



STRATEGIE POLYNESIENNE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Restitution des travaux des différents ateliers

Ministre des solidarités et de la santé, en charge de la réforme de la protection sociale
généralisée, de la prévention et de la famille
Direction de la santé



SOMMAIRE

Pourquoi et pour quoi un plan cancer en Polynésie ?	4
Le contexte	5
La méthode	6
Comprendre le patient polynésien...	7
L'observation de la pathologie cancéreuse	8
La prévention des cancers	10
Tabac	10
Autres facteurs de risque ou facteurs protecteurs	12
Cancers d'origine professionnelle et/ou environnementale	14
Cancers d'origine infectieuse	16
Le dépistage des cancers	19
Le cancer du sein	20
Le cancer du col utérin	22
Autres dépistages	25
Oncogénétique	25
Le parcours du patient	27
Les moyens de prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient	32
Anatomopathologie	32
Chimiothérapie	34
Chirurgie	36
Imagerie	36
Radiothérapie	37
Médecine nucléaire	37
Recherche clinique	38
L'accompagnement du patient et le développement des soins palliatifs	39
Chez l'adulte	40
Chez l'enfant	42
Vivre après le cancer	44
Cancer du sein	44
Loi Morin	44
Banque de sperme	45

POURQUOI ET POUR QUOI UN PLAN CANCER EN POLYNESIE ?

... Parce que le cancer effraie, qu'il est fréquent et son traitement complexe

Māiri 'ai ta'ata. La signification de ce terme en *Reo tahiti* approche l'idée d'un ver qui ronge la personne de l'intérieur. Ce qui illustre déjà grandement la représentation de cette maladie pour les Polynésiens. Le cancer est malheureusement une maladie qui nous concerne tous.

Si cette maladie fait peur, c'est en premier lieu parce qu'elle est fréquente. Le nombre de nouveaux cas de cancers en Polynésie s'élève à plus de 600 par an, avec une augmentation constante depuis les dix dernières années. Les cancers du sein, de la thyroïde et du poumon sont les cancers les plus fréquents chez la femme ; ceux de la prostate, du poumon et les hémopathies malignes chez l'homme¹.

Si cette maladie effraie, c'est aussi parce que son traitement est complexe et que le nombre de décès qui lui sont imputés est loin d'être négligeable : environ 300 par an, en 2012, soit environ un quart de la totalité des décès en Polynésie française. Ce nombre est équivalent à celui des décès par pathologies cardiovasculaires. Les cancers principalement responsables de décès sont ceux du sein et du poumon chez la femme, ceux du poumon et de la prostate chez l'homme².

L'âge de l'individu est reconnu comme étant le facteur de risque principal de cancer. L'augmentation de l'espérance de vie observée depuis quelques années en Polynésie française ainsi que le vieillissement de la population qui en résulte nous laisse penser que l'incidence des cancers ne cessera d'augmenter dans les années à venir, d'autant plus si l'accroissement démographique reste positif. Le système de soins polynésien doit donc s'adapter et continuer à évoluer et à se renforcer. C'est pourquoi un état des lieux de la prise en charge des cancers en Polynésie française a été élaboré en 2012 par la Direction de la santé, initiant ainsi ce plan.

Pour que la prise en charge soit la plus adaptée possible et que le cancer n'effraie plus ...

L'élaboration d'un plan dédié spécifiquement au cancer s'inscrit comme une composante des récents documents de cadrage plus généralistes de la politique de santé du Pays (Orientations stratégiques 2016-2025 et Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021). Un plan cancer va permettre d'instaurer une dynamique de lutte contre cette pathologie en optimisant les moyens existants, en coordonnant et fédérant les professionnels de santé de Polynésie française autour d'un objectif commun : le patient.

Un plan cancer pourrait permettre de ralentir l'accroissement du nombre de cancers (notamment par le biais de la prévention), de diminuer la mortalité par cancers (par le biais du dépistage et de l'amélioration des prises en charge) et de favoriser le confort de vie des patients (par le biais de l'amélioration du parcours patient et des soins palliatifs).

Un plan cancer va permettre de proposer une prise en charge du cancer organisée et de qualité.

De plus, en partenariat avec l'Académie tahitienne, un travail pourrait être envisagé pour que l'image du cancer puisse être adoucie et que le cancer ne soit plus si effrayant pour les Polynésiens. Il serait également nécessaire d'engager une réflexion sur le patient polynésien afin de comprendre davantage ses représentations, ses croyances et ses besoins afin d'adapter au mieux la prise en charge.

Haere i mua...

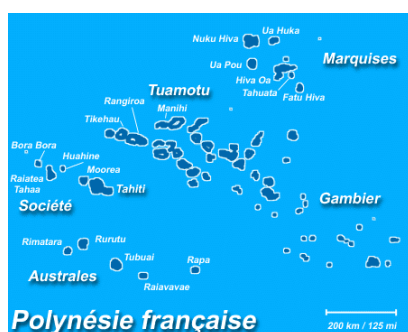
¹ Données issues du registre des cancers de Polynésie française

² Données issues de l'analyse des certificats de décès réalisées par la Direction de la santé

LE CONTEXTE

La Polynésie française, territoire français d'Outre-mer, s'étend sur plus de 3,5 millions kms dans le Pacifique Sud.

Au 1^{er} janvier 2016, la Polynésie comptait 272 800 habitants, répartis sur cinq archipels et 118 îles. La majorité de cette population (environ 90 %) se trouve sur l'archipel de la société et essentiellement à Tahiti et Moorea, qui rassemblent à elles seules 75 % de la population³.



Compétent en matière de santé depuis 1984, le Gouvernement de la Polynésie française propose une offre de soins de plus en plus variée et innovante, tout en veillant à l'équité de cette offre.

Les structures de soins principales en Polynésie française sont les suivantes :

- Les structures de la Direction de la santé ont un rôle dans la dispensation des soins primaires. Elles sont dispersées à travers le territoire. Leur taille, et donc leur mission, varient en fonction de l'importance de la population. Des hôpitaux sont présents à Taravao (presqu'île de Tahiti), Moorea, Raiatea et Nuku Hiva. Dans les autres îles, il existe des centres médicaux, des infirmeries ou des postes de santé. Chaque archipel est sous la tutelle d'une subdivision qui est amenée à se déplacer à fréquence régulière sur chacune des îles. C'est le cas notamment dans les Tuamotu Gambier où le nombre d'îles est très élevé.
- Le centre hospitalier de Polynésie française (CHPf), établissement public de dernier recours, a pour vocation les soins spécialisés. Il compte 430 lits en MCO et 64 en psychiatrie. Un réseau inter-île effectue également des missions spécialisées régulières dans les îles.
- L'offre libérale est représentée par deux cliniques, un centre de rééducation et un centre médical de consultations et de chirurgie ambulatoire. Tous sont sur l'île de Tahiti. Il existe par ailleurs des cabinets libéraux, médicaux ou paramédicaux, en majorité sur l'île de Tahiti.
- Enfin, en l'absence de techniques adaptées sur le territoire, des évacuations sanitaires (evasans) inter-îles ou internationales sont organisées⁴.

Depuis quelques années, l'offre de soins dans le domaine de la cancérologie s'est renforcée en Polynésie. A partir des années 2000, des programmes de prévention, notamment contre le tabac ou le surpoids ont été mis en place par la Direction de la santé, ainsi que des programmes de dépistage des cancers gynécologiques. Un service d'oncologie a vu le jour en 2004 au CHT, puis un service de radiothérapie en 2011 au CHPf. L'offre de chirurgie est variée sur le territoire. Une équipe mobile de soins palliatifs a été créée en 2015 au CHPf, des consultations d'oncogénétique la même année et un service de médecine nucléaire a ouvert en 2016.

Deux associations de patients existent de longues dates (le Comité polynésien de la Ligue contre le Cancer et l'association d'aide aux personnes atteintes de cancers).

³ www.ispf.pf

⁴ Contexte inspiré de l'état des lieux de la prise en charge des cancers en Polynésie, 2012

LA METHODE

Ce document a été élaboré selon une méthode participative présentée lors d'un séminaire d'ouverture en mai 2014. Afin d'élaborer ce plan au plus près des expériences et des besoins des professionnels et des patients, neuf groupes de travail ont été mis en place en fonction des grands axes que sont : (i) l'observation de la pathologie cancéreuse, (ii) la prévention, (iii-v) les dépistages, les soins - à travers (vi) le parcours du patient et (vii) les moyens diagnostiques et thérapeutiques -, (viii) l'accompagnement du patient et les soins palliatifs et (ix) la réglementation. Lors des discussions, des mesures concernant l'après-cancer ou la sensibilité particulière des patients polynésiens, leur culture et leurs croyances ont naturellement été évoquées et ont nécessité leur prise en compte de manière spécifique. Ces ateliers ont été réalisés durant quatre mois (mai-septembre 2014) et ont été actualisés par la suite.

Environ 240 personnes ont été contactées pour l'élaboration de ce travail, qu'ils soient professionnels de santé, partenaires des secteurs concernés (travail, CPS, affaires sociales, éducation, etc.), représentants des associations de patients (la Ligue contre le cancer et l'Association d'aide aux personnes atteintes d'un cancer (APAC)), patients eux-mêmes, etc. La liste de ces personnes est disponible en annexe. Environ un quart ont finalement participé d'une manière ou d'une autre à l'élaboration des mesures proposées dans ce document.

Ces mesures sont avant tout basées sur les besoins exprimés par les participants lors de 31 réunions de travail conduites sur les thèmes évoqués ci-dessus. Elles reposent également sur des référentiels internationaux, européens ou métropolitains ainsi que sur des documents propres à la Polynésie française, notamment l'état des lieux de la prise en charge des cancers réalisé en 2012 par la Direction de la santé. Par ailleurs, la particularité géographique de la Polynésie française a été considérée autant que possible, afin de proposer une équité dans l'accès aux soins et permettre une prise en charge de qualité au plus près du patient.

Ce document est volontairement exhaustif et restitue les propositions et idées issues des ateliers de travail pour composer le socle d'une stratégie de lutte contre le cancer, ré-ajustable au cours de la période de mise en œuvre et nécessairement soumise à des conditions de suivi et d'évaluation.

Bon nombre des mesures proposées sont réalisables à moyens constants et concernent essentiellement l'amélioration de l'organisation du système de soins tel qu'il existe actuellement.

A partir de ce document, une approche pragmatique de priorisation des mesures a été adoptée pour la période quinquennale immédiate constituant le plan cancer en tant que tel. Ce dernier est présenté dans un document complémentaire.

1. COMPRENDRE LE PATIENT POLYNESIEN

En lien avec l'ensemble des travaux réalisés et des mesures présentées, la question de la représentation de la maladie et des besoins du patient polynésien revient de manière récurrente.

Cette réflexion ne se limite pas à la pathologie cancéreuse. Toutefois, ce travail de planification est sans doute l'occasion de mener un travail en collaboration avec des personnes et professionnels proches et connaisseurs de la culture polynésienne, afin de préciser les croyances et les représentations que peuvent avoir les Polynésiens de la santé, de la maladie et de la mort et les facteurs expliquant ces croyances. En effet, ces représentations peuvent déterminer en partie l'attitude des patients face aux traitements, face aux soignants et peuvent donc avoir une répercussion directe sur la prise en charge et leur état de santé⁵. Il est également important de préciser la place du *rā'au tahiti* versus la médecine dite scientifique afin de ne pas nier son existence et accentuer ainsi l'opposition entre ces deux approches qui pourrait obliger peut-être certains patients à « choisir » pour raison culturelle, pression de l'entourage ou méconnaissance. Certains travaux sont déjà en cours. L'un a pour but notamment d'évaluer chez les patients et les soignants la représentation et l'utilité d'un carnet culturel d'expression remis au patient atteint de cancer du poumon.

Le but de cet axe est d'expliquer, d'aider à comprendre et de démystifier. En effet, bien que le patient polynésien ait sans doute des spécificités culturelles, il est avant tout un patient du 21ème siècle qui ne diffère pas d'un autre patient⁶.

In fine, les résultats de ces approches permettront d'adapter les programmes de prévention, de dépistage ou les soins au plus proche du patient et de ses attentes.

« Si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance. Ce codage est inscrit dans notre langue et les catégories à notre disposition qui nous permettent de lire le monde d'une certaine manière. La maladie n'échappe pas à ce codage culturel. » (G. Devreux)

L'objectif est d'étudier le lien entre culture et santé, de communiquer sur cette thématique notamment lors des formations organisées sur le thème de la cancérologie afin de l'intégrer au fur et à mesure dans la prise en charge du patient.

Comprendre le patient et sa relation avec la santé et la maladie ainsi que sa représentation de la pathologie cancéreuse

- Saisir l'Académie tahitienne sur le thème *Māiriri 'ai ta'ata*
- Effectuer une revue des travaux existants et travailler en collaboration avec les partenaires déjà impliqués dans cette thématique. En effet, de nombreux travaux ont déjà été menés à ce sujet (à la faculté par exemple) qui nécessiteraient d'être réunis.
- Mettre en place des études ad hoc (concernant l'usage du *rā'auTahiti* ou d'autres traitements alternatifs)
- Rédiger un baromètre cancer polynésien. A l'instar des travaux effectués dans le baromètre cancer 2010 français⁷, un travail pourrait être réalisé spécifiquement sur le thème de la pathologie cancéreuse afin de définir plus précisément ce que représente cette maladie pour le patient polynésien, les mots ou représentations qu'ils y associent, les facteurs qui en sont à l'origine, le pronostic associé, etc.
- Créer un événement « santé et culture »

⁵ Weiman J et al. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 1996, 11;3:431-45 (via le baromètre cancer 2010)

⁶ Simone Grand

⁷ Inpes

2. L'OBSERVATION DE LA PATHOLOGIE CANCEREUSE

L'élaboration et la mise en place d'un plan cancer engage de nombreuses ressources, à la hauteur d'un des enjeux principaux de santé publique en Polynésie.

