistre 43% des séjours et le CHU Sud 35% des séjours.

# Traitement du cancer par chimiothérapie

## Cancer thoracique

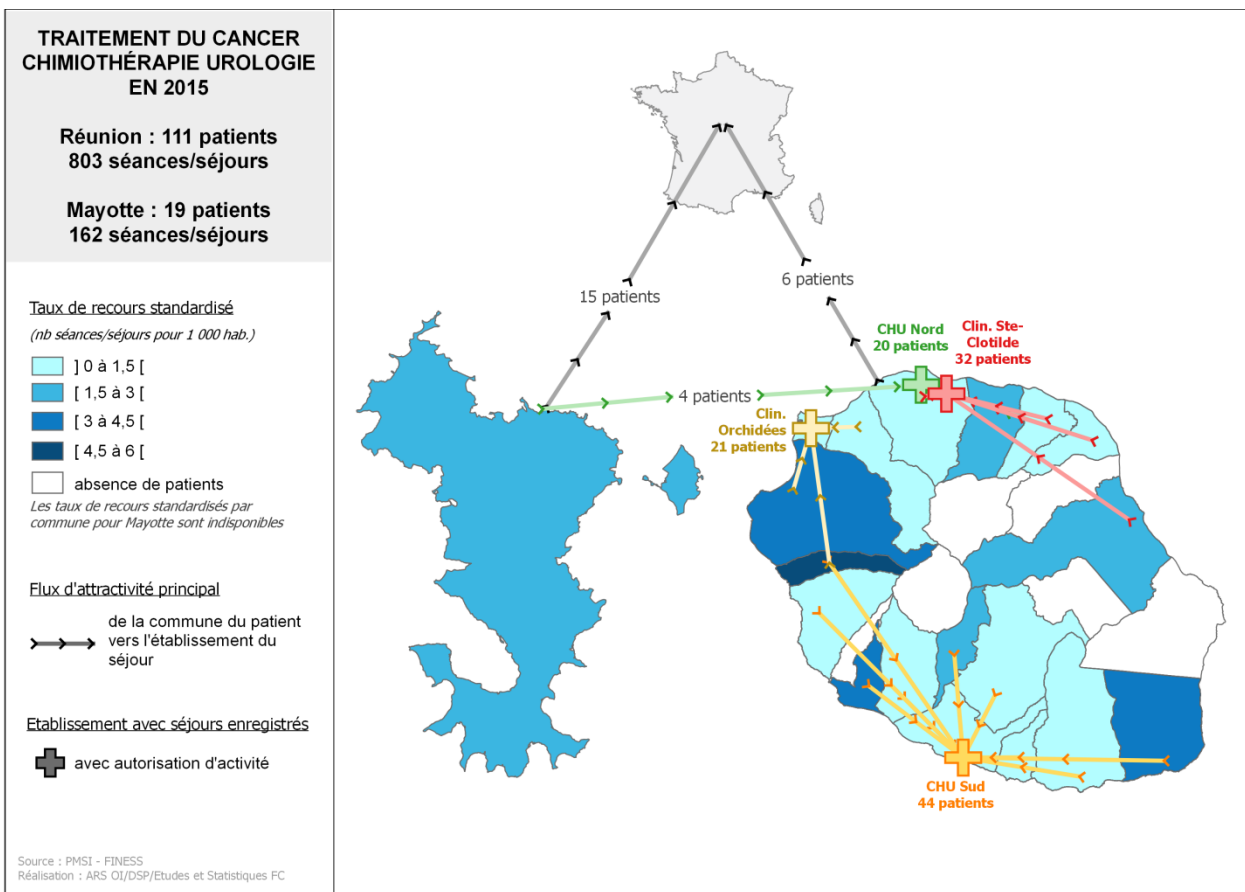


Le taux de recours standardisé pour une chimiothérapie du cancer du thoracique est de 2,5 séjours/séances pour 1 000 habitants à La Réunion et 0,3 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur les communes de Trois Bassins (5,2), de l'Etang Salé (5,1), de Saint-Joseph (4,2), de Sainte-Rose (4,1) et de la Possession (3,8). La commune des Avironn n'a aucun patient enregistré. Le CHU Nord enregistre 39% des séjours et le CHU Sud 33% des séjours.

