

2EME SEMINAIRE UNICANCER SUR LA CANCEROLOGIE EN OUTRE-MER

Groupe-coordonnateur

Outre-Mer

unicancer

Présentation des 18 posters “Dispositif innovant” ou “travail de recherche”

Prix du meilleur
poster
“Dispositif innovant
ou
travail de recherche”



unicancer

Contact : Katia WILLINGER
k-willinger@unicancer.fr

PRESENTATION DES 18 POSTERS “DISPOSITIF INNOVANT” OU “TRAVAIL DE RECHERCHE”

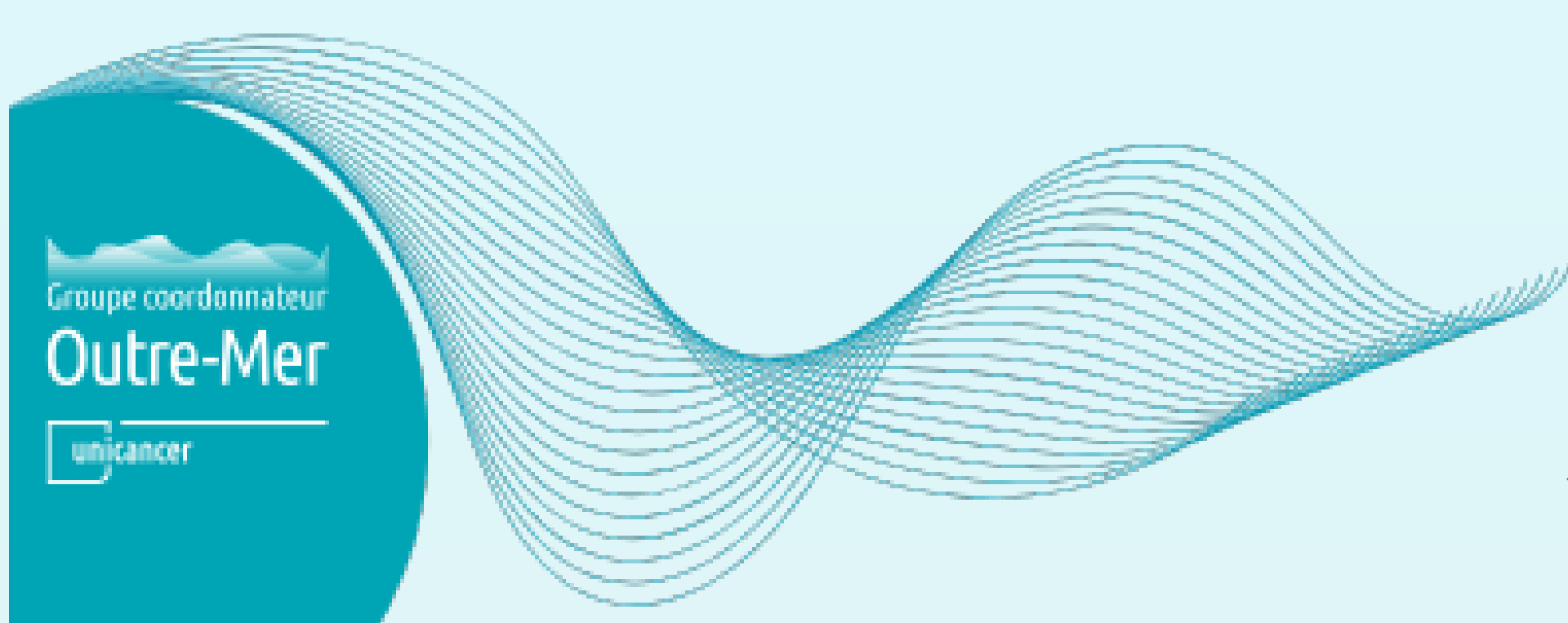
1. CAP EVASAN – Cellule d’Accompagnement du Patient EVASANÉ
2. Favoriser l’égalité d’accès aux soins du cancer en Outre-Mer (OM) via l’apport des sciences humaines et sociales (SHS): le groupe de travail SHS et Cancer d’UCOM
3. Adhésion à la première campagne de vaccination contre les HPV à Saint-Pierre et Miquelon
4. Étude épidémiologique : Incidence des cancers à Saint-Pierre et Miquelon de 2013 à 2023
5. Accès aux et continuité des soins oncologiques en Outre Mer: mise en place de la Force d’Appui en Personnels en Outre-Mer (FAPOM) du groupe UCOM
6. Déploiement du séquençage pangénomique à partir de prélèvements FFPE en Guadeloupe : une organisation territoriale innovante au service des patients atteints de cancers avancés en échec thérapeutique
7. **Première chirurgie de sarcome guidée par téléassistance chirurgicale entre la France hexagonale et la Polynésie : rapport de faisabilité et perspectives stratégiques**
8. Accompagnement par les pairs en cancérologie : une approche innovante adaptée aux spécificités Polynésiennes
9. Panorama des cancers à Wallis et Futuna : 2020-2024 - Comparaison des taux d’incidence avec la France hexagonale
10. Une prise en charge interculturelle et innovante pour les patients guyanais atteints de cancer
11. La vaccination HPV en Polynésie française 2024,2025 : une émergence attendue depuis des années
12. TARONA TERE un « transport rose » pour accompagner moralement et physiquement les Polynésiennes dans le dépistage du cancer du sein en Polynésie française
13. Prévention et sensibilisation au cancer sur le lieu de travail, dans les entreprises et administrations en Polynésie française
14. **PréHab’O : Améliorer le parcours de soins et la qualité de vie des patients de plus de 65 ans atteints de cancer vivant dans les Hauts isolés de La Réunion**
15. La conciergerie Administrative & Sociale
16. L’ETP en oncologie, un outil d’équité en santé dans un territoire pluriculturel
17. Circuit accéléré du dépistage du cancer du col de l’utérus dans les communes de l’intérieur en Guyane : Intérêt de la télépathologie – Projet “One day diagnosis”
18. Renforcer la surveillance épidémiologique des cancers dans les DROM-COM : une nécessité pour concevoir, adapter et évaluer les programmes locaux de lutte contre le cancer, et orienter la recherche épidémiologique et clinique.



Groupe-coordonnateur

Outre-Mer





2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeu



CAP EVASAN – Cellule d'Accompagnement du Patient EVASANÉ

Marion RAMON¹, Dr Jean-François MOULIN¹, Jennifer LACOT¹, Marie-Ange MATURIER¹, Terii FOUGEROUSSE¹, Dr Teanini TEMATAHOTOA¹

¹ICPF (Institut du Cancer de Polynésie Française)

Première cellule dédiée en Polynésie française, CAP EVASAN est une innovation organisationnelle centrée sur le patient.

Créée en mai 2023, **CAP EVASAN** est une cellule de coordination d'**infirmières** qui **accompagne**, dans leur parcours de soins, les patients adultes atteints de **cancer** en Polynésie française nécessitant une **évacuation sanitaire** (EVASAN) internationale, vers la France ou la Nouvelle-Zélande.

Dans un terrain isolé, où les parcours d'EVASAN sont complexes et source d'angoisse, ce dispositif structure et sécurise le parcours de soins.

OBJECTIFS



Coordonner et faciliter les démarches administratives et logistiques liées à l'EVASAN.



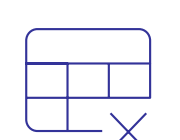
Être un interlocuteur privilégié pour le patient et sa famille.



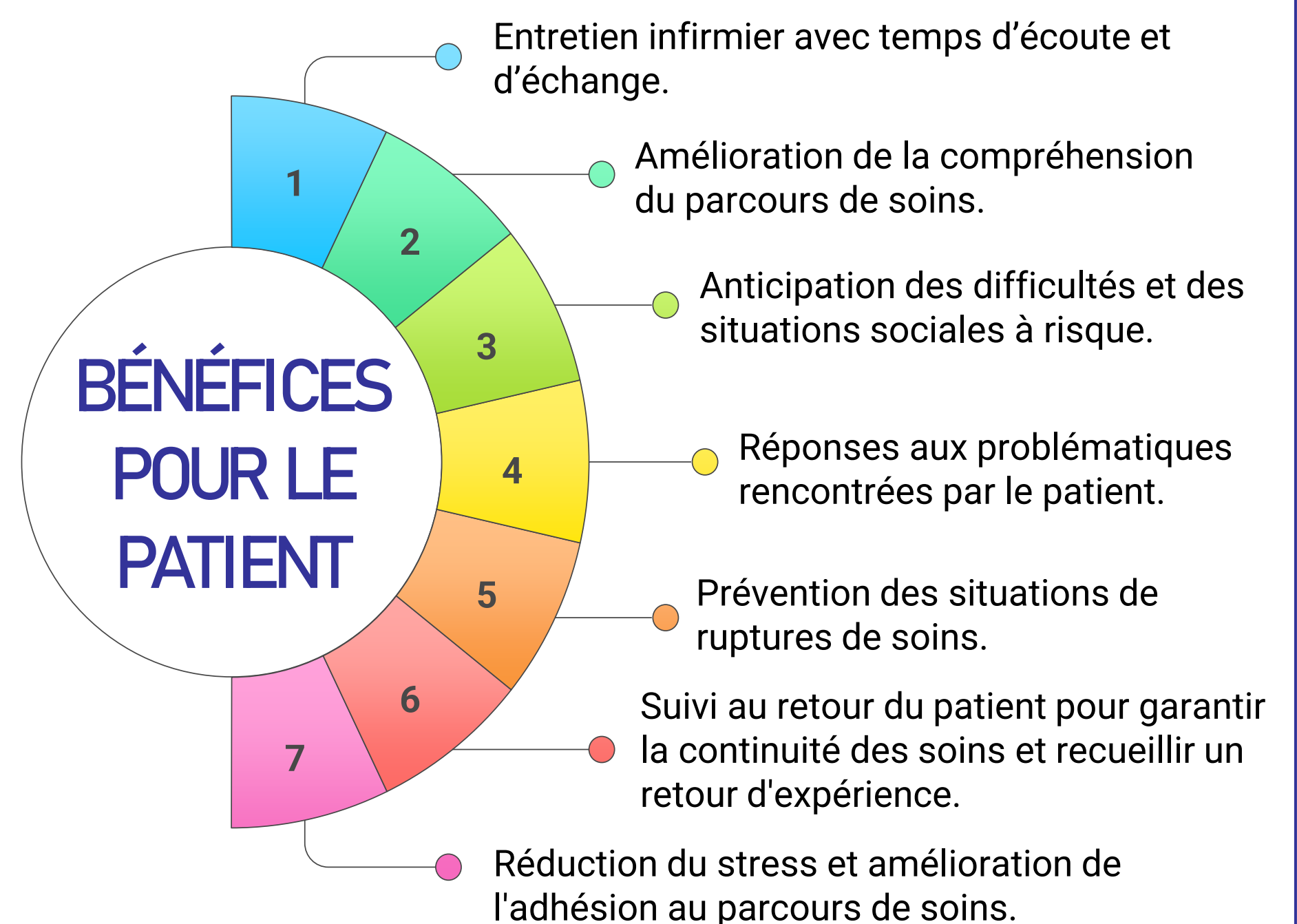
Veiller à la qualité et à la continuité des soins pendant tout le processus d'EVASAN jusqu'au retour.



Faire le lien entre le patient et tous les intervenants.



Offrir un modèle répliquable à d'autres territoires ultramarins dans des zones confrontées aux mêmes problématiques.



« ... le réconfort que vous m'avez apporté est incommensurable. Vos appels pour vous assurer de mon bien-être ont été particulièrement importants pour moi. Cela réchauffe le cœur d'avoir affaire à des personnes attentionnées et chaleureuses comme vous... »

PARCOURS DU PATIENT



Gain de temps médical
Formation des nouveaux médecins

1. Annonce de l'EVASAN

Lors de la consultation médicale, le **médecin** annonce la décision d'EVASAN au **patient** lorsqu'un examen ou un traitement ne peut être réalisé en Polynésie.

4. Suivi au retour

Un entretien post-EVASAN est effectué par CAP EVASAN. Il permet de recueillir le ressenti du patient et de s'assurer qu'il a bien rendez-vous avec son médecin référent en Polynésie pour garantir la continuité des soins.

Cette étape est essentielle pour ne pas perdre de vue le patient.



Retours positifs des patients et des médecins
Amélioration du parcours et de la continuité des soins



Plus de 600 entretiens infirmiers réalisés depuis l'ouverture

2. Préparation de l'EVASAN

Dès l'annonce de l'EVASAN, l'**infirmière** reçoit le patient en entretien, lui explique le parcours de soins, répond à ses craintes et le rassure.

La **CPS** prend en charge tous les frais pour le patient (sauf exceptions).

Europ Assistance s'occupe de toute la logistique de l'EVASAN (billets, passeport, visa, taxi).

3. Séjour hors territoire

L'**établissement receveur** prend en charge le patient. Un suivi est assuré par les infirmières pour les EVASAN de longue durée afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge. Les **associations** prennent également le relais pour accompagner les patients.

Une vidéo co-réalisée avec l'Institut Gustave Roussy a été conçue pour faciliter la compréhension du parcours patient. Scannez le QR code.



Favoriser l'égalité d'accès aux soins du cancer en Outre-Mer (OM) via l'apport des sciences humaines et sociales (SHS): le groupe de travail SHS et Cancer d'UCOM

M Pracht¹, R Le Coq², M Hagege³, K Willinger⁴ et tous les membres du GT5 UCOM

¹Centre E Marquis, Rennes, ²CNRS, Martinique, ³CEpiA INSERM U955, Paris, ⁴Fédération UNICANCER, Paris

Contexte

- Pour la population ultramarine constituée d'environ 2.7 millions de citoyens soit 4% de la population française, les cancers représentent une cause majeure de mortalité.
- La prise en soins des cancers en OM se singularise par des spécificités anthropologiques, ethnographiques, sociologiques, épidémiologiques et par des offres de médecine traditionnelle.
- Ces spécificités du domaine des SHS doivent impérativement être considérées dans les réflexions et les actions locales visant la prévention, les dépistages et les soins des cancers.
- Sans intégration des SHS des cancers en OM, les politiques d'aller vers populationnel (promotion de la santé, vaccination, ...), les projets de parcours coordonné de soin comme l'adhésion aux innovations de la cancérologie peuvent en effet être source de difficultés d'acceptation voire de refus et donc d'échecs, renforçant potentiellement la défiance vis-à-vis de la médecine oncologique voire le renoncement aux soins.

Le groupe SHS et Cancer d'UCOM

- Le groupe UCOM qui a pour vocation de réduire les inégalités d'accès aux dépistages, aux soins, à la recherche et à l'innovation thérapeutique des cancers en OM (Résumé dédié) a installé un groupe de travail (GT) dédié aux SHS des cancers en OM rassemblant une quarantaine de membres, patients, associations, soignants (médecins, infirmiers, psychologues, médiateurs en santé / médiateurs culturels, ...), chercheurs en SHS (anthropologues, ethnographes, sociologues, géographes de la santé, ...), pharmacologues et spécialistes des pharmacopées traditionnelles des OM exerçant dans les territoires et en hexagone → **plus d'informations lors de la présentation orale d'UCOM en atelier lors du CNRC2025**
- Ce GT créé en novembre 2023 est un laboratoire d'échanges et de réflexion unique rassemblant tous les acteurs de la cancérologie des OM et toutes les spécificités des SHS des OM, offrant un cadre pour des actions adaptées, spécifiques et personnalisées dans leurs contenus et leurs communications et donc, pour une meilleure acceptabilité par les populations des OM



JOURNÉE D'ÉTUDES

Sciences Sociales et Cancérologie dans les Outre-Mer

Apports, méthodologies et partenariats avec les clinicien.ne.s et les associations

COMITE ORGANISATEUR
 MELO HADGE - EPIC2024
 DE MARCO PRACHT - Centre Eugène Marquis/Rennes
 ALICE SERVY - Université de Strasbourg/SAGE
 ALICE SERVY - univcancer Paris

AVEC LE SOUTIEN
 UNICANCER
 Laboratoire SAGE

LIEU
 UNICANCER
 101 Rue de Tolbiac
 75013 PARIS
 Salle Sophie Bérès étage

JEUDI 6 JUIN 2024
 8H30 A 17H
 Format mixte
 Présentiel/Distanciel
 Tables rondes
 Temps posters
 Interventions

Sciences Sociales et Cancérologie dans les Outre-Mer

Apports, méthodologies et partenariats avec les clinicien.ne.s et les associations

JEUDI 6 JUIN 2024

8H30-9H00 Accueil

9H00-9H10 MARCO PRACHT : Mots de bienvenue et présentation du Groupe UCOM et du Groupe de travail GT5 UCOM

9H10-9H20 ALICE SERVY : Présentation des posters

9H20-10H10 STEPHANIE MILLOT : Où va-t-on que l'anthropologie de la santé dans les Outre-Mer ?

10H10-10H30 Pause

10H30-10H40 VALERIA MARI-TORE : Prévenir et prendre en charge les cancers : Services à l'usager et à l'équipe : repenser la "cancerisation" ?

10H40-12H00 ALICE LE COQ : Urgence sanitaire et éthique anthropologique : la mise en œuvre des protocoles de soins et de la prise en charge des soins

12H00-12H30 Temps d'échanges autour des posters

12H30-13H30 Pause déjeuner

13H30-13H40 DOLORES POURETTE : Enjeux à domicile d'un lit d'urgence : acceptabilité et efficacité chez les femmes

13H40-13H50 VICTOIRE COTTEAU ET ABILE KANGA : Les associations : un rôle clé dans la prise en charge des cancers

13H50-14H00 ALICE SERVY : ethnographie : les associations sanitaires liées au cancer en Guyane française

14H00-14H10 STEPHANIE MILLOT : Discussion et médiation des questions

14H10-14H20 Pause

14H20-14H30 MELO HADGE : Conclusion générale

14H30-14H40 Réunion du Groupe de Travail GT5 (GT5) UCOM avec les pilotes des Groupes de Travail et le bureau UCOM : Définition des axes prioritaires du GT5

Actions et résultats

- Le GT SHS et cancer en OM d'UCOM a permis de créer une communauté rassemblant patients, soignant et chercheurs en SHS sur les spécificités du cancer en OM.
- Une 1^{ère} journée d'étude, en juin 2024, a porté sur la formation des soignants en cancérologie à la méthodologie de la recherche en SHS et à l'appropriation de ses concepts pour les intégrer dans la pratique quotidienne des soins du cancer en OM à l'avenir.
- Une publication des travaux de cette journée est en cours.
- Ce GT vient par ailleurs en appui des 9 autres GT d'UCOM, couvrant d'autres segments de la cancérologie en OM, afin de leurs apporter l'éclairage SHS indispensable à la pertinence, à l'acceptation et au succès de leurs projets.

Originalité et conclusion

- Le GT SHS et cancer en OM d'UCOM représente un groupe multidisciplinaire et pluriprofessionnels intégrant patients, associations, soignants et chercheurs en SHS du cancer en OM.
- Il donne l'opportunité à tout projet de cancérologie dans tout territoire d'OM d'être discuté sous l'angle des SHS pour tenir comptes des spécificités anthropologiques et culturelles des OM et in fine, d'en améliorer l'accueil sur place, l'impact populationnel et donc son succès.

Pour nous rejoindre?

- Choisis le ou les groupe(s) de travail au(x)quel(s) contribuer:

1. Parcours de soins – Partenariat patients

Co-pilotes : E COLOMBA (CHU Martinique / Gustave Roussy, Villejuif) - JF MOULIN (CH Polynésie Française) - C GUILLAUME (Association Amazone Guadeloupe)

2. Télé-expertise – Structuration du recours - transfert de compétences et missions spécialisées

Co-pilotes : C HONORE (Gustave Roussy, Villejuif) - O COUTURIER (CH Polynésie Française, Université de Polynésie Française) - X GIUDICELLI (CHU Réunion)

3. Pathologie numérique, biologie moléculaire et CRB

Co-pilotes : F AH-PINE (CHU Réunion) - C GENESTIE (Gustave Roussy, Villejuif) - A SUDAKA (Antoine Lacassagne, Nice) - E ROULEAU (Gustave Roussy, Villejuif)

4. Oncogénétique et épidémiologie des cancers

Co-pilotes : M IRABE (CHU Réunion) - E CHIRPAZ (CHU Réunion)

5. Sciences humaines et sociales en cancérologie en Outre-mer

Pilote : M PRACHT (Centre Eugène Marquis, Rennes)

6. Recherche et Innovation

Co-pilotes : M KHETTAB (CHU Réunion) - E COLOMBA (CHU Martinique / Gustave Roussy, Villejuif)

7. Formation postuniversitaire médicale et paramédicale

Co-pilotes : M KHETTAB (CHU Réunion) - M PRACHT (Centre Eugène Marquis, Rennes)

8. Aide au recrutement – Réserve sanitaire

Co-pilotes : M PRACHT (Centre Eugène Marquis, Rennes) - M KHETTAB (CHU Réunion)

9. Onco-hématologie

Pilote : P ZUNIC (CHU Réunion)

10. EVASAN et accueil du patient ultramarin en métropole

Co-pilotes : C HONORE (Gustave Roussy, Villejuif) - EM NEIDHARDT (Centre Léon Bérard, Lyon)



2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



Adhésion à la première campagne de vaccination contre les HPV à Saint-Pierre et Miquelon

Victorien Dachary¹, Laurent Filleul², Sylvie Quelet³, Dominik Pascal¹

1. Administration Territoriale de Santé, Saint-Pierre et Miquelon - 2. Santé publique France, Nouvelle-Aquitaine - 3. Agence Régionale de Santé, Nouvelle-Aquitaine

Introduction

- Première campagne nationale de vaccination contre les papillomavirus (HPV)** annoncée à la rentrée scolaire 2023-2024
- **Directement dans les collèges** et à destination des **élèves de 5^{ème}**
- Saint-Pierre et Miquelon (SPM)** est une collectivité d'outre-mer située au sud de la province canadienne de Terre-Neuve
 - Archipel de **242km²** composé de deux îles : Saint-Pierre (préfecture) et Miquelon-Langlade
 - ≈ **6 000 habitants** : 5400 à Saint-Pierre et 600 à Miquelon
 - 3 collèges** : 1 public (Emile Letournel) et 1 privé (Saint-Christophe) à Saint-Pierre et 1 public à Miquelon
 - 279 collégiens** (dont 20 à Miquelon) dans l'archipel et 66 en 5^{ème}
- Couverture vaccinale (CV) pré-campagne**
 - France** : 41,5% pour 2 doses chez les filles de 16 ans
 - SPM** : Inconnue car la caisse de sécurité sociale locale (CPS) n'est pas rattachée aux systèmes nationaux de l'assurance maladie mais estimée largement en dessous de la CV nationale par les généralistes du territoire
- **Élargissement de la campagne à l'ensemble des collégiens décidé localement compte tenu de la faible CV et des petits effectifs**