L'enrichissement des données épidémiologiques concernant la pathologie cancéreuse est donc fondamental. Les indicateurs de morbidité (qui précisent la fréquence de la maladie ou celle de certains facteurs de risque) ainsi que ceux de mortalité ont participé à motiver l'élaboration de ce travail, mais elles permettront également d'évaluer l'impact de ce dernier, et plus spécifiquement du plan cancer 2018-2022 qui en résulte, d'ici 5 ans. Et pourquoi pas, d'initier un nouveau travail de planification ...

Aujourd'hui, la priorité de cet axe réside dans l'amélioration de la qualité des données, notamment l'amélioration des délais d'analyse et de l'exhaustivité du nombre de nouveaux cas de cancers enregistrés : les derniers chiffres d'incidence (nouveaux cas de cancers) disponibles datent de 2011 et s'élevaient à environ 600 nouveaux cas.

Améliorer la qualité des données de morbidité du registre des cancers

Les structures françaises permettant d'observer et de surveiller la pathologie cancéreuse par l'analyse des données d'incidence sont représentées par les registres des cancers. De telles structures répondent à des critères de qualité leur permettant d'être qualifiées par le Comité d'évaluation des registres.

Créé en 1984, le registre de Polynésie française dépend actuellement de la Direction de la santé. Son fonctionnement est encadré par une délibération instituant un fichier territorial d'enregistrement des cas de cancer et rendant obligatoire la déclaration des nouveaux cas de cancer⁸. Il appartient au réseau Francim (réseau regroupant l'ensemble des registres de France), au réseau des registres de langue latine (GRELL) et il est membre du Centre international de recherche sur le cancer (dépendant de l'Organisation Mondiale de la Santé). Le registre de Polynésie française a obtenu sa première qualification par le Comité d'évaluation en 1999. La dernière qualification a été renouvelée en 2004 pour une période de deux ans (2004-2005). Une nouvelle évaluation devait avoir lieu à l'issue de cette période. Cependant, à l'époque, les conditions n'étant pas réunies (réduction de personnel, absence de formation, etc.), la visite permettant la qualification n'a pas été organisée. L'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) du registre polynésien date de 2000. Cette autorisation est particulièrement importante puisque le registre traite des données nominatives lui permettant d'identifier les doublons déclarés par les différentes sources. Il est important de noter que plus le nombre de sources alimentant le registre est élevé, plus l'exhaustivité des données est assurée (cet élément est essentiel pour la qualification du registre par le Comité national des registres). Aujourd'hui, le registre se base essentiellement sur les résultats issus des laboratoires d'anatomopathologie pour alimenter ses données, on peut donc penser que les cas de cancers enregistrés ne soient pas exhaustifs. De plus, la nouvelle organisation de l'activité d'anatomopathologie depuis la fermeture d'un cabinet libéral en 2016, et notamment les nombreuses sous-traitances métropolitaines qui en résultent, va entraîner une perte d'information significative (Cf. 7.1).

Par ailleurs, en l'absence d'observatoire de la santé, le registre s'est vu confier depuis quelques années l'analyse des données de mortalité, pourtant non spécifique à la pathologie cancéreuse. Cette nouvelle tâche a donc abouti à une augmentation des délais d'analyse des données de morbidité.

Dans le cadre de ce premier plan cancer polynésien, il est indispensable que le registre des cancers se recentre sur son objectif initial qui était d'analyser l'incidence des cancers et que cette activité soit renforcée et développée.

⁸ 850-2AT du 30 mai 1985

L'objectif est que la Polynésie française se dote de données épidémiologiques de qualité lui permettant la qualification nouvelle par le comité d'évaluation de son registre des cancers.

Recentrer le registre autour de l'analyse des données d'incidence du cancer et développer ses compétences

- Intégrer le registre du cancer au sein d'un observatoire de la santé indépendant
- Transférer l'analyse des données de mortalité à cet observatoire afin de recentrer les objectifs du registre autour des données d'incidence
- Prévoir la formation continue du personnel du registre (surveillance en cancérologie, stages en registres, logiciels d'analyse)
- Développer les collaborations avec les registres nationaux et internationaux

Développer et formaliser les partenariats avec les structures pouvant contribuer à multiplier les sources de données afin d'améliorer leur qualité et leur exhaustivité

Renforcer et développer de nouvelles analyses statistiques

- Organiser le traitement des données des carcinomes de la peau et des lésions précancéreuses du col de l'utérus (CIN3)
- Développer les analyses de survie concernant les cancers les plus fréquents (sein et broncho-pulmonaire) afin de définir les facteurs de variations du risque de mortalité par cancer (niveau socio-économique, domiciliation géographique => égalité d'accès aux soins)

Publier des résultats annuels et diffuser auprès des autorités sanitaires, des établissements fournisseurs de données, des professionnels de santé et du grand public

- Publier et communiquer sur les résultats au moins une fois par an et publier dans des revues scientifiques internationales

3. LA PREVENTION DES CANCERS

La meilleure méthode pour lutter contre le cancer est encore de l'éviter ! En effet, certains cancers peuvent être qualifiés d' « évitables ».

La survenue d'un cancer repose sur l'association de multiples facteurs qui diffèrent en fonction du type de cancer. Les facteurs de risque peuvent être d'ordre constitutionnel : c'est le cas du patrimoine génétique, du sexe ou de l'âge de l'individu. L'âge de l'individu est d'ailleurs reconnu comme étant le facteur de risque principal de cancer. Les facteurs de risque peuvent être également de type comportemental. Ce sont les facteurs liés au mode de vie tels que la consommation de tabac, d'alcool, l'alimentation, la pratique d'une activité physique, etc. Enfin, ils peuvent être d'origine environnementale, telle que l'exposition aux radiations, à la pollution, aux pesticides ou autres substances chimiques. A l'inverse, d'autres facteurs qualifiés de protecteurs tendent à protéger l'individu en évitant le développement de la maladie.

La prévention primaire agit précocement sur l'histoire naturelle du cancer en évitant ou limitant le rôle de certains facteurs de risque - essentiellement les facteurs comportementaux ou environnementaux - ou en favorisant le rôle des facteurs protecteurs. On considère aujourd'hui que 30 à 50 % des cancers pourraient ainsi être prévenus. Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) a montré, par exemple, que le tabagisme est responsable de 22 % du total des décès par cancers dans le monde. Dans un communiqué publié en 2014 présentant des résultats concernant l'état des lieux de la pathologie cancéreuse dans le monde, il a par ailleurs conclu très clairement quant à la stratégie à adopter : « *La bataille mondiale contre le cancer ne pourra se gagner avec les seuls traitements. Il faut mettre en œuvre d'urgence des mesures de prévention efficaces pour éviter une crise du cancer*⁹. ».

Alors que le rôle de certains facteurs de risque est bien établi (tel que tabac-cancer du poumon), d'autres sont plus complexes à définir. C'est le cas de certains facteurs nutritionnels ou environnementaux pour lesquels le lien de causalité avec la pathologie cancéreuse est difficile à établir pour diverses raisons (recherches complexes, interprétations difficiles, facteurs de confusion multiples, mécanismes physiopathologiques obscurs, etc.). C'est pourquoi le CIRC classe les facteurs de risque - ou protecteurs - en fonction du niveau de preuve scientifique établi. Ils peuvent être ainsi qualifiés de facteurs convaincants, probables ou possibles de cancer (ou de s'en protéger).

Des programmes de prévention existent en Polynésie française depuis de nombreuses années. Ils ciblent des facteurs de risque tels que le tabac ou encore les facteurs de risque nutritionnels. Ce plan cancer est donc l'occasion d'enrichir les programmes existants et de modifier certains discours en orientant certaines campagnes et certains messages vers la prévention de la pathologie cancéreuse, particulièrement pour les programmes visant les facteurs de risque nutritionnels.

Renforcer la lutte contre le tabac afin de diminuer la prévalence du tabagisme

Bien que le tabac soit responsable de nombreuses pathologies (maladies cardio-vasculaires, pulmonaires ou infectieuses), environ 60 % des cas de décès attribuables au tabac en France sont représentés par les cancers. Si le tabac est bien connu pour être responsable de cancers broncho-pulmonaires, il est également impliqué dans le développement d'autres cancers tels que ceux de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, du pancréas, de la vessie, des reins, de la cavité nasale, des sinus, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du col de l'utérus (indirectement), de leucémie myéloïde, du côlon, du rectum, des ovaires (mucineux) et du sein dans une moindre mesure¹⁰.

Le constat en Polynésie française concernant le tabac et ses pathologies associées est inquiétant. En terme de données d'incidence, le cancer broncho-pulmonaire est le second cancer chez l'homme

⁹ <http://www.iarc.fr>

¹⁰ Les cancers en France en 2012, Edition 2013, INCa

(taux standardisé moyen 2001-2010 de 50,6/100 000 habitants) et le troisième chez la femme (20,4/100 000). C'est également la première cause de décès par cancers chez l'homme (taux de mortalité standardisé moyen 2005-2010 de 47,8/100 000 habitants) et la seconde chez la femme (22,1/100 000), à quasi-égalité avec les décès par cancers du sein.

Concernant la prévalence du tabagisme, le constat est tout aussi alarmant. Lors d'une étude réalisée en 2010, 41,0 % des Polynésiens adultes déclaraient fumer, 34,1 % fumaient quotidiennement. De plus, les femmes fumaient davantage que les hommes et les jeunes plus que leurs aînés. Toutefois il est intéressant de noter que parmi les fumeurs, 67,8 % souhaitaient arrêter de fumer¹¹. Ce constat n'est donc guère rassurant quant à l'évolution du nombre de cas de cancers dans les années à venir, notamment chez les femmes.

La lutte contre le tabac n'est pas nouvelle en Polynésie française. La Polynésie possède une législation de contrôle du tabac depuis 1982 à travers trois délibérations¹² qui ont été remplacées par la Loi de pays 2009-4 modifiée relative à la lutte contre l'abus du tabac et le tabagisme. Cette loi de pays est essentiellement guidée par la convention cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé ratifiée par la Polynésie française via la France en octobre 2004. Cette convention propose des dispositions concernant la réduction de la demande de tabac (par le biais de mesures financières, fiscales, etc.) et visant à réduire l'offre de tabac.

La lutte anti-tabac est coordonnée par la Direction de la santé de Polynésie française. Bien que de nombreuses actions aient déjà été initiées (formations des professionnels, consultations anti-tabac, campagnes médiatiques, etc.), certaines mesures méritent toutefois d'être renforcées.

L'objectif principal des mesures de lutte contre le tabac est de diminuer significativement la prévalence des fumeurs (occasionnels ou quotidiens) dans les cinq années à venir.

Taxer davantage le tabac et notamment celui destiné à être « roulé »

Le tabac roulé de type « BISON » ou « TAHO » reste moins cher que les cigarettes manufacturées. Le tabac « BISON » est actuellement le moins cher en Polynésie française. Il peut encore faire l'objet de mesures répétées d'augmentation des taxes.

Réglementer la composition des produits du tabac : décider d'une suppression de l'importation des tabacs à rouler, et plus particulièrement du tabac type « BISON »

Parallèlement à la taxation de ces produits, une suppression totale de ces importations pourra être envisagée.

- Exiger des fournisseurs une analyse détaillée du contenu du tabac à rouler par le biais d'un laboratoire officiel et agréé
- Valider ou non la conformité du contenu de ce type de tabac à la réglementation en vigueur afin de décider de sa suppression

Faire respecter la loi concernant la lutte contre le tabagisme passif et la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux publics

La protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux publics (établissements scolaires, de santé, sportifs, culturels, lieux de travail, etc.) est plutôt bien respectée en Polynésie française. La problématique réside essentiellement dans l'application de la loi dans les restaurants et plus particulièrement sur les terrasses. En effet, la loi autorise de fumer en extérieur dans la mesure où une séparation entre l'intérieur et l'extérieur est bien identifiée. Ce qui est rarement le cas.

- Organiser deux campagnes consécutives de contrôles dans les restaurants, l'une informative, la seconde répressive

¹¹ Bertrand S, Berry AL, enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2012 ;28-29:326-32

¹² Délibération N° 82-11 du 18 février 1982 portant organisation de la lutte sur le territoire contre l'abus du tabac et du tabagisme, délibération N°88-96 AT du 27 juin 1988 portant interdiction de vente de tabac et de produits du tabac à certaines catégories de personnes et dans certains lieux et délibération N°88-97 du 27 juin 1988 relative aux interdictions de fumer dans certains lieux affectés à un usage collectif et/ou recevant du public.