# Filières cancérologiques : Chimiothérapie

## Cancer urologique



Le taux de recours standardisé pour une chimiothérapie du cancer urologique est de 1,4 séjours/séances pour 1 000 habitants à La Réunion et 2,8 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur la commune de Trois Bassins (5,7), de l'Etang Salé (3,2), de Saint-Paul (3,1) et de Saint-Philippe (3). Aucun patient n'a été enregistré pour 6 communes situées principalement dans l'Est de l'île. Le CHU Sud enregistre 40% des séjours et la clinique Sainte-Clotilde 29% des séjours.



# Filières cancérologiques : Chimiothérapie

## Autres cancers

### TRAITEMENT DU CANCER CHIMIOTHÉRAPIE AUTRES CANCERS EN 2015

Réunion : 448 patients  
4 270 séances/séjours

Mayotte : 52 patients  
386 séances/séjours

#### Taux de recours standardisé

(nb séances/séjours pour 1 000 hab.)

- ] 0 à 5 [
- [ 5 à 10 [
- [ 10 à 15 [
- [ 15 à 20 [

□ absence de patients

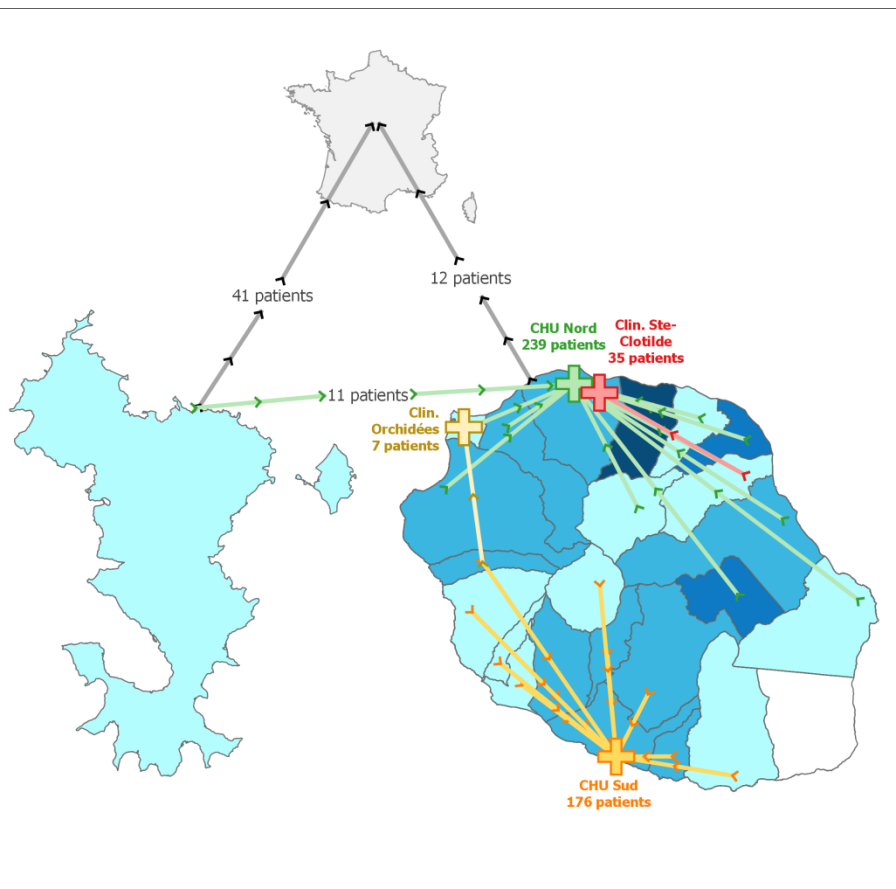
Les taux de recours standardisés par commune pour Mayotte sont indisponibles

#### Flux d'attractivité principal

→ de la commune du patient vers l'établissement du séjour

#### Etablissement avec séjours enregistrés

⊕ avec autorisation d'activité



Source : PMSI - FINES  
Réalisation : ARS 01/DSP/Etudes et Statistiques FC

Le taux de recours standardisé pour une chimiothérapie pour cancer autre est de 7,1 séjours/séances pour 1 000 habitants à La Réunion et 7,2 à Mayotte en 2015.

A La Réunion, les taux de recours les plus élevés se situent sur la commune de Sainte-Marie (16,3), de Saint-André (11,7) et de la Plaine des Palmistes (11,2). La commune de Saint-Philippe n'enregistre aucun patient. Le CHU Nord enregistre 53% des séjours et le CHU Sud 39% des séjours.