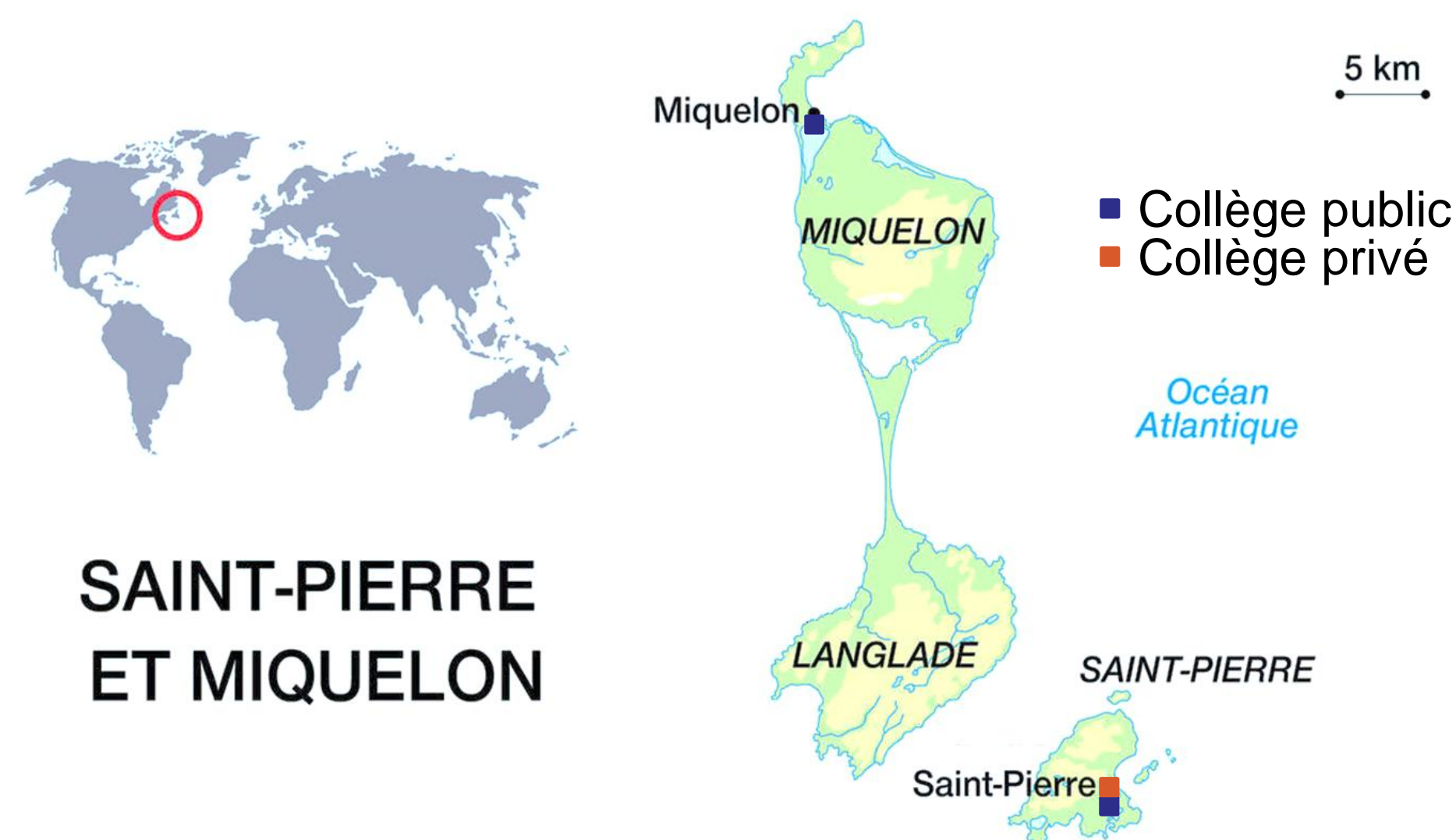


Figure 1 | Carte des collèges de l'archipel de Saint-Pierre et Miquelon

→ **Objectif : Améliorer la couverture vaccinale contre les papillomavirus chez l'ensemble des collégiens âgés de 11 à 14 ans de Saint-Pierre et Miquelon**

Matériels et méthodes

Communication

Communication adaptée au contexte local en utilisant l'ensemble des canaux

- Courriels d'informations distribués aux élèves
- Affichages dans les lieux publics
- Spot TV spécifique à SPM diffusé sur la chaîne locale et sur les réseaux sociaux
- Interview radiotélévisé de l'oncologue référent du territoire
- Sujet au JT de 20h avec le médecin scolaire et le coordonnateur de la campagne
- Diffusion des messages de l'INCA sur les ondes radio

Vaccination et spécificités locales

- Consentement** recueilli via des feuilles papiers d'autorisations parentales avec trois cas de figure : **accord, désaccord, déjà vacciné**
- Binômes médecin-infirmier en charge de la vaccination mis à disposition de l'Administration Territoriale de Santé (ATS) par le centre de santé de la CPS et le Centre Hospitalier François Dunan (CHFD)
- **Spécificités :**
 - Carnet de santé demandé la veille** par les établissements
 - Ordonnances** réalisées pour les **élèves favorables mais absents** le jour J

Résultats

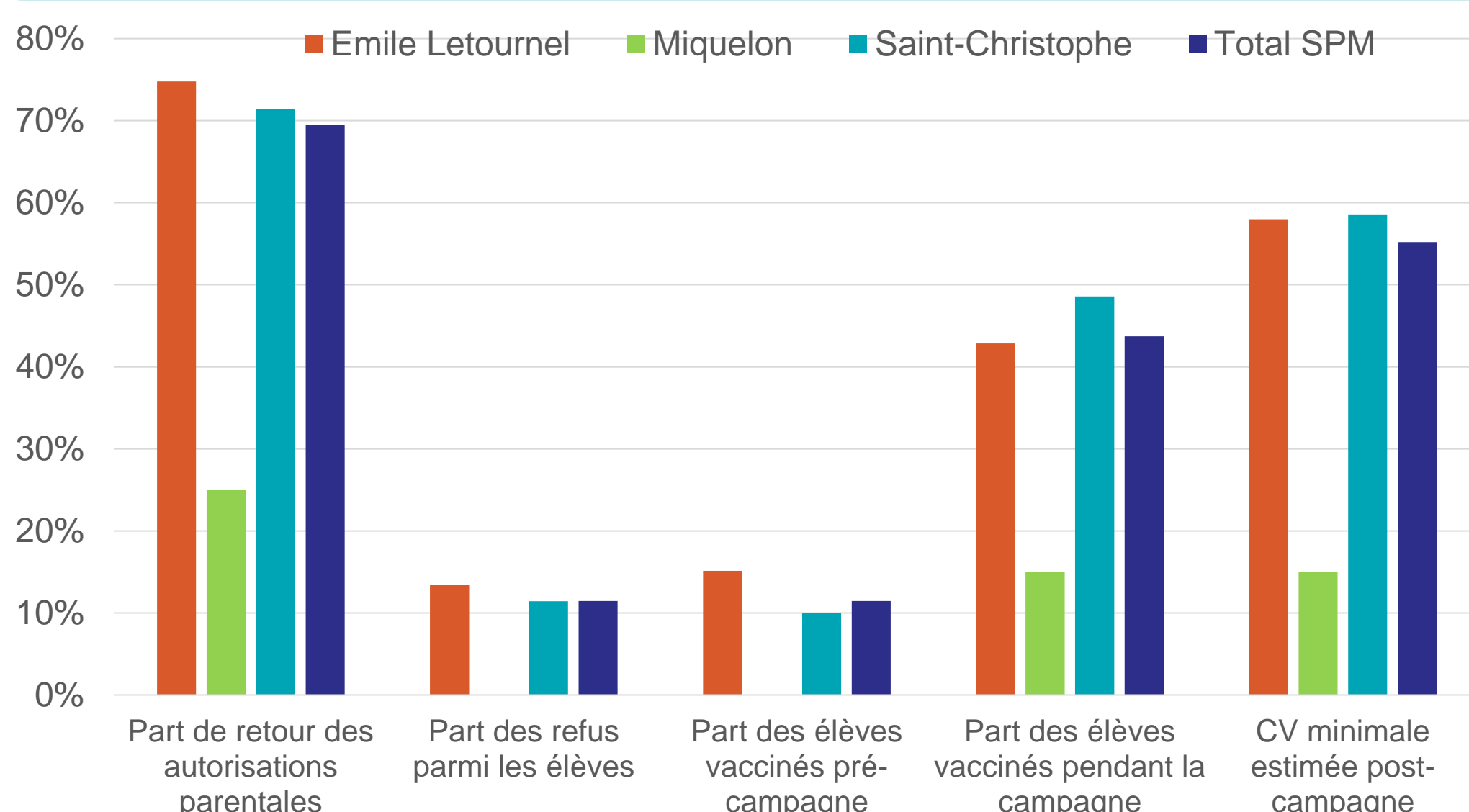


Figure 2 | Histogramme des différents indicateurs de suivi de la campagne de vaccination contre les papillomavirus, Saint-Pierre et Miquelon, 2023

Discussion - Conclusion

- Cette campagne de vaccination montre que malgré les contraintes associées à un territoire ultra-marin isolé tel que Saint-Pierre et Miquelon, une préparation adaptée aux enjeux du territoire permet d'obtenir des résultats très satisfaisants
- Rapporté à la population de SPM, le bilan de notre campagne était supérieur à tous ceux obtenus en Hexagone et en outre-mer**
- Contraintes** : coût des vaccins (40% plus chers), absence de financement dédié à l'organisation de la campagne (remboursement 100% CPS), absence de centre de vaccination
- Réussites** : élargissement à l'ensemble des collégiens, fort engagement des chefs d'établissements, communication adaptée au territoire et à son contexte, « aller-vers », proximité des acteurs de santé impliqués dans la campagne
- Perspectives** : étudier la faisabilité de poursuivre cette campagne au collège et l'élargissement à d'autres vaccins (méningocoque tétravalent)

Résultats généraux

- 44% de l'ensemble des élèves vaccinés pendant la campagne** (122 élèves)
- 70% des autorisations parentales retournées (194/279)
- 11% des élèves déjà vaccinés avant la campagne (32 élèves)
- 11% de refus à la vaccination (32 élèves)

Éléments descriptifs

- Une **majorité de garçon vacciné** (57%)
- Proportion d'élèves vaccinés plus faible dans les collèges publics (34%) que dans le collège privé (49%)
- Part de garçons vaccinés plus importante dans le collège privé : 70% contre 52% dans les collèges publics
- 7 élèves favorables mais absents ont reçu une ordonnance pour la vaccination, 4 ont réalisé leur schéma vaccinal en ville
- Chez les **élèves de 5^{ème}** (cible nationale) :
 - 56% ont été vaccinés lors de la campagne à SPM** (37/66 élèves)

→ **À Saint-Pierre et Miquelon l'estimation minimale de la CV 2 doses HPV pré-campagne chez l'ensemble des collégiens était de 11% elle est désormais de 55% post-campagne**

Remerciements

L'Administration Territoriale de Santé de Saint-Pierre et Miquelon tient à remercier tous les acteurs et partenaires ayant participé de près ou de loin à la réussite de cette campagne : Jean-Paul Hacala le chef d'établissement du collège Saint-Christophe, Julien Génon le proviseur-adjoint du lycée Emile Letournel, Danièle Castang du service de l'Education Nationale, Céline Rat, Tanya Jugan, Vincent Magnaval et les équipes médicales de la Caisse de Prévoyance Sociale, Chouky Laamel, Marina Verfaillie et Marc Pracht du Centre Hospitalier François Dunan, Joseph Dipito de la pharmacie du centre-ville, Frédéric Lahiton et Philippe Sans de SPM La 1ère, Nelly Durix de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine, Samuel Attia de l'agence O'Tempora, Damien Pognon de Santé publique France Nouvelle-Aquitaine, Sylvie Vial de l'Académie de Normandie et Jocelyn Michon du centre de vaccination du CHU de Caen.



2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Judi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



Étude épidémiologique : Incidence des cancers à Saint-Pierre et Miquelon de 2013 à 2023

Victorien Dachary¹, Damien Pognon², Nicolas Ollivier³, Marc Pracht⁴

1. Administration Territoriale de Santé, Saint-Pierre et Miquelon – 2. Santé publique France, Pôle Outre-Mer – 3. Caisse de Prévoyance Sociale, Saint-Pierre et Miquelon – 4. CH François Dunan, Saint-Pierre et Centre Eugène Marquis, Rennes

Introduction

- **Saint-Pierre et Miquelon (SPM)** est une collectivité d'outre-mer située en Amérique du Nord, au sud de la province canadienne de Terre-Neuve
 - Archipel de **242km²** composé de deux îles : Saint-Pierre (préfecture) et Miquelon-Langlade
 - **≈ 6 000 habitants** : 5400 à Saint-Pierre et 600 à Miquelon
- Oncologie à SPM : partenariat avec le Centre Eugène Marquis pour un parcours de soins organisé depuis 2017 et mise en place du dépistage organisé en cours
- **La dernière étude sur l'incidence des cancers** à Saint-Pierre et Miquelon portait sur la **période 1998–2006** malgré une **forte attente de la population et une perception de sur-incidence**

→ **Objectif principal : mesurer l'incidence des principaux cancers à Saint-Pierre et Miquelon entre 2013 et 2023**

→ **Objectif secondaire : comparer l'incidence des cancers à SPM à celle de la France hexagonale**

Matériels et méthodes

- L'étude porte sur la **période 2013–2023** et s'appuie sur **les bases médico-administratives** de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS)
- **Deux sources de données** utilisées :
 - les évacuations sanitaires (**EVASAN**)
 - les affections de longue durée (**ALD**)
- **Définition de cas** : tout cancer diagnostiqué entre le 01/01/2013 et le 31/12/2023 chez une personne domiciliée à Saint-Pierre et Miquelon
- **Validation** : Chaque dossier a fait l'objet d'une validation individuelle par le service médical de la CPS
- **Analyses** :
 - Calcul des **taux d'incidence bruts** pour l'ensemble « tous cancers » et pour les principales localisations tumorales
 - **Standardisation indirecte** pour la comparaison avec l'Hexagone : calcul des **ratios d'incidence standardisés (SIR)** et **IC 95%**

Résultats

Description brute

- **364 cas de cancers recensés** à SPM entre 2013 et 2023
 - **Sexratio 1,15** : 195 cas chez les hommes et 169 cas chez les femmes
 - **≈ 33 nouveaux cas / an**
- **Localisations les plus fréquentes chez** :
 - **les femmes** : sein (62 cas), poumon (14 cas) et côlon-rectum (14 cas)
 - **les hommes** : prostate (48 cas), poumon (22 cas) et côlon-rectum (21 cas)

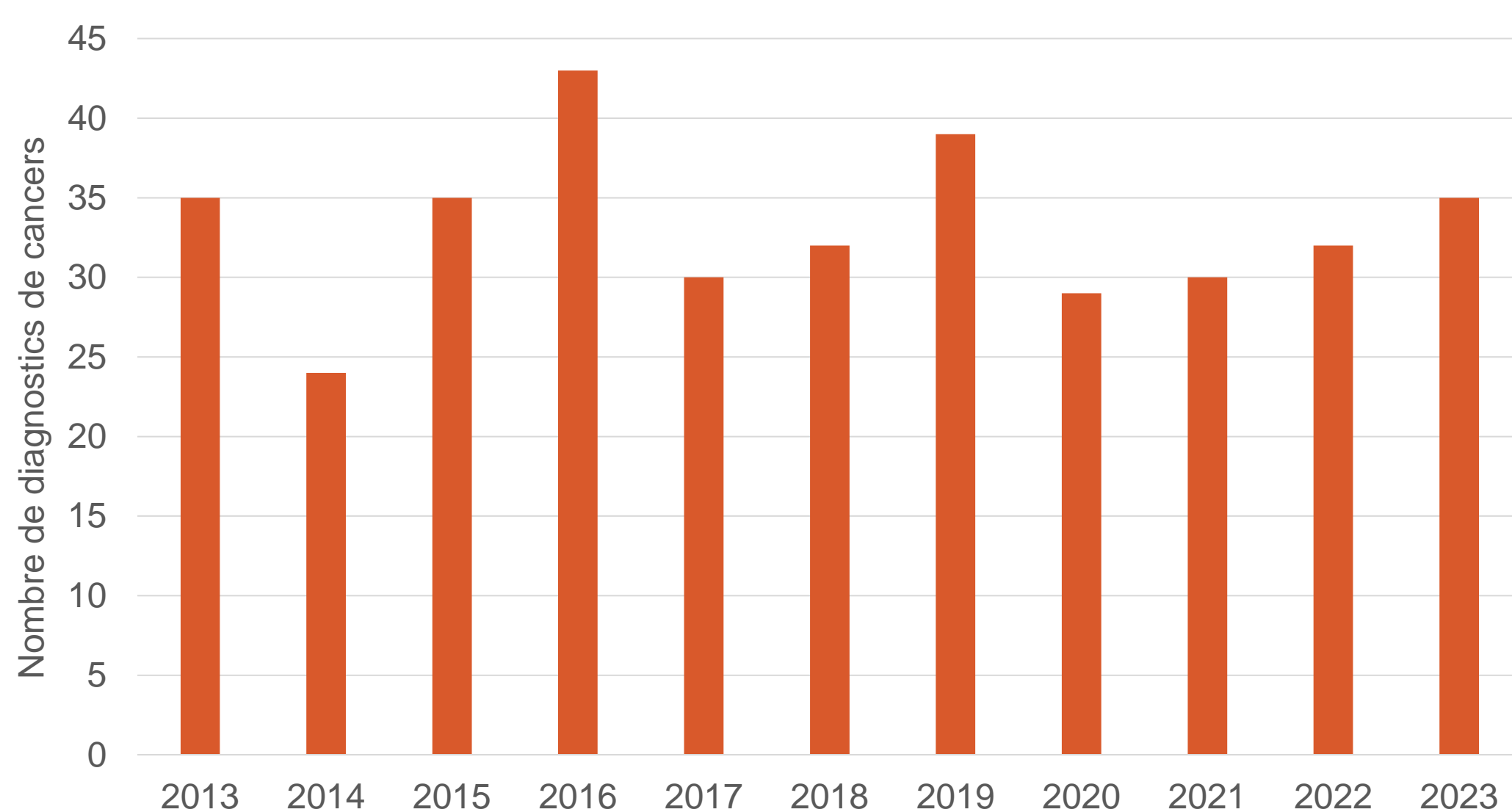


Figure 1 | Nombre de nouveaux diagnostics de cas de cancers par année, de 2013 à 2023, Saint-Pierre et Miquelon

Discussion - Conclusion

- **Incidence comparable à l'Hexagone** : Notre étude actualise les données d'incidence des cancers à Saint-Pierre et Miquelon et montre que, globalement, l'incidence des cancers est comparable
- **Focus SNC** : L'excès observé pour les tumeurs du système nerveux central constitue un signal à surveiller et nécessite des investigations complémentaires.
- **Facteurs de risques** : tabac, alcool, surpoids plus fréquents à SPM mais aucune sur-incidence des cancers associés à ces facteurs n'a été observée
- **Limites** : recours à des bases médico-administratives (EVASAN et ALD), qui peuvent conduire à une **sous-estimation de l'incidence réelle** et la **taille restreinte de la population** qui entraîne une **forte variabilité statistique**.
- **Forces** : couverture quasi exhaustive de la population (≈97%) par la CPS et validation individuel des cas par le service médical.

Perspectives :

→ **Mise en place d'un dispositif de suivi prospectif**, en s'inscrivant dans le cadre du projet de registre national porté par l'INCA

→ **Étudier les indicateurs qualitatifs de parcours de soins** (dépistage, délais de prise en charge, survie à 5 ans) afin d'avoir une vision plus complète du fardeau des cancers à SPM et d'adapter les politiques locales de santé publique

Comparaison avec l'Hexagone

Incidence globale : SIR « tous cancers » = 0,95 IC [0,86 ; 1,05] → incidence similaire à l'Hexagone. L'analyse par sexe ne montre pas non plus de différence statistiquement significative.

Pas de différence significative pour les principales localisations cancéreuses
→ **MAIS sur-incidences significatives pour** :

- **Tumeurs du système nerveux central : SIR = 2,42 IC [1,29 ; 4,15]**
Pour cette localisation, 13 cas ont été observés contre 5 attendus, soit une **incidence plus de deux fois supérieure** à celle de l'Hexagone
- **Tous cancers chez les hommes de 25 à 39 ans : SIR = 2,68 IC [1,38 ; 4,68]**
Sur-incidence portée par les tumeurs du SNC et du côlon-rectum

Comparaison historique : Contrairement à l'étude précédente (1998–2006), aucun excès de **leucémies SIR = 1,26 IC [0,46 ; 2,75]** n'a été observé sur la période

→ **En bref : pas de sur-incidence globale & attention particulière à porter sur les tumeurs cérébrales et les tumeurs malignes des jeunes hommes**

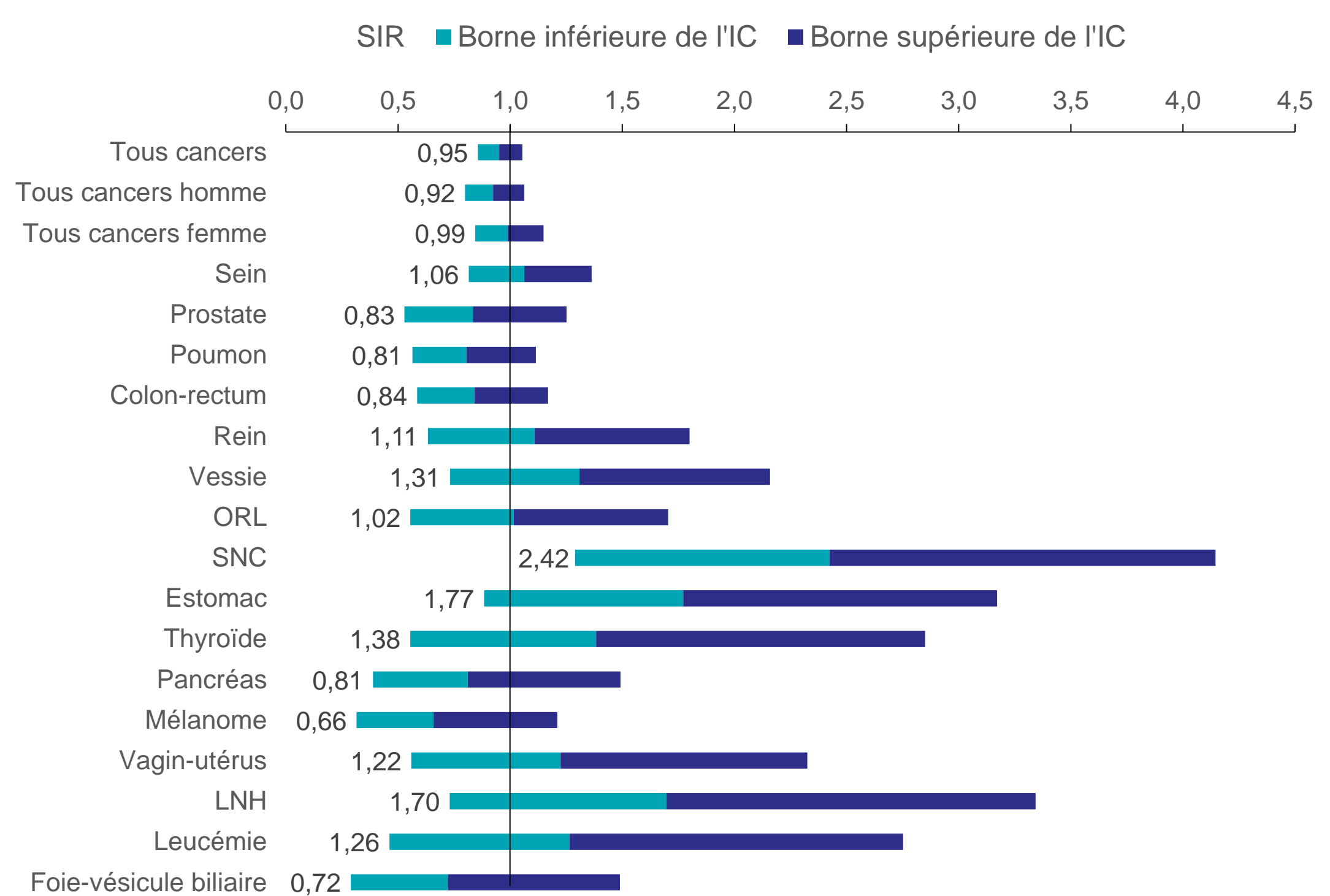


Figure 2 | SIR et l'intervalle de confiance à 95% des localisations cancéreuses étudiées en comparaison avec l'Hexagone, de 2013 à 2023 à Saint-Pierre et Miquelon

Remerciements

L'Administration Territoriale de Santé de Saint-Pierre et Miquelon tient à remercier l'ensemble des personnes et institutions ayant contribué à la réalisation de cette étude : Sandrine Lebailly-Robert, Benoît Orsiny et les équipes de la Caisse de Prévoyance Sociale, Mathias Breton et Nadia Leboulanger du Centre Eugène Marquis, Patrick Lambruschini et les équipes d'oncologie du Centre Hospitalier François Dunan, Pascal Vilain et Clothilde Hachin de Santé publique France, Anne-Sophie Casal et Marie-Anne Montaufray.

Accès aux et continuité des soins oncologiques en Outre Mer: mise en place de la Force d'Appui en Personnels en Outre-Mer (FAPOM) du groupe UCOM

M Pracht¹, M Khettab², K Willinger³ et tous les membres du bureau UCOM

¹Centre E Marquis, Rennes, ²CHU La Réunion, ³Fédération UNICANCER, Paris

Contexte

- L'offre de soins en cancérologie dans les territoires d'Outre-Mer (OM) est soit inégale, certains étant dépourvus d'oncologie médicale, de radiothérapie et de chirurgie spécialisée des cancers (St Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna), soit incomplète par défaut par exemple, d'imagerie métabolique (Nouvelle Calédonie, Guyane) soit encore inconstante et non pérenne du fait du turn-over des soignants et de fragilités en avec des équipes réduites (postes vacants, congés).
- Cette réalité en termes de ressources humaines spécialisées en cancérologie dans les OM est une des causes des difficultés d'accès aux soins, des retards diagnostiques et thérapeutiques et donc de certaines des surmortalités liées aux cancers observées en OM.