Promouvoir et renforcer la sensibilisation du public aux questions ayant trait à la lutte anti-tabac

- Introduire plus précocement des mesures de prévention contre le tabac au sein des programmes scolaires, dès le niveau primaire
- Maintenir les campagnes anti-tabac actuelles à destination du grand public

Lutter contre les ventes de produits en forme de cigarettes vendues dans certains commerces de quartiers en interdisant l'importation de ces produits, en partenariat avec la douane et les commerces visés

Favoriser et accompagner l'arrêt du tabac

- Renforcer la consultation spécialisée de tabacologie en attendant le déploiement futur d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Développer les consultations de sevrage tabagique à Tahiti et dans les îles en formant les professionnels de santé à la tabacologie et au sevrage tabagique
- Organiser des relais de la prise en charge avec la consultation spécialisée de la Direction de la santé pour les patients les plus complexes
- Faciliter l'accès aux substituts nicotiniques dans les établissements de santé en allouant un budget spécifique pour des catégories ciblées de fumeurs telles que la femme enceinte, les mineurs, les personnes au régime RST ou en longue maladie
- Faciliter l'accès aux substituts nicotiniques en ville en les remboursant pour les mêmes catégories ciblées de fumeurs
- Rassembler l'ensemble des partenaires impliqués dans la lutte contre le tabagisme (Direction de la santé, médecins pneumologues hospitaliers ou libéraux, etc.), dans un Comité de lutte contre le tabac

Etudier la possibilité de réduire le nombre de lieux de vente du tabac en dissociant la vente d'alimentation et celle de tabac

A ce jour, la vente de tabac se fait dans de nombreux lieux en Polynésie française et particulièrement dans les lieux de vente alimentaire. Leur réduction serait nécessaire. Toutefois, les conséquences économiques pour ces commerces étant sans doute non négligeables, cette mesure est à étudier plus précisément.

Poursuivre et renforcer les programmes existants concernant les autres facteurs de risque de cancers ainsi que les facteurs protecteurs

Soutenir le programme de lutte contre l'alcool, notamment les mesures en lien avec la prévention précoce en milieu scolaire, l'approche globale visant une prévention plus large des addictions et la réglementation limitant l'accessibilité à l'alcool

Le CIRC a reconnu que l'alcool était un facteur de risque convaincant concernant les cancers de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, du larynx et du sein et un facteur de risque probable concernant les cancers colorectaux et hépatiques. En France, l'alcool est la deuxième cause de cancer, après le tabac, et reste responsable de 10 % des décès par cancer¹³.

Si la consommation moyenne reste proche des consommations mondiales, la consommation d'alcool en Polynésie française se distingue par son caractère toxicomaniaque, c'est-à-dire d'alcoolisation massive au cours d'une même occasion (environ 11 verres standards en moyenne)¹⁴. L'expérience avec l'alcool débute précocement puisqu'un tiers des adolescents déclare avoir bu leur premier verre

¹³ Les cancers en France en 2012, Edition 2013, INCa

¹⁴ Bertrand S, Berry AL, enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2012;28-29:326-32

avant l'âge de 10 ans et la moitié avant 13 ans. Il en est de même avec l'expérimentation de l'ivresse qui concerne 8 % des 10-12 ans pour atteindre plus des trois quarts des jeunes au-delà de 19 ans¹⁵.

Un programme polynésien de lutte contre l'alcool et la toxicomanie a été élaboré pour la période 2009-2013 et devra être actualisé. Les propositions de mesures sont en lien avec ce programme.

L'objectif est de diminuer significativement la prévalence de consommation d'alcool chez l'adulte et de reculer l'âge de la première expérience avec l'alcool.

Soutenir le plan de lutte contre le surpoids et l'obésité et orienter certains messages vers la prévention de la pathologie cancéreuse

Même s'ils sont parfois difficiles à mettre en évidence, certains facteurs nutritionnels jouent un rôle significatif dans le développement ou la protection de certains types de cancers. En dehors de la consommation d'alcool, le surpoids (et l'obésité), la consommation de viandes rouges et de charcuteries, ainsi que la consommation de compléments alimentaires à base de bêta carotène ont été démontrés comme étant des facteurs de risque convaincants, le sel et les aliments salés comme des facteurs probables de cancers. A l'inverse, l'activité physique et les aliments contenant des fibres ont été démontrés comme étant des facteurs protecteurs convaincants, la consommation de fruits et de légumes (non féculents) et l'allaitement comme des facteurs protecteurs probables de cancers¹⁶. Ces facteurs étant par ailleurs impliqués dans le développement ou la protection d'autres pathologies, telles que les pathologies cardio-vasculaires, les programmes de santé publique existants répondent également à la prévention des cancers. C'est ainsi que le maintien d'un index de masse corporelle normal à travers une alimentation équilibrée et diversifiée, la pratique d'une activité physique et la consommation journalière de fruits et légumes sont habituellement recommandés pour un état de bonne santé¹⁷.

La Polynésie française a développé un programme de prévention de l'obésité depuis 1999 intitulé « vie saine et poids santé » qui cible les enfants, les femmes enceintes et les personnes en surpoids. En effet, 70 % de la population polynésienne adulte est en surpoids, 40 % est obèse et ces prévalences restent stables depuis 15 ans¹⁸. Une étude de 2014 montrait également que 35 % des enfants de 7-9 ans étaient en surpoids dont 15 % qui étaient au stade de l'obésité¹⁹. L'élaboration d'un plan de prévention du surpoids et de l'obésité est inscrite comme une priorité dans le Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 de la Polynésie française.

L'objectif est de diminuer significativement la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et l'enfant.

Soutenir le programme de promotion de l'allaitement maternel et rappeler aux femmes son rôle protecteur dans le cancer du sein

Par ailleurs, de manière plus spécifique, l'allaitement a un effet protecteur convaincant sur le cancer du sein chez la mère. C'est également un facteur protecteur de l'obésité chez l'enfant, cette dernière étant un facteur prédisposant à l'obésité adulte. Quinze années d'application du programme de promotion de l'allaitement maternel en Polynésie française ont permis de faire progresser les taux d'allaitement chez les nourrissons de moins d'un an (34% en 1997, 56% en 2011). Toutefois cette pratique est rapidement abandonnée, notamment au cours du premier mois²⁰. Ce programme doit continuer à être soutenu.

¹⁵ MF.Brugiroux, F.Beck, N.Cerf, R.Guignard, L.Renou, JB.Richard. Les pratiques addictives des jeunes Polynésiens. 2011;4.

¹⁶ Les cancers en France en 2012, Edition 2013, INCa

¹⁷ Centre internationale de lutte contre le cancer, <http://www.iarc.fr>

¹⁸ Bertrand S, Berry AL, enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2012;28-29:326-32

¹⁹ Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés de 7 à 9 ans en Polynésie française, Direction de la santé, 2014

²⁰ L. Bonnac Théron, l'allaitement maternel en 2011 en Polynésie française, BISES.

Lutter contre les cancers d'origine professionnelle et/ou environnementale

A ce jour, le rôle de l'environnement dans le développement de certains cancers ne fait pas de doute. Il peut s'agir d'agents physiques (ondes, rayonnements), d'agents chimiques (métaux, composés organiques, nanomatériaux, résidus médicamenteux, etc.) ou d'agents biologiques (germes) présents dans l'atmosphère, l'eau, les sols ou l'alimentation. L'exposition est subie par l'homme et peut être générée par la nature elle-même, le développement de la société ou encore le climat.

Les produits sont classés par le CIRC en produits cancérigènes avérés, probables ou possibles en fonction de leur niveau de dangerosité. A ce jour, les agents ayant démontré leur potentiel carcinogène et présents dans l'environnement général sont : le radon, les rayonnements solaires et UV artificiels, certaines dioxines et pesticides, les champs de basse fréquence, l'amiante, les hydrocarbures aromatiques polycycliques (dont le diesel), les radiations ionisantes, l'arsenic et le cadmium. La part des cancers imputables à des contaminants environnementaux est évaluée entre 5 et 20 % (indépendamment des expositions professionnelles ou biologiques)²¹. Toutefois, il est difficile d'évaluer précisément la part de l'environnement dans la survenue des cancers. En effet, un cancer peut résulter d'expositions simultanées, successives ou cumulées à plusieurs facteurs de risque et il peut s'écouler plusieurs dizaines d'années entre l'exposition et l'apparition de la maladie. La susceptibilité génétique individuelle module également les effets de l'environnement.

En Polynésie française, la part des cancers imputables à une telle exposition est inconnue. Toutefois, une surveillance des niveaux d'exposition aux métaux lourds et aux pesticides est effectuée régulièrement en partenariat avec le LASEA (Laboratoire d'analyse de la salubrité des eaux et des aliments) de l'Institut Louis Malardé.

Certaines de ces expositions sont rencontrées en milieu professionnel. De plus, il existe un grand nombre de contaminants carcinogènes qui sont rencontrés uniquement dans ce milieu (substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques - CMR). Leurs rôles dans le développement de certains cancers sont connus et doivent donc faire l'attention d'une prévention spécifique. Il est reconnu que la part des cancers imputables à une exposition professionnelle est comprise entre 5 et 9 %.

Les cancers professionnels sont des maladies professionnelles reconnues en Polynésie française par voie réglementaire. Est présumée d'origine professionnelle ouvrant droit à réparation, toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles établi par voie réglementaire et contractée dans les conditions mentionnées dans ce tableau. La déclaration est effectuée par le salarié (ou ses ayants droits). Celui-ci doit respecter le délai de prise en charge, apporter la preuve de la maladie, mais aussi celle de l'exposition habituelle au risque. Il est dispensé de démontrer la relation de cause à effet entre la maladie dont il demande réparation et l'exposition au risque. En effet il bénéficie de la présomption d'imputabilité, disposition exorbitante du droit commun. La reconnaissance de la maladie par l'organisme de protection sociale ouvre à un droit de réparation de la pathologie dans les mêmes conditions que les accidents du travail.

Bien que le tissu industriel soit différent en Polynésie française, les tableaux de reconnaissance sont identiques aux tableaux métropolitains, à la date d'actualisation sur le territoire. Malgré l'existence de cette voie de reconnaissance, la déclaration de cancers professionnels est quasiment nulle. Par conséquent, aucune donnée ne nous permet d'établir l'incidence des cancers professionnels en Polynésie française. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette sous-déclaration telles que la méconnaissance de cette voie de reconnaissance par les professionnels, les employeurs et les salariés et le choix par défaut de la déclaration en longue maladie. Toutefois, si les deux types de déclarations entraînent une prise en charge à 100 % des frais médicaux, seul le régime accident du travail/maladies professionnelles permet une réparation de certains préjudices en cas de séquelles indemnifiables ou de décès.

La loi de pays 2011-15 du 4 mai 2011 relative à la codification du droit du travail régit les responsabilités de chacun et en particulier celles de l'employeur qui doit assurer la sécurité de ses salariés (Article 4121) : il doit évaluer les risques et proposer les mesures de prévention correspondantes. L'ensemble doit figurer au sein d'un document d'évaluation des risques. La CPS, la

²¹ Environnement et cancers, cadre général, INCa

Direction du travail et les services de santé au travail accompagnent les employeurs depuis 2010 à la rédaction et mise en application de ce document qui sont obligatoires depuis janvier 2014.

L'objectif est avant toute chose d'augmenter le nombre de déclarations de pathologie professionnelles et d'accroître le programme de surveillance des pesticides afin de diminuer le plus possible la dose de pesticides contenus dans certains fruits et légumes locaux.

Améliorer le recensement et la déclaration des cas de cancers d'origine professionnelle

- Evaluer l'incidence des cancers professionnels à partir de données rétrospectives issues des affections longues durée
- Inciter la déclaration des cas de cancers sous le régime des maladies professionnelles en informant les professionnels de santé (en particulier les médecins généralistes et spécialistes), les employeurs et les salariés à la notion de cancers professionnels et sur le dispositif existant en Polynésie française
- Développer une nouvelle voie pour la reconnaissance des maladies professionnelles telle que l'équivalence des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) en métropole

Renforcer la prévention primaire en milieu professionnel afin de réduire, voire éliminer les risques d'exposition aux substances et agents cancérigènes avérés

- Identifier les entreprises à risque élevé de cancers professionnels
- Accompagner ces entreprises dans l'identification des risques et des mesures de prévention associées pour celles qui n'auraient pas encore finalisé leur document d'évaluation des risques professionnels
- Accompagner les employeurs pour la mise en application des mesures de prévention associées aux risques professionnels identifiés au sein de leurs entreprises en les sensibilisant aux conséquences potentielles et en pérennisant les aides financières pour les actions de haute priorité
- Maintenir et renforcer les campagnes de contrôle concernant l'application de la réglementation relative aux CMR (cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques) auprès de ces entreprises en adaptant les conduites à tenir en fonction du niveau de priorité des mesures à mettre en œuvre

Actualiser la réglementation concernant l'interdiction de l'amiante

L'amiante est un facteur de risque connu de cancer, notamment du mésothéliome (cancer de la plèvre). On la retrouve essentiellement dans le bâti. La réglementation métropolitaine du code de santé publique en lien avec l'amiante n'est pas applicable en Polynésie française et aucune réglementation locale n'existe (contrairement à celle du code du travail). Cette réglementation concerne notamment le diagnostic positif d'amiante dans les immeubles bâtis. C'est le point de départ de toute prévention puisqu'une fois la cartographie de la présence d'amiante établie, les interventions pourront être réalisées en conséquence.