# Traitement du cancer par radiothérapie

# Traitement du cancer par radiothérapie

## Etat des lieux

|  | Mayotte | Réunion | France entière |
|--|---------|---------|----------------|
| Nombre de séjours/séances/actes – 2015 <sup>(1)</sup>                        | 605     | 21 796  |                |
| Nombre de patients distinct – 2015   | 50      | 1 320   |                |
| Taux de recours brut (nb séj /1 000 habitants) – 2015 (1)(3)                 | 2,8     | 26,1    | ND             |
| Taux de recours brut patients (nb pat /1000 habitants)                       | 0,2     | 1,6     |                |
| Taux de recours std (nb séj /1 000 habitants) – 2015 (1)(3)                  | 5,7     | 36,9    | ND             |
| Taux de recours std patients (nb pat /1000 habitants)                        | 0,5     | 2,3     |                |
| Nombre de radiothérapeutes – 01/01/2016 <sup>(4)</sup>                       | 0       | 8       |                |
| Libéral  | 0       | 4       |                |
| Salarié*   | 0       | 4       |                |
| Densité de radiothérapeutes pour 100 000 hab. – 01/01/2016 <sup>(3)(4)</sup> | 0       | 0,9     | 1,3**          |

# Traitement du cancer par radiothérapie

## Taux de recours par appareil

### Réunion

|                      | Taux de recours en nb séjours/séances/actes |                             |                 | Taux de recours en nb de patients |                             |                 |
|----------------------|---|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|                      | Réunion                                     |                             | FE              | Réunion                           |                             | FE              |
| Cancer par appareil  | Taux recours brut                           | Taux de recours standardisé | Taux recours FE | Taux recours brut                 | Taux de recours standardisé | Taux recours FE |
| <b>Ensemble</b>      | <b>26,1</b>                                 | <b>36,9</b>                 | <b>ND</b>       | <b>1,6</b>                        | <b>2,3</b>                  | <b>ND</b>       |
| Cancer digestif      | 2,7   | 3,9                         | ND              | 0,2                               | 0,2                         | ND              |
| Cancer gynécologique | 1,3   | 2,0                         | ND              | 0,1                               | 0,2                         | ND              |
| Cancer ORL           | 2,8   | 3,7                         | ND              | 0,2                               | 0,2                         | ND              |
| Cancer du sein       | 7,9   | 9,6                         | ND              | 0,5                               | 0,6                         | ND              |
| Cancer thoracique    | 1,6   | 2,3                         | ND              | 0,1                               | 0,2                         | ND              |
| Cancer urologique    | 6,8   | 10,9                        | ND              | 0,3                               | 0,4                         | ND              |

