

03/05/2022

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

Région Corse Feuille de route
2022-2025



Groupe technique ARS Corse – pilote Dr PIETRI ZANI Mh

DR WYART JL , M. MEGE L, M. CASANOVA A, MME MECHAIA I, MME BEISSIERE D, M. ATSE O, M.
HEUZE G , MME OTTAVI S, MME COLONNA A, DR SUARD C, M. MORTEL P, MME LHOSTIS AM, MR
BURESI

1 CONTEXTE REGIONAL

État des lieux des besoins

- **La situation socio démographique de la région**

Une île de 8680 Km² avec une population estimée au 1er janvier 2020, 345 687 habitants population municipale– Depuis 2012, l'accroissement moyen de la population est de +1,1 % /an – l'île se caractérise par une densité faible: 39,8 habitants/km². Les 2 communautés d'agglomération (Ajaccio et Bastia) regroupent près d'un tiers de la population.

Un tiers de la population a 60 ans ou plus. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 11% de la population, l'Indice de vieillissement est de 113. **En 2050, 2 insulaires sur 10 auront plus de 75 ans.** En 2019, le taux de natalité est 8,3 ‰ (France métropolitaine: 10,9‰). Le Taux de mortalité de 9,3 ‰ (France métropolitaine: 9,2‰). L'espérance de vie à la naissance est pour l'homme de 80,9 ans vs 79,8 en France et pour la femme: 85,8 ans vs 85,6 en France.

18,5% de la population vit sous le seuil de pauvreté, le taux le plus élevé des régions françaises avec 12% de familles monoparentales versus 10% en France, et une pauvreté plus marquée chez les personnes âgées et dans le rural.

Le territoire est marqué par des chrono distances importantes pour accéder aux différents services (île montagne) et un réseau de transport en commun peu développé.

- **PANORAMA des cancers en région CORSE**

Ressources : épidémiologie des cancers : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France 2007-2016 / Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, rapports publiés en 2019.

Chaque année, en Corse, environ **1 800 nouveaux cas de cancer** estimés par an (toutes localisations confondues) sont diagnostiqués, 53 % chez l'homme, 47 % chez la femme.

Les 3 cancers les plus fréquents, responsables chaque année d'un peu plus de la moitié des nouveaux cas sont la prostate, le poumon et côlon-rectum chez l'homme, et le sein, le côlon-rectum et le poumon chez la femme.

L'âge médian au premier traitement à visée anticancéreuse est de 67 ans chez les femmes (comme au niveau national) et de 71 ans chez les hommes (68 ans au niveau national).

Environ 840 décès par cancer sont à déplorer par an, 58 % chez l'homme et 42 % chez la femme. Le cancer est la cause de 29 % des décès dans la région.

La part des décès survenant avant l'âge de 65 ans est de 23 % chez les femmes (24 % au niveau national) et de 23 % chez les hommes (27 % au niveau national).

Toutes localisations confondues, **la situation est favorable chez les hommes et comparable chez les femmes** (incidence et mortalité) par rapport à la France métropolitaine.

Cancers les plus fréquents

En Corse, les cancers les plus fréquents chez l'homme sont ceux du poumon et de la prostate, puis du côlon-rectum. Chez la femme, le cancer le plus fréquent est celui du sein, puis du poumon. Viennent ensuite les cancers du côlon-rectum et de la thyroïde.

Au niveau de la mortalité chez l'homme, la première cause de décès par cancer est le cancer du poumon suivi du cancer du côlon-rectum. Chez la femme, les deux premières causes de décès par cancer sont les cancers du poumon et du sein. Le cancer du côlon-rectum vient ensuite.

En complément, les premières données d'incidence transmises par le registre des cancers de Corse, à partir des données 2018-2019 (l'année 2020 étant en cours de consolidation) permettent d'avoir des informations complémentaires sur certains types de cancers :

- Les cancers hématologique (4 pathologies LMNH, LH, LAM, myélome multiples) représentent, sur la période 64 nouveaux cas en moyenne par an ;
- Les cancers pédiatriques représentent 20 cas incidents par an.

Spécificités locales

Selon les localisations cancéreuses, il existe des disparités, en comparaison par rapport au niveau national :

- Sur-incidences et/ou sur-mortalités principalement pour des cancers ayant comme facteur de risque le tabac (poumon, vessie ainsi qu'estomac, même si celui-ci a comme principal facteur de risque *Helicobacter pylori*) ;
- Sur-incidence du cancer de la thyroïde, sans sur-mortalité ;
- Sous-incidences et/ou sous-mortalités pour des cancers ayant comme facteur de risque l'alcool (foie, œsophage, lèvre-bouche-pharynx, colo-rectum, sein) ;
- Sous-incidence pour les cancers faisant l'objet d'un programme de dépistage organisé, avec en parallèle, une faible participation à ces programmes (côlon-rectum-anus, sein), les mortalités associées pouvant ne pas être différentes du niveau national (côlon-rectum-anus chez la femme et sein) ;
- Sous-incidence et sous-mortalité du cancer de la prostate.

Zoom sur les cancers de mauvais pronostic

Le taux de survie à 5 ans s'améliore pour les principaux cancers, mais il reste très variable selon les localisations cancéreuses. **Les cancers de mauvais pronostics sont les cancers pour lesquels la survie nette à 5 ans dépasse rarement les 33%.**

Ce focus ne reprendra pas le poumon et l'œsophage traités supra, ni les cancers du sein triple négatif et les leucémies aigues secondaires à un traitement ou un cancer pré existant, les données n'étant pas disponibles en dehors des fiches RCP.

Foie

Chez l'homme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) ne met pas en évidence une sous-incidence significative en Corse par rapport à la France métropolitaine. Sur la période 2007-2016 on estime que l'on diagnostique en moyenne 35 nouveaux cas par an.

Les estimations d'incidence du cancer du foie ne sont pas disponibles pour la femme.

Chez l'homme, le rapport standardisé de mortalité (SMR) met en évidence pour le cancer du foie une sous-mortalité importante de 17 % en Corse par rapport à la France métropolitaine.

En revanche, chez la femme, le rapport standardisé de mortalité (SMR) ne met pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité par rapport à la France métropolitaine.

Pancréas

Que ce soit chez l'homme ou chez la femme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) ne met pas en évidence en Corse de sur-incidence significative pour le cancer du pancréas par rapport à la France métropolitaine. Chaque année en Corse, on estime à 36 le nombre de nouveaux cas chez l'homme sur la période 2007-2016,

Chez la femme, le TSM en Corse est de 6,8 pour 100 000 personnes-années. Cela correspond à une moyenne annuelle estimée de 32 nouveaux cas de cancer du pancréas sur la période 2007-2016.

Le rapport standardisé de mortalité (SMR) ne met pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité en Corse par rapport à la France, chez l'homme ou la femme.

Système Nerveux Central

En Corse, chez l'homme, les estimations ne montrent pas de sur ou de sous-incidence des tumeurs malignes du système nerveux central (SNC) par rapport à la France métropolitaine. On estime que l'on diagnostique en moyenne 19 nouveaux cas de cancer du SNC par an sur la période 2007-2016.

Les estimations d'incidence des cancers du SNC n'étant pas disponibles chez la femme en Corse,

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence de sur ou de sous-mortalité en Corse par rapport à la France métropolitaine.

Facteurs de risques

Ressources : facteurs de risque : consommation du tabac parmi les adultes : bilan de 5 années de programme national contre le tabagisme 2014-2019 rapport publié en 2020 / Consommation d'alcool en France : où en sont les français ? article publié en 2020. Disponibles sur <https://www.santepubliquefrance.fr>

Deux des trois cancers ayant une incidence plus importante chez l'homme en Corse par rapport à la moyenne de la France métropolitaine, ont le tabac comme facteur de risque (estomac +15 %, poumon +9 %). De même, chez la femme, parmi les deux cancers avec une incidence supérieure à la moyenne nationale, l'un a aussi le tabac comme facteur de risque (poumon +36 %).

Au niveau de la mortalité chez l'homme, les trois cancers en sur-mortalité par rapport au niveau national, partagent tous le tabac comme facteur de risque (vessie +22 %, poumon +16 %, estomac +14 %). Chez la femme, le seul cancer présentant une sur-mortalité est celui du poumon (+31 %).