La FAPOM (Force d'Appui en Personnels en OM) d'UCOM

- Le groupe UCOM via son groupe de travail 8 destiné à l'aide au recrutement et au renforcement de l'offre de soins en oncologie en OM a défini parmi ses objectifs prioritaires celui de constituer une force d'appui en personnels experts en cancérologie pour les établissements des OM.
- Il s'agit en pratique de mettre en lien les volontaires médecins, chirurgiens, pharmaciens, paramédicaux (IDE, professionnels de soins de support, MER, etc) et personnels administratifs des centres experts hexagonaux des CLCC dans une 1^{ère} phase "preuve de concept" puis des CHU et des CH volontaires.
- Le principe repose sur l'accord de la direction des établissements de mettre à disposition leurs personnels (principe de solidarité avec les établissements des OM rendu possible par des équipes plus étoffées et plus flexibles en hexagone) et sur le volontariat des personnels.
- Il s'agit de missions anticipées et non urgentes de minimum 15 jours et de maximum 1 année (disponibilité) couvrant les soins oncologiques courants, plus spécialisés (chirurgie, radiologie interventionnelle, etc) et des missions d'appui organisationnel.
- UCOM s'engage sur l'expertise des personnels mis à disposition et sur leur formation préalable aux spécificités de la cancérologie des OM (épidémiologie, anthropologie, sciences sociales, organisations des soins hors prise en charge CNAM, évacuations sanitaires, approvisionnement en médicaments, etc)

Où intervenir ?



La fédération Unicancer a lancé un appel auprès de ses 18 centres de lutte contre le cancer pour créer une liste de spécialistes du cancer volontaires pour effectuer des remplacements dans les hôpitaux des Outre-mer.

Julie Postollec - Publié le 6 mars 2025 à 17h46, mis à jour le 6 mars 2025 à 17h47



Rechercher

<https://youtu.be/WI00dPg5j7Q>



UCOM_Appel à l'appui aux Outre-Mer 2025

1 Le portail des
Outre-mer

Actions

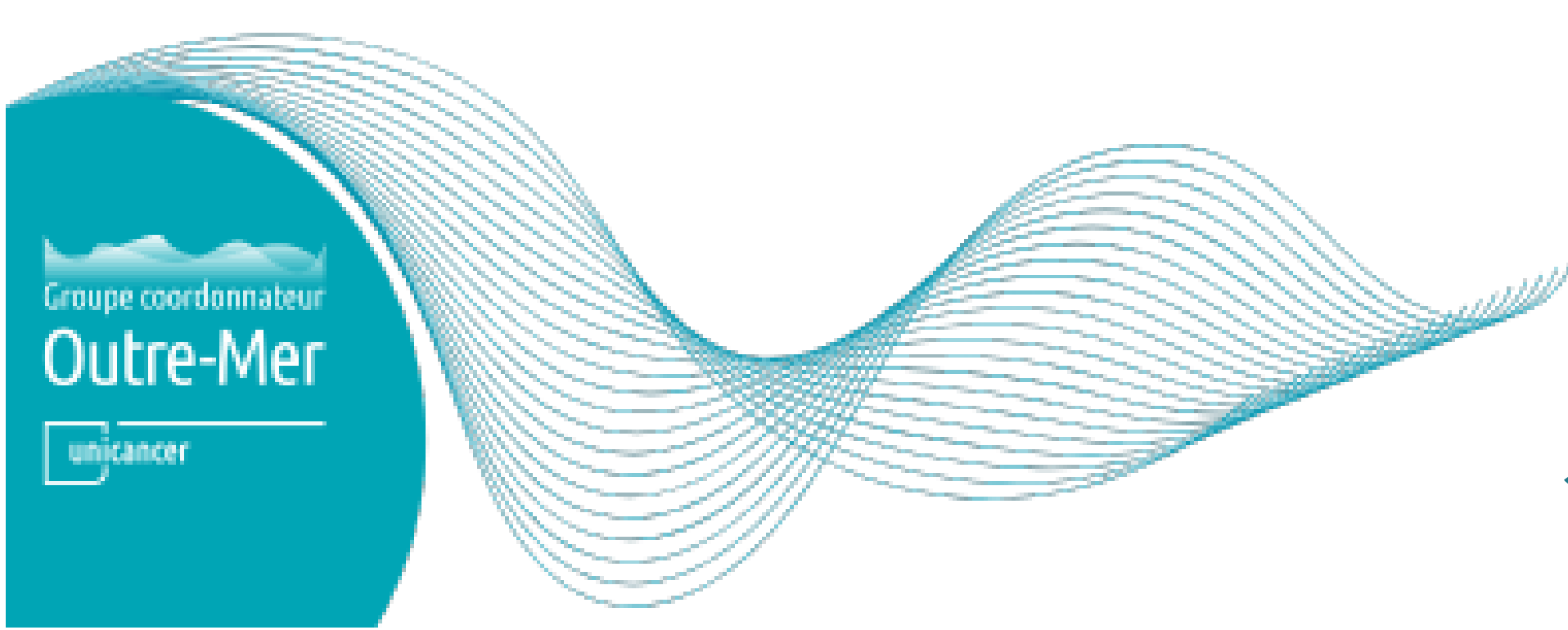
- Après plus d'un an de réflexion sur la structuration avec les principaux acteurs de la cancérologie en OM et en hexagone (soignants, Directions hospitalières, associations de patients, tutelles, ...), le groupe de travail 8 d'UCOM lance la FAPOM pour des 1^{ères} missions en phase pilote au cours du 2^{ème} semestre 2025.
- La priorité est donnée à des personnels des CLCC pour des missions au sein d'établissements référents en cancérologie en OM (La Réunion, Antilles, Polynésie Française) avant d'élargir en 2026 fort de ces 1^{ères} expériences de 2025, aux personnels des CHU et CH et à tous les OM incluant ceux aux ressources soignantes et à la pratique plus fragiles en cancérologie.

Originalité et conclusion

- La FAPOM souhaite contribuer au renforcement des ressources humaines soignantes et à la pérennité des soins des cancers en OM afin de réduire les inégalités d'accès et les excès de mortalité observés localement.
- Le CNRC 2025 est une fantastique opportunité pour présenter cette initiative à la communauté oncologique nationale.

Pour nous rejoindre?

- Prends les informations sur le site www.unicancer.fr - rubrique NOTRE ACTION EN APPUI AUX OUTRE-MER
- Adresse un mail à notre coordinatrice Katia Willinger à k-willinger@unicancer.fr ou à ucom@unicancer.fr



2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



Déploiement du séquençage pangénomique à partir de prélèvements FFPE en Guadeloupe : une organisation territoriale innovante au service des patients atteints de cancers avancés en échec thérapeutique

Kara RANGUIN¹, Sofiane DJEBIEN¹, Vincent LETHONGSAVERN², Cynthia JERMIDI², Léah MICHINEAU¹, Abdoulaye DIEDHIOU², Consortium AURAGEN³, Webert LAFRANCE⁴, Eustase JANKY⁵, Eric GUYADER⁶, Marilyn LACKMY¹

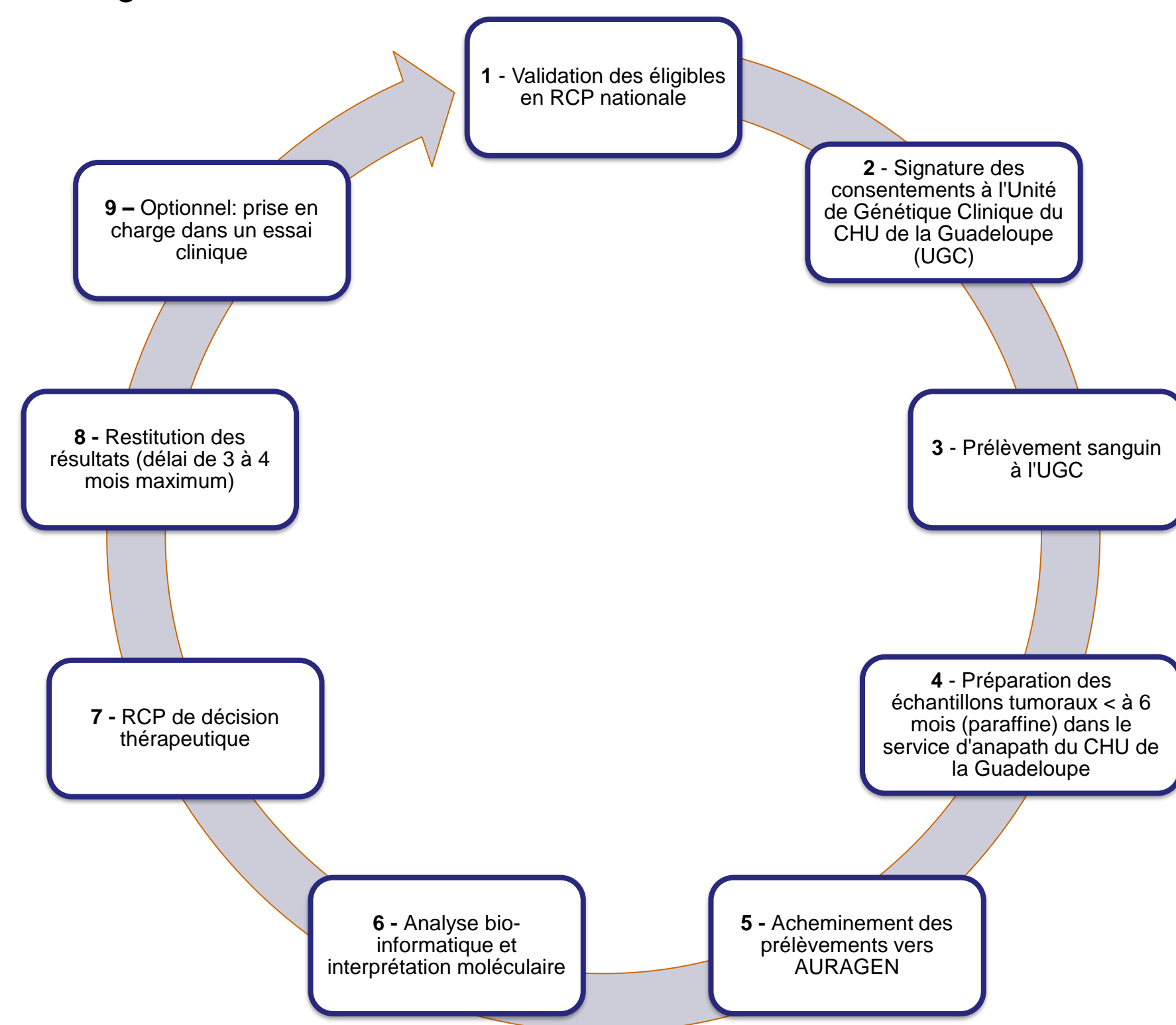
¹ Unité de génétique clinique, Centre hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre, Guadeloupe, ² Service d'Anatomie et Cytologie Pathologique, Centre hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre, Guadeloupe, ³ Laboratoire AURAGEN, Lyon, ⁴ Service d'oncologie, Centre hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre, Guadeloupe, ⁵ Département de Gynécologie et d'Obstétrique Centre hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre, Guadeloupe, ⁶ Direction du Centre hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre, Guadeloupe

I- CONTEXTE

Le séquençage pangénomique (WGS) est un outil clé de la médecine de précision, offrant une analyse complète du génome tumoral pour guider les thérapies ciblées. Toutefois, son déploiement en Guadeloupe reste freiné par des contraintes logistiques et par la prévalence élevée de prélèvements FFPE (*Formalin-Fixed, Paraffin-Embedded*), peu adaptés à l'extraction d'ADN de qualité comparativement aux tumeurs congelées. Dans le cadre du Plan France Médecine Génomique 2025, une phase pilote a confirmé la faisabilité du WGS à partir d'échantillons FFPE. Cette avancée a permis la mise en place d'une organisation territoriale innovante, rendant le WGS accessible aux patients guadeloupéens en impasse thérapeutique. Le WGS associe l'analyse tumorale à un profil constitutionnel (prélèvement sanguin), permettant d'identifier à la fois les altérations somatiques et les variants germinaux associés à un risque accru de cancer.

II- Méthodologie et FFPE

Une organisation territoriale innovante :

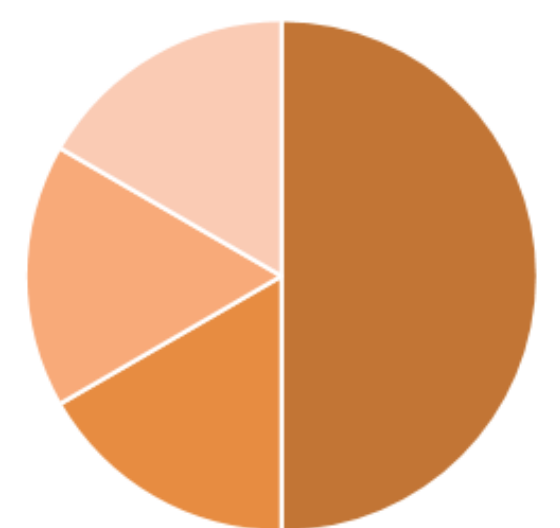


III- Résultats des premiers patients inclus

Depuis la mise en place de ce parcours, six patients (1 homme et 5 femmes), consultants au CHU de la Guadeloupe, en échec thérapeutique, toutes localisations confondues, ont pu être inclus. 50 % des patients avaient un cancer du sein.

Localisation du cancer

■ SEIN
■ PROSTATE
■ COLON
■ COL DE L'UTERUS



Résultat- Interprétation

Patient 1: Présence d'une possible variation perte de fonction du gène CDK12 associée à une LOH, et d'une charge mutationnelle élevée, même si elle est probablement surestimée au vu du défaut de qualité des ADN (fort taux de déamination du bloc FFPE) → Décédé

Patient 2: L'analyse des SNV a montré une charge mutationnelle élevée avec des mutations pathogènes de KRAS, TP53 et APC.
→ **Inclusion essai START01 au centre Léon Berard**

Patient 3: Les caractéristiques de l'ADN ne répondent pas aux exigences de qualité post-séquencage
→ Décédé

Patient 4: Variants délétères de TBX3 et CDH1 sans indication thérapeutique
→ pas d'essais

Patient 5: Prélèvement FFPE datant de plus de 10 ans, très altéré, ne permettant pas une analyse génomique. Prélèvement non contributif.
→ pas d'essais

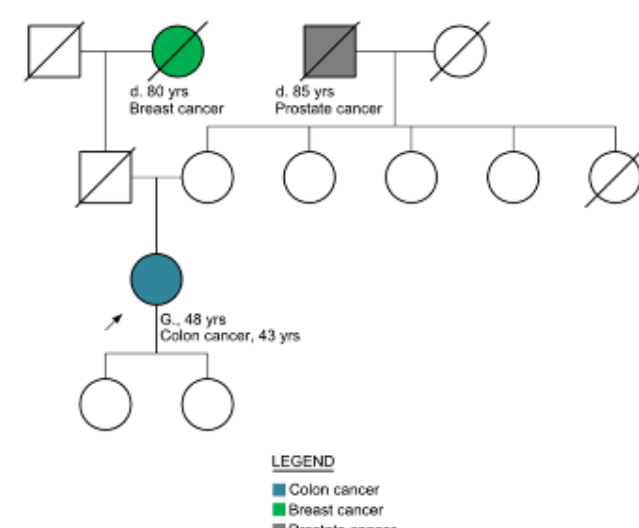
Patient 6: Examen non contributif.
→ pas d'essais

Ces résultats démontrent que le circuit mis en place est efficace et que les prélèvements FFPE permettent d'obtenir des résultats, même en cas d'échecs, grâce à la collaboration étroite avec les différents acteurs impliqués.

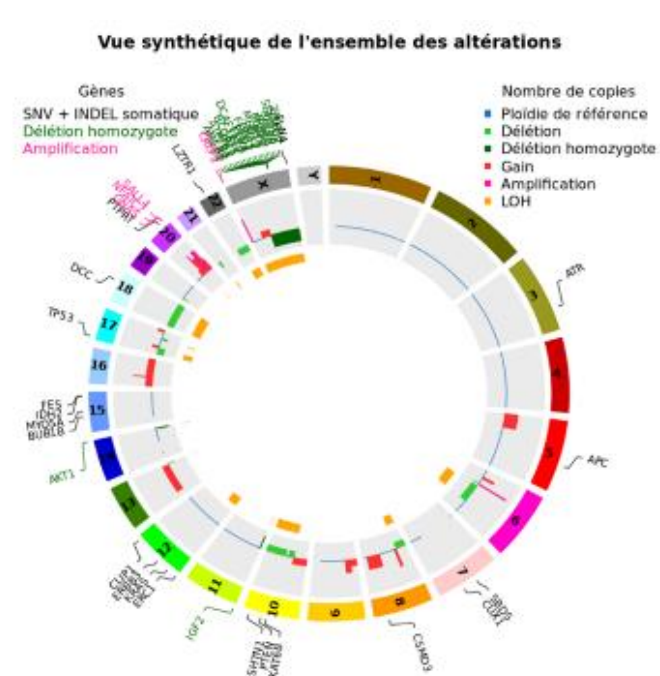
IV- Cas clinique

Cas clinique illustratif de ce circuit fonctionnel

Madame G, patiente de 48 ans atteinte d'un cancer du côlon avec métastases hépatiques et pulmonaires en échec thérapeutique, a pu bénéficier d'un examen génomique approfondi à partir d'un prélèvement FFPE.



LEGEND
■ Colon cancer
■ Breast cancer
■ Prostate cancer



Résultat :

Altérations moléculaires, associées au profil immunogénique de la tumeur permettant d'orienter la patiente vers une inclusion dans un essai clinique évaluant une immunothérapie ciblée en France hexagonale.

Gènes concernés : KRAS, APC et TP53.

V- Perspectives et Conclusion

Impact médical : L'accès local au diagnostic moléculaire des cancers avancés permet désormais d'orienter des décisions thérapeutiques personnalisées, améliorant ainsi la prise en charge des patients atteints de formes rares ou complexes.

- La pérennisation du circuit de diagnostic moléculaire utilisant les échantillons FFPE est essentielle pour garantir un accès durable à la médecine génomique oncologique.
- La mise en place d'un circuit à partir de tumeurs congelées est également envisagée afin d'augmenter le rendement diagnostique et la qualité des analyses pour les patients.

Le déploiement du WGS à partir d'échantillons FFPE en Guadeloupe illustre une organisation innovante, ouvrant l'accès à un diagnostic moléculaire avancé pour les patients en échec thérapeutique. Cette approche marque une étape clé vers une prise en charge plus personnalisée et efficace des cancers complexes. Il est essentiel de faciliter l'intégration des patients dans les essais cliniques pour maximiser les bénéfices de ces avancées.



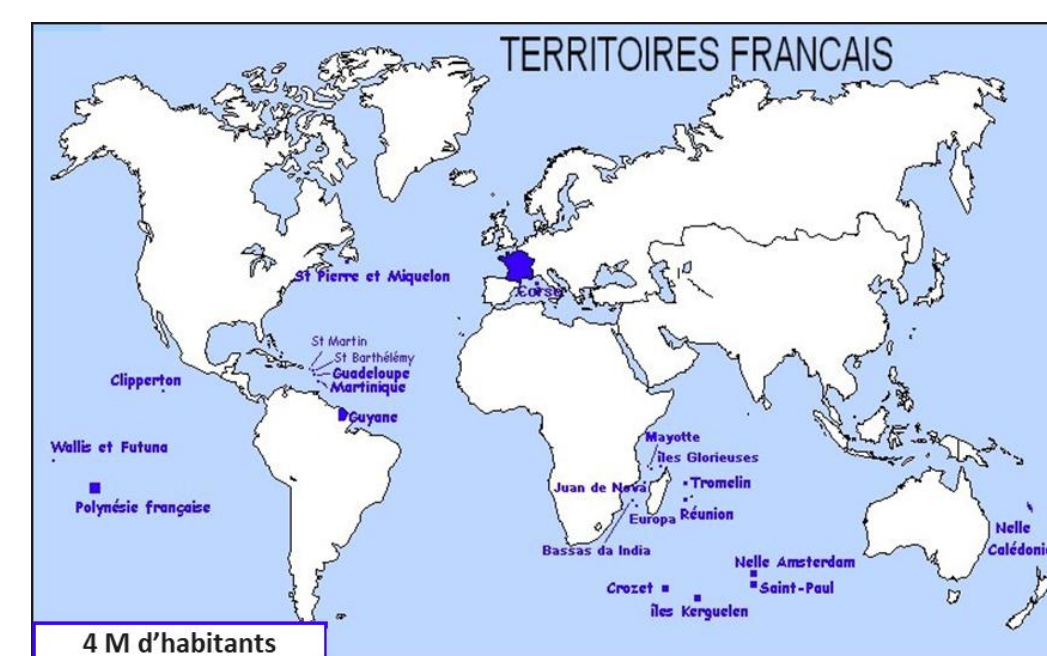
Première chirurgie de sarcome guidée par téléassistance chirurgicale entre la France hexagonale et la Polynésie : rapport de faisabilité et perspectives stratégiques

Thomas Sarcher¹, Ludovic Chastang¹, Michel Ducreux^{2,3}, Ronan Flippot², Gabriel C.T.E. Garcia⁴, Felix Blanc-Durand², Chayma Bousrih², Jean Zeghondy², Romain Lesourd⁵, Charles Honoré⁵.

¹Service de chirurgie (Clinique Cardella, Polynésie française), ²Département de Médecine Oncologique (DMO, Gustave Roussy), ³Université Paris-Saclay (UPS), ⁴Département de Radiologie Diagnostique (DRD, Gustave Roussy), ⁵Département d'Anesthésie, Chirurgie et Interventionnel (DACI, Gustave Roussy).