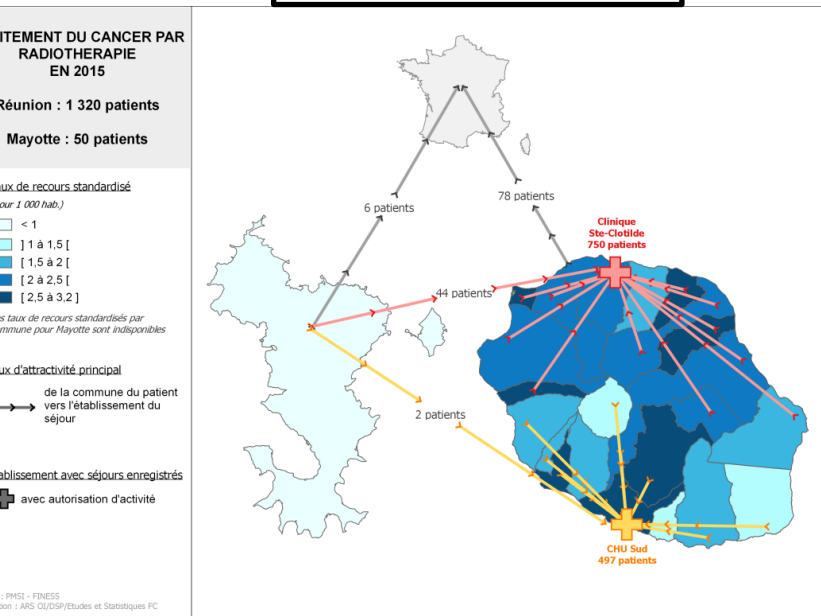
### Mayotte

|                      | Taux de recours en nb séjours/séances/actes |                             |                 | Taux de recours en nb de patients |                             |                 |
|----------------------|---|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|                      | Mayotte                                     |                             | FE              | Mayotte                           |                             | FE              |
| Cancer par appareil  | Taux recours brut                           | Taux de recours standardisé | Taux recours FE | Taux recours brut                 | Taux de recours standardisé | Taux recours FE |
| <b>Ensemble</b>      | <b>2,8</b>                                  | <b>5,7</b>                  | <b>ND</b>       | <b>0,2</b>                        | <b>0,5</b>                  | <b>ND</b>       |
| Cancer digestif      | 0,2   | 0,5                         | ND              | 0,0                               | 0,1                         | ND              |
| Cancer gynécologique | 0,8   | 1,9                         | ND              | 0,0                               | 0,1                         | ND              |
| Cancer ORL           | 0,2   | 0,3                         | ND              | 0,0                               | 0,0                         | ND              |
| Cancer du sein       | 1,1   | 2,2                         | ND              | 0,1                               | 0,2                         | ND              |
| Cancer thoracique    | 0,0   | 0,0                         | ND              | 0,0                               | 0,0                         | ND              |
| Cancer urologique    | 0,2   | 0,4                         | ND              | 0,0                               | 0,0                         | ND              |

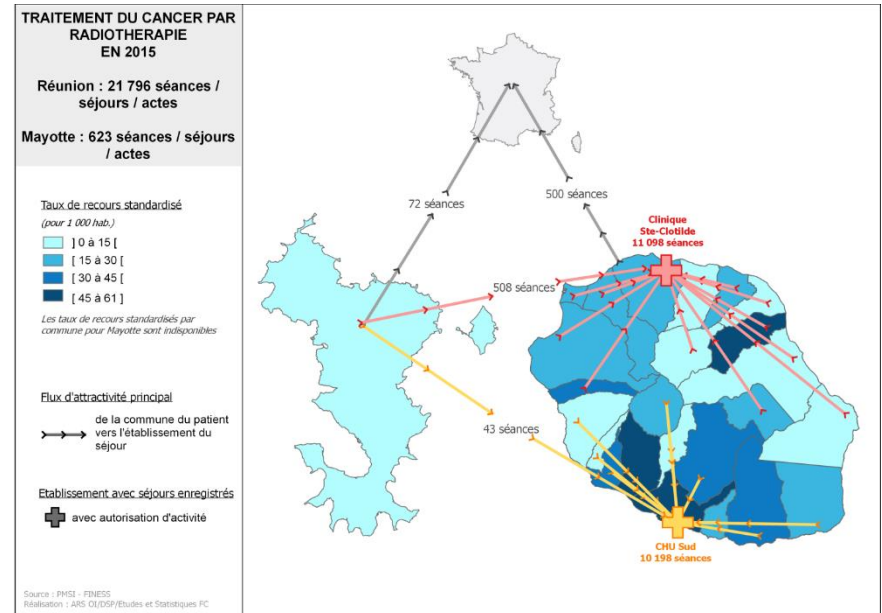
# Traitement du cancer par radiothérapie