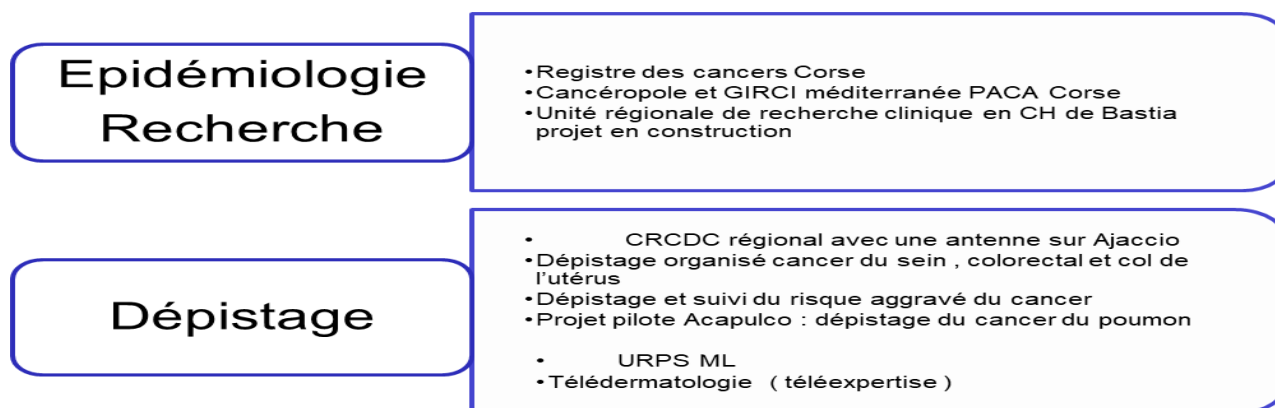
Il convient de rappeler que sur l'île, le tabac est soumis à une fiscalité réduite, qui entraîne un coût plus faible d'environ 25 % du paquet de cigarettes. Cette dérogation, qui devait prendre fin au 31 décembre 2015, est toujours en cours. Il n'existe pas de données sur la consommation de tabac en population générale en Corse. Les seules données de consommation concernent les adolescent(e)s de 17 ans et proviennent de l'enquête ESCAPAD réalisée lors de la journée défense et citoyenneté (JDC) de 2014. Ces données montrent une consommation quotidienne en Corse supérieure au niveau national (38 % des adolescent(e)s interrogé(e)s versus 32,4 %), la proportion étant presque le double pour l'usage intensif (14% versus 7,7 %).

À l'inverse des cancers en sur-incidence ou sur-mortalité chez l'homme, un des deux cancers en sous-incidence (côlon-rectum – 18 % par rapport au niveau national), quatre des cinq cancers en sous-mortalité (foie -17 %, lèvre-bouche-pharynx -19 %, côlon-rectum -23 %, œsophage -24 %) et les deux cancers en sous-incidence chez la femme (sein et côlon-rectum, - 7 % chacun) partagent l'alcool comme facteur de risque (foie, lèvre-bouche-pharynx et œsophage étant aussi associés au tabac). La consommation d'alcool en population générale n'est pas non plus connue, mais les jeunes Corses de 17 ans présentent un profil alcoolique semblable à celui des autres adolescents métropolitains. D'autres facteurs interviennent donc probablement.

État des lieux des ressources

- **Panorama des acteurs de la cancérologie en région**

La spécificité de la région Corse est liée à un maillage à quatre niveaux : infra territorial, départemental, régional et interrégional (PACA et Ile de de France). Cette particularité nous impose une lisibilité des filières et un partage des données sécurisé. Le panorama infra recense les acteurs faisant l'objet d'une autorisation ou d'une labellisation



**Coordination Expertise
Prise en charge
spécialisée**

- Inter région
- Réseau régional Onco Paca Corse
- Deux unités de coordination d'oncogériatrie en PACA (est et ouest) à rayonnement PACA Corse / Consultations d'onco gériatrie au CH Ajaccio et au CH de Bastia
- Adolescents et Jeunes Adultes reposant sur trois organisations en lien avec les établissements recours (AJA TEAM (pilote CHU Nice et CAL) , CAP AJA (pilote IPC) et AJA AP-HM (pilote APHM,)
- Un réseau d'hématologie et oncologie pédiatrique PACA Corse

**ESA établissements de
santé autorisés 2A**

- une autorisation de chimiothérapie;
- une autorisation de radiothérapie (2 accélérateurs / moins de 600 patients);
- deux autorisations de chirurgie des cancers pathologies digestives;
- deux autorisations de chirurgie des cancers pathologies urologiques;
- Deux autorisations de chirurgie des cancers pathologies ORL et maxillo faciales;
- une autorisation de chirurgie des cancers pathologies mammaires ;
- une autorisation de chirurgie des cancers gynécologiques.
- une autorisation de chirurgie cancers thoraciques
- 3 scanners et 3 IRM
- 2 HAD et 1 SSR

**ESA établissements de
santé autorisés 2B**

- -deux autorisations de chimiothérapie;
- une autorisation de radiothérapie (1 seul accélérateur / moins de 600 patients);
- une autorisation de chirurgie des cancers pathologies thoraciques
- trois autorisations de chirurgie des cancers pathologies digestives;
- une autorisation de chirurgie des cancers pathologies urologiques;
- une autorisations de chirurgie des cancers pathologies mammaires;
- une autorisation de chirurgie des cancers pathologies gynécologiques.
- 6 scanners et trois IRM
- 3 HAD et 1 SSR

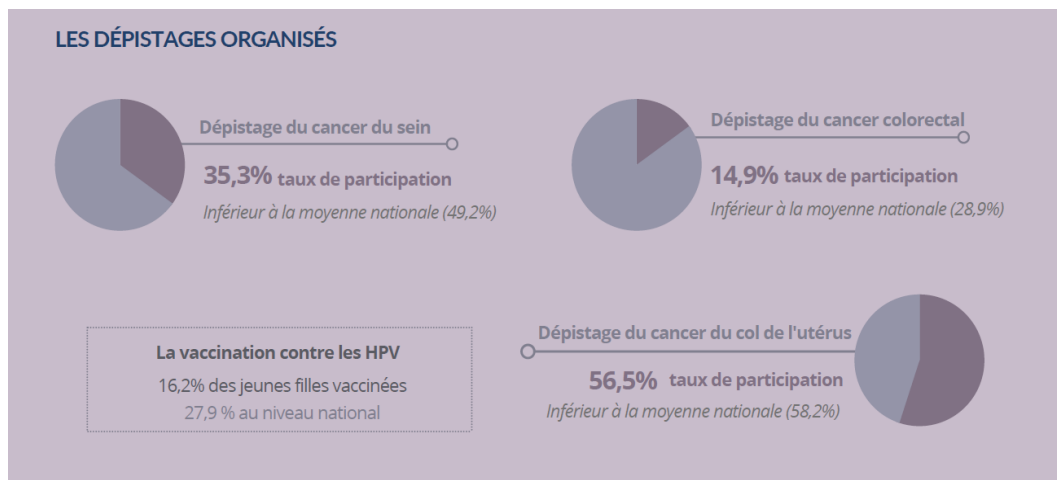
**Prise en charge sur l'infra
territoire et appui à l'expertise**

- Site associé de chimiothérapie CH de Corte Tattone
- Trois structures labellisés soins oncologiques de support après cancers (Ligue 2A , Ligue 2B , CPTS Balagne) couvrant l'ensemble du territoire
- EMSP- douleurs 2A et EMSP 2B
- ES recours CH Ajaccio pour l'analgésie intra thécales

Données sur la prévention et le dépistage en région

- **Le dépistage organisé :**

Les taux de participation aux dépistages organisés sont parmi les plus faibles de France métropolitaine :
Chiffres INCA ressources géodes santé publique France, taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005.



A noter :

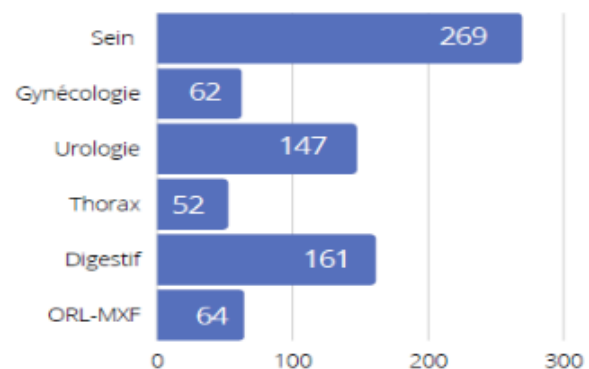
- Une pratique des dépistages individuels par la mammographie pour le sein et par l'endoscopie digestive pour le colorectal.
- De fortes variations de la participation aux dépistages organisés en fonction des territoires.