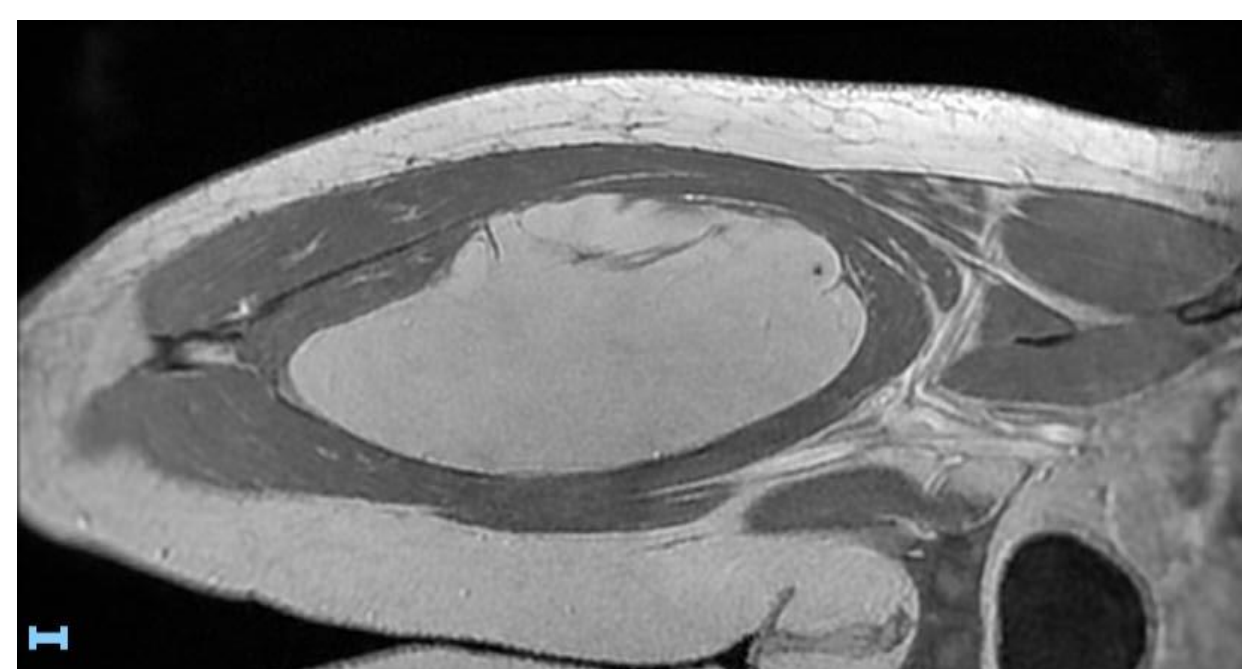
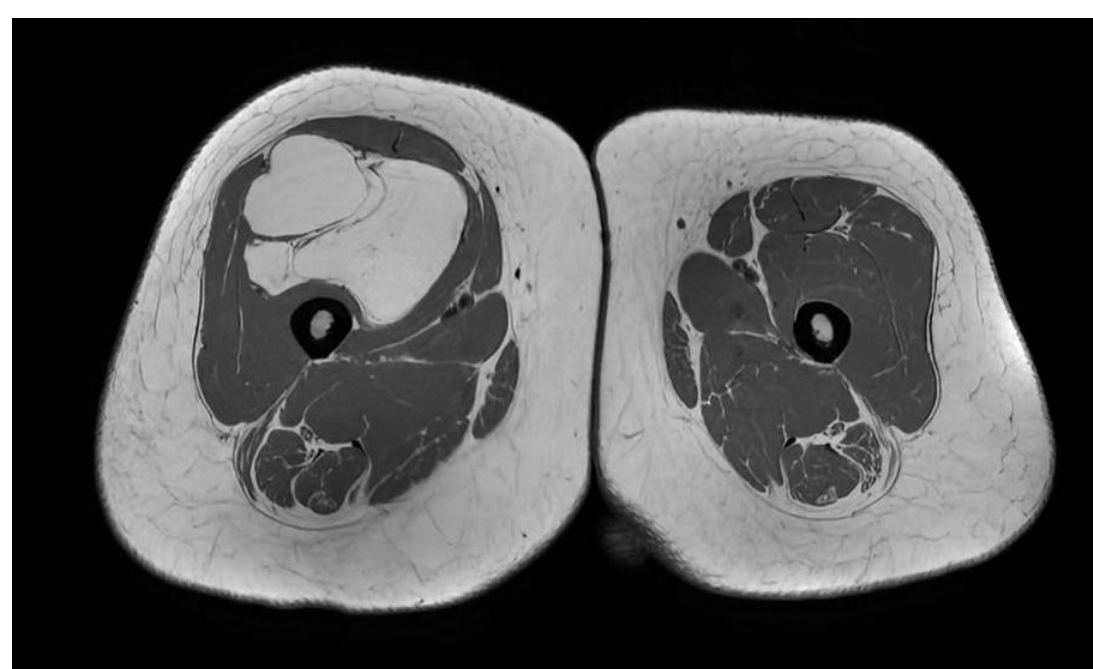
Introduction

L'accès aux soins oncologiques constitue un enjeu de santé publique majeur dans les territoires ultra-marins isolés confrontés à une disponibilité limitée d'expertise, en particulier dans le domaine des cancers rares et/ou complexes. Depuis leur mise en place en 2019, les « RCP Pacifique » (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire en visioconférence entre Tahiti, Nouria et Villejuif) ont permis de discuter plus de 2500 dossiers et de limiter à 12 % le recours aux évacuations sanitaires (EVASAN), la chirurgie demeurant la première cause d'EVASAN vers la France hexagonale. Afin de rapprocher les soins du domicile des patients tout en garantissant la qualité de la prise en charge, une procédure de téléassistance chirurgicale en temps réel a été réalisée pour assurer le traitement d'un patient à Tahiti sous une supervision directe d'un centre hexagonal.



Méthode

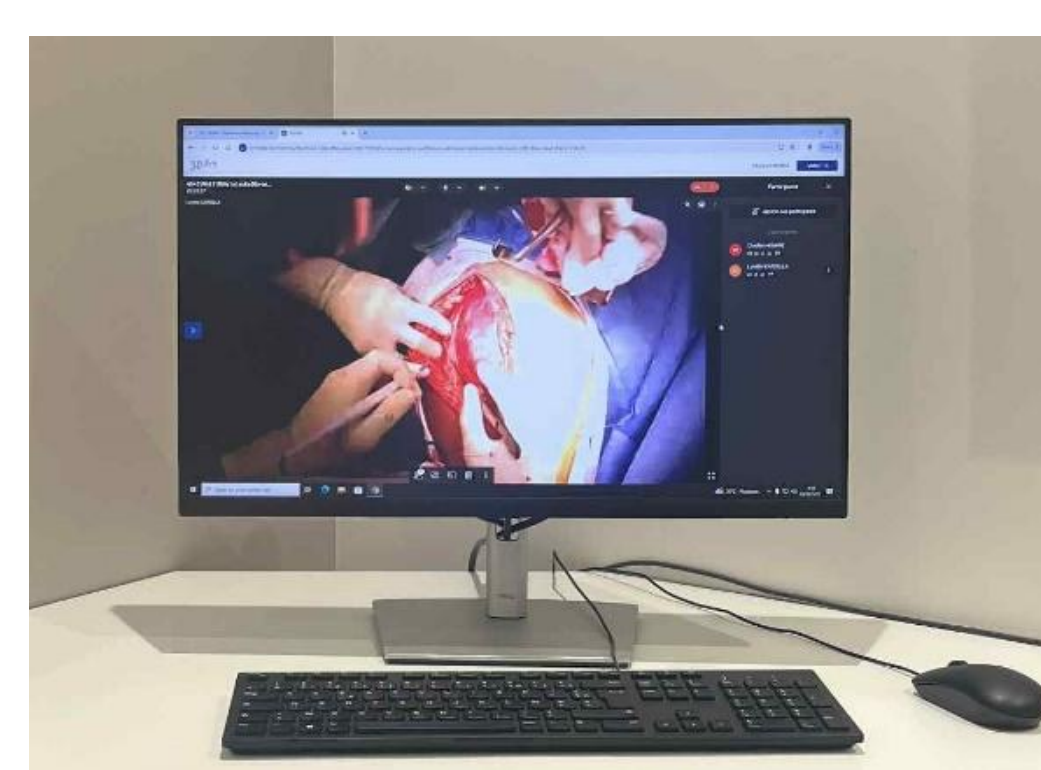
Une patiente polynésienne de 48 ans présentait un liposarcome bien différencié du quadriceps droit de 19 cm (grade 1, avec amplification MDM2). Après discussion en « RCP Pacifique », une exérèse marginale (R1) planifiée a été retenue. Pour éviter une EVASAN, une procédure de téléassistance chirurgicale a été proposée à la patiente et acceptée. Après validation technique préopératoire, l'intervention a eu lieu en juin 2025 à Papeete. Le chirurgien local était équipé de lunettes connectées (XpertEye®) reliées à une plateforme médicale sécurisée (ROFIM®) permettant une transmission audio-visuelle en temps réel et une supervision à distance du geste par un chirurgien expert en sarcomes du réseau NETSARC+.



Checklist Téléassistance Chirurgicale
<p>Validation du cadre médical (échange entre les 2 chirurgiens)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Validation de la chirurgie (indication et délégation validées) <input type="checkbox"/> Elaboration d'un cahier technique (« road map ») décrivant la chirurgie <input type="checkbox"/> Validation d'une date opératoire et information du patient <p>Validation du cadre Logistique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disponibilité de WIFI / 5G du bloc opératoire (jusque dans la salle) <input type="checkbox"/> Disponibilité du casque XpertEye® (chargé) <p>Validation du cadre informatique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Possibilité de connexion au bloc opératoire et bande passante disponible <input type="checkbox"/> Connexion du casque XpertEye® au réseau WIFI <p>« What if »</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conduite à tenir en cas de perte de connexion <input type="checkbox"/> Conduite à tenir en cas de découverte inhabituelle peropératoire

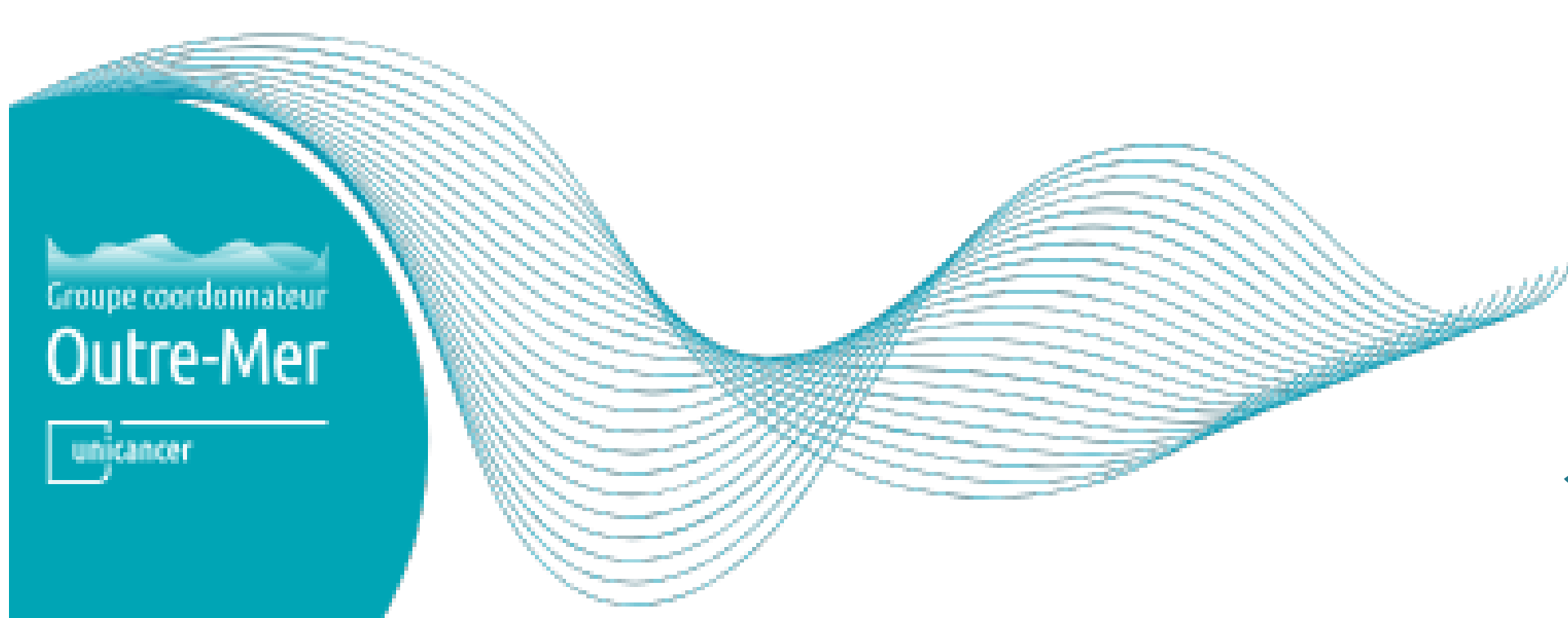
Résultats

L'intervention d'une durée de 87 minutes s'est déroulée sans complication ni effraction tumorale, avec des pertes sanguines minimales. La patiente a quitté l'hôpital au troisième jour postopératoire sans séquelle. L'examen anatomopathologique confirmait une exérèse complète sans effraction tumorale. Malgré quelques instabilités de connexion et une latence modérée, la sécurité opératoire et la qualité oncologique ont été maintenues. L'ergonomie du dispositif a été jugée satisfaisante par les deux équipes et la patiente a bénéficié d'une chirurgie complexe à proximité de son domicile, évitant un déplacement de plus de 15 000 km.



Conclusions

Cette première mondiale démontre la faisabilité et la sécurité d'une téléassistance chirurgicale transcontinentale en cancérologie. Au-delà du bénéfice direct pour la patiente, cette innovation ouvre des perspectives stratégiques : réduction des EVASAN par la réalisation locale d'actes spécialisés, renforcement de l'autonomie chirurgicales des équipes locales, amélioration de l'équité d'accès aux soins sur le territoire national. L'intégration de ce dispositif dans les politiques nationales de télé-expertise et de recours en cancérologie représente une étape décisive pour réduire durablement les inégalités territoriales.



2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



Accompagnement par les pairs en cancérologie : *une approche innovante adaptée aux spécificités Polynésiennes*



E. Benhamza 1, B.Bonnemain 6, D. Beaumet 2, MC Seroux2, D.Barbotin 3, LTeavai 4, P.Dubois 5, P.Aroquiamé 5, JF. Moulin 1

1ICPF 2 Amazones Pacifique 3 Centre Hospitalier de la Polynésie Française 4 Te Ramepa Ora 5 Direction de la santé de Polynésie française 6 Collectifs Tu mana Ora

Dans un système de santé structuré autour d'un hôpital central et de quelques structures périphériques réparties sur le territoire, les capacités limitées sont mises à l'épreuve par l'augmentation constante du nombre de patients atteints de cancer, plaçant l'ensemble du dispositif sous tension permanente. À cela s'ajoutent des **spécificités culturelles** ainsi que des **inégalités** d'accès aux soins et aux ressources, que le système de santé ne parvient pas toujours à prendre en compte. **La pair-aidance** est un projet qui apportera une aide aux patients en favorisant son **intégration** dans son parcours de soin, mais également en **soulageant** le système de santé par des actions de soutien et d'accompagnement sans empiéter, aucunement, sur les prérogatives médicales des médecins.

L'objectif principal du projet est d'améliorer la prise en soin et l'accompagnement des patients atteints de cancer en intégrant des patients partenaires dans leurs parcours, afin de limiter les refus de soin et favoriser une meilleure compréhension du système de santé.

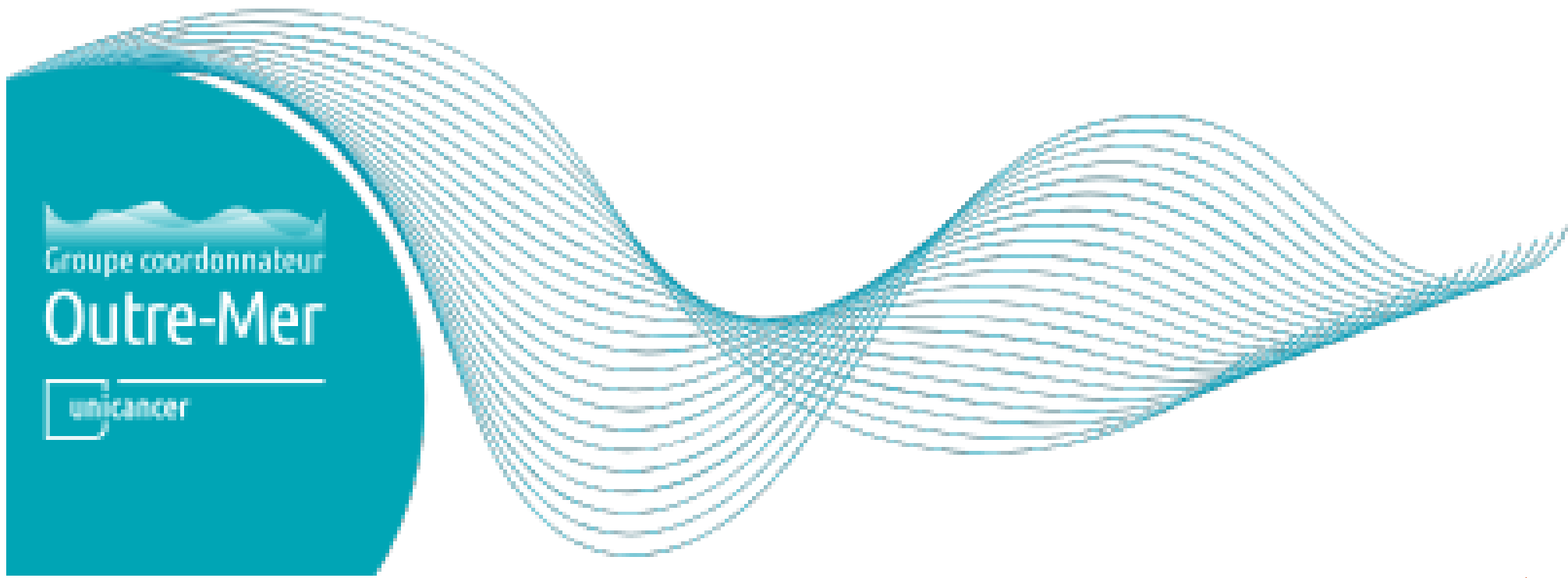


Ce projet piloté par l'ICPF démarre en **juillet 2024**. Il réunit une équipe aux qualifications et expériences **complémentaires**, permettant une approche **unique** et **novatrice** de ce concept en Polynésie. Sa mise en œuvre repose sur une gouvernance structurée, favorisant une **collaboration** étroite entre professionnels de santé et patients s'attachant à **co-construire** le projet. Un Comité de pilotage définit le plan d'action, les objectifs et suit l'avancement du projet. Un Comité de direction assure la cohérence stratégique. Il est composé de cinq professionnels de santé et quatre patients engagés, et se réunit toutes les trois semaines. Quatre groupes de travail assurent l'opérationnalisation : **Formation** : élaboration du programme pédagogique, **Recrutement** : création des outils de sélection, **Mise en œuvre** : développement des outils terrain et consolidation des bases de cette collaboration innovante, dès la première phase d'expérimentation prévue en septembre 2025, **Rémunération** : réflexion sur le statut du patient partenaire.

Le projet vise à intégrer durablement le patient partenaire dans les parcours de soins en oncologie en Polynésie, afin d'améliorer l'accompagnement, renforcer la confiance patient-soignant et réduire les renoncements aux soins.

En conclusion, Cette première expérimentation en oncologie pourrait, à terme, inspirer d'autres parcours, notamment dans le champ des maladies chroniques, et s'étendre à d'autres territoires ultramarins, en partageant notre approche de co-construction. À ce stade, l'expérimentation constitue déjà une réussite, portée par un engagement fort des patients et des professionnels de santé. Dans un contexte marqué par une rotation importante des professionnels, le recours à des patients partenaires pourrait favoriser une continuité d'accompagnement et une meilleure adaptation aux spécificités locales.





2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



PANORAMA DES CANCERS À WALLIS-ET-FUTUNA : 2020-2024 COMPARAISON DES TAUX D'INCIDENCE AVEC LA FRANCE HEXAGONALE

Clément COUTEAUX*, Monika TOA, Valélia UHILA, Gloria LUTUI-TEFUKA

Agence de santé des îles Wallis et Futuna

Introduction

Les cancers représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité en France hexagonale, avec plus d'un quart des décès qui leur sont attribués. À Wallis-et-Futuna, l'absence de registre local limite l'évaluation précise de la charge des cancers et la mise en place de stratégies de prévention adaptées.

Une analyse des cas de 2020 à 2024 a été réalisée pour dresser un panorama épidémiologique local, estimer les taux standardisés de mortalité (TSM) et les comparer à ceux de l'hexagone. L'objectif étant d'informer les principaux acteurs de santé et la population sur les cancers les plus fréquents, pour améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des résidents du territoire.



Figure 1 : Eloignement France hexagonale – Wallis-et-Futuna

Méthode

Les données 2020-2024 sur les cancers (n = 220) proviennent du fichier local “onco_WF.xls”, alimenté par les médecins et le Service d'Observation de la Santé de l'Agence de santé. Depuis 2023, il intègre également les évacuations sanitaires et les décès analysés.

Les variables sont le sexe, le village/district, l'âge au diagnostic, le type de tumeur (grande localisation et CIM-10) et la date de diagnostic.

Les TSM ont été calculés selon la population mondiale standard (OMS) avec des intervalles de confiance estimés par modèle de Poisson pour 100 000 PA, et analysés avec R v4.4.2. Les comparaisons avec l'hexagone s'appuient sur le “Panorama des cancers en France”, édition 2025 (INCa) et sur l'article du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire “Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990”¹.