Maintenir la surveillance environnementale des substances cancérigènes avérées et probables, notamment des pesticides

- Se doter d'un laboratoire de référence agréé, pourvu de moyens modernes d'analyse pour le suivi des taux de métaux lourds et autres substances toxiques tels que les HAP, PCB ou pesticides
- Pérenniser la surveillance des pesticides et autres contaminants pouvant être contenus dans les aliments
- Maintenir les actions de formation et d'aide des agriculteurs pour garantir les bonnes pratiques d'utilisation des pesticides

Prévenir les cancers d'origine infectieuse

Les agents infectieux seraient responsables de 18 % des cancers dans le monde, s'élevant à 25 % dans les pays en développement²². Il s'agit en particulier des germes et cancers associés suivants : EBV et lymphomes, HPV et cancers du col de l'utérus (et certains cancers oro-pharyngés), hépatites (HVB et HVC) et cancer du foie, VIH et cancers cutanés, *Helicobacter pylori* et cancer de l'estomac. Les phénomènes aboutissant au cancer sont complexes et souvent modulés par de nombreux autres facteurs dont le patrimoine génétique.

En Polynésie française, les questionnements concernent essentiellement les infections dues aux HPV et au virus de l'hépatite B. Concernant l'hépatite B, la problématique relève également du dépistage et de la prise en charge de l'adulte en plus de la prévention primaire.

Evaluer la possibilité d'introduire la vaccination contre les papillomavirus humains dans le calendrier vaccinal de la Polynésie française

Le cancer du col de l'utérus était, en 2011, le 6^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme polynésienne (vs. le 12^{ème} en métropole) avec 8 nouveaux cas (taux d'incidence standardisé de 6,3/100 000 habitants)²³. Les données de mortalité sont plus difficiles à évaluer (imprécision des causes de décès établies dans les certificats). Il s'agit d'un cancer qui touche la femme jeune puisque la médiane d'âge au diagnostic en France est de 42 ans (51 ans pour les cancers invasifs).

Il est maintenant reconnu que la totalité des cancers du col de l'utérus est due à une infection par le papillomavirus humain (ou HPV). Cette infection sexuellement transmissible est très fréquente puisque 70 % d'une population sexuellement active croisera sa route (le préservatif ne suffit pas à lui faire barrage). L'acquisition de cette infection survient en général avant l'âge de 30 ans. Seuls 10 % des cas aboutiront à une infection chronique. Cette persistance de l'infection, consécutive à de multiples facteurs, entraînera possiblement le développement de lésions précancéreuses, puis d'un cancer. Toutefois, l'infection et les lésions précancéreuses pourront régresser à tout moment. Les souches virales à haut pouvoir oncogène les plus fréquemment impliquées dans le développement de ce cancer sont les sous-types 16 et 18, quel que soit le pays. Ces souches sont responsables d'environ 70 % de la totalité des cancers du col.

Depuis 2007, deux vaccins dirigés contre le papillomavirus humain, et plus précisément contre les sous-types 16 et 18, existent sur le marché. Cette vaccination, administrée à un âge précoce (antérieur au premier rapport sexuel), prévient l'infection et prévient donc le développement de 70 % des cancers qui peuvent en résulter. Ces vaccins sont recommandés en général entre 9 et 11 ans. Les dernières mises à jour des données concernant ces vaccins, avec un recul de 9 ans, nous confirment leur très bonne efficacité contre les souches 16 et 18 présentes dans le vaccin et nous montrent également une immunité croisée non négligeable contre trois autres souches oncogènes. Elles nous confirment par ailleurs que la pharmacovigilance de ces deux vaccins demeure satisfaisante. En effet, le Haut Conseil de la Santé Publique français nous rappelle que « *les polémiques associant la vaccination et le développement de certaines pathologies auto-immunes, entretenues par certains médecins et relayées par les médias, ont suscité une méfiance à l'égard du vaccin tout à fait injustifiée* »²⁴. Le taux de couverture doit être >70 % pour prétendre avoir un impact significatif d'un point de vue populationnel. La littérature nous montre que de tels taux sont obtenus uniquement dans les pays où il existe un programme scolaire de vaccination.

Il existe un second mode de prévention du cancer du col utérin qui est le dépistage par frottis cervico-utérin dont le but est la détection des lésions précancéreuses. Ce point sera traité par ailleurs. La complémentarité de ces deux modes de prévention développée de manière optimale est sans doute une arme efficace pour voir diminuer, puis disparaître, le cancer du col de l'utérus. A ce jour, le dépistage par frottis reste nécessaire chez les jeunes filles vaccinées puisque le vaccin ne protège pas encore de la totalité des souches virales.

²² Données Organisation Mondiale de la Santé

²³ Données issues du registre des cancers

²⁴ Vaccination contre les infections à papillomavirus humains, Haut Conseil de la Santé Publique, juillet 2014

En Polynésie française, le programme général de vaccination est encadré par la délibération 95-63 AT du 23 mai 1995 et est financé par la Direction de la santé. Ce programme repose sur le Centre de protection infantile avant l'âge de 3 ans et sur la médecine scolaire au-delà. Ces programmes de vaccination scolaires sont très efficaces, bien que connaissant quelques difficultés d'organisation ces dernières années et sont un vrai atout pour la Polynésie. Toutefois, la vaccination HPV n'existe pas encore au calendrier.

L'objectif de l'introduction de la vaccination HPV en Polynésie est de réduire le nombre de lésions précancéreuses d'une part et de participer à la disparition des cancers du col de l'utérus à long terme d'autre part.

- Maintenir les démarches entreprises pour adhérer au « Vaccine Independence Initiative » (groupement dépendant de l'Unicef concernant les pays du Pacifique sud) afin d'abaisser les coûts de la vaccination
- Inscrire la vaccination HPV au calendrier vaccinal polynésien après réalisation d'une étude médico-économique validant le bien-fondé d'un tel programme de vaccination en Polynésie française et permettant de définir les modalités de ce programme (classes d'âge, rattrapage, etc.)

Evaluer la séroprévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B chez l'adulte et décider de sa prise en charge. Maintenir le programme de vaccination chez l'enfant.

L'hépatite B est une pathologie infectieuse liée au virus de l'hépatite B (HBV). Sa transmission se fait par contact sanguin (exposant de manière privilégiée les toxicomanes ainsi que les professionnels de santé), materno-fœtale (mode de transmission majeure dans les pays à forte endémie), intrafamiliale chez l'enfant et sexuelle pour l'adolescent et l'adulte. Cette infection peut prendre différentes formes et peut notamment entraîner une infection chronique plus ou moins active, pouvant évoluer en cirrhose ou/et en cancer du foie (carcinome hépatocellulaire). Le risque de développer une infection chronique après infection est de 5-10 %. Toutefois, ce risque est fortement lié à l'âge d'acquisition de l'infection. Il est ainsi évalué à 80-90 % lorsque le nourrisson est infecté à la naissance, à 30-50 % pour une contamination à l'âge de 1-4 ans et à moins de 5 % pour une contamination adulte²⁵. Enfin, un adulte ayant acquis une infection chronique dans l'enfance aura un risque de 15 à 25 % de décéder d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Depuis le début des années 1990, il existe une vaccination efficace contre l'hépatite B.

Les données épidémiologiques polynésiennes nous montrent que le cancer du foie est la 5^{ème} cause de cancer chez l'homme et la 15^{ème} chez la femme. La prévalence de l'infection HBV est reconnue comme élevée en comparaison à d'autres pays. Différentes études de séroprévalence réalisées entre 1990 et 2010 ont montré des taux variables, souvent supérieurs à 2 % (taux en général en dessous duquel on estime la prévalence comme faible), avec cependant des taux très élevés observés notamment dans les Australes (> 10 %). Toutes ces études ont de grandes variabilités méthodologiques et ces résultats peuvent rarement être inférés à la population générale. Un programme vaccinal est en place depuis 1995. Il est très efficace puisque la couverture vaccinale est supérieure à 98 %. La vaccination consiste en trois injections dès la naissance, à 2 puis 10 mois. La dernière étude de séroprévalence réalisée dans une population d'enfants de 6-7 ans a montré des résultats très satisfaisants puisqu'aucun d'entre eux n'étaient porteurs de l'infection. Malgré quelques discussions méthodologiques autour de cette étude, il est certain que la mise en place de la vaccination protège de manière efficace la jeune population de Polynésie française. La discussion se pose donc davantage concernant les cohortes de patients plus âgés qui n'ont pas pu bénéficier de ce programme de vaccination. En effet, il est par ailleurs important de noter que la vaccination HBV chez l'adulte n'est pas remboursée, même pour les membres d'une famille dans laquelle un cas a été identifié. De même, un patient atteint mais non traité ne rentre pas dans le cadre des maladies de longue durée et n'est donc pas exonéré des coûts liés à la réalisation des examens de surveillance

²⁵ www.oms.int

semestriels. Enfin, il n'existe pas de réglementation en lien avec l'obligation de la vaccination chez l'adulte en milieu professionnel à risque.

L'objectif est de diminuer la prévalence du portage chronique de l'hépatite B et de diminuer l'incidence du carcinome hépatocellulaire à long terme.

- Maintenir le programme vaccinal contre l'hépatite B chez l'enfant
- Décider de la mise en place d'un dépistage de masse de la population adulte (née avant 1995) après étude médico-économique de la prise en charge des patients polynésiens infectés
- Créer une journée polynésienne « dépistage des hépatites »
- Décider d'une adaptation de la fréquence et du mode de suivi des patients dépistés et identifiés comme porteurs d'une infection chronique à HBV afin de permettre leur prise en charge en longue maladie
- Prendre en charge le dépistage de l'entourage et la vaccination des adultes non immunisés lorsqu'un cas positif est détecté dans une famille
- Remettre à jour la réglementation afin de rendre obligatoire la vaccination contre l'hépatite B des professionnels à risque, notamment les professionnels de santé

4. LE DEPISTAGE DES CANCERS

La prévention secondaire – ou dépistage – permet d'identifier les sujets atteints d'une maladie passée jusque-là inaperçue. La détection d'un test positif chez des patients ne présentant pas de signe clinique permet de poser un diagnostic plus précoce. Les tumeurs sont de plus petite taille, l'atteinte à distance est moindre et le pronostic est en général plus favorable. Le traitement est moins lourd - et donc la qualité de vie meilleure - et moins onéreux.

D'un point de vue santé publique, l'objectif principal d'une stratégie de dépistage est la réduction du taux de mortalité spécifique par cancer. Cependant, pour que les indicateurs de mortalité diminuent, il est nécessaire que le taux de participation de la population cible atteigne un niveau élevé. Ce taux cible de participation varie en fonction du type de dépistage (50 % pour le dépistage du cancer colorectal, 70 % pour le cancer du sein, 80 % pour le cancer du col utérin).

Il existe ainsi deux modes de dépistage :

- Le dépistage opportuniste ou individuel qui est un dépistage au cas par cas. Il se réalise sur l'initiative du médecin ou du patient et son but est l'amélioration de la santé du patient ;
- Le dépistage organisé qui repose sur l'initiative des acteurs de santé publique qui propose le dépistage de manière systématique à l'ensemble des personnes ciblées par le dépistage. Son but repose sur l'amélioration de la santé d'une population.

« L'organisation » d'un dépistage a plusieurs avantages. Elle permet avant toute chose d'atteindre et d'inciter au dépistage une population qui ne l'aurait pas été par ailleurs (ou à moindre degré). Cette incitation passe par une invitation personnelle et par la gratuité des actes. Cela favorise la participation et l'atteinte du taux cible estimé pour espérer voire diminuer le taux de mortalité. Par exemple, les dernières évaluations réalisées dans le cadre de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France montrent que l'utilisation d'une invitation-relance permet de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus de 13 à 26 %²⁶. Un programme de dépistage organisé bénéficie d'autre part d'une démarche d'assurance qualité et fait également l'objet d'une évaluation. Cette dernière est fondamentale puisqu'elle permet d'étudier la part et les caractéristiques de la population dépistée - et donc celle qui ne l'a pas été - afin de proposer des actions d'amélioration. Toutefois, il est important de noter que le dépistage ne peut se focaliser que sur certains types de cancers car il répond à des critères précis liés à la maladie (fréquence, gravité, histoire naturelle, traitement existant et efficace), au test de dépistage (douleur, simplicité de réalisation, performances, reproductibilité), à la population ciblée, au système de soins (ressources humaines et matérielles suffisantes pour la prise en charge) et au programme de dépistage (efficacité en terme de réduction de la mortalité spécifique par cancer et rapport coût/efficacité optimal).

A ce jour, les dépistages recommandés par la métropole concernent le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus. La détection précoce des tumeurs cutanées et des tumeurs de la cavité buccale est également recommandée (seul un examen clinique suffit).

En Polynésie française, une structure de gestion des dépistages existe depuis 2003 au sein de la Direction de la santé et coordonne deux programmes de dépistage définis comme « intensifiés », concernant le cancer du sein et le cancer du col utérin. La mise en place de ces dépistages a été actée par la délibération 2003 – 173 APF du 6 novembre 2003 relative à l'institution d'un dépistage gratuit des cancers gynécologiques. Le fonctionnement actuel de la structure est proche de celui d'un organisme payeur puisqu'il repose pour l'essentiel sur le paiement des professionnels de santé pour les actes réalisés (mammographies ou frottis). Il n'existe pas d'invitation des femmes car la structure ne possède pas de bases de données permettant d'identifier les femmes ciblées par ces dépistages.