Données sur l'offre de soins et les prises en charge en région (Année 2020)

On compte 26 214 hospitalisation (séjours et séances) en région ayant pour diagnostic principal cancer, ce qui représente 20.8% de l'activité de nos établissements de santé (même taux que le niveau national). Les séjours et séances de chimiothérapies représentent 15 374 hospitalisations soit 58.6% de l'activité.

La chirurgie des cancers représente 2428 séjours dont 47.8 % en ambulatoire toute localisation confondue, pour le cancer du sein qui est le plus fréquent en région **la proportion de mastectomies partielles en ambulatoire est de 48.9%.**

Concernant, **les exérèses pour les 6 localisations à seuil**, on dénombre 755 actes en 2020 soit une augmentation de 5.9% versus 2019



- **La démographie médicale**

Données issues du RPPS/ ADELI , critères de sélection lieu d'inscription du département et de la région au 31/12/2021 actualisée par l'agence au 1^{er} mai 2022.

Oncologie médicale	Radiothérapeutes	Anatomo pathologie	Radiologues
<ul style="list-style-type: none"> • 5 praticiens • 1.45 densité pour 100 000 hbts / 2.04 national 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 praticiens (à noter sur cap santé 1 ETP reposant sur CHE 7 praticiens) • 1.17 pour 100 000 versus 1.46 national 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 praticiens • 1.44 densité pour 100 000 versus 2.49 national 	<ul style="list-style-type: none"> • 37 radiologues • moyenne d'age 57.28 • difficulté de recrutement sur le secteur public

2 ENJEUX

Bilans des précédents Plans cancer et du PRS en cours

Principales avancées et initiatives remarquables

Prévention

Mobilisation de nouveaux prescripteurs de traitement de substitutions de la nicotine : infirmiers , pharmaciens.

Déploiement d'une formation spécifique **des personnels santé au travail**.

Conduite de **campagnes de mesures du radon** concernant les logements destinés à la réhabilitation.

Elaboration de **campagnes de communication** pour mieux faire connaître le radon en l'associant à un autre facteur de risque , le tabac , soulignant également l'effet cumulatif sur la survenue de cancer du pome.

Augmentation du nombre **de molécules de pesticides** recherchées dans le contrôle des eaux potables à partir de 2022.

Dépistage

Sensibilisation des professionnels au dépistage du cancer du sein :

- ✚ Experimentation soutenue par le CRCDC et URPS IDEL prévoyant la distribution d'invitations au domicile par les **infirmiers libéraux** ;
- ✚ Experimentation de remise de tests de dépistage colorectal par les **pharmaciens d'officine** ;

Identification de nouvelles approches auprès de différents publics ciblés

- + **Publics vulnérables** avec le souhait d'aller vers ces populations en adaptant les messages et les actions de prévention et en comprenant mieux les freins au dépistage ;
- + **Grand public** : développement d'applications et « serious game » innovants pour smartphone par le CRCDC « mon dépistage cancer », « capu salute », « a traversata »
- + **Public risque aggravé** : reprise des consultations d'oncogénétiques par le centre régional de dépistage en lien avec l'IPC et sur trois points de consultations : Bastia, Corte , Ajaccio dans un esprit de proximité.

Soins

Développement des prises en charge en ambulatoire et réhabilitation améliorée après la chirurgie par un appel à projet pour accompagner les établissements s'engageant dans la démarche ;

Organisation ville hospital déployée dans le cadre des thérapies orales en onco hématologie :

Cette organisation « experimentation article 51 » met en relation l'équipe hospitalière médecin –pharmacien avec l'équipe de ville médecin traitant – pharmacien d'officine. L'infirmière de parcours fait le lien entre le patient, les équipes hospitalières et l'équipe de ville. Le partage d'informations se fait de manière sécurisée via l'outil globules.

Des fiches médicaments en onco hématologie ont été élaborées sous le pilotage du Dispositif Spécifique Régional du Cancer onco paca corse pour les professionnels de santé afin de faciliter la surveillance et le suivi des effets indésirables.

Le « BIS » organisation permettant une orientation rapide dans la filière sein à partir d'un guichet unique et une mise en relation avec un infirmier de parcours

Cette organisation « le bastia institut du sein » permet une prise en charge dans les 72 heures de « toute inquiétude mammaire » à la demande des malades ou des médecins.

Elaboration avec les acteurs du cahier des charges du **Dossier Communiquant Cancérologie** pour un usage adapté à leur besoin tout au long du parcours cancer.

Soutien à un projet de télémédecine en dermatologie pour diminuer notamment la mortalité liée aux cancers cutanés , dans l'attente de la reconnaissance de la téléexpertise dans le droit commun.

Préparer le **déploiement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes** par un plan de formations avec la rencontre des acteurs afin de faciliter les prises en charge des patients.

Diffusion d'une information par le DSRC onco paca corse sur les dispositifs et **essais cliniques** en place à travers des répertoires régionaux des essais cliniques y compris pédiatriques et de newsletters afin de favoriser l'inclusion des patients . Permettre aux établissements de santé (CH Ajaccio et Bastia) de recruter des temps **d'Assistant de Recherche Clinique** pour structurer la recherche clinique en région.

Vivre pendant le cancer

Organisation par le DSRC onco paca corse de groupes de travail thématiques sur les soins de support afin d'outiller les professionnels de santé.

Mise en place d'un répertoire soins de supports pour améliorer la lisibilité.

Mise en place **par ILHUP** d'une coordination du suivi des patients pendant le cancer par un réseau de psychologues permettant un suivi au plus près du domicile.

Labellisation des structures soins oncologiques de support après cancer afin d'assurer un maillage du territoire au plus près des patients dans une phase post hospitalière. Accompagnement de ces structures dans le cadre de leur montée en charge (Information – Formation – Communication-Evaluation) .

Constitution par l'équipe soins palliatifs-douleurs du CH Ajaccio d'un réseau de professionnels pour mieux répondre aux douleurs réfractaires et homogénéiser le panier de soins antalgiques.

Développement avec la région PACA d'un outil interrégional permettant aux centres de **préservation de la fertilité** d'échanger de manière sécurisée sur les dossiers complexes . Elaboration de modèles de prescription d'examens complémentaires pour soutenir l'accès aux dispositifs de préservation de la fertilité.

Participation **des représentants des usagers** aux comités dédiés aux parcours en déclinaison des plans régionaux de santé

Mobilisations des associations dans le cadre d'un diagnostic partagé pour agir sur la moindre participation des femmes vulnérables aux dépistages

Principales problématiques et enjeux en région pour cette feuille de route

La mise à disposition de données réelles est une priorité régionale pour adapter au mieux sa stratégie, les travaux des opérateurs ORS pour le registre , SpF pour les déterminants en santé , devraient le permettre à court et moyen terme.

La lutte contre les cancers et ses conséquences doivent renforcer la place des actions de prévention et de d'information des populations, tant sur les causes de ces maladies que sur les moyens de les éviter. C'est aussi un gain sociétal potentiel très important par le maintien de ces usagers dans leur utilité pour la société (travail, implication associative, politique, ...) et les coûts évités pour le système de santé (arrêt maladie, handicap, coût élevé des prises en charge). Chaque euro et compétence bien investis dans la stratégie de prévention des cancers se traduisent par des coûts humains, sociétaux et financiers évités.

La prévention des facteurs de risque notamment tabac et l'adhésion au dépistage organisé quelque soit le lieu de vie doivent être accentuées . Les freins à la vaccination HPV et VHB doivent être levés. Le dépistage organisé des cancers (sein/Colo-rectal/col) doit être préféré aux dépistages individuels dans la pratique des usagers et des professionnels de santé.

La démographie des professionnels de santé reste une préoccupation majeure en région et impacte la capacité de portage de projets de la région et fragilise de manière récurrente les différentes filières y compris dans leur déploiement à l'échelle infra territoriale et départementale (exemple de l'ORL) voir même leur maintien.