## Traitement du cancer par radiothérapie en 2015

### Patients

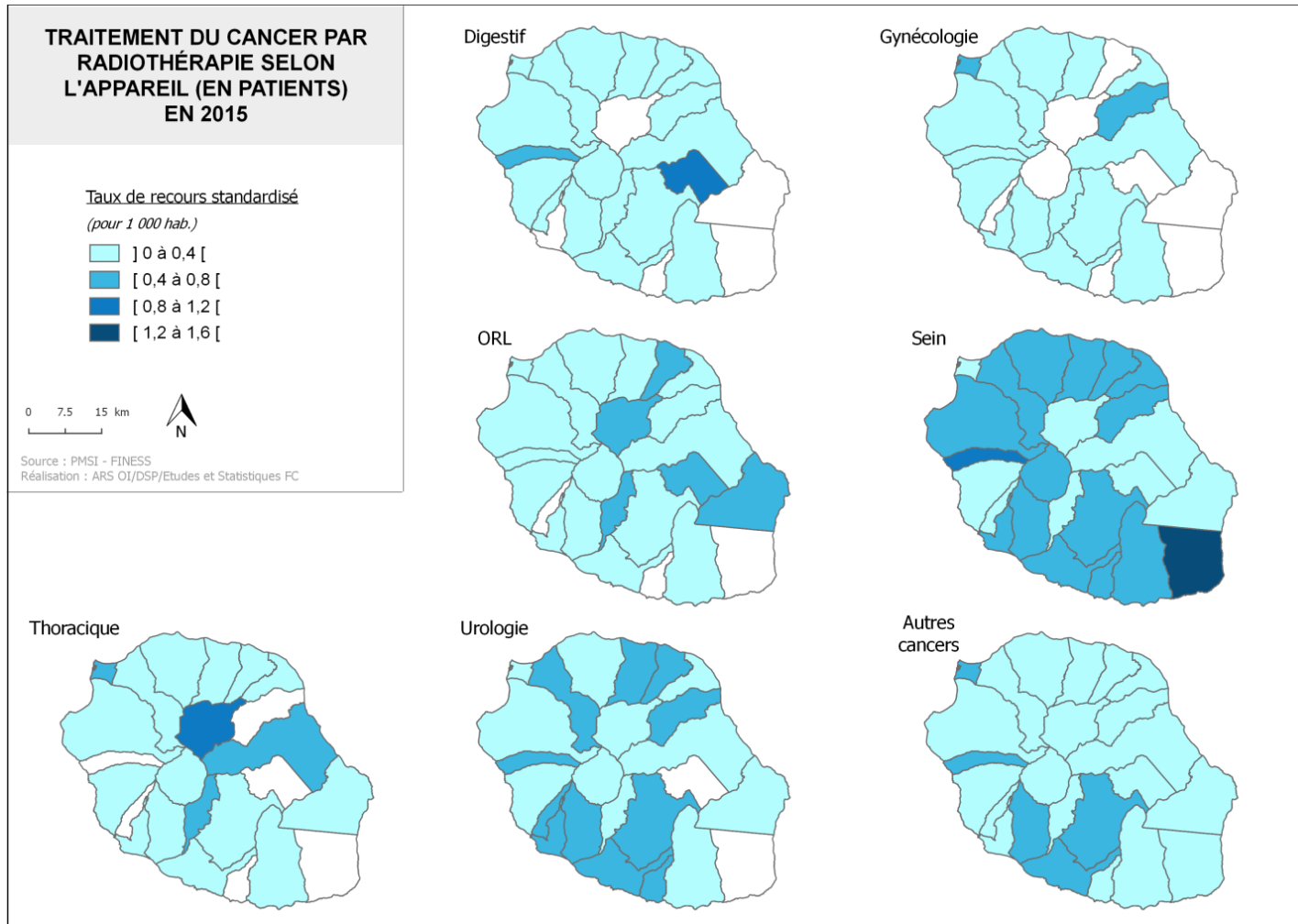


### Séances



# Traitement du cancer par radiothérapie

## Traitement du cancer par radiothérapie en 2015



# Traitement du cancer par radiothérapie

- **Quels besoins spécifiques ?**
- **Quelle adaptation de l'offre ?**

| Constats   | Propositions   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Clinique Sainte Clotilde : 1000 patients, 2 machines =&gt; positionnement sur 1 machine supplémentaire</li><li>• Saint-Pierre (Sud) : 600 patients =&gt; crainte de perte d'activité si machine supplémentaire à Sainte-Clotilde. Risques de surconcentration d'activité sur certains territoires.</li><li>• Rappel réglementaire : pour monter un pôle à l'Ouest il faut installer deux machines.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enjeu d'arbitrage sur la répartition territoriale des machines</li></ul> |

# Soins palliatifs

# Soins palliatifs

## Éléments de bilan

| ACTIONS MISES EN ŒUVRE   | ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE  | PRIORITES A INSCRIRE DANS LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création de lits identifiés de soins palliatifs dans les territoires de santé nord-est et sud,</li> <li>• Création d'une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques,</li> <li>• Mobilisation des structures de soins de suite et de réadaptation pour apporter aux familles des solutions de répit,</li> <li>• Création d'un comité d'éthique d'établissements dans chaque territoire de santé,</li> <li>• Organisation d'une journée annuelle des soins palliatifs de l'Océan Indien,</li> <li>• Elaboration par les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) de protocoles pour éviter les hospitalisations en urgences.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une unité de soins palliatifs dans le territoire de santé sud,</li> <li>• Création de lits identifiés de soins palliatifs dans le territoire de santé ouest,</li> <li>• Le développement de la recherche</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulation avec le Centre Hospitalier de Mayotte dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT)</li> <li>• Liaison entre services de soins palliatifs et structures médico-sociales pour le maintien à domicile et la prévention des hospitalisations en urgence non justifiées</li> <li>• Conforter le positionnement des EMSP dans l'animation territoriale en lien avec la plate-forme territoriale d'appui à la coordination (Océan Indien Innovation Santé Appui)</li> <li>• Réflexion à mener pour identifier une EMSP au GHER sinon des LISP.</li> </ul> |