²⁶ Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. BEH ;2017 ;2-3 :23-65

Reconsidérer la gestion existante des programmes de dépistage afin de permettre la mise en place de dépistages « organisés »

- Envisager le transfert de la gestion actuelle du dépistage vers la CPS, organisme payeur de la Polynésie française, et établir une collaboration avec la structure des dépistages de la Direction de la santé. En effet, la CPS est le seul organisme possédant la liste des patientes ciblées par les dépistages et le paiement des professionnels de santé réalisé par la structure de gestion actuelle ressort davantage de ses compétences
- Mettre à jour la réglementation concernant le programme de dépistage des cancers gynécologiques en Polynésie française

Evaluer les niveaux de risque des femmes concernant le cancer du sein et organiser un dépistage pour les femmes à risque moyen de cancers

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme polynésienne avec 122 nouveaux cas en 2011 (taux d'incidence standardisé : 93,3/100 000 habitants vs. 88,0/100 000 en France en 2012). Il est également la première cause de mortalité par cancer (24 décès par cancer du sein en 2011, soit un taux de mortalité standardisé monde de 16,9/100 000)²⁷. Cette situation n'est pas une exception polynésienne puisqu'elle est semblable à celle de la France ou à la situation mondiale, que ce soit en termes d'incidence ou de mortalité.

Afin de lutter contre cette pathologie, un dépistage par mammographie existe. Introduit dans les années 1980 en Europe et en France, il est organisé et généralisé à l'ensemble de la métropole depuis 2004 pour les femmes âgées de 50 à 74 ans. Ce dépistage permet de détecter des tumeurs asymptomatiques, de petite taille et de meilleur pronostic. Les sociétés savantes et les autorités de santé publique considèrent actuellement que la balance bénéfiques-risques est en faveur du dépistage du cancer du sein. En effet, malgré de rares cas de sur-diagnostic et de cancers radio-induits difficiles à évaluer, les dernières données scientifiques nous montrent que la mise en place d'un tel dépistage tend à diminuer la mortalité par cancer du sein de 15 à 21 % chez les femmes âgées de 50 à 70 ans le pratiquant à fréquence recommandée, soit tous les deux ans. Il est important de noter que le taux de participation nécessaire pour observer une réduction de la mortalité par cancer du sein est de 70 %²⁸.

Le dépistage du cancer du sein a vu le jour en Polynésie française en 2003. Il est défini comme « intensifié » et non comme « organisé » : le dépistage par mammographie est gratuit (tous les radiologues sont agréés), il existe une incitation au dépistage (notamment grâce aux campagnes « octobre rose ») mais il n'existe pas d'invitation à se faire dépister. De plus, les critères de qualité du programme sont absents (dernier contrôle des mammographes et dernières formations des professionnels datant de 2006, absence de seconde lecture et d'évaluation du programme). Le taux de participation à ce programme variait entre 30 % en 2014, 31 % en 2015 et 33 % en 2016. La part des dépistages individuels n'a pas été évaluée.

Enfin, il est intéressant de noter qu'un dépistage organisé est indiqué uniquement pour les femmes à risque moyen de cancer du sein. Il s'agit de femmes qui ne sont ni à risque très élevé (prédisposition génétique au cancer du sein), ni à risque élevé de cancer du sein (selon 7 critères définis par la Haute Autorité de Santé tels que les antécédents personnels de cancer du sein invasif, de carcinome lobulaire in situ, d'hyperplasie canalaire atypique, etc. ou la présence de cas familiaux non expliqués). Les surveillances étant spécifiques à chaque niveau de risque, cela implique que les professionnels soient en mesure de les identifier. De plus, le poids des cancers du sein génétiquement induits est inconnu à ce jour en Polynésie française. Toutefois, l'âge médian au diagnostic de cancer du sein, plus précoce qu'en métropole (55,5 ans en 2010-11 en Polynésie française vs. 63 ans en 2012 en métropole), pourrait laisser présager que cette part est non négligeable.

²⁷ Données issues du registre des cancers et de l'analyse des certificats de décès

²⁸ S. Delalogue et al. Dépistage du cancer du sein : en route vers le futur. Bull Cancer 2016 ; 103 :753-763

L'objectif des mesures proposées est de tendre vers un taux de couverture de 70 % pour les femmes pouvant bénéficier d'un dépistage organisé du cancer du sein.

Inciter les professionnels de santé à mieux déterminer le niveau de risque des femmes pour le cancer du sein afin de leur proposer la surveillance la plus adaptée

- Sensibiliser les médecins - à travers des campagnes de communication annuelle - à l'existence d'outils facilitant l'évaluation du niveau de risque des femmes lors de l'interrogatoire et l'indication possible à une consultation spécialisée
- Faciliter le recours à la consultation d'oncogénétique au moindre doute afin d'adapter la surveillance au niveau de risque

Faciliter l'accès au dépistage du cancer du sein à l'ensemble des femmes de Polynésie française âgées de 50 à 74 ans

- Envoyer tous les deux ans un courrier d'invitation aux 24 000 femmes éligibles²⁹ leur proposant un dépistage gratuit par examen clinique et par mammographie et une relance aux non répondantes
- Envisager l'indemnisation de l'échographie pouvant faire suite à la mammographie dans le cadre du bilan diagnostic immédiat, à travers un forfait dépistage mammographie-échographie
- Faciliter l'accès au dépistage des femmes habitant des îles non pourvues de mammographe (3 300 femmes, soit 14 %) :
 - o Proposer de manière systématique la réalisation d'une mammographie lors d'évasans pour tout autre motif, sur une île équipée d'un mammographe (Tahiti, Moorea, Raiatea, Bora-Bora)
 - o Anticiper les déplacements groupés et programmés sur Tahiti des femmes domiciliées dans les îles lors d'évènements culturels (Heiva, salons, etc.) pour leur proposer la réalisation d'une mammographie lors de leur déplacement (en partenariat avec les associations)
 - o Adapter la situation à chaque archipel, sachant que l'utilisation d'un mammobile ne semble pas une solution adaptée au vu des contraintes techniques (disponibilité et constance du réseau électrique, maintenance, résistance technique, etc.). L'installation d'un mammographe à l'hôpital de Taiohae semble une mesure intéressante.

Promouvoir le dépistage du cancer du sein à travers des campagnes de communication auprès des professionnels de santé et des femmes

Quelle que soit la campagne de communication, les outils ou les messages devront être adaptés aux spécificités locales (langue tahitienne, représentations de la maladie et de la notion de dépistage qui auront été analysées par ailleurs).

Garantir un dépistage de qualité

- Inciter les radiologues au contrôle interne
- Renouveler le parc de mammographes et encourager l'installation de mammographes numériques
- Organiser un contrôle externe lors de la mise en service et tous les 5 ans
- Organiser un circuit de seconde lecture des mammographies. Cette seconde lecture appartient classiquement à la stratégie du dépistage organisé du cancer du sein. Cette thématique a été discutée mais il semble que ce projet soit trop coûteux et trop lourd d'un point de vue logistique, comparé aux bénéfices attendus.

Evaluer les campagnes de dépistage

²⁹ Données ISPF, recensement 2012

Organiser le dépistage du cancer du col utérin

L'épidémiologie du cancer du col de l'utérus, 6^{ème} cancer chez la femme polynésienne en 2011 (8 nouveaux cas), a été décrite précédemment (Cf. vaccination HPV). La particularité de ce cancer repose sur son caractère viro-induit pour la quasi-totalité des cas. En effet, la persistance d'une infection par le papillomavirus humain (HPV) peut entraîner le développement de lésions précancéreuses qui peuvent régresser ou progresser vers un cancer du col utérin. Alors que la fréquence de cette infection sexuellement transmissible est très grande (70 % d'une population sexuellement active croquera la route de ce virus au moins une fois), sa chronicité est par contre plus modérée (environ 10 % des cas). Le délai de progression entre l'infection et l'apparition de lésions cancéreuses est en moyenne de 15 ans et laisse donc une opportunité majeure de détecter des lésions précancéreuses (il s'agit donc même davantage de prévention primaire que de dépistage). C'est ainsi que le dépistage par frottis cervico-utérin s'est développé dans les années 70. Son efficacité n'est plus à démontrer puisque, dans tous les pays utilisant ce dernier comme examen de dépistage, l'incidence et la mortalité des cancers invasifs du col de l'utérus diminuent depuis plus de trente ans. On estime que 90 % des cancers du col utérin pourraient être évités grâce au dépistage³⁰. A ce jour, ce dépistage est recommandé, en France, tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle, pour les femmes âgées de 25 à 65 ans. Après les excellents résultats obtenus dans les 13 départements ayant participé à l'expérimentation de l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, le plan cancer français 2014-2019 a inscrit dans ses actions l'accès pour chaque femme au dépistage du cancer du col utérin via un programme national de dépistage.

Plusieurs alternatives à la stratégie de dépistage actuelle ont été récemment étudiées et validées. Il s'agit notamment de remplacer le frottis par la réalisation d'un test HPV tous les 5 ans. L'INCa définit cette alternative comme la situation cible. Toutefois, devant les difficultés immédiates de mise en œuvre, elle préconise de créer des conditions favorables à sa mise en place, en passant notamment par la généralisation du frottis cervico-utérin en milieu liquide (meilleure qualité de prélèvement, tests HPV synchrones mais coût plus élevé). L'INCa recommande également de proposer un test HPV par auto-prélèvement aux femmes qui ne répondraient pas aux invitations (gain de participation de quasi 10 %)³¹.

Le dépistage du cancer du col utérin a vu le jour en Polynésie française en 2003, en même temps que le dépistage du cancer du sein. De manière similaire, il est défini comme « intensifié » et non comme « organisé ». Les femmes de 20 ans et plus peuvent bénéficier d'un frottis tous les trois ans (après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle) auprès des praticiens conventionnés avec la Direction de la santé. Toutefois, bien qu'il existe une incitation au dépistage par les professionnels ou tout autre relais tels que les associations, il n'existe pas d'invitation personnelle à se faire dépister gérée par la structure de gestion. De plus, depuis 2012, seule l'analyse anatomo-pathologique du frottis est gratuite mais la consultation médicale n'est plus remboursée par la Direction de la santé. Le taux de participation à ce programme est aujourd'hui inconnu car seul le nombre de frottis est disponible et non le nombre de femmes dépistées (les plus jeunes ont pu bénéficier d'un double frottis à un an d'intervalle). Par ailleurs, la part des dépistages individuels n'a pas été évaluée (aucune distinction entre les frottis de dépistage et les frottis de contrôle). Toutefois, le dépistage est probablement responsable de la diminution constante de l'incidence du cancer du col observée depuis 25 ans en Polynésie française, passant de 22/100 000 habitants (taux standardisé moyen annuel) sur la période 1986-1990 à 9,1/100 000 sur la période 2006-2010 pour atteindre 6,3/100 000 en 2011. Certaines spécificités de ce programme sont à noter dans les archipels autres que la Société. Dans l'archipel des Tuamotu Gambier où les îles sont les plus nombreuses et où la population est la plus dispersée, l'offre de soins primaires est majoritairement assurée par des IDE ou des auxiliaires de santé. Des missions médicales ont lieu tous les quatre mois au mieux, tous les ans au maximum en fonction des îles. Des consultations avancées spécialisées existent également. Parallèlement à ces missions, une sage-femme itinérante parcourt les îles tous les ans au mieux, tous les trois ans au

³⁰ INCa. www.e-cancer.fr

³¹ Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. BEH ;2017 ;2-3 :23-65

maximum. Ainsi, l'offre de soins permettant l'accès au dépistage par frottis existe, bien que non permanente. Dans ce contexte, la modalité des invitations des patientes à venir se faire dépister existe déjà. Cette organisation est gérée par la subdivision des Tuamotu-Gambier (TG). Dès qu'une mission est organisée, une convocation est envoyée aux femmes devant renouveler la pratique du frottis. Cette pratique du frottis s'intègre dans une consultation dont l'objectif de prévention est plus large, balayant les thématiques de la contraception, la vie sexuelle, l'éducation alimentaire, le soutien à l'éducation de l'enfant, etc. A ce jour, la couverture des TG par le dépistage par frottis n'est pas connue. Cette organisation est semblable à celle établie aux Australes et aux Marquises où le dépistage est assuré par la sage-femme itinérante et les consultations spécialisées avancées du CHPF dans les îles. Par ailleurs, certains IDE pratiquent les frottis, notamment dans les îles dépourvues de centre médical.

La pratique du frottis par les IDE est proposée dans les « recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France » éditées par la Haute Autorité de Santé en 2010. Toutefois, cette pratique reste marginale, que ce soit en métropole ou dans les DOM où cette pratique est suggérée (en Guyane particulièrement). L'étude médico-économique récente de l'INCa préconise également de diversifier l'offre de prélèvement, notamment avec l'aide des IDE³². Cette option a été étudiée pour la Polynésie française. Cependant, cette pratique n'est pas simple à généraliser car la réalisation de frottis ne fait pas partie des compétences des IDE³³. Cependant, en lien avec les particularités insulaires de notre Pays prises en compte dans la loi de Pays, il serait possible, le cas échéant, de développer cette pratique dans les îles (cette pratique est d'ailleurs inscrite dans le règlement intérieur des centres de santé).

Comme c'est le cas en métropole, il semble que peu de médecins généralistes participent au dépistage par frottis cervico-utérin en Polynésie française. Toutefois, aucune donnée n'est disponible concernant leur pratique. Bien qu'il soit probable que certains freins soient proches de ceux déjà connus en métropole - tels que la formation au frottis, la place de la pratique gynécologique et de la prévention dans la pratique du médecin, le manque de temps, la difficulté matérielle, etc. - il serait intéressant de mettre en évidence les difficultés spécifiques rencontrées par les médecins polynésiens.