La création d'un institut régional Corse de cancérologie est un levier fédérateur qui n'a pu être mis en œuvre car il nécessite la consolidation de certaines filières et la finalisation des regroupements d'activité. Le lien de cet institut avec les centres de référence en PACA et Ile de France contribuera à la lisibilité de l'offre régionale pour les professionnels de santé et usagers et à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins.

La mise en œuvre du DCC qui devrait se déployer en 2022-2023 garantira le partage des données patient dans un cadre adapté et sécurisé y compris pour l'inter région.

L'absence de certaines structures en région (onco gériatrie – pédiatrie) nécessite des travaux avec les centres recours (Unité de Coordination Onco Gériatrie – Organisation Inter Régionale de recours en Onco Pédiatrie) pour échanger sur l'organisation en région .

Le déploiement des soins de supports devra se poursuivre avec le soutien du DSRC onco paca corse pour l'outillage et la formation des professionnels de santé . L'accès à des programmes d'activité physique adaptée doit être lisible pour les professionnels prescripteurs.

L'absence de réseau territorial de prise en charge a complexifié certains parcours de patient. Le déploiement de la fonction de coordination des soins et des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes devraient permettre une meilleure utilisation des ressources disponibles et l'observation des trajectoires de patients nécessitant des adaptations de l'offre y compris au niveau infra territorial , cette adaptation pouvant s'appuyer sur la e-santé. Ce dispositif pourrait permettre de répondre à la difficulté des retours des patients pris en charge sur le continent.

La structuration de la recherche avec une unité régionale n'a pu aboutir , elle devra être finalisée dans le cadre de la feuille de route de la stratégie régionale et devra s'inscrire dans la réforme du régime d'autorisations . La structuration de la recherche en région participera à la lutte contre les inégalités d'accès territoriale .

Le PET Scan n'a pu être installé en Corse. En Corse du Sud, les délais d'accès aux plateaux techniques d'imagerie (IRM-Scanner) se sont considérablement allongés dans un contexte de démographie des radiologues publics en difficulté nécessitant de repenser les organisations dans un cadre mutualisé.

Le maintien et le retour à l'emploi des malades atteints du cancer sont des champs à investiguer.

Enfin la circulation de l'information devra trouver le vecteur adapté à la région afin de permettre des montées en charge plus rapide des nouveaux dispositifs.

En synthèse : les forces et faiblesses de la région peuvent se résumer ainsi

Forces

Taille de la région
1 seul CRCDC avec activité d'onco génétique
déployée sur la région

Possibilités de coopérations public – public , public –
privé – centres de référence permettant d'aborder la
réforme du régime d'autorisations dans un climat
constructif

La mise en place d'organisations innovantes
dépistage du cancer du poumon -article 51 thérapies
orales – appel à projet INCA – BIS - Télédermatologie

Les travaux du DCC

Le déploiement des SOS (ES – ILHUP- après cancer)
+ répertoire en ligne

Réseau soins palliatifs – douleurs

L'autorisation pour un centre PMA en région

Le déploiement de la fonction de coordination des
soins et la mise en place du DAC

L'appui du DSRC onco paca corse et du ReHOP inter
régional

Faiblesses

La mise à disposition des données réelles

Les FDR : tabac , comportements, UV , infectieux
Le dépistage organisé

La démographie médicale

L'accès aux essais cliniques

L'absence de Pet Scan

L'absence d'animation par les UCOG

La circulation de l'information

Des secteurs à expertiser :

- Sites associés en onco pédiatrie
 - Antenne UCOG
- Maintien dans l'emploi, maladies
professionnelles et droit à l'oubli

3 OBJECTIFS

La stratégie nationale fixe 4 objectifs ambitieux.

I. Améliorer la prévention, primaire comme secondaire

40% des cancers pourraient être évités avec des modes de vie plus sains

> Réduire de 60 000 cas/an le nombre de cancers évitables à l'horizon 2040 (aujourd'hui 153 000 par an)

> Réaliser un million de dépistage de plus à l'horizon 2025 sur les dépistages existants (aujourd'hui 9 millions/an)

II. Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes

En 2017, 3,8 millions de français vivent avec un cancer ou en ont guéri, et 2 personnes sur 3 souffrent de séquelles liées à la maladie ou au traitement

> Réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un cancer

III. Lutter contre les cancers de mauvais pronostic

En 2016, 7 localisations de cancer présentent un taux de survie à 5 ans inférieur à 33% (poumon-plèvre, foie, pancréas , œsophage, sein triple - ,SNC , LA secondaire à un traitement ou cancer préexistant)

> Améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic

IV. S'assurer que les progrès bénéficient à tous

La recherche est très présente sur les 4 axes avec un volet structuration et un volet accompagnement.

4 ACTIONS

Actions détaillées selon les 4 axes de la stratégie décennale

10 thématiques et 35 actions ou groupe d'actions déclinées
en région : Focus PA et PH

AXE 1 : Améliorer la prévention

Le contexte : Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, et aux regard des enjeux d'un tel sujet pour la région Corse et ses habitants, il paraissait pertinent que cet exercice soit également un lieux d'expression de la démocratie en santé.

A ce titre, les commissions spécialisées en charge de la prévention et des droits des usagers se sont réunies afin de formuler des actions prioritaires portant sur l'axe 1 : Améliorer la prévention. Les réunions ont été présidées par les présidents respectifs des commissions en présence de l'ARS représentée par la Direction de la santé publique.

A l'issue des trois réunions, 4 groupes d'actions sont proposés et retenus par l'ensemble des participants :

- ✚ Promotion de la santé chez l'enfant : Développer les actions de prévention auprès des enfants et mobiliser les Compétences Psycho Sociales en associant les familles et les parents ;
- ✚ Lutte contre les toxiques physiques ou chimiques (tabac, alcool...) ;
- ✚ Dépistage : actions en prévention primaire et secondaire : Cancer du col, Cancer de la peau et cancer du poumon ;
- ✚ Prévention tertiaire : Permettre la mise en place de soins de support en région.

Préambule : La lutte contre les cancers et ses conséquences doivent renforcer la place des actions de prévention et d'information des populations, tant sur les causes de ces maladies que sur les moyens de les éviter. C'est un moyen d'épargner des vies : celles des usagers qui ne développeront pas, ou moins de cancers, ou les diagnostiqueront suffisamment précocement pour augmenter les chances de réussite des prises en charge ; mais aussi celles de leurs proches. C'est aussi un gain sociétal potentiel très important par le maintien de ces usagers dans leur utilité pour la société (travail, implication associative, politique, ...) et les coûts évités pour le système de santé (arrêt maladie, handicap,

coût élevé des prises en charge). Chaque euro et compétence bien investis dans la stratégie de prévention des cancers se traduisent par des coûts humains, sociétaux et financiers évités.

La prévention des maladies chroniques, telle qu'elle doit se concevoir, et plus spécifiquement de cancers, se doit d'être **abordée de façon globale**. Elle doit donc s'attacher aux bonnes habitudes de vie, à des dépistages plus nombreux, mais également à **l'ensemble des déterminants de santé** qui, isolément ou globalement influencent directement la survenue de maladies ou le maintien en bonne santé.

Dans la même optique, le **développement des compétences psychosociales**, à tous les âges de la vie, et notamment dès la plus tendre enfance, permettent de parier sur l'avenir, d'anticiper les comportements des générations futures quant à la préservation d'un état de santé le meilleur possible.

Au regard des moyens de mise en œuvre contraints, il est proposé de prioriser dans la déclinaison régionale de la stratégie décennale cancer les thématiques suivantes : réduction du risque infectieux, des actions sur les déterminants de santé et l'optimisation des dépistages.

Les actions doivent être :

- Pilotées en interinstitutionnel articulant et coordonnant les différentes politiques publiques impactant les risques et déterminants
- Co-construites y compris pour les outils en mobilisant davantage la démocratie en santé

A. Éléments clés de transversalité

Ces éléments pourront être appréhendés par le plus grand nombre en population générale, si et seulement si les actions menées prennent systématiquement en compte **les inégalités de santé** et s'efforcent de toucher les populations les plus précaires, et, plus généralement les plus éloignées du système de santé et plus en difficulté dans leur capacité à s'approprier les messages de prévention.

De même, l'acquisition et le renforcement de **compétences psycho-sociales** devra permettre à l'utilisateur, et en particulier les plus jeunes, d'être mieux armés pour se tenir à distance des comportements délétères propices au développement des maladies chroniques. De même celles des professionnels concernés sont à renforcer afin de mieux accompagner les choix et évolutions des comportements.