# Soins palliatifs

## Éléments de bilan

| Bilan des implantations au 1 <sup>er</sup> janvier 2017                  | Territoires de santé |       |     |
|--|----------------------|-------|-----|
|  | Nord est             | Ouest | Sud |
| Unités de soins palliatifs   | 1                    | NC*   | 0   |
| Lits identifiés de soins palliatifs en médecine                          | 12                   | 0     | 10  |
| Lits identifiés de soins palliatifs en soins de suite et de réadaptation | 2                    | 0     | 6   |
| Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)                                 | 1                    | 1     | 1   |

# Soins palliatifs

- **Quels besoins spécifiques ?**
- **Quelles évolutions de l'offre ?**

| Constats  | Propositions  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enjeu de diversification de l'offre de soins palliatifs</b> sur les années à venir.</li> <li>• Le soin palliatif se pratique en SSR mais de manière informelle (Saint-Joseph)</li> <li>• Création d'une unité dans le Sud d'ici à 2 ans (10 lits)</li> <li>• Manque de places dans l'unité de soins palliatifs de Sainte-Clotilde ; Intérêt d'une unité dans le sud dans la mesure où les soins palliatifs présentent un enjeu de proximité.</li> <li>• De plus en plus de patients cancéreux pris en charge par l'équipe mobile soins palliatifs ; flux de 400 patients par an et équipe réduite ; problématique d'hébergement pour les patients soins palliatifs - nécessité d'un projet d'USP dans l'Ouest.</li> <li>• <b>Les moyens d'intervention mobiles sont insuffisants.</b> Enjeu de dimensionnement des équipes mobiles.</li> <li>• <b>Problématiques de prise en charge de la douleur</b> : patients en soins palliatifs qui recourent aux urgences pour des questions de gestion de la douleur.</li> <li>• Il existe un réseau informel dans l'Ouest spécialisé soins palliatifs/douleurs ;</li> <li>• 3 mois d'attente sur la région pour une consultation douleur ;</li> <li>• Rappel de la possibilité de recours à la kinésithérapie pour le traitement de la douleur ; peu de prescriptions à la kinésithérapie pour de la douleur ;</li> <li>• Psychomotricité/Sexologie/Stresse = axes à développer en cancérologie (soins supports)</li> <li>• Socio-esthétique : non reconnaissance comme soin de support « obligatoire »</li> <li>• Cancer du sein : besoin d'écoute, d'accompagnement et de travail sur le bien-être (le réseau ROSE reçoit des sollicitations) pour des patients au domicile en post-hospitalisation.</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Création d'un réseau régional soins palliatifs douleurs - via la labellisation et le renforcement de réseaux informels existants.</li> <li>2. Renforcer l'accompagnement des patients à domicile sur les plans social et psychique, en revalorisant les soins supports (socio-esthétique, sexologie, psychomotricité etc;)</li> </ol> |

# Soins palliatifs

- **Quels besoins spécifiques ?**
- **Quelles évolutions de l'offre ?**

| Constats   | Propositions  |
|--|---|
| <p><u>Rôle de l'HAD en cancérologie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 60% de patients complexes au domicile pour lesquels l'HAD apporte une réponse ;</li><li>• Délai de prise en charge incompatible avec la DMS ;</li><li>• Enjeu de coordination entre les HAD et les infirmiers libéraux ;</li><li>• Les oncologues travaillent davantage avec le MAD car plus de réactivité en sortie d'hospitalisation</li><li>• Rôle du médecin traitant dans la mise en place de l'HAD ;</li></ul> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Développer le HAD en travaillant la coordination avec les professionnels libéraux et en améliorant le niveau d'information sur cette prise en charge</li></ol> |

# Autres sujets de discussion

- **Quelles évolutions au niveau des soins supports ? Quelles modalités de prise en charge de la douleur ?**
- **Quelles évolutions et quel rôle pour le réseau ONCORUN ?**