Il est couramment admis qu'une femme souffrant d'un cancer du col de l'utérus est une femme qui n'a pu bénéficier d'un dépistage efficace (accès au dépistage, fréquence ou qualité des frottis) : 90 % des cas de cancers du col sont liés à l'absence de dépistage par frottis ou à des frottis trop espacés dans le temps³⁴. Ainsi, connaître plus précisément les caractéristiques des femmes atteintes de ce cancer permettrait l'amélioration du programme (priorités des actions, lieux à privilégier, communications, etc.).

Ce dépistage pourra être complémentaire à la vaccination HPV.

L'objectif de ces propositions est de tendre vers un taux de couverture de 80 % pour les femmes pouvant bénéficier d'un dépistage organisé et de diminuer significativement le nombre de cancers du col de l'utérus.

Inviter l'ensemble des femmes de Polynésie française âgées de 25 à 65 ans à se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus

- Envoyer un courrier d'invitation aux 70 000 femmes éligibles³⁵ dont le dernier frottis date de plus de trois ans, leur proposant un dépistage gratuit incluant une consultation, la réalisation et la lecture d'un frottis cervico-utérin. Considérer la particularité de l'offre de soins dans les îles
- Expérimenter l'envoi de kits d'auto-prélèvements HPV pour les femmes n'ayant pas répondu à l'invitation au dépistage afin d'améliorer, à termes, le taux de couverture

³² Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus /étude medico-économique. INCa. Décembre 2015

³³ LP 2009-02 du 28 janvier 2009 relative à la profession d'infirmier en Polynésie française et arrêté 449 CM du 2 avril 2009 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

³⁴ INCa. www.e-cancer.fr

³⁵ ISPF, recensement 2012

Faciliter l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus en augmentant, diversifiant et améliorant l'offre de prélèvements

- Inciter les sages-femmes à pratiquer le frottis indépendamment des suivis de grossesses, selon la réglementation en vigueur depuis 2009 relative à leurs pratiques
- Envisager de formaliser et d'étendre la pratique du frottis par les IDE exerçant au sein des structures de la Direction de la santé, sur la base de formations spécifiques
- Mettre en place une étude transversale auprès des médecins généralistes libéraux afin de caractériser leur pratique et d'identifier les freins à la réalisation de frottis et les solutions qui pourraient être envisagées
- Améliorer les conditions de consultation dans certaines structures de soins des îles éloignées afin de préserver la confidentialité lors de l'examen, qui fait parfois défaut, et qui est un frein à l'acceptation par la femme du geste de dépistage par frottis
- Faciliter l'accès au dépistage des femmes habitant les îles en maintenant notamment l'organisation qui permet la réalisation d'un dépistage par frottis pour les femmes des îles étant évasanées sur Tahiti pour un tout autre motif ou anticiper les déplacements groupés et programmés sur Tahiti des femmes domiciliées dans les îles lors d'évènements culturels (Heiva, salons, etc.) pour leur proposer, en amont et/ou sur place, la réalisation d'un frottis cervico-utérin lors de leurs déplacements (en partenariat avec les associations)

Communiquer auprès des femmes

Promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus à travers des campagnes de communication ciblant les femmes, et sensibiliser les jeunes femmes scolarisées au dépistage par le biais de la faculté et de la médecine universitaire. Les outils ou les messages devront être adaptés aux spécificités locales (langue tahitienne, représentation de la maladie et de la notion de dépistage qui auront été analysées par ailleurs).

Garantir un dépistage de qualité

- Former les préleveurs afin de diminuer le nombre de frottis cervico-utérins ininterprétables ou définis comme « limites » par les anatomo-pathologistes
- Encourager l'amélioration des pratiques professionnelles par contrôle interne de l'activité des médecins anatomo-pathologistes (formation continue régulière, relecture aléatoire, relecture ciblée, etc.) afin de limiter le nombre de faux-négatifs
- S'assurer de la bonne application du système de classification Bethesda 2001 pour le compte-rendu d'anatomo-pathologie
- Faciliter l'archivage et le suivi des résultats par la réhabilitation éventuelle du « carnet vahine » ou tout autre support à destination des femmes
- Envisager un non-remboursement de la pratique du sur-dépistage (fréquence de moins de trois ans) réalisée par certains praticiens

Mettre en place des études épidémiologiques permettant d'adapter le programme de dépistage aux réalités locales

Ces mesures devront être mises en place avant même la mise en place du dépistage organisé.

- Mettre en place une étude médico-économique en partenariat avec la CPS afin de mettre en évidence les coûts engendrés par la prise en charge des femmes souffrant d'un cancer du col de l'utérus infiltrant et du coût du dépistage par frottis cervico-utérin
- Mettre en place une étude permettant d'identifier les caractéristiques des femmes ayant souffert d'un cancer du col de l'utérus ainsi que les connaissances, les représentations, l'observance et les freins des femmes polynésiennes au dépistage afin d'adapter le programme

Evaluer les campagnes de dépistage

Evaluer le bien-fondé ainsi que les composantes technique, logistique et économique d'une modification de stratégie de dépistage actuelle au profit de la réalisation répétée d'un test HPV à intervalle régulier de tous les 5 ans, voire tous les 10 ans, en fonction de l'âge de la patiente.

Rappeler aux médecins les limites du dépistage individuel du cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate repose sur l'association d'un toucher rectal et d'un dosage du PSA (antigène prostatique spécifique). Toutefois, le toucher rectal seul n'est pas assez sensible et le dosage du PSA sérique total, aux performances médiocres, peut générer des biopsies inutiles (en effet, le taux de PSA peut-être élevé pour de nombreuses raisons, indépendamment du développement d'un cancer). De plus, la prise en charge chirurgicale du cancer peut entraîner des effets indésirables contraignants, alors même que le cancer de la prostate, très fréquent à partir d'un certain âge, n'aurait pas ou peu évolué (notion de sur-diagnostic et de sur-traitement).

La plupart des recommandations internationales sont concordantes et considèrent qu'en l'état actuel des connaissances, il n'y a pas lieu de mettre en place un programme de dépistage systématique à grande échelle du cancer de la prostate par dosage du PSA et/ou toucher rectal. Toutefois, un dépistage individuel peut être proposé dans certaines conditions.

- Rappeler aux médecins les recommandations de l'Association Française d'Urologie (AFU) concernant la prescription de PSA chez un patient n'ayant pas d'antécédent de cancer de la prostate (indication unique : un dosage par an maximum entre 45 et 75 ans)
- Rappeler aux médecins l'importance d'expliquer la balance bénéfices-risques (avantages, inconvénients) de ce dépistage à son patient

Débuter les travaux préliminaires à la mise en place d'un dépistage organisé du cancer colorectal

Sous condition d'une mise en œuvre effective des dépistages organisés précédents (sein et col), la question de la mise en place d'un dépistage du cancer colorectal en Polynésie pourra être étudiée.

Encourager la détection précoce des tumeurs cutanées ainsi que des tumeurs de la cavité buccale

L'incidence de ces tumeurs est aujourd'hui difficile à évaluer mais leur dépistage est très simple puisqu'il repose pour l'essentiel sur un simple examen clinique, suivi le cas échéant de prélèvement.

Renforcer et intensifier l'activité d'oncogénétique

Environ 10-15 % des cancers apparaissent dans un contexte familial, mais seulement 5 %, notamment les cancers du sein et du côlon, sont favorisés par la présence et la transmission d'une anomalie génétique. On parle alors de prédisposition génétique aux cancers. La probabilité qu'une anomalie génétique soit présente au sein d'une famille est évaluée dans le cadre d'une consultation d'oncogénétique, à l'issue de laquelle une analyse génétique peut être proposée. Le diagnostic initial est en général effectué chez une personne atteinte de cancer. Si le diagnostic est positif, la détection pourra être proposée aux différents membres de la famille.

Le but de cette démarche est préventif puisqu'elle permet d'adapter au mieux la prise en charge et la surveillance des sujets porteurs de la mutation, leur risque de développer un cancer étant largement supérieur à la population générale. Le but est également thérapeutique puisque depuis peu de temps, des traitements spécifiques ne sont efficaces et donc proposés qu'aux patientes présentant une telle anomalie (notamment concernant le cancer de l'ovaire).

Une consultation d'oncogénétique existe au CHPf depuis 2015. Une convention de collaboration a été signée avec le laboratoire d'oncogénétique de l'Institut Gustave Roussy qui prend en charge l'ensemble des analyses de la Polynésie. Des échanges réguliers ont lieu également avec la consultation de ce même établissement et celle du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard. En deux ans, pas loin de 300 consultations ont déjà eu lieu et une quinzaine de familles présentant des mutations génétiques prédisposant aux cancers sont prises en charge.

L'objectif des mesures proposées est d'augmenter la détection des familles à risque élevé voire très élevé de cancers, notamment du sein et du côlon.

- Poursuivre la détection des familles à prédisposition héréditaire de cancers du sein et de l'ovaire, notamment par la proposition d'une consultation systématique à toutes les patientes avec un diagnostic de cancers de l'ovaire
- Permettre la prise en charge à 100 % des femmes à risque très élevé de cancer du sein (porteuses d'une mutation génétique) et évaluer le volume de femmes à risque élevé de cancer afin d'évaluer le coût d'une surveillance adaptée
- Inciter la réalisation de tests somatiques systématiques pour tous patients avec un diagnostic de cancer colorectal à moins de 60 ans ou un cancer de l'endomètre à moins de 50 ans et orienter le cas échéant, vers la consultation d'oncogénétique
- Renforcer les consultations de suivi afin de s'assurer que toutes personnes prédisposées aux cancers ont accès à un suivi adéquat

5. LE PARCOURS DU PATIENT

Le parcours du patient, entre sa prise en charge initiale, son retour à domicile et ses hospitalisations répétées, doit être caractérisé par une organisation exemplaire permettant une prise en charge de qualité, un suivi et un accompagnement optimal, quel que soit le stade de sa maladie et quel que soit le lieu de son domicile (équité des soins). Chaque situation doit par ailleurs entraîner une prise en charge personnalisée : chaque parcours est unique, ou presque ...

En Polynésie française, l'intérêt du parcours de soins et de la communication ville-hôpital est renforcé par les particularités du pays et notamment sa dispersion géographique. Pourtant, en se basant sur le vécu et les besoins ressentis par les professionnels de santé, les associations de patients polynésiens et les malades eux-mêmes, on ne peut que constater que l'organisation du parcours de soins du patient atteint de cancer fait encore défaut.

Les plans cancers français successifs ont structuré peu à peu l'organisation du parcours patient métropolitain. Cette organisation fait appel à des dispositifs structurés et spécialisés dans les établissements de soins permettant l'initiation et la définition du parcours du patient (dispositif d'annonces, réunions de concertations pluridisciplinaires, etc.). D'autres, fondamentaux, tendent à assurer la continuité de la prise en charge dès la sortie du patient, que ce soit par les professionnels libéraux ou par les hôpitaux périphériques (dossier médical communicant, réseaux de cancérologie, etc.). D'autres dispositifs, tels que le projet personnalisé de soins, informent le patient concernant le parcours qu'on lui propose de suivre. Par ailleurs, afin d'assurer le bon fonctionnement et la bonne coordination de ces dispositifs, il a été proposé la création de centres de coordination en cancérologie (3C) qui se sont développés dans les établissements prenant en charge des patients atteints de cancers. La permanence et la qualité des soins sont ainsi assurées par une concertation et une coordination des professionnels de santé et une transmission d'informations efficiente entre ces derniers. Le médecin de famille joue un rôle essentiel dans ce maillage puisqu'il se doit d'être le premier interlocuteur entre l'hôpital et la ville. Il est toutefois important de noter que la transmission d'informations doit être possible dans les deux sens (hôpital-ville mais également ville-hôpital).

Bien que ces moyens mis en œuvre doivent être assurément adaptés à la Polynésie française, il est sans doute intéressant de nous en inspirer afin de structurer au mieux les besoins exprimés par les professionnels et les patients.

En Polynésie française, une enquête a été réalisée en milieu hospitalier (au CHPf) en 2012 afin d'analyser les besoins des professionnels de santé de l'hôpital concernant la prise en charge des patients en oncologie. Cette étude a révélé que, tout professionnel et toutes unités confondus, le dispositif d'annonce et le dossier médical représentaient deux des trois premières thématiques pour lesquelles les besoins ressentis étaient les plus importants (résultat basé sur le nombre de commentaires suscités et le nombre d'avis négatifs) et les propositions d'amélioration les plus nombreuses (le thème de la communication entre professionnels et l'organisation des soins était le thème ayant fait l'objet du plus de propositions). De plus, les nombreux échanges qui se sont tenus pendant les réunions organisées dans le cadre de l'élaboration du Plan Cancer n'ont fait que confirmer ces résultats et ont permis de les étendre aux praticiens libéraux, aux praticiens des structures périphériques et aux patients. En effet, les besoins prioritaires identifiés par le groupe et reposant sur leur expérience quotidienne étaient le dossier médical communicant, le dispositif d'annonce, la formation des professionnels, l'information du patient sur son parcours de soins et la discussion collégiale des cas.

L'objectif principal de cet axe est que 100 % des patients atteints nouvellement d'un cancer puissent bénéficier d'une annonce, d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et de la remise d'un plan personnalisé de soins.