Résultats

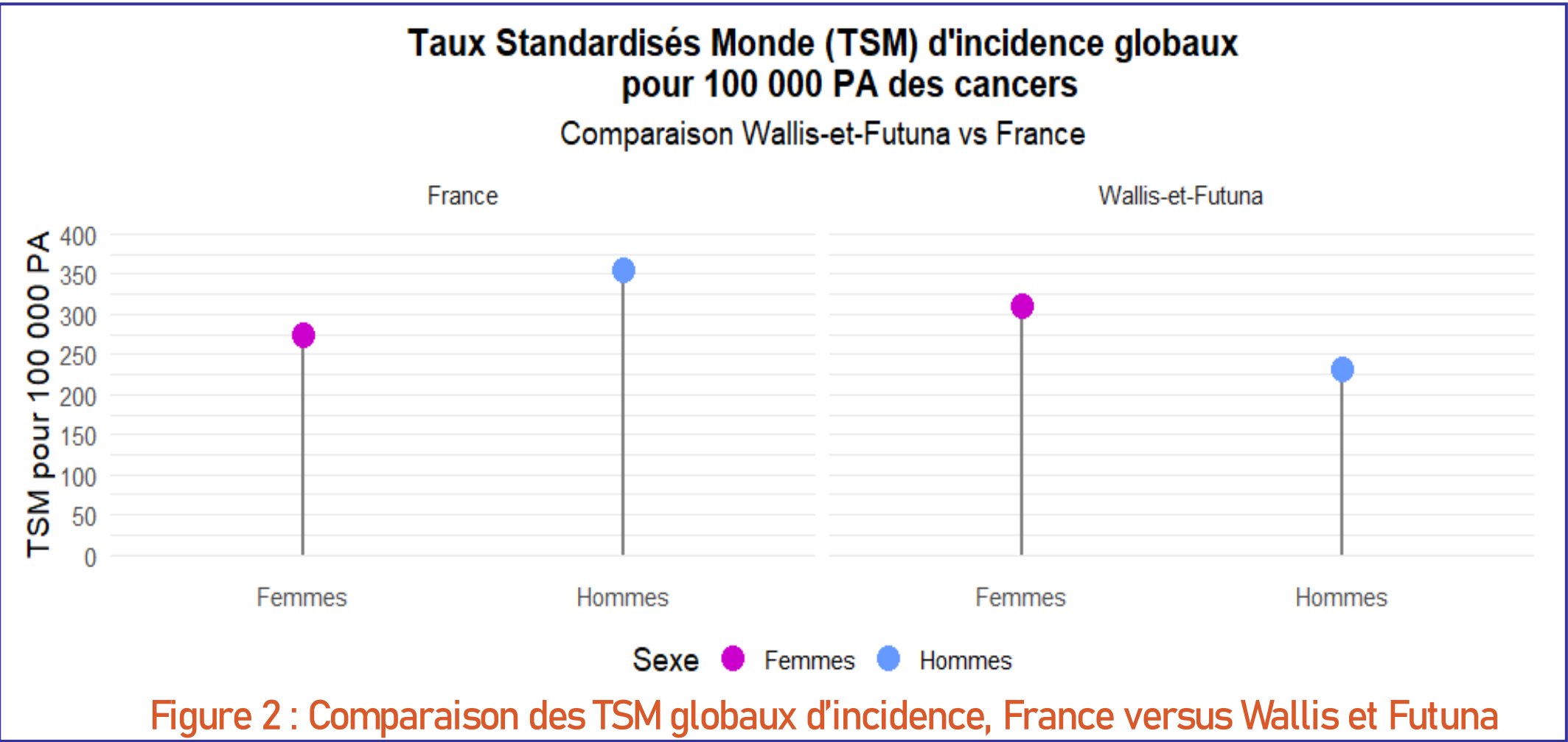
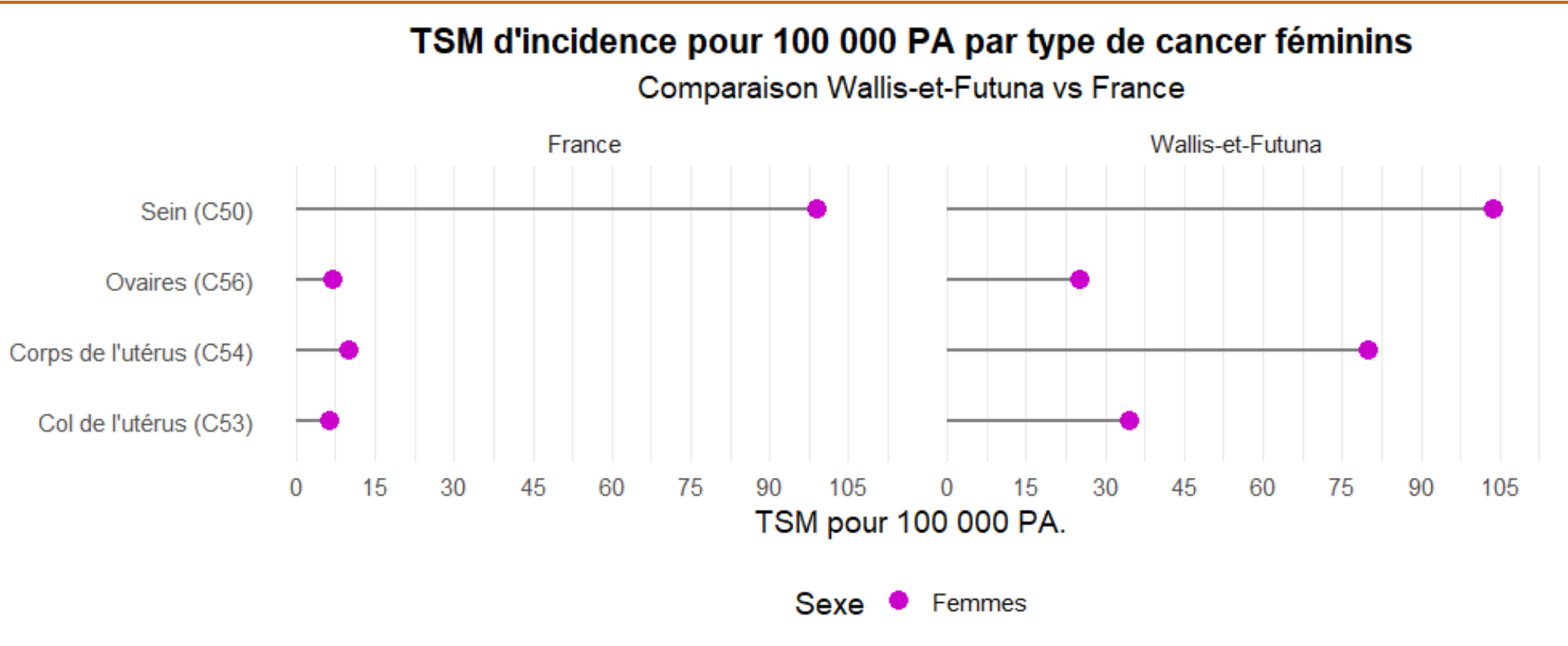
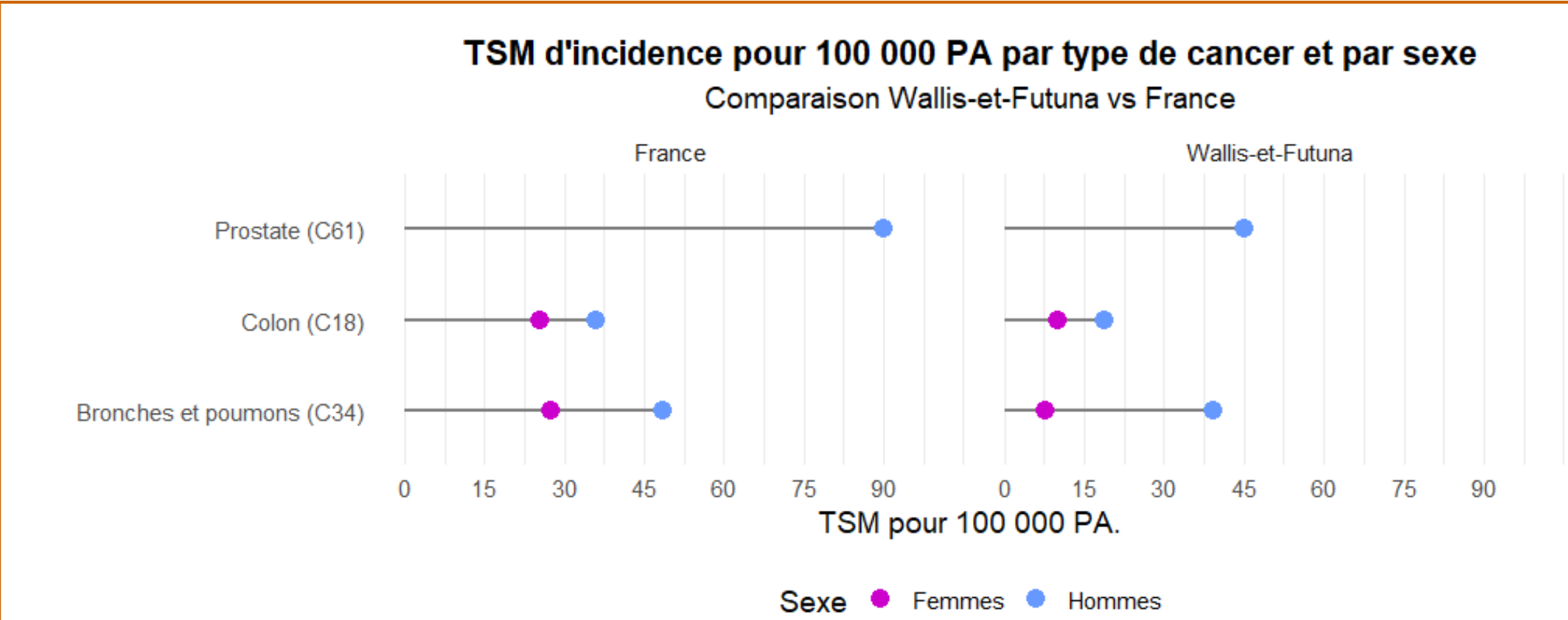


Figure 2 : Comparaison des TSM globaux d'incidence, France versus Wallis et Futuna

Entre 2020 et 2024, 220 nouveaux cancers ont été rapportés à Wallis-et-Futuna. Les TSM d'incidence pour les femmes sont de 311/100 000 PA (IC95% 253-369) VS 231/100 000 PA chez les hommes (IC95% 182-281). Les taux d'incidence des cancers chez les femmes sur le territoire sont ainsi 20% plus élevés que dans l'hexagone (274/100 000 PA IC95% 267-282) et près de 40% moins élevés chez les hommes. Chez les hommes, les cancers de la prostate et du côlon sont deux fois moins fréquents qu'en hexagone, tandis que le cancer du poumon reste comparable (39 vs 48/100 000 PA).

Chez les femmes, le cancer du sein est similaire (~100/100 000 PA), mais les cancers gynécologiques montrent des sur-incidences marquées : 4,6 et 8 fois plus pour l'ovaire, le col de l'utérus et l'endomètre.



Figures 3 et 4 : Comparaison des TSM d'incidence des cancers les plus fréquents à Wallis et Futuna en 2020-2024

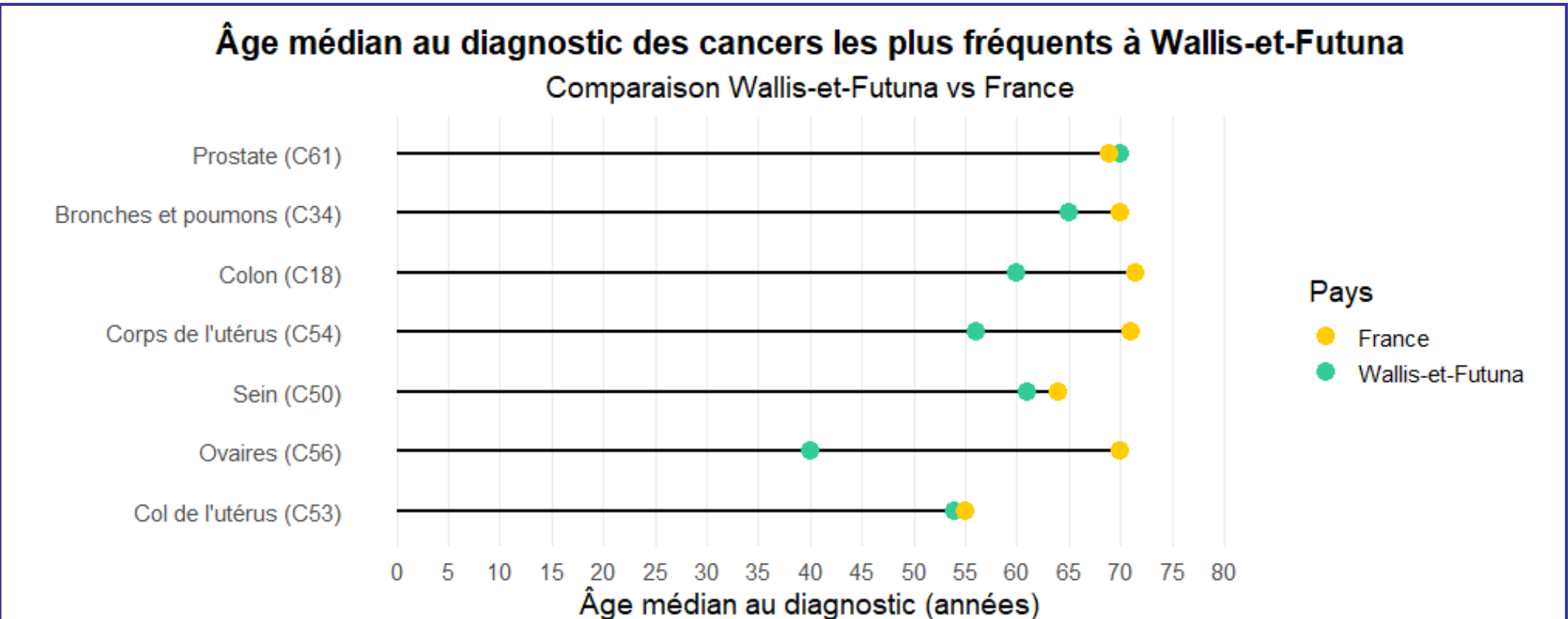


Figure 5 : Ages médian au diagnostic, cancers les plus fréquents à Wallis et Futuna en 2020-2024

Les âges médians au diagnostic sont plus précoces à Wallis-et-Futuna pour presque tous les cancers, notamment pour l'ovaire et l'endomètre, qui surviennent 15 à 30 ans plus tôt sur le territoire.

* clement.couteaux@adswf.fr

Discussion – Conclusion

Entre 2020 et 2024, les cancers à Wallis-et-Futuna montrent un profil spécifique : sur-incidence des cancers gynécologiques (ovaire, col, endomètre) jusqu'à 8 fois supérieure à l'hexagone, âge médian au diagnostic plus précoce de 15-30 ans. Chez les hommes, cancers de la prostate et du côlon moins fréquents pouvant traduire un biais de recueil.

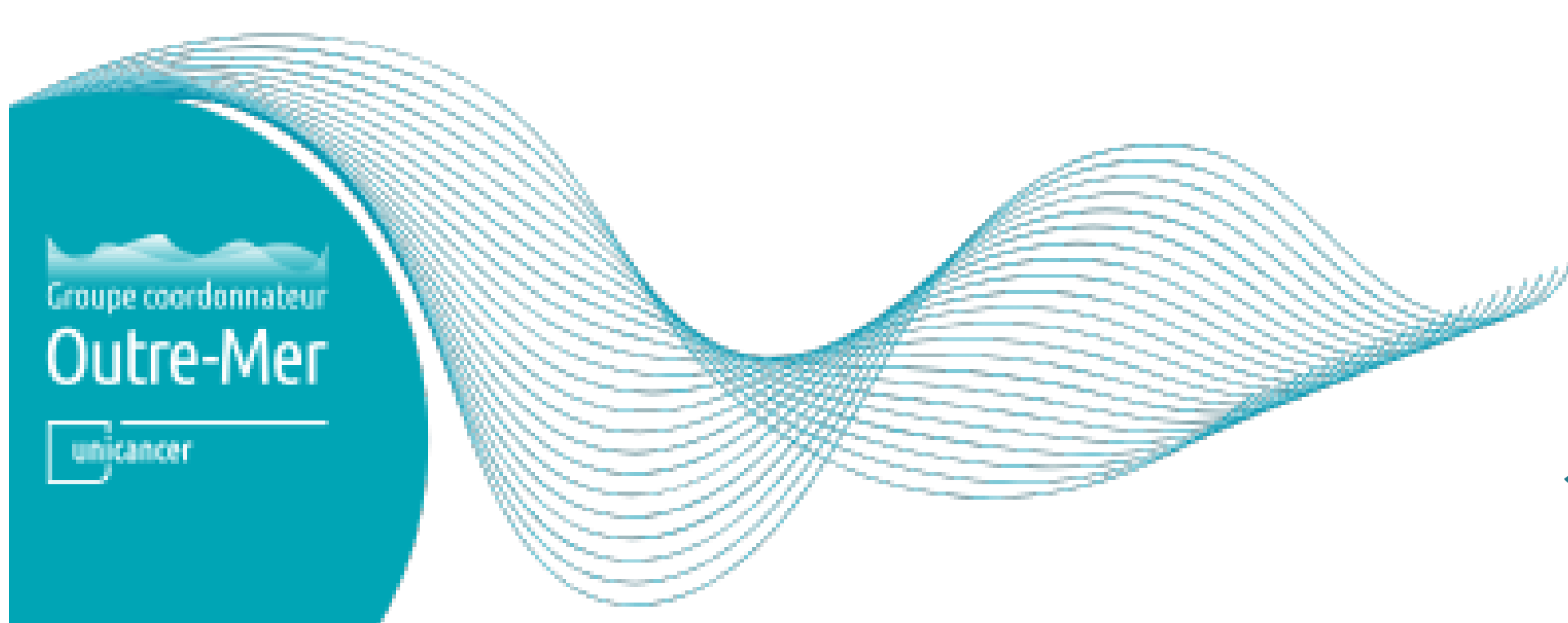
Ces tendances reflètent la forte prévalence des facteurs de risque : obésité 70 %, tabac 65 % hommes / 35 % femmes, alcool 53 % hommes / 33 % femmes, diabète 15 %².

L'absence de registre limite la surveillance. Sa mise en œuvre locale améliorerait la surveillance, le dépistage et la prévention adaptée au contexte de Wallis-et-Futuna.

¹www.cancer.fr

²www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire

Wallis et Futuna, enquête STEPS 2019



2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Judi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



Une prise en charge interculturelle et innovante pour les patients guyanais atteints de cancer

Mélanie Labbé, Infirmière Coordinatrice Parcours Guyane

CLCC Centre Léon Bérard, Lyon



Depuis plus de 15 ans, le Centre Léon Bérard accueille des patients originaires de Guyane au sein d'une unité dédiée .
Leur parcours est souvent semé d'embûches : éloignement géographique, barrières linguistiques, différences culturelles, fragilité sociale...
Pour répondre à ces défis,
une organisation innovante et humaine a été mise en place.



Une équipe engagée et pluridisciplinaire :

Médecins : Drs Neidhardt, Fayette, Racadot
Coordination Guyane : Mélanie Labbé
Service Pr Papillon : Rosemonde Cornelie, Liliane Giletto
Service social : Laure Duhin, Pascale Benhacène, Florence Matarin
Copil Interculturalité : Manon Guillermin, Mélanie Labbé, William Lebossé, Catherine Moret, Sébastien Thomas

Des actions concrètes pour mieux accompagner :

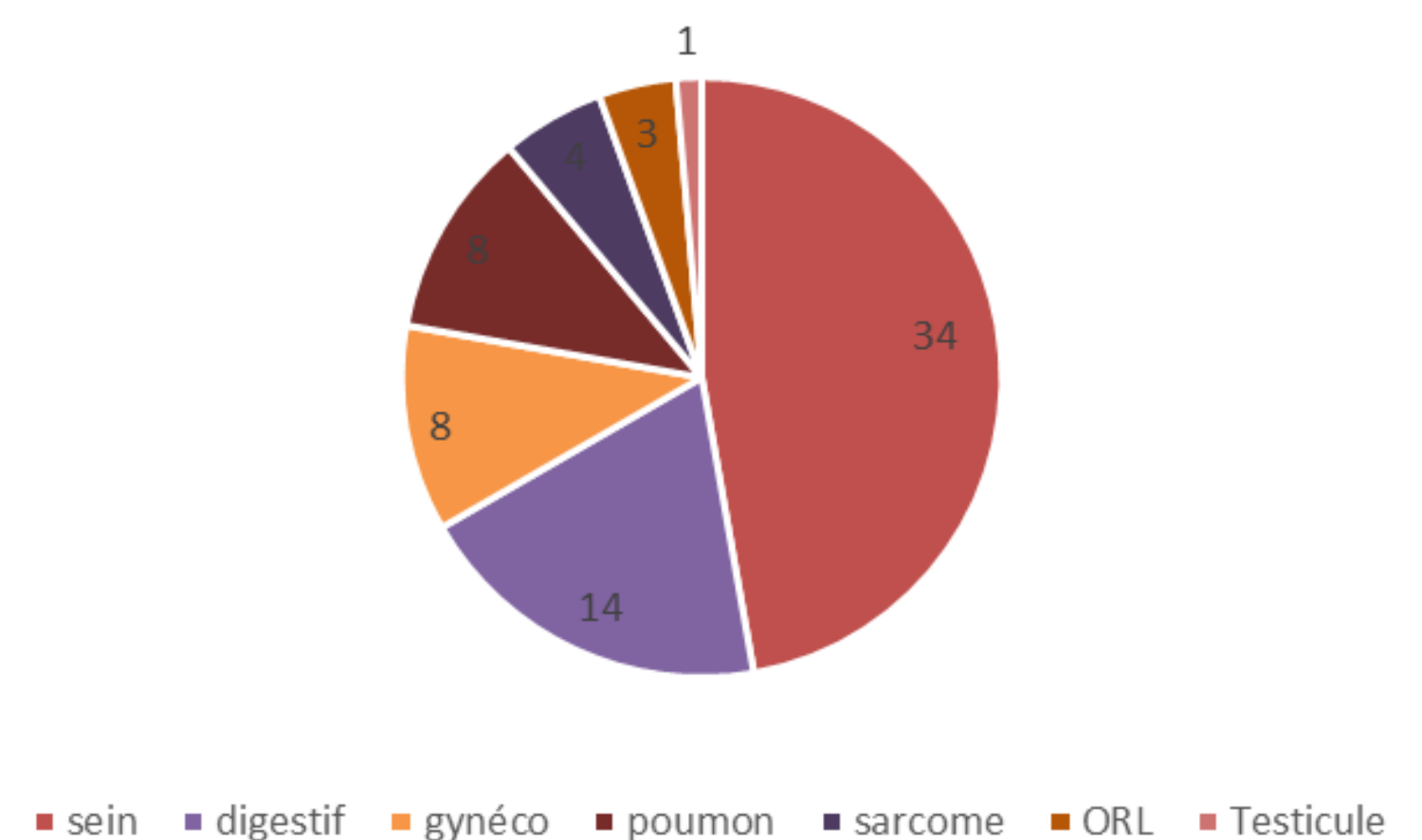
Création de la commission Guyane en 2016
Création d'un poste de coordinatrice en 2018
Collaboration étroite avec le service social
Suivi quotidien par une aide-soignante dédiée
Outils visuels et pédagogiques traduits (livrets, imagier alimentaire)
Soutien entre pairs intégré au service
Formations à la communication interculturelle

Des résultats visibles :

Meilleure compréhension des traitements
Communication plus fluide
Accompagnement individualisé
Confiance renforcée chez les patients
Satisfaction des équipes

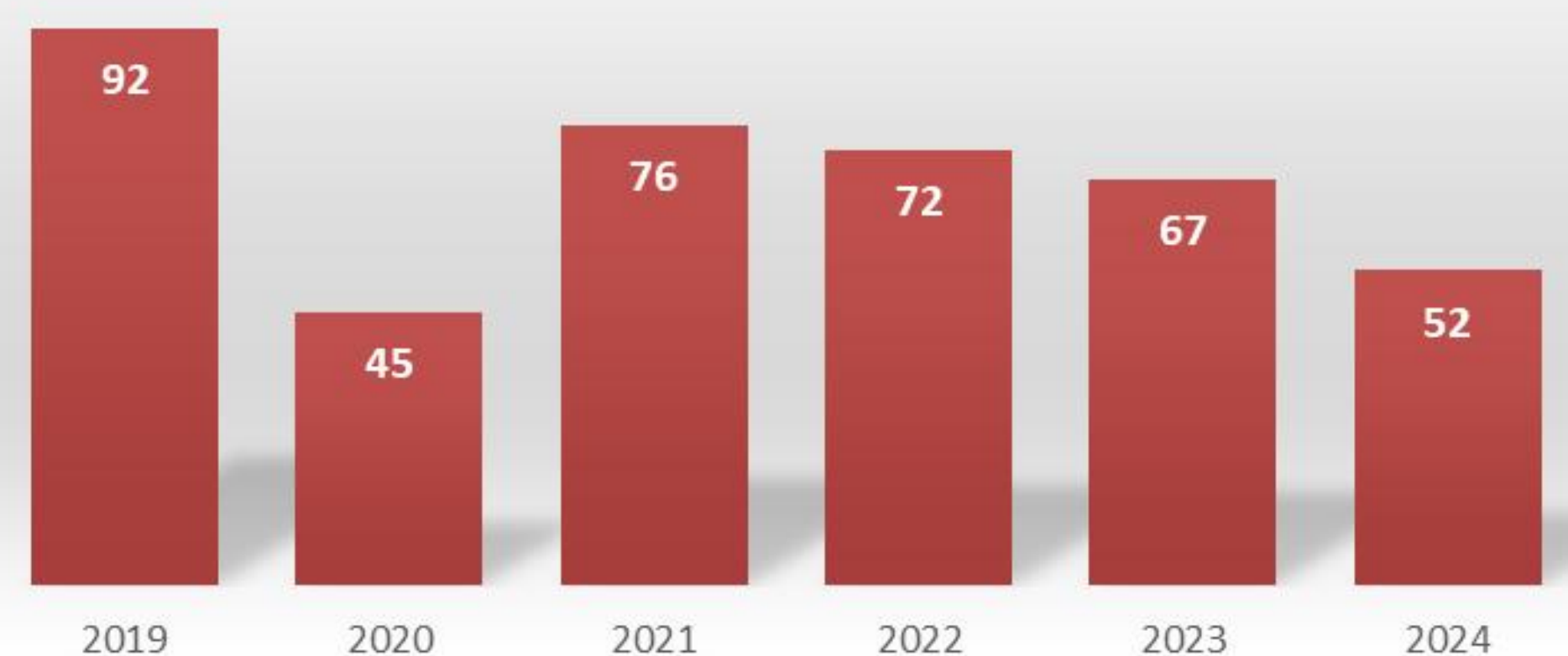
66 jours de durée
moyenne de séjours
en 2024

Pathologies traitées sur 72 patients en 2022



Service dédié de
9 lits

Nombre de patients accueillis par
année

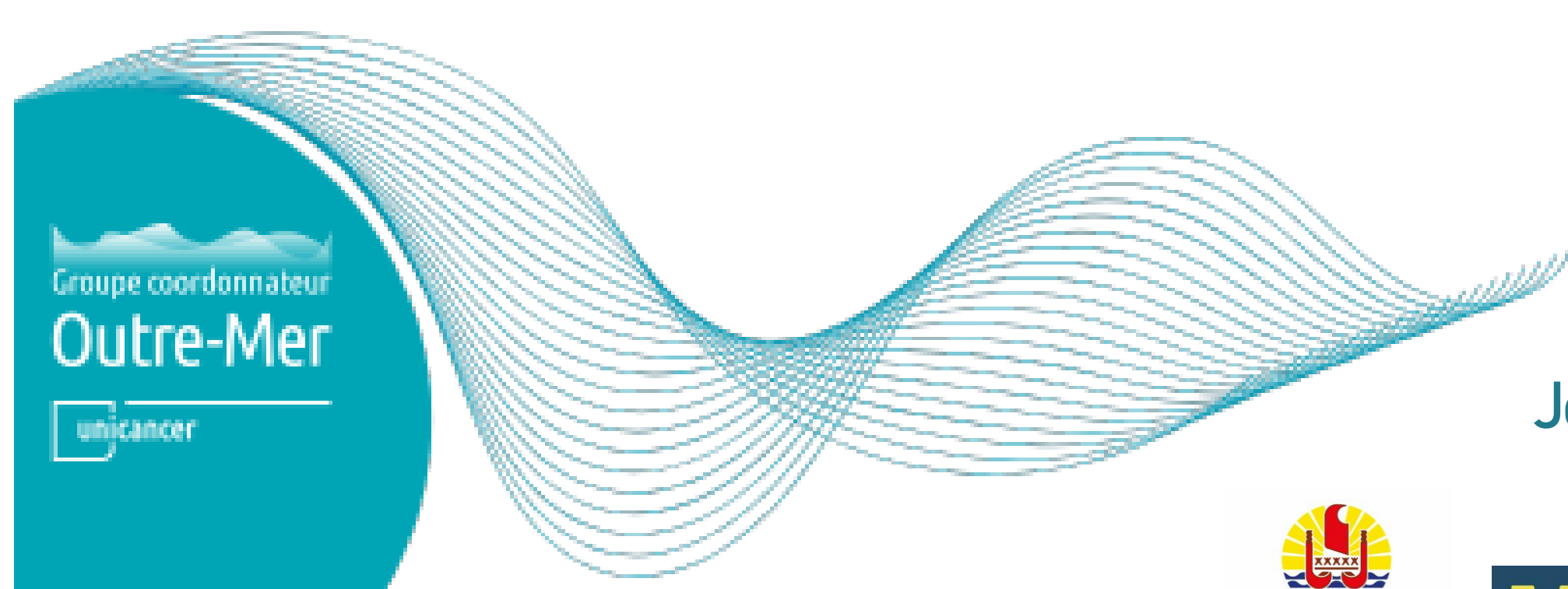


Un modèle inspirant

Cette approche montre qu'une coordination attentive et une ouverture culturelle peuvent transformer le parcours de soins.