B- Sur quoi agir ?

1/ Réduction du risque infectieux

Vaccination hépatite

La prévention de l'hépatite B passe avant tout par le vaccin.

Selon les données communiquées dans le bulletin de santé publique d'avril 2022 pour la Corse chez les nourrissons de la cohorte 2021, plus de 99 % ont reçu leur première vaccination en utilisant les vaccins hexavalents incluant l'hépatite B. Cette proportion était la même que celle pour les cohortes précédentes. Dans la mesure où seul 1 % environ des nourrissons échappent à toute vaccination, la couverture vaccinale contre l'hépatite B, prenant en compte cette donnée, peut être estimée proche de 99 %.

Avec le soutien du Comité de coordination régionale de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine et en s'appuyant sur nos opérateurs locaux tels que les deux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des IST et le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, le déploiement des actions de sensibilisation de formation et de réduction des risques vont continuer à être déployées auprès des publics à risque comme des professionnels de santé et du secteur socioéducatif. Ces actions viseront :

- ✚ Les stratégies de réduction des risques dans le cadre des actions de prévention en santé sexuel ;
- ✚ La protection pour les professionnels et le rappel des bonnes pratiques ;
- ✚ La réduction des risques pour les usagers de drogue.

Le **dépistage** de l'infection par les virus des hépatites B et C qui vise à identifier des personnes infectées (parfois sans symptômes) pour mettre en place des traitements adaptés permettant de réduire les conséquences de l'infection et notamment le risque de développer un cancer du foie.

Vaccination HPV

Les taux de vaccination au niveau national et au niveau de la Corse sont très faibles et reflètent les difficultés d'adhésion. On note une grande différence de taux de vaccination entre les filles et les garçons, qui représentent pourtant un quart des personnes affectées par le HPV, et

potentiellement à risque de développer des cancers oraux-pharyngés et anaux. A ce jour il n'y a pas de dépistage organisé de ces cancers, contrairement aux Cancer du Col Utérin.

Outre la défiance qui s'est accentuée vis-à-vis des vaccins depuis la crise Covid, le vaccin HPV tend à provoquer un malaise chez certains parents.

On s'aperçoit ici que des discours ciblés, adaptés au milieu socio-culturel des cibles potentielles sont un élément indispensable au succès de cette entreprise. Il s'agit là de réduction des inégalités socio-culturelles.

Le plan d'actions à décliner précisera les modalités, supports, vecteurs et acteurs à mobiliser afin d'expérimenter la vaccination la plus large possible des jeunes garçons et jeunes filles en s'inspirant des expériences réussies de certains pays

2/ Déterminants de santé

Les actions de prévention doivent s'attacher à des objets concrets : les déterminants de santé.

Les actions sur les déterminants de santé permettent à plus ou moins long terme d'influer positivement sur la santé d'un individu, mais aussi sur celle d'un groupe ou d'une communauté.

Ces actions se conçoivent de plusieurs manières : tout azimut pour éviter l'entrée en maladie (on retrouve ici la nécessité de développement des compétences psycho-sociales pour affermir les bonnes pratiques et la résistance aux déviances), mais aussi de manière plus ciblées, notamment à destination des personnes malades chroniques (ETP, pratiques cliniques préventives).

- **Alimentation** : actions de communication, apprentissages des bases nutritionnelles, développement des circuits courts et des produits naturels, information sur les produits transformés ou raffinés, réappropriation du « régime » ou plutôt mode de vie méditerranéen. Les actions sur l'alimentation devront s'adresser à chacun, à tous les âges de la vie.
- **Activité physique** : activité physique et alimentation saine sont les piliers d'une vie en bonne santé. Le développement rapide des structures d'activité physique indique une prise de conscience dans la population et chez les professionnels qu'il s'agira de soutenir. Il

faudra en outre permettre un accès le plus large possible aux activités physiques des populations qui en sont encore éloignées, et ce dès le plus jeune âge.

- **Substances délétères** (alcool, tabac, drogues, sucre, ...) : le meilleur moyen de prévenir des conduites addictives ou délétères réside dans la possibilité de s'en tenir éloigné ou d'en avoir une consommation maîtrisée. Là encore, l'acquisition de compétences psycho-sociales dès le plus jeune âge permettra d'éviter l'entrée en consommation.
- **Environnement et expositions** (radon, amiante, pollutions, perturbateurs endocriniens, UV, ...).
- **Inégalités sociales** : le ciblage de certaines populations, avec des actions spécifiques (stratégie, supports, vecteurs) et adaptées aux capacités (niveau de littératie ; autonomie) et comportements (sur risque) est un enjeu fondamental dans l'atteinte d'objectifs de prévention.

Au-delà de la déclinaison des politiques nationales, notamment les préconisations du PNNS et des priorités du PRSE, le plan d'action régional mettra l'accent sur l'intervention auprès des enfants et des jeunes, et une approche inter-compétences et interinstitutionnelle impliquant les différents acteurs (différents services de l'Etat, collectivités locales, société civile).

3/ Optimisation des dépistages

Les faibles taux de dépistages organisés sont un frein pour la prise en charge précoce des cancers.

Ils dépendent aujourd'hui en large partie de facteurs définis au niveau national : stratégie ; communication ; autorisation d'expérimentations ; tarification insuffisamment incitative et règles trop peu contraignantes pour les professionnels qui laissent peu de marge de manœuvre pour les adapter à nos réalités géographiques et sociologiques.

Même si le niveau de participation aux dépistages organisés doit être amélioré, les indicateurs qui devraient retenir notre attention sont les taux de participation globaux de dépistages, qu'ils soient organisés ou individuels.

Des actions permettant le développement des dépistages sont essentielles, et devront s'appuyer sur tous les leviers à notre disposition.

Ainsi les incitations populationnelles, des professionnels et communautaires s'inscrivent en ce sens.

Considérant que les populations les plus précaires sont les plus éloignées du dépistage, des actions de réduction des inégalités sont là encore nécessaires (notamment sur le plan socioculturel).

Il est à noter, comme évoqué précédemment, que certains dépistages ne sont pas encore mis en place, notamment concernant les conséquences d'une infection au HPV, ou doivent se généraliser au-delà de l'expérimentation en cours, comme le dépistage des cancers du poumon.

Le plan d'actions intégrera notamment

La mobilisation de l'ensemble des acteurs, de santé naturellement mais pas uniquement, en capacité de faciliter l'évolution des pratiques vers plus de dépistages (information, proximité sociale et géographique, accessibilité, incitations) ;

L'apport des technologies de l'information communication : intelligence artificielle, applications mobiles, FOAD – eLearning ;

Les préconisations issues de l'étude sociologique en cours sur la moindre participation des populations vulnérables aux dépistages organisés (livraison attendue fin 2022).

C – Comment agir ?

- **Un pilotage interinstitutionnel articulant et coordonnant les différentes politiques publiques impactant les risques et déterminants**
Les axes privilégiés de la déclinaison de la stratégie en Corse, et plus particulièrement l'intervention sur les déterminants de santé, nécessitent d'avoir une implication, tant dans la co construction du plan d'action que dans sa mise en œuvre, de l'ensemble des acteurs concernés. Certaines politiques publiques nationales (santé, développement durable, agriculture, éducation, emploi, sécurité, fiscalité, ...) tendent ces dernières années à se rapprocher. Mais, au-delà d'une meilleure articulation entre les services déconcentrés de l'Etat, une plus grande intégration des politiques déployées par l'Assurance Maladie et les collectivités locales (environnement, gestion de l'eau, transports, équipements, aménagement, agriculture, accompagnement du secteur privé, ...) apparaît incontournable.

- **Une co-construction des actions et des outils en mobilisant davantage la démocratie en santé**

Les thématiques évoquées dans ce document ne sauraient donner lieu à des actions concrètes et efficaces sans l'avis et la participation des instances en démocratie en santé, et plus généralement des acteurs du système de santé et des représentants d'usagers.

Ainsi, chacun dans son domaine de compétence, ou par la force de son expérience sera à même d'orienter les actions dans un choix qui sera le plus favorable à une appropriation par les populations ciblées.