Informer le patient, lui permettre d'être acteur de sa prise en charge et favoriser la communication et la coordination des professionnels, notamment entre l'hôpital et la ville

Désigner une triade médicale dès le diagnostic histologique de cancer

L'optimisation de la prise en charge des patients est sous-tendue par la disponibilité de toutes les compétences médicales nécessaires, que ce soit au niveau des soins de proximité, qu'au niveau des spécialités d'organe et d'oncologie. Cette triade est chargée de travailler en constante coordination : elle met en œuvre le dispositif d'annonce, participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et distribue le programme personnalisé de soins (PPS).

Elaborer des protocoles relatifs au dispositif d'annonce au sein des structures de soins de la Polynésie française

L'annonce est un processus déterminant et initial pour le parcours de soins. L'information du patient et de ses proches est inscrite dans les droits des patients (code de santé publique). Le dispositif d'annonce ne doit pas s'entendre au singulier puisqu'il doit reproduire l'ensemble des étapes du parcours patient : l'annonce diagnostique, thérapeutique, de résultats (guérison, rechute), de limitation de soins, etc. Il présente au patient son diagnostic, son pronostic et le traitement envisagé. Actuellement, aucun dispositif d'annonce n'est formalisé dans les établissements de santé de la Polynésie française. Suite à l'enquête réalisée au CHPf en 2012 citée ci-dessus, un groupe de travail pluri-professionnel avait développé un outil standardisé (document papier). Le document est utilisé en routine par une unité de soins de l'établissement où il donne toute satisfaction. Le dispositif d'annonce s'est également grandement développé dans le service d'oncologie depuis 2014 avec la mise en place notamment de l'annonce paramédicale faisant suite à l'annonce médicale. Son but est de reformuler le parcours de soins proposé au patient, avec si nécessaire, une traduction en reo tahiti.

- Prévoir un temps spécifique d'annonce du diagnostic par le médecin spécialiste, l'oncologue ou le généraliste (particulièrement dans le cadre d'une prise en charge en réseau) dès réception du diagnostic histologique : tout patient doit bénéficier d'un dispositif d'annonce. Ce dispositif doit être mis en place dans tout établissement prenant en charge des patients atteints de cancers.
- S'assurer de la participation d'un professionnel parlant le « *Reo Tahiti* » ou une autre langue polynésienne si possible, lorsqu'il existe un besoin de traduction
- Veiller à ce que le patient puisse désigner, s'il le souhaite, une personne de confiance lui permettant de l'accompagner, comme cela est prévu par le code de santé publique
- Prévoir des temps spécifiques d'annonces pour chacune des étapes suivantes : annonce médicale du diagnostic, paramédicale, annonces thérapeutiques (post-RCP), de résultats, d'arrêt de traitement (annonce à caractère légal)
- Utiliser un outil d'annonce standardisé et synthétique qui devra être disponible dans le dossier médical partagé
- S'assurer de la bonne compréhension de la situation par le patient et sa famille et s'assurer de l'adhésion de ces derniers
- Former tous les professionnels de santé du pays au dispositif d'annonce. Le CHPf en collaboration avec le comité polynésien de la Ligue contre le cancer sont chargés de mettre en place un programme de formation ouvert à tous les professionnels
- Rédiger, diffuser et inscrire d'un point de vue réglementaire le cahier des charges spécifique au dispositif d'annonce

Instaurer des réunions de concertation pluridisciplinaire uniques par spécialité pour l'ensemble de la Polynésie française et standardiser leur organisation

Les RCP, mises en place en France depuis plusieurs années, ont pour but de donner un avis concernant la stratégie diagnostique et thérapeutique à adopter pour chaque nouveau patient atteint d'un cancer et d'adopter une prise en charge consensuelle et conforme aux recommandations en vigueur. Elles rassemblent les principaux praticiens pouvant intervenir dans la

prise en charge du patient (spécialistes d'organe, oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes, radiologues, généralistes, oncogénéticiens, etc.). C'est un élément essentiel dans l'organisation et le parcours de soins du patient puisqu'elle statue sur la meilleure prise en charge à proposer. Cette dernière n'est pourtant pas figée puisqu'elle peut bien entendu évoluer au cours de la prise en charge. Les médecins référents pourront être précisément identifiés à l'occasion de cette discussion.

En France, les RCP sont coordonnées, organisées et évaluées par le centre de coordination en cancérologie (3C). Un tel centre a été créé au CHPf en 2016. Son objectif prioritaire est l'organisation des RCP qui n'étaient jusqu'alors pas systématiques et parfois pas formalisées entre les différents établissements (public-privé). Certaines décisions de traitement étaient ainsi parfois prises indépendamment de toutes RCP sans qu'il n'y ait de consensus de prises en charge. Pour l'oncologie pédiatrique et l'onco-hématologie, des circuits formalisés ont été établis en collaboration avec des RCP nationales (Hôpital Saint-Antoine pour l'onco-hématologie adulte, hôpital Robert Debré pour l'onco-hématologie pédiatrique et l'Institut Gustave Roussy pour les tumeurs solides de l'enfant). Ces collaborations donnent entière satisfaction.

- 100 % des patients doivent avoir une RCP. Si le cas ne nécessite pas de discussion concernant la prise en charge ou si cette dernière est réalisée en métropole, son enregistrement reste nécessaire
- Transmettre les cas enregistrés au registre des cancers de la Polynésie française
- Organiser une RCP unique par spécialité pour l'ensemble du Pays
- Faciliter la participation de praticiens libéraux ou des autres îles par l'intermédiaire de la téléconférence (particulièrement pour les praticiens de l'hôpital d'Uturoa destiné à reprendre une activité de chimiothérapie). Intégrer les conclusions des différentes RCP au dossier médical partagé

Remettre un projet personnalisé de soins (PPS) à chacun des patients à l'issue de la RCP et/ou tout outil complémentaire facilitant la communication patient-soignant ou pouvant offrir au patient un support privilégié d'expression, en rapport notamment avec sa culture

A l'issue des RCP, un PPS sera remis au patient. Il s'agit d'un outil papier qui est la propriété du patient et qui peut être remis aux différents professionnels sur accord de ce dernier. Ce document médico-éducatif contiendra des informations représentant et expliquant au patient sa maladie et son parcours de soins. Disponible dans les deux langues, il contiendra des informations utiles pour le professionnel mais surtout utiles pour le patient et sa famille afin qu'il comprenne sa maladie, le parcours proposé, le répertoire des personnes ressources, des associations, des groupes de parole et des divers soins de support ou d'accompagnement qui peuvent être promulgués afin d'améliorer sa qualité de vie. Son articulation et sa complémentarité avec le cahier rouge de longue maladie déjà existant devront être évoquées.

Alternativement au PPS, un carnet culturel de soins de support et d'expression est en cours d'évaluation. Il semble avoir été plébiscité par les patients polynésiens. Son utilité et son utilisation doivent encore être précisées.

Faciliter le partage de données médicales entre professionnels de santé

En parallèle du PPS remis au patient en version papier, la mise en place d'un dossier patient numérique est primordiale pour la communication entre les acteurs de santé, notamment lorsque le patient rentre à son domicile. Beaucoup de professionnels se sentent parfois démunis d'informations et rencontrent de grandes difficultés à conseiller ou prendre en charge de manière adaptée leurs patients. Il peut s'agir de professionnels exerçant dans des établissements de santé isolés ou de professionnels libéraux tels que médecins, paramédicaux, pharmaciens, etc.

- Envisager une solution intermédiaire au dossier médical partagé (DMP) telle que la messagerie cryptée. Elle permet le transfert des documents « papiers » du dossier (compte-rendu, fiche de RCP, fiche d'annonce, etc.) sous forme de courrier électronique. Apycript est une solution déjà initiée en Polynésie. Toutefois, bon nombre de libéraux n'en sont pas encore équipés.

- Développer le plus rapidement possible un DMP disponible à l'ensemble des professionnels de santé de Polynésie française. Ce DMP pourra bien entendu s'étendre au-delà de la pathologie cancéreuse. Toutefois les obstacles sont nombreux, notamment au regard des larges échanges de données et du secret médical.
- Veiller à l'articulation avec d'autres dossiers partagés, notamment le domaine des soins primaires et à destination des professionnels de santé dans les îles.

Envisager la création d'un réseau de cancérologie et d'une hospitalisation à domicile (HAD)

Le réseau garantit au patient la continuité des soins entre l'hôpital et la ville, la multidisciplinarité et la coordination de la prise en charge et l'amélioration de la qualité de cette dernière. Le réseau permet la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et de prises en charge aux professionnels de santé. La mise en place d'une telle organisation est complexe. Elle associe les professionnels de terrain qui assurent la prise en charge de proximité du patient et une cellule de coordination rassemblant en général 3-4 personnes (médecin coordonnateur, infirmier, secrétaire, etc.). Des outils de communication doivent être disponibles tels qu'un DMP d'une part et un site Internet dédié d'autre part. L'appartenance d'un professionnel au réseau peut être discriminatoire pour l'accès aux données du dossier communicant.

A l'heure actuelle, aucun réseau en cancérologie n'existe sur le territoire. Une tentative a pourtant été initiée il y a quelques années, plus spécifiquement dans le domaine des soins palliatifs, mais celle-ci s'est essouffée et n'a pu être pérenne, notamment pour des raisons financières. L'absence de coordination entre l'hôpital et la ville est réelle et source de questionnement permanent par les professionnels de santé. Une fois de plus, ce besoin est aggravé par l'isolement géographique de certaines îles.

La notion de réseau tel qu'il est classiquement entendu sera initiée par le centre de coordination en cancérologie du CHPf et la triade médicale évoquée ci-dessus. Elle permettra, dès le diagnostic, de lier la ville et l'hôpital, en particulier grâce au rôle du médecin de famille, autour duquel pourra se former le maillage des professionnels assurant les soins de proximité du patient : infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, psychologue, orthophoniste, diététicien, bénévole, etc. En l'absence de médecin généraliste, en particulier dans les îles, une personne relais pourra être identifiée.

Un réseau de cancérologie devra nécessairement, à terme, intégrer la notion d'hospitalisation à domicile (bien que non spécifique à la pathologie cancéreuse) selon la formule « prendre en charge les patients au plus près de leurs lieux de vie ». Aucune structure d'HAD n'existe à l'heure actuelle, en dehors du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) très investi dans les soins palliatifs.

Organiser, standardiser et formaliser les parcours de prises en charge pour chacune des filières

- Harmoniser les référentiels de prise en charge au sein d'une même spécialité et les préciser dans le règlement intérieur de la RCP
- Lorsque cela s'avère nécessaire, la décision d'évaser un patient pour sa prise en charge doit être collégiale et prise lors des RCP
- Déterminer les centres de recours métropolitains en fonction des spécialités pour la prise en charge des patients nécessitant une évasan ou pour ceux nécessitant un avis
- Les évasans doivent autant que possible être maintenues en métropole, voire dans l'agglomération parisienne pour plus de facilité, sauf cas particuliers de rapprochements familiaux

Officialiser, développer et soutenir le centre de coordination en cancérologie (3C) du CHPf

Cette structure est le garant de la qualité de prise en charge du patient. Il permet la mise à disposition des référentiels et l'évaluation de leur utilisation, s'assure de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et en fédérant les réunions de concertation pluridisciplinaire, de la mise en place du dispositif d'annonce et de la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins (PPS). Il rend plus lisible l'organisation interne de la cancérologie et développe un suivi individualisé de chaque patient en l'informant et l'orientant tout au long de son parcours. Ce

3C est un point focal pour les soignants afin de leur faciliter l'accès aux données de leurs patients. Il est en lien direct avec la triade médicale définie par ailleurs.

Cette structure a été créée en 2016 au CHPf avec, comme objectif prioritaire pour l'année, l'organisation et la structuration des RCP. Développé à moyen constant, il compte deux médecins, un pharmacien qualitatif et une IDE de coordination. Seul un secrétariat dédié, indispensable à son bon fonctionnement, doit être créé. A ce jour, malgré de nombreux progrès réalisés, le 3C reste très fragile. Il n'a en effet aucune existence formalisée et aucun poste de secrétariat n'a pu être pérennisé. Sans ce dernier, aucune réorganisation n'est envisageable.

Former les professionnels et les membres des associations de patients

Lors de l'étude réalisée en 2012 au CHPf analysant les besoins des professionnels de l'hôpital concernant la prise en charge en oncologie, la formation sur la thématique du cancer a été spécifiquement citée ainsi que des demandes plus spécifiques telles que la formation concernant les traitements spécialisés pour les pharmaciens. Ce besoin de formation a également été cité par le groupe de travail qui en a fait une de ses priorités, après le dossier médical partagé et le dispositif d'annonce. Il existe également une forte demande des associations de patients (Comité de Polynésie française de la Ligue nationale contre le cancer et APAC). Ces besoins de formation sont également répartis dans les différents items de ce document.

6. LES MOYENS DE PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DU PATIENT

« Dans le contexte actuel de réduction des dépenses de santé »

La suspicion d'un diagnostic de cancer repose sur l'anamnèse, la clinique, et l'imagerie. L'examen anatomopathologique permet d'établir de façon définitive ce diagnostic en apportant la preuve histologique. Le diagnostic de cancer confirmé, il est ensuite nécessaire de préciser le bilan d'extension de la maladie grâce notamment à l'imagerie (radiologie conventionnelle ou médecine nucléaire). L'ensemble de ces éléments vont permettre de guider le traitement qui devra être décidé collégalement en RCP. Ce dernier doit répondre à des critères de qualité, être innovant et personnalisé, c'est-à-dire adapté au plus proche des caractéristiques tumorales. Le délai de sa mise en œuvre doit être le plus court possible. Des bilans réguliers permettent par la suite le suivi de la réponse tumorale au traitement, afin de le modifier si nécessaire.