Elle pourrait inspirer d'autres établissements accueillant des patients venus d'horizons divers.





2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris

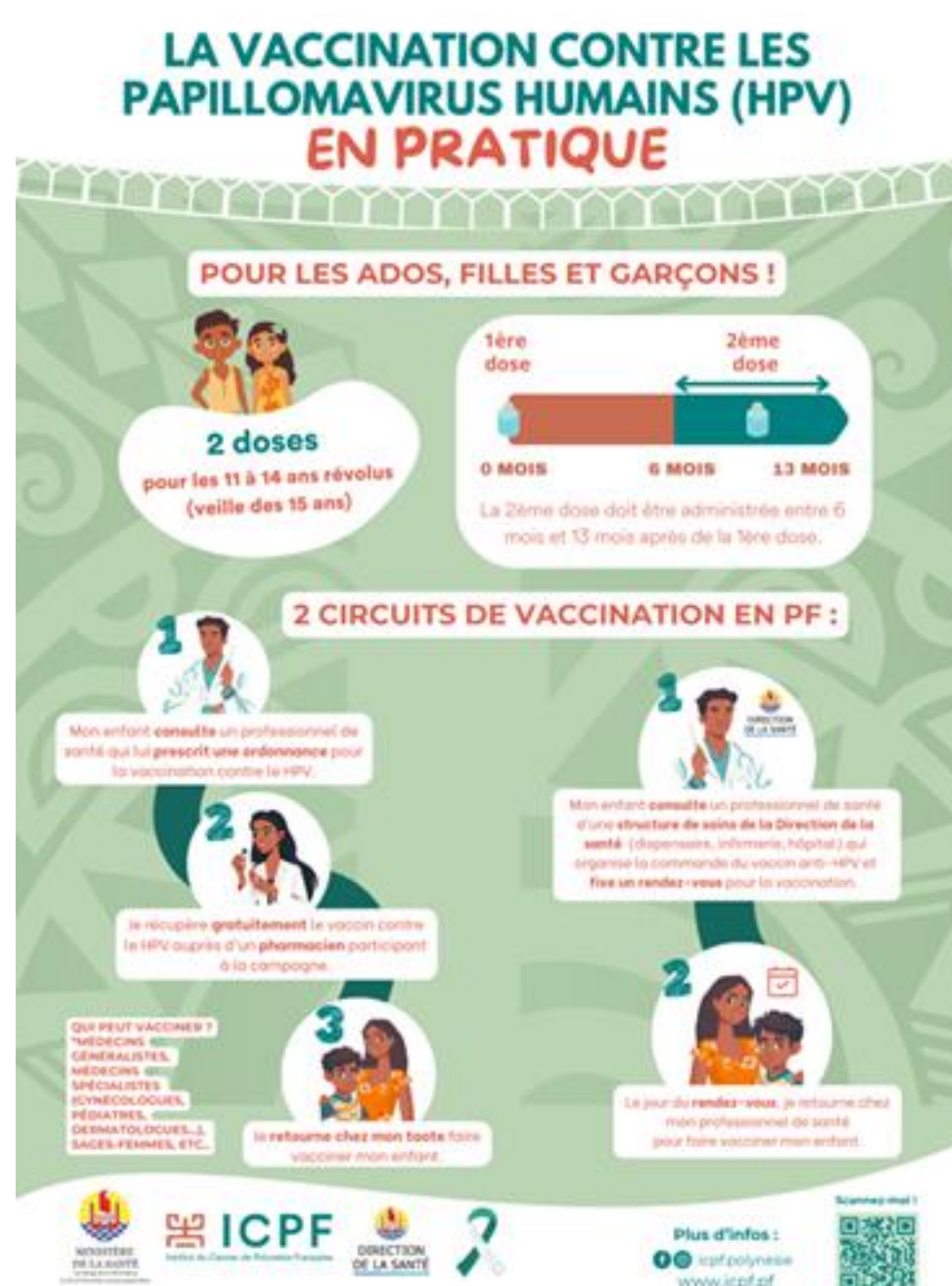


La vaccination HPV en Polynésie française 2024,2025 : une émergence attendue depuis des années

Dr Laurent STIEN, Dr Teanini TEMATAHOTOA, Emmanuelle NICOLE, Loïdi MAAMAATUAIAHUTAPU, Teraiiti HAREHOE, Terii FOUGEROUSSE

ICPF (institut du cancer de Polynésie française) :

Etat des lieux en Polynésie française en 2024 : la couverture vaccinale est à un taux très bas car la diffusion du vaccin reste confidentielle, du fait de la conjonction du prix élevé (au moins 20000xpf non pris en charge), et de sa non-inscription dans le carnet vaccinal (vaccin ni recommandé, ni obligatoire).



Matériel et méthodes

1) Lancement à l'occasion de la campagne juin vert 2024 :

La prise en charge financière débute le 1^{er} juin 2024. L'ICPF paye aux pharmaciens d'officine ayant contracté avec lui les doses de vaccin prescrites pour les 11-14 ans, garçons et filles (le choix de cette tranche d'âge est motivé par l'efficacité et l'égalité des genres). Elle est annoncée lors du lancement de la campagne juin vert, avec conférence pour les professionnels de santé, campagne au niveau des médias pour le grand public (radios télévisions, réseaux sociaux) et création de supports de communication : affiches flyers puis carnet de vaccination, badges.

2) Fin 2024, un deuxième circuit s'ajoute à celui des pharmacies d'officine :

La Commande de vaccins se fait également par la pharma pro qui peut ainsi fournir les structures publiques.

L'objectif est d'élargir la population ciblée en intégrant les îles sans pharmacie d'officine, en intégrant la clientèle des dispensaires hors circuit libéral, et en intégrant des populations ciblées (immunodépression...).

Pour cela, des outils de communication ont été mutualisés, en les adaptant aux deux circuits de distribution et utilisés lors des campagnes internes des structures de santé et au cours de la campagne juin vert 2025, à destination des professionnels de santé et du public (parents, enfants).

Résultats

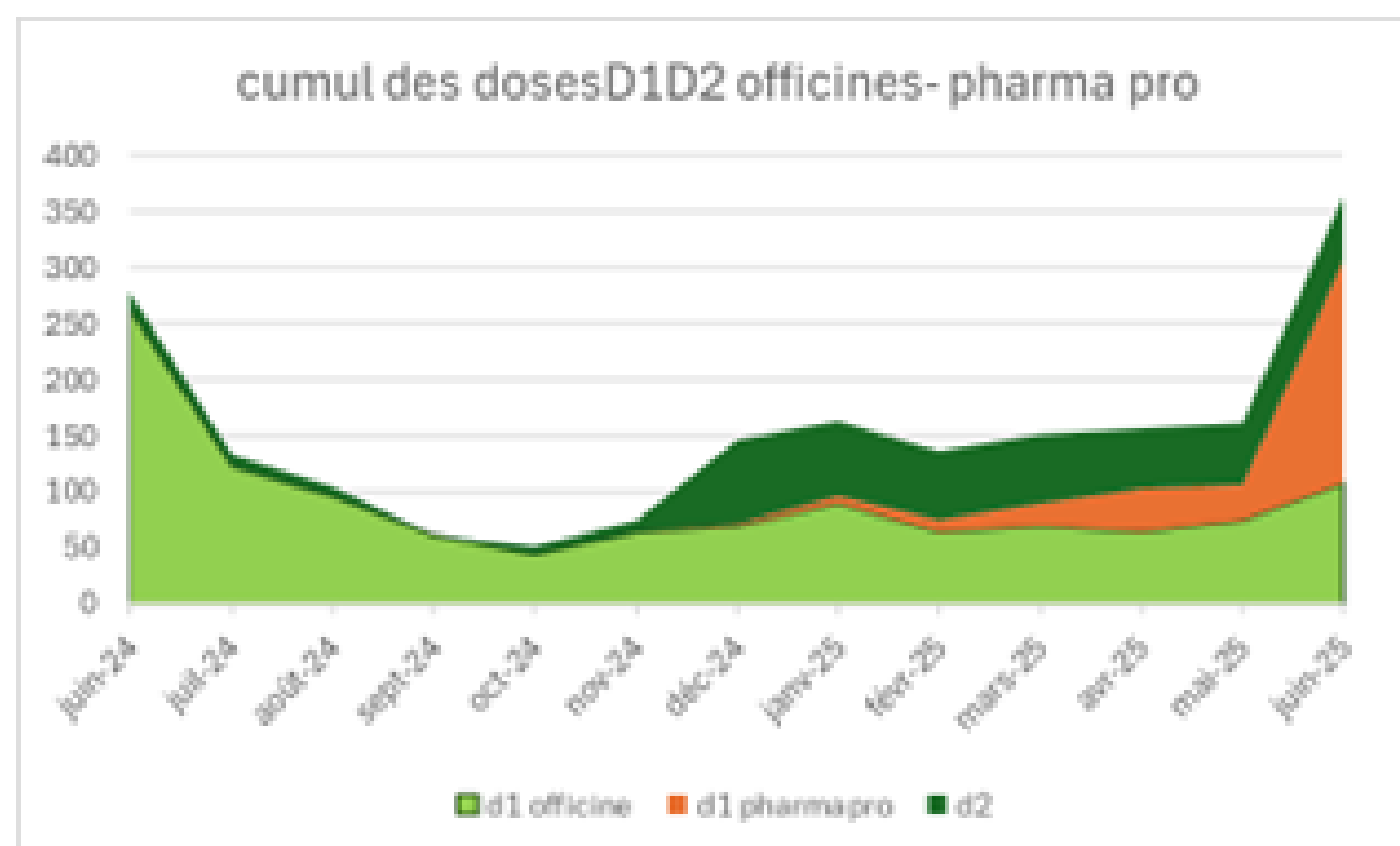
2008 doses délivrées du 1^{er} juin 2024 au 30 juin 2025 1703(en officines) +305(en dispensaires)

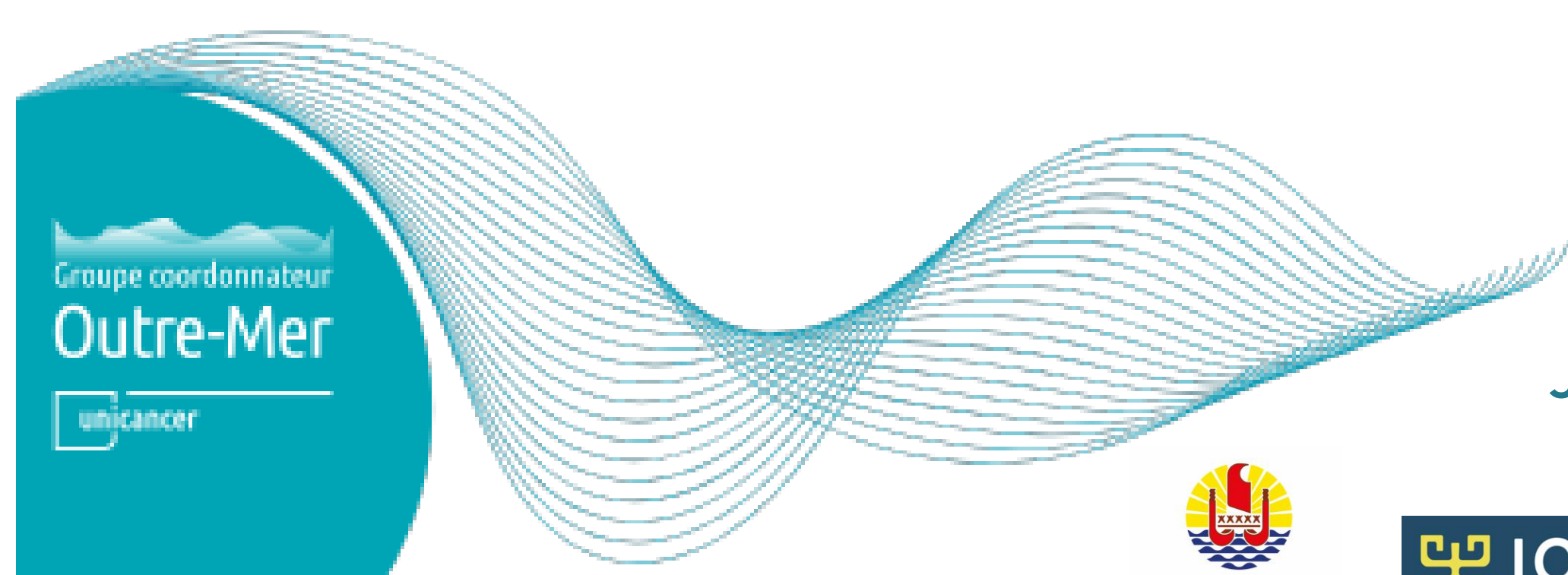
- Jun 2024, nombre élevé de vaccinations (275) récupération des patients attendant depuis plusieurs mois la gratuité (dont une forte proportion d'enfants des personnels de santé se faisant vacciner)
- Diminution les mois suivants, (vacances, érosion des messages à distance de la campagne)
- Janvier 2025 Augmentation rapidement progressive du nombre de pharmacies partenaires 22 sur 45 au début) pour atteindre une quasi-totalité (45 sur 48) en 2025 et nouveau pic de délivrances de doses début 2025 avec apparition des deuxièmes doses
- Jun 2025 nouveau pic avec la nouvelle campagne juin vert et le succès des journées de vaccination gratuite organisées par le secteur public

INDICATEURS

Suivi de la délivrance mensuelle au niveau des officines : âge des enfants vaccinés, répartition selon le sexe et les premières et deuxième doses, profession du prescripteur, réalisation de l'acte vaccinal par le pharmacien.

Suivi de la délivrance au niveau de la pharma pro et de vaxi fenua.





2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



TARONA TERE un « transport rose » pour accompagner moralement et physiquement les Polynésiennes dans le dépistage du cancer du sein en Polynésie française

Dr Laurent STIEN, Dr Teanini TEMATAHOTOA, Emmanuelle NICOLE, Loidi MAAMAATUAIAHUTAPU, Teraiiti HAREHOE, Terii FOUGEROUSSE

ICPF (institut du cancer de Polynésie française)



Etat des lieux en Polynésie française en 2024

La couverture du dépistage du cancer du sein est à un taux inf à 40% car malgré la prise en charge financière à 100% par l'ICPF, les femmes ne vont pas au bout de la démarche : elles ne sont pas convoquées par l'assurance maladie (CPS) et ne sont pas forcément atteintes lors des campagnes octobre rose.

Même informées, elles doivent affronter les barrières géographiques (le transport n'est pas pris en charge) et psychologiques (peur de l'examen, du résultat..).



Matériel et méthodes

1) LES FREINS

Les barrières matérielles : le déplacement, son financement, le temps.

Les barrières psychologiques : la peur de la mammographie (douleur), la peur du cancer.

L'absence de suivi médical : en l'absence de grossesse ou de maladie et en particulier après la ménopause.

L'absence de proposition ou de rappel par le médecin traitant.

Les barrières culturelles : le poids de la parole (parler d'un mal le fait advenir), appréhension de l'examen douloureux d'après les rumeurs, fatalisme concernant le cancer, inévitable et mortel.

2) LES APPORTS DE TARONA TERE

Aller vers et réduire les inégalités socio-économiques en touchant les personnes les plus éloignées du parcours de soins supprimer le frein du transport.

Alléger les autres barrières identifiées par les femmes (pudeur, peur de la douleur de l'examen, peur du résultat...) en étant tranquillisées par l'effet positif du groupe.

Qualité de la prise en charge, médicale et de l'accompagnement. Démarche participative.

Utiliser des solutions adaptées à la population polynésienne. Inventer des outils.

Résultats :

Politique d'aller vers la population cible qui correspond de plus en plus aux femmes de 50 ans n'ayant jamais eu de mammographies ou celles dont la mammographie remonte à plus de 2 ans.

La barrière géographique n'est pas la plus importante, la barrière psychologique semble prédominante, et franchie grâce à l'effet de groupe, la sororité, et la possibilité d'une « sortie » avec des co-dépistées dans une ambiance agréable (pour certaines, c'est une occasion unique ou rare de changer du quotidien).

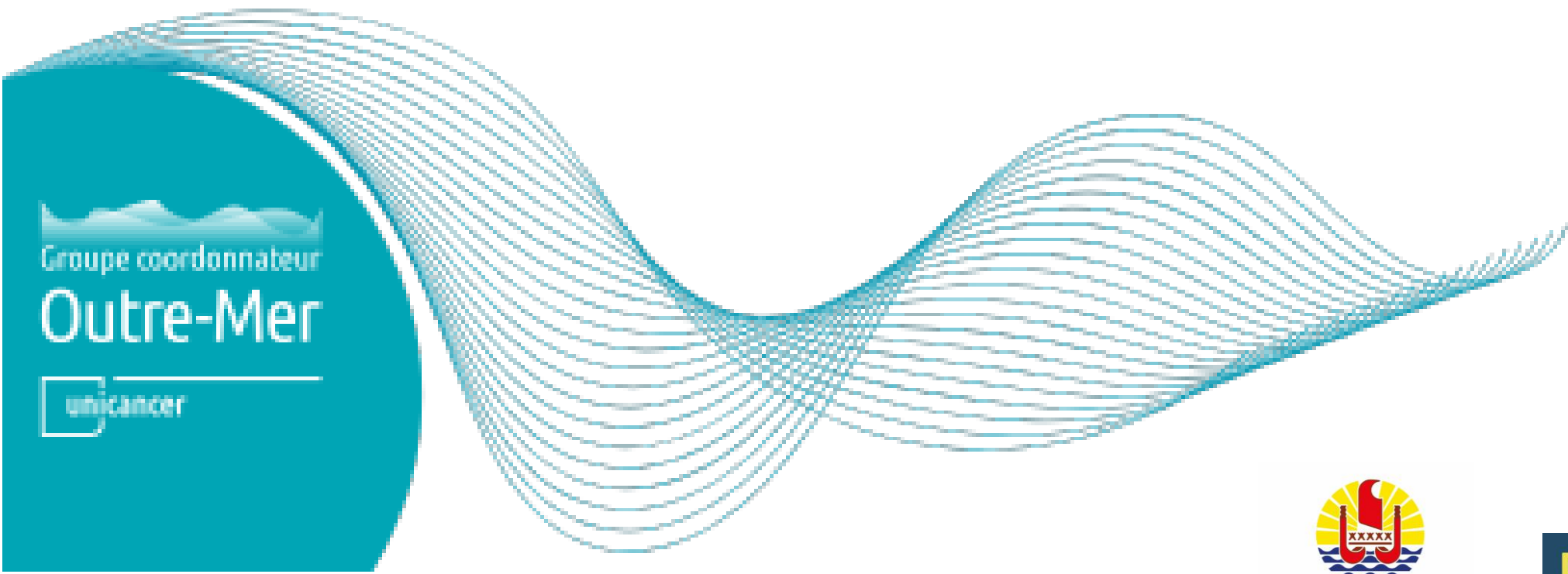
Changement d'échelle du projet pilote de 2022 (pendant octobre rose) à la pérennisation annuelle en 2025.



INDICATEURS

Outils créés : carnet suivi personnalisable pour favoriser le suivi, document mammo FLAC, patient partenaire avec des vidéo capsules pour rassurer sur la mammographie.

Questionnaires de satisfaction, Intention de se faire dépister dans 2 ans, Intention d'en parler à son entourage.



2ème Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Judi 9 et vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



Prévention et sensibilisation au cancer sur le lieu de travail, dans les entreprises et administrations en Polynésie française

Dr Laurent STIEN , Dr Teanini TEMATAHOTOA, Emmanuelle NICOLE , Loïdi MAAMAATUAIAHUTAPU, Teraiiti HAREHOE, Terii FOUGEROUSSE

ICPF (institut du cancer de Polynésie française)

Etat des lieux en Polynésie française en 2024 :

La couverture du dépistage du cancer du sein et du dépistage cancer du col (seuls dépistages pris en charge en Polynésie française) est insuffisante (inferieure à 40%) malgré la prise en charge financière à 100% par l' ICPF.



Visuel d'information à destination des agents - septembre 2024.



Matériel et méthodes

1)sollicitation des entreprises et administrations :

40% des cancers diagnostiqués concernent le monde du travail , moins d'une personne sur deux se fait dépister et 40% des cancers peuvent être évités grâce à la prévention et au dépistage. Intégrer des ateliers de prévention dans la qualité de vie des conditions de travail est donc pertinent

2)interventions de sensibilisation au niveau des entreprises pendant et hors campagne :

INFORMER (accès à l'information) EXPLIQUER (Comprendre l'information) SAVOIR QUOI FAIRE (pouvoir analyser et critiquer l'information)

- IDENTIFIER les craintes et les fausses idées des participants face aux cancers et REPONDRE aux questions.
- SENSIBILISER les salariés/les agents aux différents moyens, aux recommandations, à la prise en charge et à l'importance des dépistages des cancers.
- Faire CONNAITRE les facteurs de risques et les facteurs de protection des cancers et FAIRE PRENDRE CONSCIENCE que le cancer n'est pas une fatalité.
- INITIER un changement de comportement. PERMETTRE de franchir le pas entre intention et comportement
- TRANSMETTRE des informations sur le diagnostic, les traitements et les partenaires qui interviennent dans le parcours de soins du patient.
- INFORMER les directions / les responsables de service sur le retour à l'emploi d'un salarié/un agent touché par le cancer.
- Faire CONNAITRE l'ICPF et ses missions en tant qu'expert sur toutes les questions liées aux cancers.

3)implication des entreprises dans la mise en place des facilités de dépistage

Résultats2024

30 interventions (vs 12 en 2023)dans 21 entreprises, 44 heures de sensibilisation pour 413 agents (vs 188 en 2023)
L'innovation de la démarche , pour les travailleurs : mise en place d'une politique d'aller vers , la population cible correspondant aux tranches d'âge du dépistage (25. 64 et plus de 50 ans) Pour la prévention , eux et leur famille sont concernés (en particulier les enfants pour la vaccination).
L'innovation de la démarche , pour les administrations et entreprises : facilités d'horaires pour le dépistage, mise à disposition de véhicule.

AVANT l'intervention



INDICATEURS

Questionnaires de satisfaction / Intention de se faire dépister / Mise en place de dispositifs d'aide au dépistage/ Demande de relais de ces interventions (communautés religieuses).