D – Les publics vulnérables : focus personnes âgées, personnes handicapées

Les actions en lien avec la stratégie décennale nécessitent une adaptation des mesures et organisations de droit commun aux besoins spécifiques des personnes vulnérables en situation de perte d'autonomie (personnes âgées et personnes en situation de handicap) ainsi qu'un renforcement de l'approche préventive et d'éducation à la santé au sein des ESMS.

Si l'accès aux dépistages et aux soins doivent être facilités et assurés pour tous nos concitoyens, la spécificité de chaque public mais également des institutions les accompagnant au quotidien doit être prise en compte pour une juste graduation des mesures pouvant être internalisées.

A ce titre, il apparaît nécessaire de rappeler que les ESMS ne sont pas tous des lieux de vie et ne présentent pas tous le même niveau de médicalisation qui en tout état de cause, reste inférieur à celui d'un établissement de santé. Cette précision est importante dans les projections que nous pouvons réaliser en termes d'actions.

1- La prévention est une priorité à soutenir au sein des ESMS

Ainsi, pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées dépendantes notamment en institution, nous évaluons que la présence à temps partiel d'un médecin coordonnateur, l'intervention ponctuelle de médecins généralistes, la présence quasi permanente d'IDE et d'ASD est de nature à assurer un suivi médical « de base » des personnes âgées en cohérence avec des enjeux de prévention et de dépistage. La problématique de la prévention doit néanmoins faire l'objet d'amélioration au niveau de ces établissements sur la base d'une dynamique de travail constante. La sensibilisation des équipes est néanmoins déjà acquise nous semble-t-il ; la difficulté pour les EHPAD est de pouvoir

consacrer de façon constante des effectifs/ressources mobilisés autour de cette notion de prévention et de pouvoir définir et mettre en œuvre des actions de prévention.

Dans ce contexte, le plan de rattrapage en faveur de l'offre personnes âgées pour les 10 ans à venir prévoit la constitution de **4 équipes territorialisées de prévention dédiées aux EHPAD**. Chaque équipe sera adossée à un EHPAD (suite appel à candidature – logique EHPAD ressources) et disposera d'un territoire d'intervention spécifique. A ce titre, elle aura à intervenir et mettre à disposition des ressources pour l'ensemble des EHPAD présents sur le territoire concerné. Ces équipes auront pour mission d'établir pour chaque EHPAD un état des lieux sur des thématiques portées déjà dans les CPOM (nutrition, santé bucco-dentaire, dépistage des cancers, troubles auditifs, activité physique adaptée, risque suicidaire...). Sur cette base, elles auront à définir un plan d'action territorialisé pluriannuel qui permettra la réalisation d'actions collectives ou individualisés qui pourront concerner les résidents, les professionnels des EHPAD, les familles... Nous proposons que le lien puisse être réalisé entre cette action et la FDR cancer pour une cohérence des objectifs et des actions engagées au sein des EHPAD.

Pour ce qui concerne la prévention au sein des ESMS PH, nous rencontrons un enjeu fort en termes d'éducation à la santé pour les IME, IEM, SESSAD... qui ont à accompagner des jeunes de moins de 20 ans en concertation avec leur famille et leur médecin traitant. Il nous semble intéressant à ce niveau de pouvoir poursuivre de façon plus proactive et structurée la démarche engagée autour des CPOM visant à demander à chaque structure de **mieux structurer l'offre médicale et infirmière** autour de cette logique de prévention. La prévention et l'éducation à la santé (tabac, alcool, nutrition, activité physique, sexualité...) doivent être systématiquement intégrées dans les projets d'établissement et déclinées au sein de chaque Projet Individualisé d'Accompagnement. Si nous pouvons envisager de renforcer l'organisation des ESMS autour de cette notion, il reste à définir une action qui permettent d'organiser un partenariat qui mettrait à disposition une ressource existante et favoriserait au sein des ESMS concernés le déploiement d'actions opérationnelles (soutenues par le personnel médical/infirmier de l'ESMS) ; l'élargissement des équipes territorialisées évoquées supra n'apparaissant pas pour l'heure opportune compte tenu de cibles différentes. La stratégie de communication et d'information définies dans le cadre de la FDR cancer devraient en outre pouvoir être adaptées au public PH.

2- L'accès aux dépistages : une difficulté plus générale d'accès aux soins

Au-delà des actions de prévention ou d'éducation à la santé visant à diminuer ou réduire les facteurs de risque, l'accès aux dépistages des personnes en perte d'autonomie renvoie aux notions plus générales :

- **D'accès aux soins notamment spécialisés**
- **D'adaptation des techniques de dépistage/matériels aux troubles des personnes**

Ainsi, certains dépistages peuvent certainement être réalisés au sein de l'EHPAD, de la MAS ou du FAM (dépistage cancer colorectal par exemple) ; la contractualisation avec ces établissements et la formation des professionnels apparaissent alors comme des axes de travail à privilégier.

D'autres dépistages nécessitent en 1^{ère} intention des actes plus invasifs (dépistage col de l'utérus par exemple) ou un matériel spécifique (dépistage cancer des poumons, cancer du sein...) ne permettant pas leur réalisation au sein des ESMS notamment ceux qui ne sont pas considérés comme des lieux de vie et où la médicalisation est nécessairement limitée. Il nous apparaît donc nécessaire de travailler autour d'une action qui globalement renvoie à l'adaptation du système de santé au Handicap (approche large) :

- Désignation d'un référent handicap au sein de chaque ES ;
- Déploiement d'outils de communication adaptés : exemple sourds et malentendants ;
- Organisation de dispositifs de consultations dédiées renvoyant de façon empirique à la détermination d'un parcours de soins dédié aux personnes en situation de vulnérabilité tenant compte de leurs besoins spécifiques et reposant sur une adaptation du fonctionnement de droit commun de l'ES (prise de RDV, plages dédiées, organisation parking, limitation délai d'attente sur place, facilitation procédures administratives, consultations blanches, accompagnement famille et/ou professionnel MS, outils de communication adaptés...) ;
- Acquisition de matériels permettant la réalisation des examens nécessaires adaptés aux personnes en situation de handicap.

AXE 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie

**4 thématiques et 31 actions ou groupe d'actions
déclinées en région**

« Limiter les séquelles » s'articule autour de l'axe « désescalade thérapeutique » sur lequel il conviendra d'accompagner les professionnels afin de faciliter leurs candidatures aux appels à projet, l'autre axe étant le repérage des séquelles afin de pouvoir les traiter précocement ce qui suppose une recherche systématique des séquelles dans une approche globalisée et une formation des PS à ce repérage ainsi que des outils d'aide à la pratique.

Concernant les soins de supports, leur intégration dans le parcours dès la prise en charge doit être la norme. La labellisation des structures après cancer répond au maillage territorial inscrit dans les objectifs du PRS au plus près du domicile et en dehors des lieux de soins. L'enjeu reste leur lisibilité aussi bien pour les professionnels de santé que pour les patients.