APRES l'intervention





PréHab'O : Améliorer le parcours de soins et la qualité de vie
des patients de plus de 65 ans atteints de cancer vivant
dans les Hauts isolés de La Réunion

Carole Truong van ut¹, Sophien Horri^{1,2}, Emmanuel Chirpaz¹, Elsa Bellony¹, Nolwenn Kervella¹,
Pierre Soubeyran³, Florence Canoui-Poitrine⁴, Meoïn Hagege⁴, Mohamed Khettab^{1,5}

¹ CHU de La Réunion, ² DRCI,USMD, CHU de La Réunion, ³ Université de Bordeaux, ⁴ Université Paris-Est Créteil, ⁵ Laboratoire EPI, Université de La Réunion



Contexte

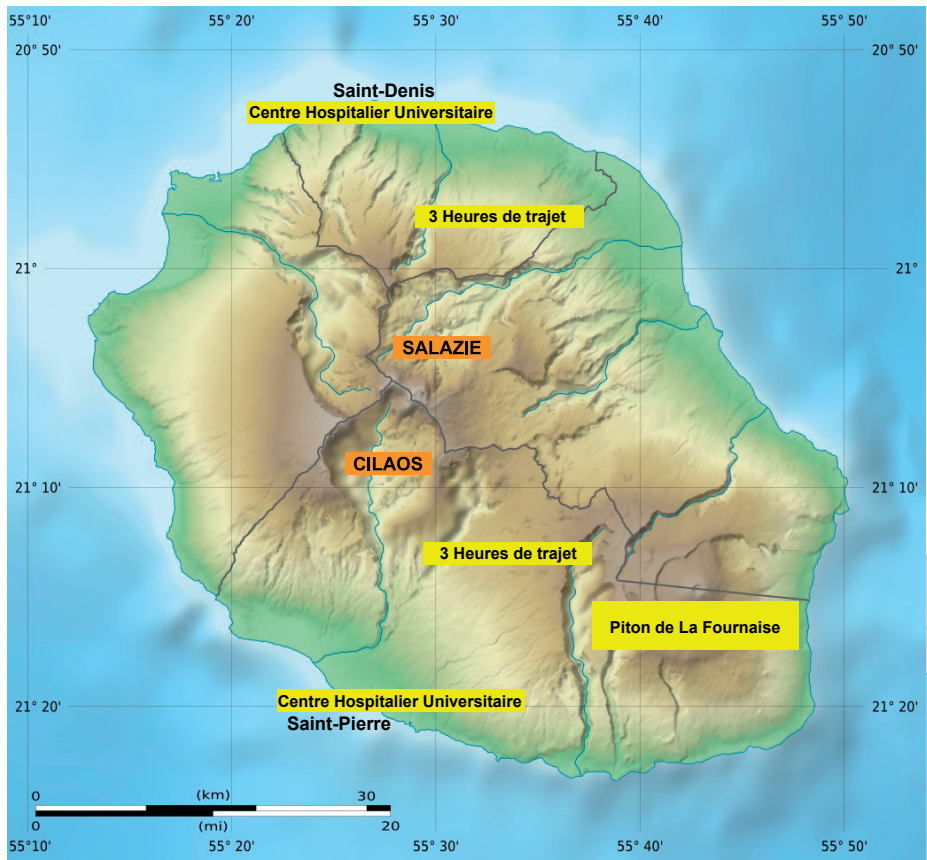


Figure 1 : L'île de La Réunion, sud-ouest de l'océan Indien (source : conseil général de La Réunion)

La Réunion, DROM situé dans le sud-ouest de l'océan Indien, est confrontée à d'importantes disparités dans l'accès aux soins, en particulier pour les habitants des zones isolées. Les cirques naturels (Cilaos et Salazie) sont les territoires les plus pauvres, où l'accès à l'hôpital est difficile. Les croyances religieuses, l'illettrisme et la précarité sociale freinent le recours au dépistage avec des diagnostics de cancer à des stades avancés.

Matériel et Méthode

L'étude pilote **PréHab'O** a débuté en mars 2025 à Cilaos, 1/semaine pour 18 mois. Elle intègre les soins et l'innovation (télémédecine) pour optimiser les patients de plus de 65 ans avant ou en cours de traitement spécifique oncologique.

- **Intervention multimodale** : dépistage de fragilités gériatriques, ateliers culinaires et d'activité physique adapté en groupe.
- **Variables quantitatives étudiées** : poids, IMC, albumine, autonomie (ADL, IADL), Timed Up and Go, SPPB.
- **Variables qualitatives** : adhésion des patients au programme et assiduité. Entretien semi-directif pour évaluer l'amélioration de la qualité de vie et la satisfaction.

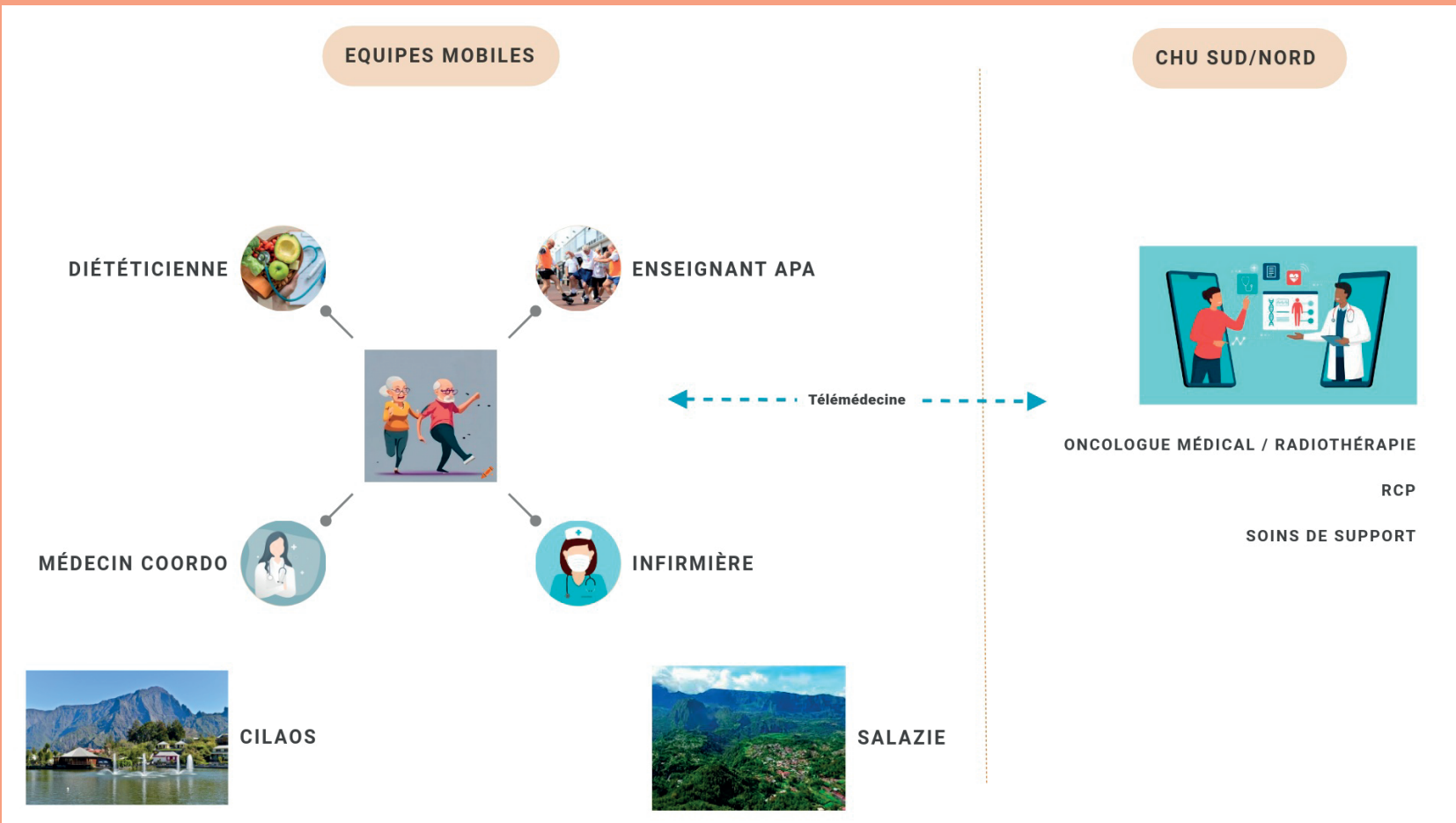


Figure 2 : Design du projet pilote PréHab'O

Objectifs

- Décrire la conception et la mise en œuvre du projet pilote PréHab'O
- Décrire et analyser les points de vue sur la qualité de vie des patients, à partir des récits des professionnels de santé et des patients participants

Résultats

Méthode innovante pour répondre à un besoin pour lequel nous commençons à avoir des résultats qualitatifs : faisabilité, adhésion des patients et remise en question des pratiques par les soignants.

Bénéfices du projet pilote PréHab'O pour les patients participants :

- **Facilitation de l'accès aux soins** : « C'est plus simple d'aller à l'hôpital de Cilaos que de descendre à Saint-Pierre. Cela me fait du bien. » (E1)
- **Facilitation de l'adhésion au traitement** : « Vous êtes venus jusqu'ici pour prendre soin de nous. Cela me donne confiance pour prendre soin de moi-même. » (E2)
- **Socialisation et rupture de l'isolement** : « Ce n'est pas bien d'être seul avec sa maladie, c'est pourquoi je trouve formidable qu'ils nous aient réunis ici. » (E3)
- **Prendre du recul sur la maladie** : « on oublie la maladie dans cet instant » (E2)

Bénéfices du projet pilote PréHab'O pour les soignants participants :

- **Sentiment d'être utile** : « Je ressens de la gratitude [...] voir les patients bien et qui aiment ce qu'on fait » « Les patients apprécient notre travail [...] les familles sont contentes qu'on s'occupe de leur parent » (E1) « Programme qui permet de voir le soin autrement » « ça nous permet nous aussi en tant que soignants de grandir, de mettre en place de nouvelles activités » (E2)
- **Conditions de travail favorable** : « passer un petit temps avec les patients, pour commencer : un petit café, prendre le temps d'échanger » « on garde notre casquette de soignant sans la blouse », « L'humain est présent » (E1)
- **Socialisation et rupture de l'isolement** : « la rencontre avec les patients » « on crée des liens, on échange beaucoup » « Au départ, c'était dur, la route de Cilaos. Maintenant le matin, on a pris l'habitude, on vient avec grand plaisir. » (E3)

Freins du projet pilote PréHab'O pour les patients participants

- **Problèmes de transport et de mobilité** : « Je ne viendrai que si une ambulance ou un membre de ma famille peut m'accompagner. » (E2)
- **Absence de freins** : « Je n'ai aucun problème, tout est parfait. Il faut que cela continue ainsi. » (E2) « Merci pour tout ce que vous faites pour nous. Je ne vois que du positif. » (E4)

Limites du projet pilote PréHab'O du point de vue de l'équipe soignante

- **Défis climatiques et géographiques** : « Un cyclone a retardé le démarrage de la mise en œuvre de notre projet » (E2)
- **Contraintes organisationnelles et logistiques** : « la fatigue liée au trajet » « l'informatique, la gestion du temps avec les ateliers » « travailler en dehors des horaires de travail pour planifier les recettes [...] trouver du temps pour anticiper la prochaine session » (E4)



Figure 3 : Atelier de cuisine créole réunionnaise



Figure 4 : Atelier APA – Pétanque

Conclusion

Le dispositif **PréHab'O** vise à améliorer la qualité de vie des patients en réduisant l'anxiété, la dépression et l'isolement. Il nous amène à réfléchir à un nouveau mode organisationnel en santé : télémédecine pour limiter le nombre de transports, améliorer la coordination des soins et « Aller vers les populations des Hauts isolés ».

Accueil positif des libéraux et du collectif d'usagers pour rompre cet isolement. Collaboration avec des associations, patientes partenaires pour des actions de prévention cancer du sein. Atelier réalisé avec un chef cuisinier pour redonner le plaisir de manger et partager un moment de convivialité.

En s'appuyant sur une équipe mobile locale, pluridisciplinaire oncogériatrique (IDE, diététicienne, EAPA, médecin coordonnateur), ce projet ambitionne de combler les lacunes en matière de soins de support en cancérologie à La Réunion.

Perspectives : déploiement d'une deuxième équipe à Salazie, dans l'Est de La Réunion.

Mots clefs : enclavement géographique, vulnérabilité, précarité sociale.

Découvrir le projet en vidéo

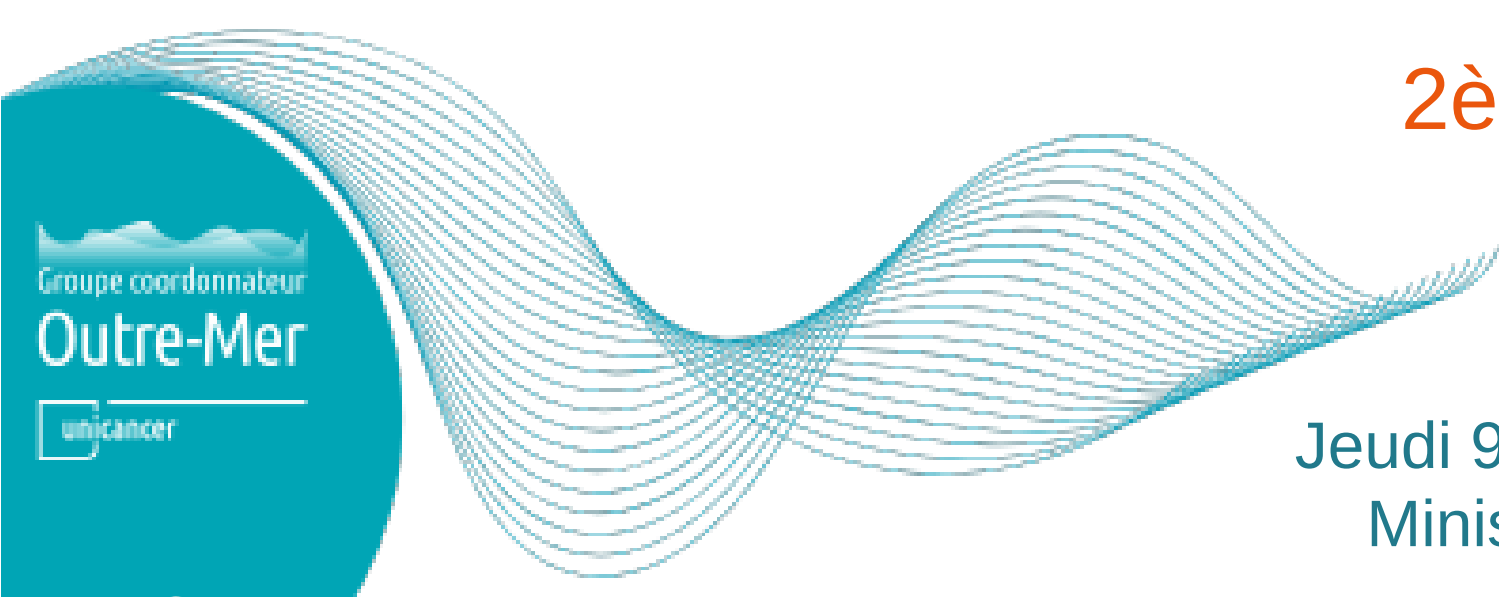


Remerciements

La Fondation Malakoff Humanis pour le financement de ce projet.

Auteur correspondant : Dr Carole Truong Van Ut – carole.truong-van-ut@chu-reunion.fr





2ème Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer - Paris



La conciergerie Administrative & Sociale

Aurore BOUTESELLE LOUPEC, Cora CHARLES, Fatima SELEMANIE, Laïna SOPHIE
DSRC OncoGuyane

Contexte

Mesure 25 du comité interministériel des Outre-mer dont l'objectif est de réduire les délais de prise en charge des patients ultramarins.

Problématiques

- Difficultés liées aux transports (évacuation et transfert sanitaire)
- Difficultés d'hébergements en Guyane et hors du département
- Délais de rendez-vous (plateau technique limité, manque de professionnels de santé, examens et soins)

Objectifs

- Assurer une prise en charge globale de qualité afin de réduire l'inégalité d'accès aux soins pour cause de précarité
- Soulager les contraintes administratives, sociales, logistiques du parcours patient

Effectif

- Une assistante sociale
- Une secrétaire médicale

Missions

- Accueil, information, assistance et orientation des patients et leurs proches sur le parcours "EVASAN"
- Liaison entre les patients, les familles et l'équipe pluridisciplinaire
- Suivi des transferts sanitaires
- Recensement des hébergements en Guyane et hors du département
- Soutien administratif dans les démarches sociales

Public

Les missions sont assurées pour :

- Les enfants
- Les adultes

Tout type de cancer.

Mise en place

Une convention a été établie avec chaque site (indépendant) du CHU de Guyane.

Ces conventions permettent à la conciergerie administrative & sociale d'assister les structures en fonction des besoins identifiés et d'apporter des réponses les plus adaptées

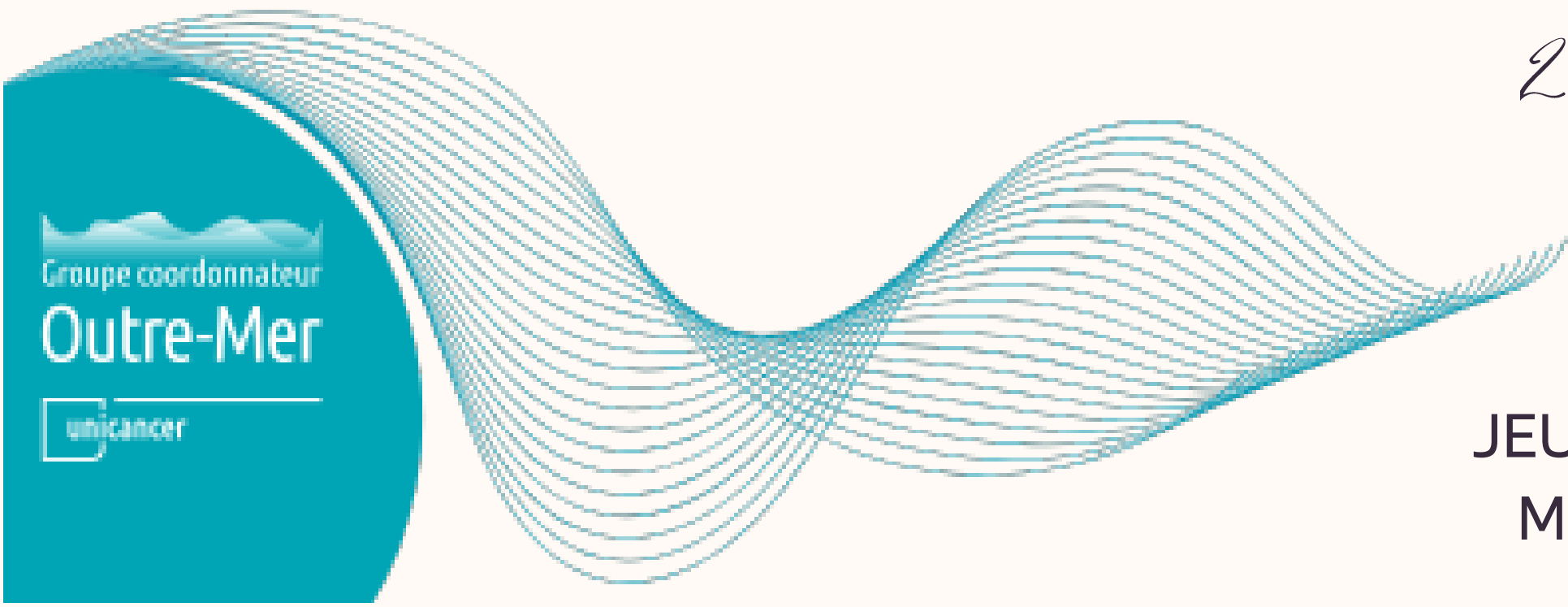
Les associations sont également concernées par ce maillage d'acteurs autour de l'oncologie.

Conclusion

Depuis juillet 2025, ce sont 56 usagers qui ont été ou sont accompagnés par ce service.

Ressources documentaires

Brochure explicative, brochure parcours, dossier patient territorial, fiche processus



2ème Séminaire Unicancer
sur la Cancérologie
en Outre-Mer

JEUDI 9 ET VENDREDI 10 OCTOBRE 2025
MINISTÈRE DES OUTRE-MER - PARIS



L’ETP en oncologie, un outil d’équité en santé dans un territoire pluriculturel

Pierre JEGADO

Infirmier en EDUCATION THERAPEUTIQUE en ONCOLOGIE
CHU GUYANE (SAINT -LAURENT -DU -MARONI)

Introduction / Contexte:

L’Ouest de la Guyane française, territoire amazonien pluriculturel, est marqué par une **grande diversité linguistique et culturelle**. Cette richesse s’accompagne toutefois de **défis spécifiques en oncologie** : méconnaissance de la maladie, recours aux médecines traditionnelles, barrière linguistique et faible accès aux soins spécialisés. Ces difficultés sont renforcées par la **précarité sociale**, un **parcours scolaire souvent fragile** et un **faible niveau de littératie en santé**, qui limitent la compréhension et l’appropriation des informations médicales.

Dans ce contexte, l’**Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)** s’impose comme un **levier essentiel** pour améliorer la compréhension, favoriser l’adhésion aux traitements et renforcer l’autonomie des patients atteints de cancer.

Objectif du projet:

Mettre en œuvre un programme d’ETP en oncologie adapté aux réalités interculturelles locales, pour :

- Favoriser la **compréhension** du parcours de soins et des traitements
- **Renforcer l’adhésion thérapeutique**,
- **Valoriser les savoirs** des patients et leurs représentations culturelles,
- **Réduire les ruptures de traitement**

Méthodologie:

- **Analyse des besoins** : entretiens avec les patients, observations cliniques, concertation avec les médiateurs culturels et les soignants.
- **Co-construction du programme avec une équipe pluridisciplinaire** (oncologues, infirmier·es, psychologue, diététicien·ne, médiateur·rices culturels·les, pharmacien·ne) en cours d’élaboration.
- Ateliers collectifs ou entretiens individuels, avec supports visuels multilingues, jeux pédagogiques, témoignages.
- **Approche transculturelle** : prise en compte des croyances autour du cancer.
- Évaluation : questionnaire de satisfaction, retours qualitatifs, suivi d’observance

Résultats (préliminaires ou attendus):

- **Amélioration de la compréhension des traitements oraux** (ex. capécitabine/Xeloda®).
- **Meilleure participation des patients aux soins**.
- **Diminution des retards et des abandons de traitement**.
- **Reconnaissance de l’approche ETP** comme un outil d’équité en santé.