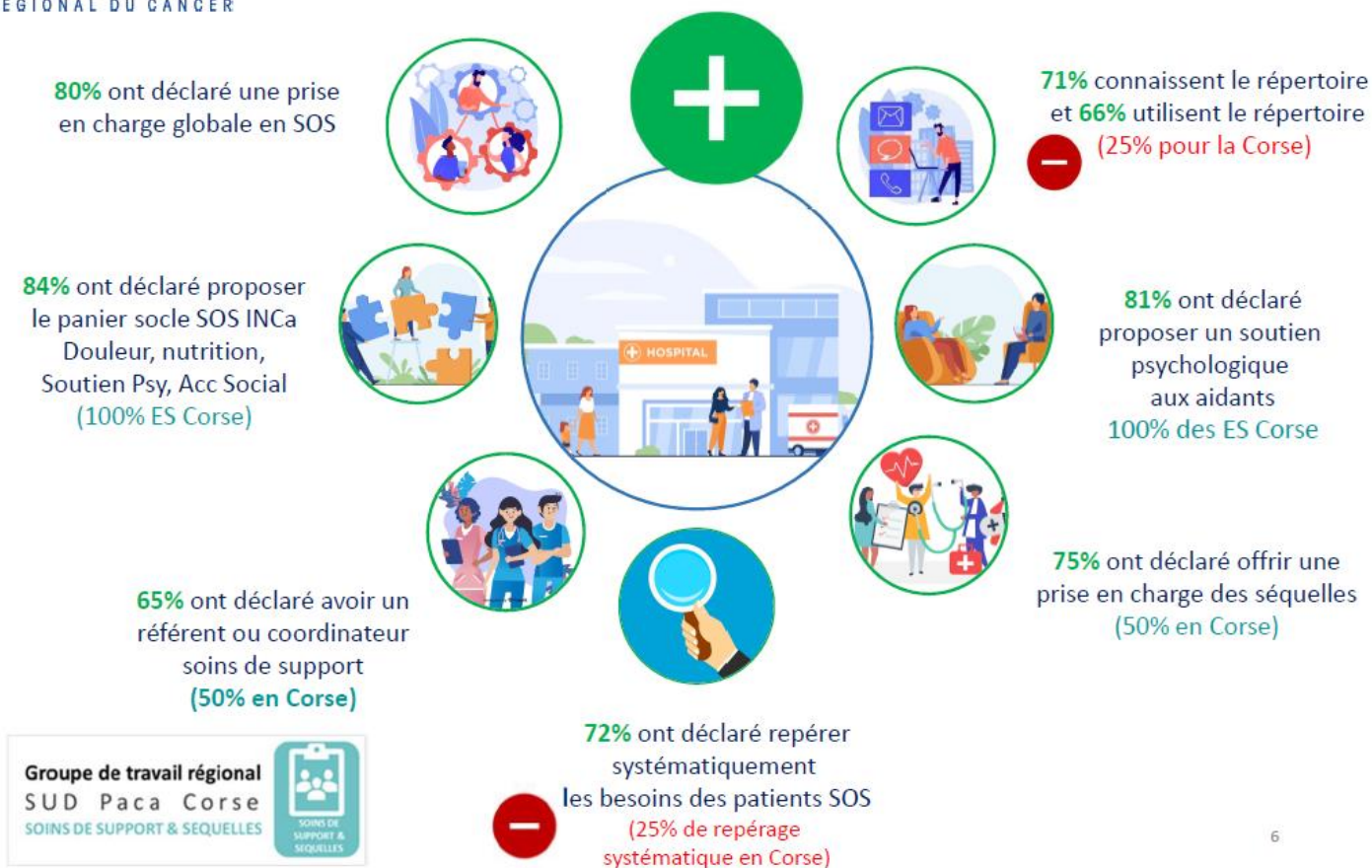
Le DSRC Onco Paca Corse a déjà déployé de nombreuses actions pour limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie par un fort investissement dans le domaine des soins de supports.

Un état des lieux parcours soins de supports en oncologie « tout cancer » réalisé par le DSRC en partenariat avec l'ensemble des centres de coordination en cancérologie Paca Corse Monaco a été réalisé en février 2022 et a fait l'objet d'un rapport publié le 26 juin 2022. Les résultats sont résumés par les deux présentations infra



6. Actions Soins de support Ville Hôpital

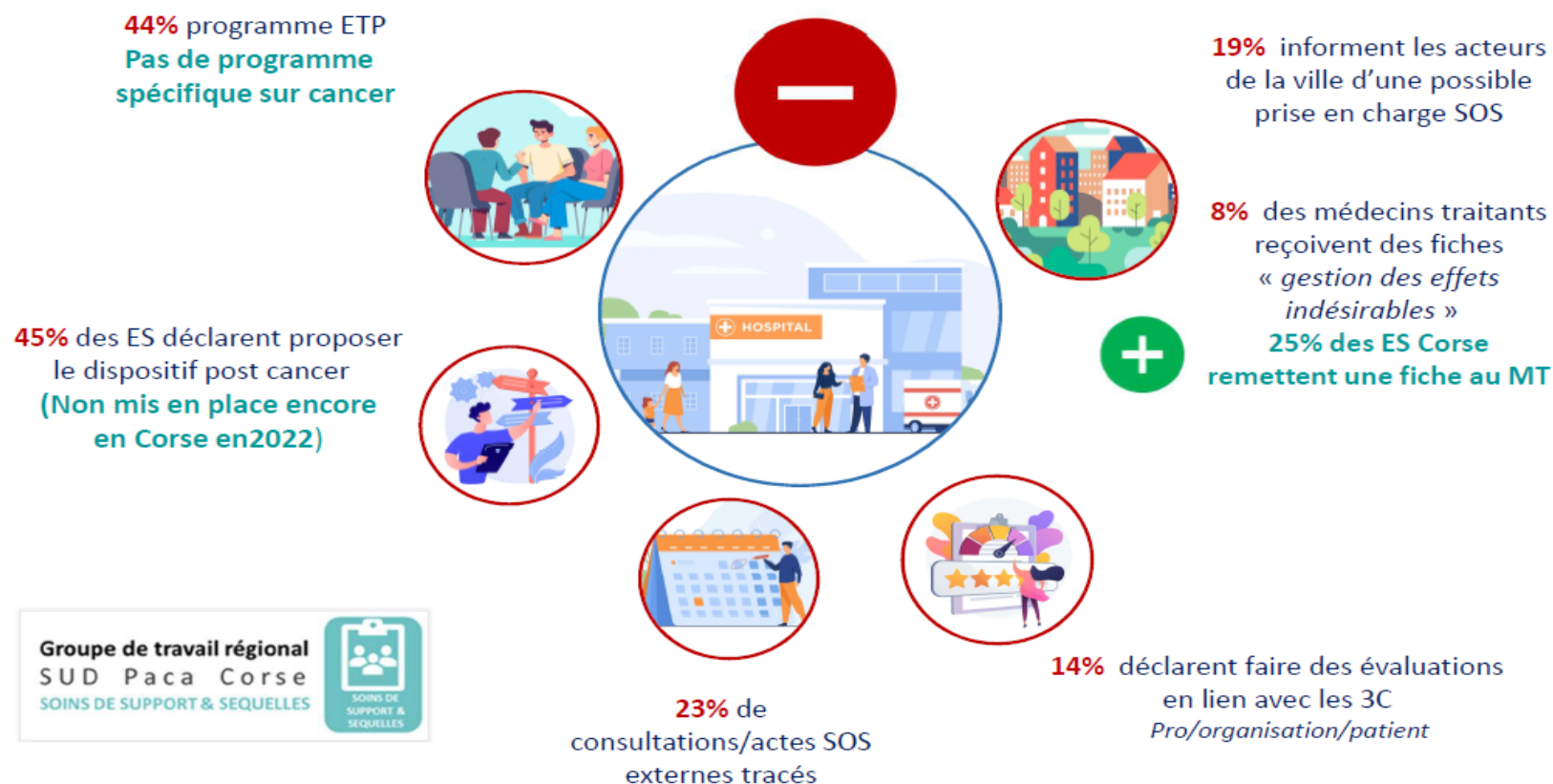
Etat des lieux parcours soins de support Ville Hôpital Paca Corse Monaco



6

6. Actions Soins de support Ville Hôpital

Etat des lieux parcours soins de support Ville Hôpital Paca Corse Monaco



7

Il apparait ainsi que la démarche est engagée mais il est nécessaire de poursuivre les actions sur les années de déploiement de cette feuille de route.

Ces actions se déclinent autour de :

- La formation des PS :
- Parcours de soins global, onco fertilité, santé et sexualité, nutrition et cancer, repérage des séquelles pour une aide à l'évaluation précoce et à l'orientation adaptée aux besoins des patients ;
- Dispositif spécifique DAC pour acculturer au parcours cancer et permettre une meilleure connaissance des acteurs en cancérologie en région ;
- Elaboration des outils d'aide à la pratique avec des fiches de repérage des séquelles médicalement attendues ou non et un guide à la décision au repérage des séquelles, des outils et brochures d'information patients sur sexualité et cancer pour les professionnels de santé et d'auto évaluation pour les patients et les aidants ;
- Expertiser les séquelles de type troubles cognitifs en lien avec les travaux nationaux ;
- Evaluation des pratiques par des audits parcours SOS 1ere phase cancer du sein associé à une enquête patient ;
- Retour d'expérience sur les dispositifs : retEx parcours de soins global après cancer ;
- Visibilité des dispositifs existants : le répertoire soins oncologique de support (e-répertoire RRSSC) en intégrant les données de ville et les dispositifs après cancer.

L'accès des personnes aux innovations techniques thérapeutiques est un enjeu important pour la région

Des actions conjointes ARS – DRSC- Etablissements de Santé Autorisés sont également prévues notamment sur :

- L'accessibilité à la médecine de précision avec la réalisation d'un état des lieux biologie moléculaire qui permettra un plan d'actions et à l'activité de reconstruction pour assurer l'accès rapide à cette offre ;
- L'accompagnement au déploiement des organisations innovantes (thérapies orales, type BIS, le DAC pour les cas complexes) permettant de graduer et sécuriser les prises en charge ville hôpital avec l'élaboration d'outil d'aides à la pratique pouvant embarquer la mobilité ;
- La volonté des établissements de santé autorisés de s'équiper et de partager des nouvelles technologies type ROBOT permettant de déployer des chirurgies mini-invasives, diminuant ainsi le risque de séquelles pour les patients et augmentant l'attractivité des plateaux techniques pour les jeunes professionnels de santé ;
- Le développement des programme d'ETP pour accompagner les patients au temps fort de la prise en charge : ETP d'onco dermatologie mélanome notamment ;
- Une communication à travers ses newsletters (actions réseau, recherche clinique ...) complétée par la newsletter de l'agence sur les projets en région en partenariat avec les porteurs.

Une attention spécifique sera portée pour les publics vulnérables ainsi que pour leurs aidants. Des actions portées par l'agence pour accompagner ces publics permettront d'adapter les actions de la stratégie décennale pour qu'ils puissent en bénéficier :

- Un renfort de temps psychologues au niveau des SSIAD ;
- Formation spécifique des PS des établissements de santé sur les handicaps au sens large et les comportements à adopter ou éviter ;
- L'identification d'un référent handicap au sein des ES pour faciliter le parcours cancer de la personne handicapée.

La nécessité de compléter les actions dans le maintien ou retour à l'emploi. La mise en place d'un groupe de réflexion de professionnels impliqués sur cette thématique (assurance maladie, santé au travail) permettra d'investiguer des domaines peu pris en compte jusqu'à présent.

AXE 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostic

**4 thématiques et 9 actions ou groupes d'actions déclinées
en région**

Les travaux à venir du PRS permettront de revoir les organisations. Des échanges avec l'ensemble des structures autorisées seront déclinés afin de s'assurer de la mise en œuvre des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée dans le parcours, d'assurer l'information des personnes présentant un risque accru et de repérer les besoins de formation des professionnels de santé du premier recours au repérage précoce des signes d'appel. Le suivi renforcé fera appel aux repérage par l'utilisation systématique de l'outil oncologie G8 et le soutien par des soins de supports adaptés. Les travaux en cours sur l'imagerie (appel à candidature PMIM) intègrera l'accès à l'offre d'imagerie. Les travaux concernant l'approvisionnement en radio pharmaceutiques doivent reprendre en lien avec le ministère afin de permettre l'implantation d'un PET SCAN en région, implantations prévues au PRS.

L'orientation précoce des patients vers des soins de support et notamment les soins palliatifs nécessitera la création d'un groupe technique pour créer un parcours modèle, intégrant la téléconsultation et la télé expertise en soutien des professionnels de santé, de patients et des aidants. Les actions de formation et l'élaboration de fiches de bonnes pratiques compléteront le dispositif. Cette action sera pilotée avec le DSRC onco paca corse dans le cadre de travaux inter régionaux permettant de croiser plus de pratiques et d'outils. Les programmes d'éducation thérapeutique seront élaborés.

AXE 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous

✚ La lutte contre les cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte constitue une priorité de la stratégie décennale. Le Réseau d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique (RéHOP) nous accompagne depuis sa création sur le volet de la formation des professionnels de santé hospitaliers et libéraux en lien avec nos centres de référence. L'agence participe au COPIL AJA en Paca.

Dans le cadre de cette feuille de route, il est souhaité d'expertiser la possibilité d'un ou deux sites associées en onco-pédiatrie en lien avec nos services de pédiatrie et les centres recours.

La création d'une fiche de repérage des séquelles en adaptant la fiche régionale AJA ainsi qu'un auto questionnaire de repérage AJA, l'intégration des documents parcours suivi à long terme dans le parcours numérique cancer, un annuaire des structures et personnes ressources et des formations des professionnels de santé au parcours AJA sont autant d'actions qui viendront sécuriser cette prise en charge.

Les missions des Organisations Inter Régionales en pédiatrie sont en cours d'actualisation. En lien avec ces nouvelles missions et en partenariat avec le ReHOP et le COPIL AJA, des actions concernant le repérage précoce des cancers pédiatriques, accès aux thérapeutiques innovantes et des soins de supports adaptés seront à déterminer.

✚ La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé demeure fondamentale. Elle passe par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations. Ainsi des actions spécifiques sont prévues pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Personne âgée : avec l'appui des onco gériatres insulaires, du DSRC onco pacca corse et des Unités de Coordination en Onco Gériatrie dont les missions sont en cours d'actualisation, nous envisageons un groupe de travail qui expertisera le déploiement sur le département de Corse du Sud du parcours innovant du CH de Bastia permettant le repérage, l'évaluation (gériatrique standardisée et approfondie) et la prise en charge pouvant intégrer le recours à l'Equipe Mobile de Gériatrie pour une prise en charge spécifique réduisant le fardeau thérapeutique.

La formation des personnels médicaux et infirmiers sur l'onco gériatrie et la création d'outils de bonnes pratiques fluidifieront le parcours de la personne âgée.

Dans le cadre de la réactualisation des missions des UCOG, il convient d'expertiser la possibilité d'une antenne UCOG en région, maillon de proximité en interface avec les UCOG en PACA. Cette expertise associera les UCOG Paca, l'ARS PACA et le niveau national à la réflexion régionale.

Personne Handicapée : le lien entre le médico-social et le sanitaire est essentiel, chacun ayant une expertise dans son domaine de compétence, l'alliance de ces expertises permet une approche globale de la personne. Ainsi la mise en place d'un réseau d'experts permettant le soutien des professionnels de santé pour une prise en charge de la personne en situation de handicap adaptée selon le type de handicap, d'un référent personne handicapée au sein des établissements de santé contribueront à construire cette alliance.

La mise en place d'une alerte handicap dans le dossier patient informatisé et d'une fiche de renseignements sur la personne soignée précisant les gestes et les attitudes à adopter ou à éviter faciliteront la prise en charge par les professionnels.

L'adaptation des outils de communication pour faciliter la prise en charge des PH : support visuel, document d'informations sur les examens, vidéos de présentation de lutte contre le cancer assurera une meilleure information de ces publics.

Enfin le lien avec le médecin traitant- DAC pour repérer les personnes en situation de renoncement aux soins contribuera à éviter leur isolement.

- ✚ Notre région reste fragile en terme d'attractivité pour les professionnels de santé et les patients. Il est essentiel de poursuivre
 - Les actions de regroupement des activités sur le nouvel hôpital de la miséricorde (Copil CH Castelluccio – CH Ajaccio) ;
 - La complémentarité public – privé intégrant le Plateau Mutualisé d'Imagerie Médicale
 - L'évolution du GCS RTIP2C
 - La construction de l'Institut Régional Cancérologie Corse
 - Les travaux du PRS au regard des nouveaux décrets ayant intégré la spécificité de la Corse
 - Finaliser la stratégie de ressources humaines (personnel médical et para médical) en région.

- ✚ Le parcours cancérologie ne peut souffrir de l'impact d'une crise sanitaire compte tenu du risque de perte de chances pour le patient. Au regard du retour d'expérience de la crise Covid, un groupe de travail sera créé pour définir les organisations et actions répondant aux objectifs suivant :
 - Poursuivre les comportements favorables à la santé ;
 - Assurer la poursuite des dépistages ;
 - Mettre en place en lien avec le DSRC et le niveau national des RCP ad hoc au besoin élargies à d'autres experts en lien avec le contexte de crise ;
 - Garantir l'accès aux thérapeutiques pertinentes dans des délais adaptés ;
 - Privilégier les lieux de soins adaptés ;

- Assurer l'accès à des soins de support le plus en proximité possible ;
- Garantir un suivi renforcé et coordonné des personnes notamment des patients ayant recours à une offre continentale ;
- Permettre la poursuite des essais cliniques.

Le détail des actions pour les 4 axes intégrant les actions, le descriptif de l'action déployée en région, le pilote ou les pilotes et partenaires de l'action, le calendrier de déploiement ainsi que les indicateurs permettant de mesurer l'impact de l'action est repris dans le tableau joint en annexe .