Freins identifiés:

- **Insuffisance de médiateur en santé** formés
- **Temps limité** alloué aux professionnels de santé
- **Manque de reconnaissance institutionnelle de l’ETP**
- **Inexistence ou inadéquation des lieux dédiés à l’ETP**
- **Outils pédagogiques non adaptés** au public ciblé
- **Ressources financières insuffisantes** pour développer l’ETP
- **Personnel insuffisant pour assurer une prise en charge globale** dans un programme complet

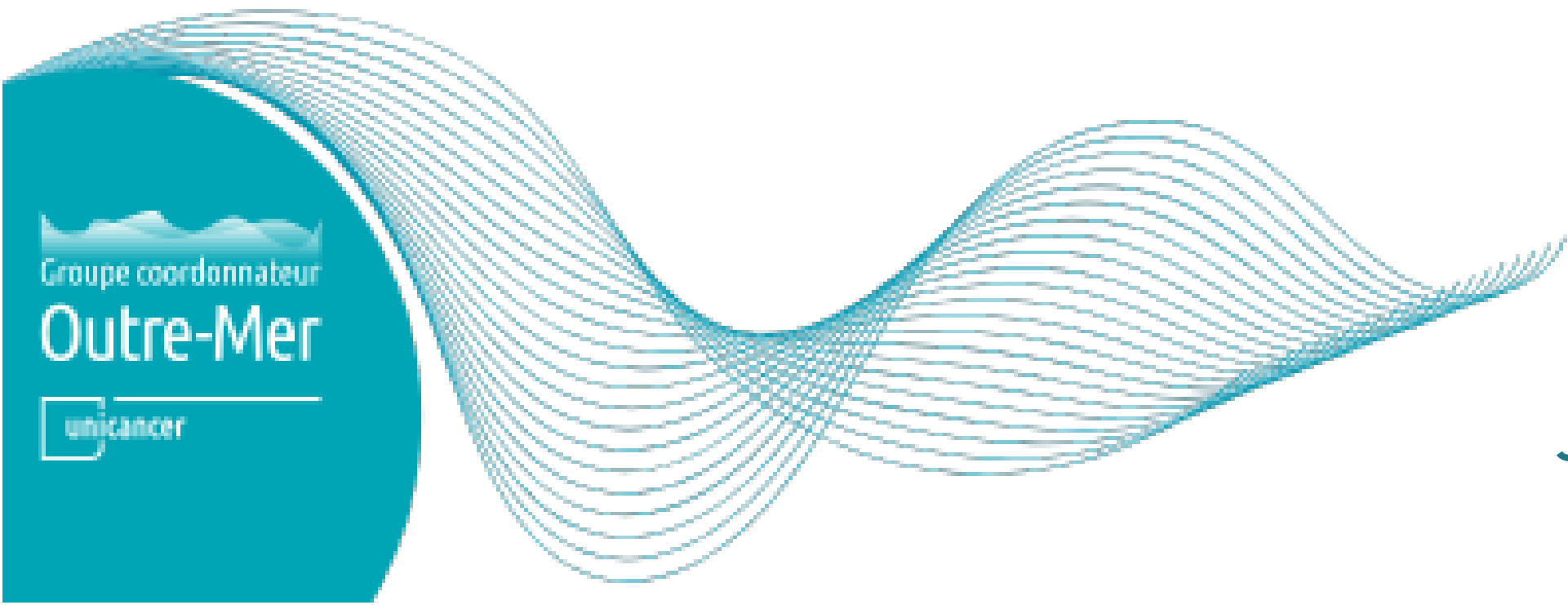
Facteurs facilitateurs :

- **Implication de médiateurs culturels et associatifs**
- **Approche participative et bienveillante**
- **Dynamique positive et collaborative** de l’équipe soignante
- **Collaboration avec un centre spécialisé**
- **Motivation et demande active des patients**
- **Création d’une UTEP au sein du CHU (Saint Laurent du Maroni)**

Conclusion / Perspectives

- L’implantation d’un programme ETP en oncologie dans l’ouest de la Guyane repose sur **une adaptation culturelle continue, une écoute des patients, et une collaboration interprofessionnelle renforcée**.
- Les actions d’ETP permettent de réduire les inégalités d’accès aux soins, tout en respectant les représentations culturelles des patients

L’ETP, un levier d’équité en santé en Guyane



2^{ème} Séminaire Unicancer sur la Cancérologie en Outre-Mer

Jeudi 9 et Vendredi 10 octobre 2025
Ministère des Outre-Mer – Paris



CIRCUIT ACCELERE DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS DANS LES COMMUNES DE L'INTÉRIEUR EN GUYANE : INTERET DE LA TELEPATHOLOGIE – PROJET « ONE DAY DIAGNOSIS »

Camille JAN et Kinan DRAK ALSIBAI

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques et Registre des Cancers de Guyane, CHU de Guyane – Site de Cayenne, 97300 Cayenne, Guyane

Introduction : En Guyane française, le cancer du col de l'utérus (CCU) représente la deuxième cause de morbi-mortalité cancéreuse chez les femmes. Les communes de l'intérieur, confrontées à des contraintes géographiques, logistiques et sociolinguistiques majeures, présentent des taux de couverture vaccinale et de dépistage inférieurs aux standards nationaux et aux objectifs internationaux. Cette étude vise à évaluer le fonctionnement actuel du circuit de dépistage dans les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) de Guyane (Figure 1), et à expérimenter un dispositif innovant de rendu accéléré des résultats par télépathologie.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et transversale menée en 2024. Les données proviennent du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU de Guyane – Site Centre Hospitalier de Cayenne et du Registre des Cancers de Guyane (RCan Guyane). Une expérimentation en conditions réelles d'un modèle de télépathologie a été conduite dans plusieurs CDPS, utilisant un microscope optique couplé à un dispositif de transmission sécurisée des images. Un questionnaire anonyme a également été diffusé auprès des professionnels de santé exerçant en CDPS.



Figure 1 : Répartition géographique des communes du littoral et de l'intérieur de Guyane avec évaluation de volume des dépistages du cancer du col de l'utérus effectués dans les différents CDPS en 2024 (tests analysés au CHU de Guyane – Site Cayenne),

Dépistage HPV par catégories d'âge (en années)								
Test HPV :		< 25	[25-30[[30-45[[45-65]	> 65	Total	%
Positif	HPV 16	0	2	8	2	0	12	20,3
	HPV 18	0	1	4	6	0	12	
	HPV 16 + 18	0	1	0	0	0	1	
	HPV 16 + Autres	0	0	2	1	0	3	
	HPV 18 + Autres	0	0	1	1	1	2	
	Autres HPV	1	12	73	23	6	115	
Négatif		0	23	322	214	6	565	78,9
Ininterprétable		0	0	3	3	0	6	0,8
Total		1	39	413	250	13	716	100
%		0,1	5,4	57,7	34,9	1,8		
IC95%		0,0-0,8	4,0-7,3	54,0-61,3	31,4-38,5	1,0-3,1		

Tableau : Résultats des tests HPV et leur typologie (HPV 16, HPV 18, autre HPV), réalisés dans les CDPS en 2024 , selon les catégories d'âge (en années).

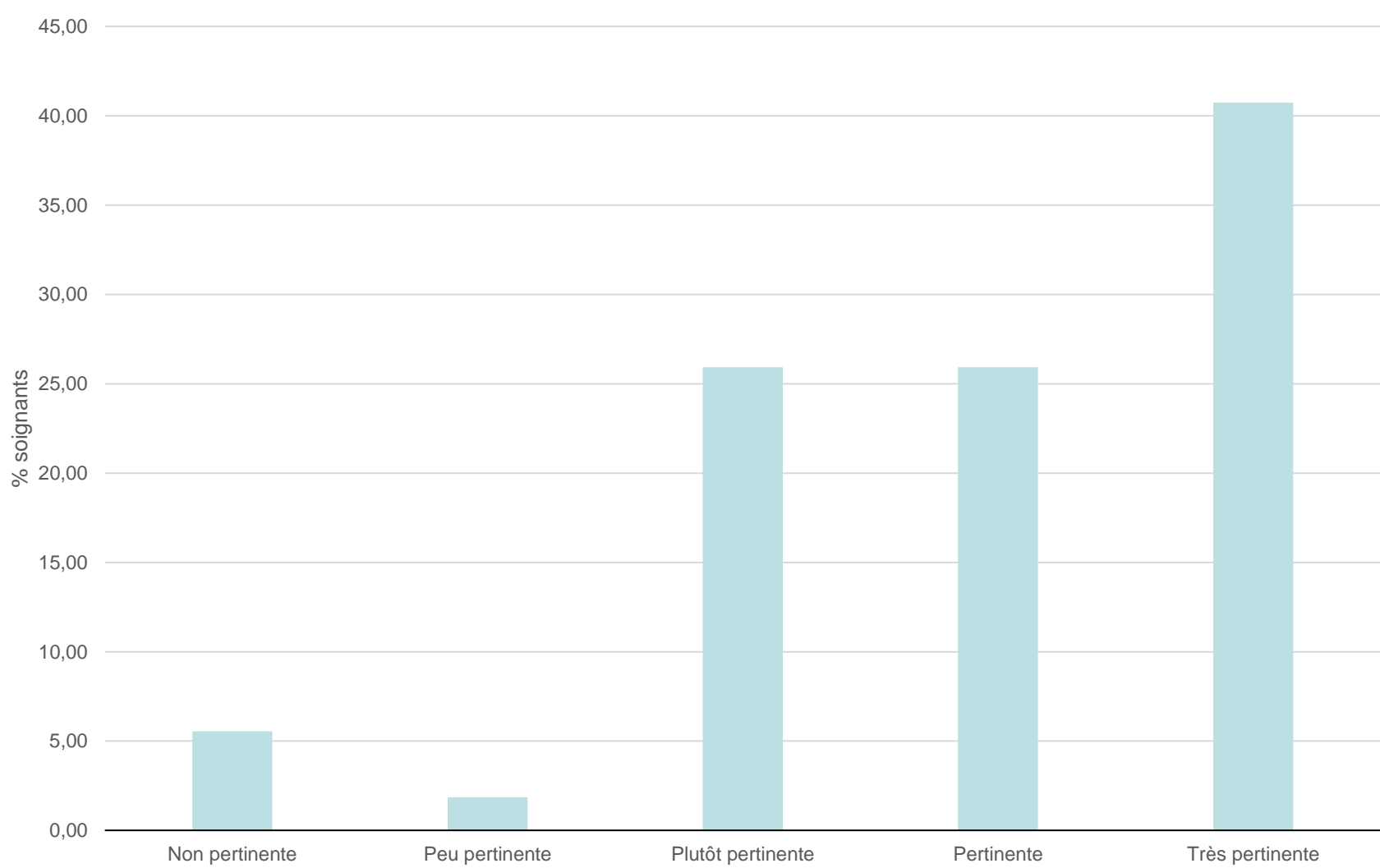


Figure 2 : Évaluation par les soignants de la pertinence du déploiement de la télépathologie, avec formation à la cytologie cervico-utérine et à l'usage d'un scanner de lames dans les hôpitaux de proximité et les CDPS.

Résultats : Parmi les 716 tests HPV réalisés, 20,3 % étaient positifs (Tableau), dont 17% concernaient des génotypes oncogènes autres que les HPV 16 et 18 (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). Parmi les 393 frottis cervico-utérins (FCU) analysés, 13% se sont révélés pathologiques, avec une corrélation dans 80 % des cas à un test HPV positif. Le taux de patientes perdues de vue après un dépistage positif atteignait 35,8%. Le délai moyen de rendu des résultats s'élevait à ≥ 28 jours pour les FCU standards, contre 16 jours dans le groupe expérimental. Le protocole de télépathologie a permis un rendu oral de résultat en moins d'une heure en moyenne, avec une concordance totale (100 %) entre le rendu immédiat et l'interprétation finale en présence d'un médecin anatomopathologiste, et une spécificité de 100 %. Via une télétransmission d'images, deux faux négatifs ont été observés sur 24 FCU. Le questionnaire a révélé une forte adhésion des soignants au projet, une motivation pour la formation, mais aussi des critiques récurrentes sur les limites du circuit logistique actuel (Figure 2).

Conclusion : L'optimisation du circuit de dépistage du cancer du col de l'utérus en zones isolées passe par une amélioration des délais de diagnostic et un accès simplifié aux résultats. L'expérimentation « One Day Diagnosis » démontre la faisabilité d'un rendu accéléré des résultats, qui pourrait significativement réduire le nombre de patientes perdues de vue et renforcer l'adhésion au dépistage. Son implémentation à plus large échelle constituerait un levier stratégique pour atteindre les objectifs d'élimination du cancer du col fixés par l'OMS à l'horizon 2030.

Dr. Camille JAN (camillejan3004@gmail.com); Dr. Kinan DRAK ALSIBAI (kinan.drak-alsibai@inserm.fr)

Renforcer la surveillance épidémiologique des cancers dans les DROM-COM : une nécessité pour concevoir, adapter et évaluer les programmes locaux de lutte contre le cancer, et orienter la recherche épidémiologique et clinique.

E. CHIRPAZ¹, B. BHAKKAN-MAMBIR², C. BOURGEOIS-LAPEYRE³, K. DRAK-ALSIBAI⁴, C. COUTEAUX⁵, V. DACHARY⁶, M. KONE⁷, T. TEMATAHOTOA⁸ et l'ensemble des membres du groupe UCOM GT4

¹ Registre des cancers de La Réunion, CHU de La Réunion (emmanuel.chirpaz@chu-reunion.fr) - ² Registre général des cancers de Guadeloupe, CHU de Guadeloupe - ³ Registre du cancer de Nouvelle-Calédonie, Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie - ⁴ Registre des Cancers de Guyane, CHU de Guyane - ⁵ Direction Santé Publique, Agence de Santé de Wallis et Futuna - ⁶ Administration Territoriale de Santé, St Pierre et Miquelon - ⁷ Centre Hospitalier de Mayotte - ⁸ Institut du Cancer de Polynésie Française

Introduction

La surveillance épidémiologique des cancers est indispensable pour mesurer l'ampleur du fardeau lié au cancer dans la population :

. Elle permet de dresser un tableau précis et actualisé de la situation des cancers dans la population (incidence, prévalence, mortalité, survie des patients atteints de cancers), d'en suivre les évolutions ou d'en étudier les disparités entre territoires ou groupes de populations.

. C'est un outil essentiel pour définir les priorités de santé publique, orienter les stratégies de prévention, prévoir et adapter les besoins en termes de planification.

. Elle permet l'évaluation de l'efficacité des programmes de lutte contre le cancer et ainsi d'ajuster les politiques publiques et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Enfin, la surveillance épidémiologique constitue un socle pour le développement de la recherche épidémiologique et clinique en cancérologie.

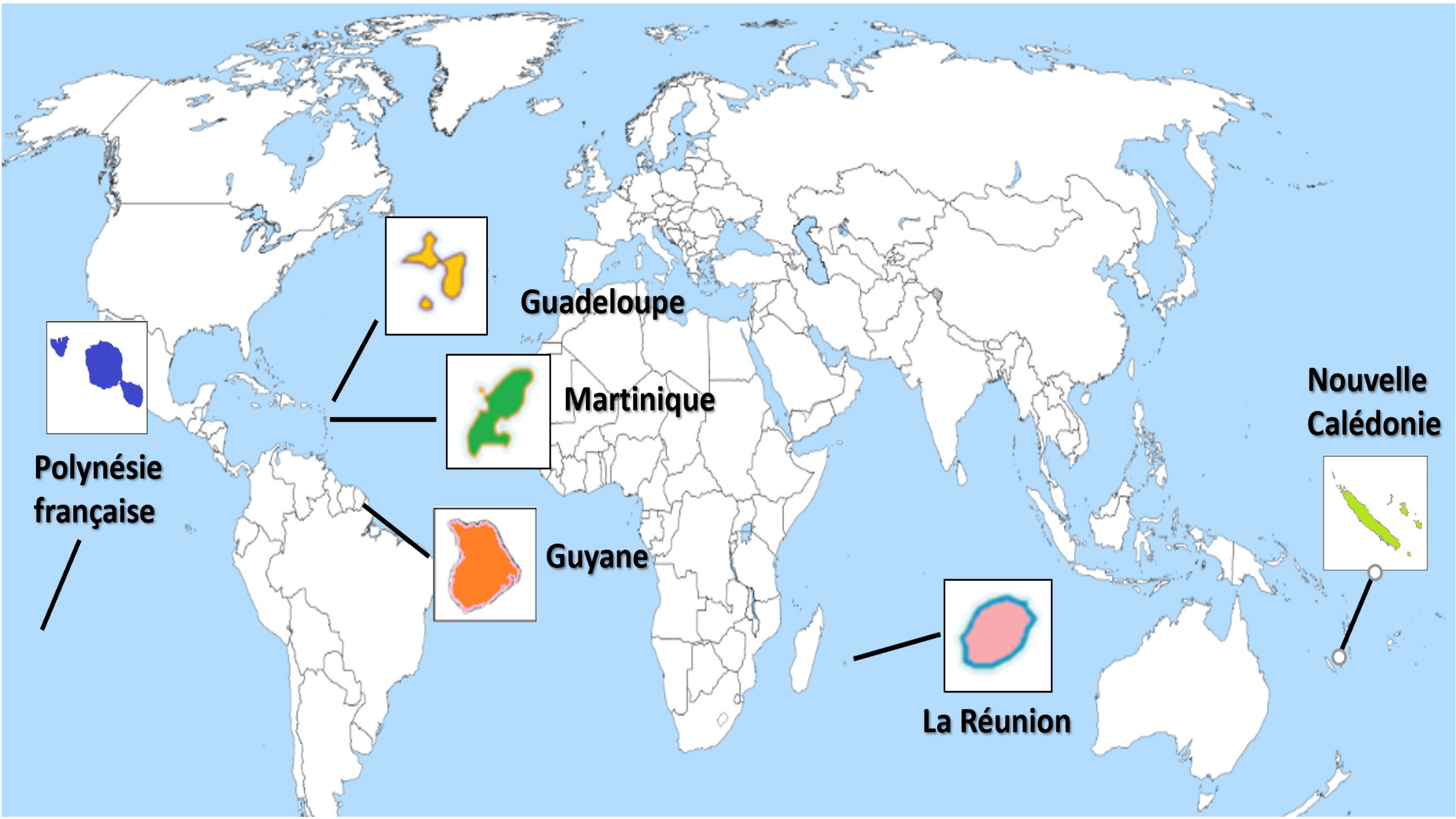
Les spécificités socio-démographiques et économiques, environnementales et sanitaires des DROM-COM se traduisent par des profils épidémiologiques singuliers, en termes d'incidence comme de survie des cancers. Ainsi, le développement de systèmes de surveillance solides, adaptés et fiables, est crucial pour orienter efficacement les politiques locales de santé publique.

Quelques données épidémiologiques

En se reposant sur les données des 6 territoires ultra-marins couverts par un registre des cancers en population, on observe que les taux d'incidence standardisés sur l'âge toutes localisations confondues sont en général inférieurs à ceux observés dans l'Hexagone, mais que les distributions des différentes localisations sont sensiblement différentes entre DROM-COM et avec l'Hexagone. On observe notamment dans certains territoires des sur-incidences significatives pour les cancers du col et corps de l'utérus, de l'estomac, de la prostate, ainsi que pour les myélomes multiples.

En termes de survie, une étude partenariale Francim/Inca/SPF/HCL réalisée dans 3 DROM (Guadeloupe, Martinique et La Réunion) sur la période 2008-2015 montrait que pour une bonne part des 10 localisations cancéreuses fréquentes analysées, la survie à 5 ans était significativement inférieure à celle observée en France hexagonale (1).

DROM-COM avec un Registre des cancers en population



Conclusion

Les DROM-COM traversent actuellement une transition épidémiologique avec une augmentation marquée de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques, dont les cancers constituent un versant majeur. Parallèlement, la transition démographique, avec la baisse de la natalité et l'augmentation de l'espérance de vie, vient renforcer la pression sur les systèmes de soins et les besoins en données épidémiologiques fiables et actualisées.

La majorité des DROM-COM dispose d'un registre des cancers. Cependant, ces registres demeurent fragiles pour un certain nombre et ils doivent être confortés dans leur rôle stratégique de fournisseurs de données fiables, à la fois pour la planification en santé publique mais aussi pour le développement de la recherche épidémiologique adaptée aux spécificités locales. Dans ce cadre, les projets collaboratifs entre les DROM-COM, mais aussi avec l'Hexagone, sont essentiels. Ils permettront un partage d'expertise, le développement d'outils partagés adaptés aux besoins et aux réalités locales. Une telle dynamique permettra de renforcer l'autonomie des acteurs de terrain et de collaborer à des recherches communes répondant aux problématiques de ces territoires. Enfin, dans le cadre de la mise en place du dispositif du registre national des cancers, leur renforcement paraît essentiel pour alimenter ce registre national et ainsi assurer l'équité territoriale.

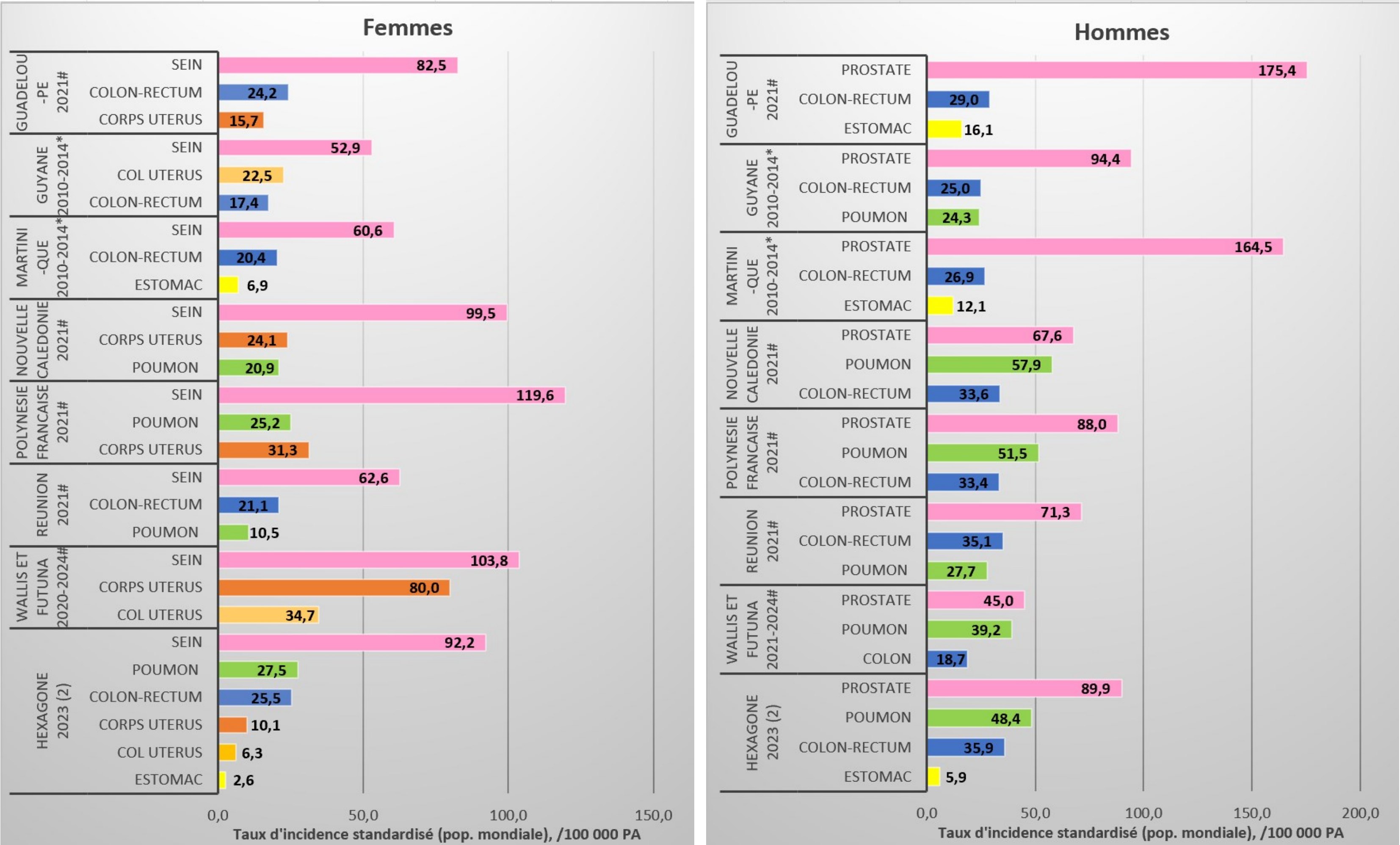
Cet état des lieux des dispositifs de surveillance des cancers dans les différents DROM-COM entre dans le cadre des travaux du groupe Coordonnateur Unicancer Outre-Mer (UCOM), groupe de travail multidisciplinaire dédié à soutenir l'oncologie dans les DROM-COM.

References

(1) Survie des personnes atteintes de cancer dans les départements et régions d'outre-mer. 2008-2018. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, février 2024, 24 p. Disponible à partir de URL : <https://www.cancer.fr/>

(2) B.Lapôte-Ledoux et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. BEH 2022;12-13:188-204.

Comparaisons avec la France hexagonale des taux d'incidence standardisés sur l'âge pour les 3 localisations les plus fréquentes dans chacun des territoires et par sexe



#Données issues des Registres ou autre dispositif de surveillance
*Données issues du rapport : *Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.* Disponible à partir de: <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Etat des lieux de la surveillance

4 des 5 DROM ainsi que 2 COM possèdent un registre des cancers en population (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Nouvelle Calédonie et Polynésie française). A Wallis et Futuna, il n'y a pas de registre en population mais il existe un système de recueil de données des cas incidents de cancers (recueil déclaratif) administré par la direction de la santé publique de l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna. Les autres territoires (Mayotte, Saint Pierre et Miquelon) ne disposent pas de système de surveillance épidémiologique organisé.

Partenaires officiels



Partenaires OR



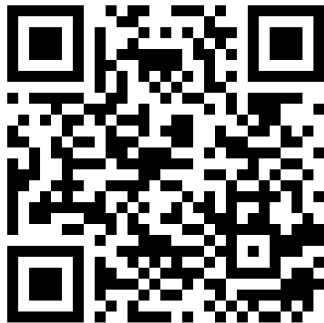
Partenaires ARGENT



Partenaires BRONZE



Votre avis nous intéresse !



Retrouvez tous les posters !



En savoir plus sur UCOM !



Comité organisateur du séminaire pour le Groupe Coordonnateur Unicancer Outre-Mer (UCOM) :
Emeline COLOMBA, Alexandra HARNAIS, Charles HONORE, Mohamed KHETTAB, Jean-François MOULIN,
Eve-Marie NEIDHARDT, Marc PRACHT, Katia WILLINGER



Groupe-coordonnateur
Outre-Mer