Consolider et réorganiser l'activité d'anatomopathologie afin de réduire les délais d'obtention des résultats et donc de prises en charge

Cette spécialité médicale est essentielle puisqu'elle permet, après analyse des biopsies ou des pièces opératoires, d'affirmer ou de confirmer le diagnostic de cancer, d'en préciser le type et d'établir un premier bilan d'extension (notamment ganglionnaire). Cette discipline permet par ailleurs, grâce à des techniques de plus en plus pointues, de fournir des informations aux cliniciens concernant les caractéristiques tumorales, essentielles pour adapter au mieux le traitement et évaluer le pronostic. C'est pourquoi le développement de l'anatomopathologie était une priorité des plans cancers métropolitains successifs.

Trois praticiens exercent actuellement en Polynésie française, tous à Papeete : deux au CHPf et un à l'Institut Louis Malardé. Un cabinet libéral a fermé ses portes fin 2015. La disparition de l'offre libérale sur le territoire a ainsi entraîné une nette diminution des moyens, quasiment sans compensation :

- Perte du parc de matériel ;
- Perte de ressources humaines non médicales. Un poste de technicien et un poste de secrétaire ont été toutefois ouverts au CHPf en surcroît d'activité, mais sans aucune certitude concernant leur pérennité ;
- Perte de ressource humaine médicale : un des deux praticiens libéraux est parti en retraite, le second a rejoint le CHPf sur un poste budgétaire existant depuis 2011 et non pourvu depuis 2015. Ce départ en retraite a abaissé l'effectif des spécialistes sur le territoire alors même qu'il était déjà inférieur à la densité métropolitaine. Actuellement, cette densité est de 1,1/100 000 habitants vs. 2,5 pour la métropole³⁶. De plus, deux des trois praticiens actuels sont âgés de 60 ans et plus.

Les techniques standards en histologie et cytologie peuvent être effectuées en Polynésie française, ainsi qu'une partie des analyses d'immuno-histochimie. L'activité des deux structures (CHPf et Institut Louis Malardé (ILM)) n'étant pas différenciée (chaque laboratoire possède sa « clientèle »), la masse totale des analyses est donc partagée. De plus, en rapport avec les effectifs actuels des équipes et le volume à traiter en évolution constante, une partie des analyses est sous-traitée directement à des laboratoires métropolitains. Avant la fermeture du cabinet libéral, ces sous-traitances concernaient des techniques nécessitant une expertise spécifique (technique d'immuno-histochimie, biologie moléculaire). Elles concernent aujourd'hui plus de 50 % des analyses histologiques du libéral et 1/3 des analyses totales du territoire, alors même qu'il s'agit d'analyses histologiques de base. De plus, le nombre de laboratoires métropolitains impliqués est très hétérogène et certains circuits fonctionnent mieux que d'autres. La rapidité de rendu des résultats est garante d'une prise en charge thérapeutique adaptée et promulguée dans les meilleurs délais. La

³⁶ Les métiers liés au cancer Leur répartition et ses déterminants, rapport 2010-2011

complexité de certains circuits, liée notamment à de multiples intermédiaires (certains laboratoires métropolitains sous-traitant encore à d'autres !), peut entraîner un allongement substantiel des délais d'analyse ainsi que des pertes d'informations. Enfin, notons que dans ce cas précis de diagnostic histologique effectué en dehors du territoire, d'autres inconvénients majeurs apparaissent : 1) l'information n'est plus transmise au registre des cancers 2) aucun archivage de matériel n'est réalisé sur le territoire, rendant extrêmement complexes toutes demandes d'analyses complémentaires par les cliniciens 3) aucune confrontation anatomo-clinique n'est possible. De toutes les manières, un volume incompressible d'analyses ne peut être sous-traité. Il s'agit des analyses urgentes, des analyses extemporanées et des analyses des grosses pièces anatomiques. Cette spécialité est par ailleurs de plus en plus sollicitée pour des techniques d'immuno-histochimie permettant de définir la présence de marqueurs tumoraux rendant potentiellement éligible le patient à une thérapie ciblée. Certains sont également des facteurs pronostiques orientant le traitement. Prenons l'exemple du récepteur HER2 dans le cancer du sein. Actuellement cette technique est sous-traitée et les résultats font régulièrement défaut lors de la prise de décision thérapeutique pendant les RCP. Toutefois, le développement de ces nouvelles techniques sur le territoire sera difficilement envisageable sans renforcement de la spécialité et mutualisation des laboratoires puisque les critères qualité d'analyses imposent une masse critique minimale. Plus globalement, la situation actuelle de cette spécialité sur le territoire ne permettra en aucun cas l'innovation technique.

En résumé, la situation actuelle de la spécialité d'anatomopathologie sur le territoire polynésien est extrêmement précaire et fragile. Son renforcement et sa réorganisation semblent primordiaux. Il s'agit de renforcer les ressources et d'organiser les circuits des prélèvements en définissant notamment ceux qui doivent être traités sur le territoire et ceux qui nécessitent d'être sous-traités (expertise nécessaire, urgence moindre). L'acquisition de matériel spécifique permettra également d'accélérer les échanges avec la métropole lors de demandes d'expertise (scanner de lames).

Enfin, dans un projet plus ambitieux, on peut penser que la centralisation des analyses au sein d'une structure d'anatomopathologie unique permettrait une harmonisation et complémentarité des stratégies, une mutualisation et optimisation du matériel (en particulier l'automate d'immuno-histochimie actuellement sous-utilisé), un développement du contrôle qualité (double lecture), une spécialisation des praticiens (entraînant une meilleure qualité d'analyse de par l'augmentation de la masse critique) et l'innovation technique. De plus, le projet d'une structure d'anatomo-pathologie unique et performante pour la Polynésie française serait sans doute plus attractif et permettrait de recruter de nouveaux praticiens avec plus de facilité, notamment lors des congés, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

L'objectif principal des propositions est de réduire les délais d'analyses histologiques et donc de prises en charge des patients.

Permettre la mise en place d'une structure d'anatomopathologie pérenne

- Renforcer la spécialité en créant les postes nécessaires et mutualiser les structures d'anatomo-pathologie, dans l'idéal par le développement d'une structure unique. A défaut, réorganiser et mutualiser l'activité des structures existantes.
- Acquérir le matériel nécessaire afin d'améliorer la qualité de lecture, à assurer la permanence de service et la rapidité d'interprétation

Optimiser les circuits suivis par les prélèvements et les résultats

- Réorganiser, formaliser les circuits de sous-traitance existants (sans oublier ceux spécifiques à l'hématologie et notamment le lymphome cutané) et créer les circuits encore inexistantes et qui permettraient des diagnostics (notamment moléculaires) rendant éligibles les patients à de nouveaux traitements (notamment ciblés et immunothérapie). Préférer un nombre réduit de plateformes/laboratoires pouvant absorber facilement le volume d'analyses de la Polynésie française et permettant un rendu rapide des résultats

- Standardiser les comptes rendus en fonction des critères de l'INCa et intégrer ces documents au dossier du patient, en amont des RCP

Diversifier les activités réalisées sur le territoire

- Développer les techniques d'immuno-histochimie permettant la détection de marqueurs tumoraux rendant éligible le patient aux thérapies ciblées ou à l'immunothérapie (notamment le récepteur HER2)
- Soutenir la formation continue des équipes, notamment celle des techniciens pour l'obtention de la qualification de cyto-techniciens afin de faciliter et accélérer la lecture des lames de cytologie (en particulier des frottis cervico-utérins)
- Envisager la mise en place d'une tumorothèque. Seule une conservation des blocs de paraffine ou des lames dans le cadre de l'archivage existe actuellement

Soutenir l'activité de chimiothérapie

L'oncologie est une spécialité médicale complexe à organiser de par son caractère transversal. Le turn-over des médecins oncologues a été important ces dernières années. Néanmoins, depuis juillet 2014, l'activité s'est réorganisée et le service d'oncologie du CHPf réalise actuellement toutes les chimiothérapies ambulatoires ou en hospitalisation complète du Pays. Son activité a grandement augmenté au cours des dernières années. On comptait ainsi 3 865 hospitalisations de jour (HDJ) en oncologie en 2014, 5 138 en 2015 et 4 918 en 2016. Huit lits d'hospitalisation conventionnelle ont par ailleurs été créés au CHPf en 2015. Toutefois, le nombre d'hospitalisations est supérieur aux capacités en lits, entraînant des difficultés de prises en charge.

L'hôpital de Taravao dessert un bassin de population de 50 000 personnes. Bien que ses infrastructures restent précaires, une délocalisation de l'activité de chimiothérapie pourrait être envisagée afin de prendre en charge le patient au plus près de son domicile, améliorant assurément sa qualité de vie et en évitant un grand nombre de transports sanitaires. Au cours de l'année 2015, 963 hospitalisations de jour (18,8 %) provenaient de cette zone géographique. Une telle délocalisation pourrait être envisagée également pour l'hôpital d'Uturoa. Au cours de la même année, 670 HDJ (13,0 %) concernaient des patients domiciliés aux îles sous le vent et environ 600 évacuations sanitaires inter-îles pour chimiothérapie ont été enregistrées par la CPS.

Enfin, depuis plusieurs années, l'accessibilité des thérapies ciblées a entraîné une augmentation exponentielle des dépenses de chimiothérapie³⁷. Sur la base des nombreux progrès médicaux réalisés ces dernières années (thérapies ciblées, immunothérapies), ses coûts ne vont cesser de prendre de l'ampleur.

Enfin, en rapport avec l'arrêté 527 CM du 21 juillet 2005, les activités en lien avec le traitement des affections cancéreuses sont soumises à autorisation. Cependant, aucune procédure de demande d'autorisation n'a jamais été effectuée dans ce domaine.

L'objectif des propositions est d'augmenter le nombre de prises en charge au plus proche du domicile du patient.

Optimiser l'organisation de chimiothérapie

- Réorganiser l'activité d'hospitalisation au sein du service d'oncologie au CHPf
- Délocaliser l'activité de chimiothérapie dans les hôpitaux périphériques, notamment Taravao et Uturoa
- Créer des lits d'aval à type de soins de suite en cancérologie à l'hôpital de Taravao
- Envisager la création de lits d'hospitalisation supplémentaires au CHPf en l'absence d'efficacité sur le taux d'occupation des mesures précédentes

³⁷ Etats des lieux de la prise en charge des cancers en Polynésie, 2012

Encadrer la prescription des thérapies coûteuses

- Adapter la réglementation afin de définir les qualifications nécessaires à la prescription de certaines thérapeutiques. Lorsque ces dernières ne peuvent être prescrites que par un praticien qualifié en oncologie, définir un protocole de surveillance du patient en lien avec les spécialistes d'organes.
- Valider en RCP toute initiation de traitement, notamment les lignes thérapeutiques avancées ou les prescriptions hors AMM (la prescription d'une spécialité non conforme à son autorisation de mise sur le marché est possible en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée)
- Envisager la dimension économique et la balance coûts-bénéfices dans le choix des traitements. Etablir différents scénarii de traitements présentant, pour chacun d'entre eux, le coût et notamment le coût marginal de gain de survie et/ou de qualité de vie. Encourager la participation du pharmacien de la pharmacie à usage intérieur (PUI) aux RCP, le cas échéant.
- Tracer les indications de chimiothérapie en améliorant l'exhaustivité des données disponibles dans le logiciel Asclepios de la PUI du CHPf (suivi du circuit du médicament)

Garantir une prise en charge de qualité

- Etablir une réglementation territoriale encadrant l'activité de cancérologie
- Tout établissement de santé exerçant une activité de chimiothérapie doit engager les procédures nécessaires à l'obtention d'une autorisation d'activité et doit satisfaire aux critères INCa définis pour cette pratique.
- Les PUI des établissements de santé s'engageant dans la préparation de chimiothérapies doivent suivre les critères de qualité émis par l'INCa (critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie).
- Standardiser la pose des chambres implantables percutanées par la rédaction et la diffusion d'un protocole rappelant à l'ensemble de praticiens les recommandations des bonnes pratiques pour leur pose et établir des conventions entre le CHPf et les établissements privés, précisant notamment un délai maximum de pose des chambres implantables. Les chambres implantables (PAC) sont en général posées par les chirurgiens, qu'ils soient du public ou du privé. Il n'existe pas de convention entre les établissements privés et le CHPf, spécifiant notamment un délai maximum de pose. Les incidents déclarés au service qualité du CHPf en lien avec les PAC ont été récurrents ces dernières années. Ces incidents concernent différents points (information du patient, programmation de la pose, suivi à domicile) mais la plupart des déclarations concernaient des PAC non fonctionnelles dès la première cure de chimiothérapie. Certaines d'entre elles migrent sous la peau et entraînent des difficultés d'accès favorisant les extravasations. Cette difficulté est en partie liée à une non standardisation des poses (notamment concernant le site de pose) et à des co-morbidités du patient telles que l'obésité. Ces incidents entraînent parfois une nécessité de nouvelle pose et un allongement du délai de mise en route du traitement.
- Favoriser la déclaration en ligne et le suivi des événements indésirables en lien avec les PAC

Faciliter et encourager l'activité de chimiothérapie à domicile par les IDE libéraux

La gestion des déchets (notamment des diffuseurs à usage unique sur PAC) pose des difficultés aux IDE libéraux car aucun circuit n'est actuellement formalisé pour récupérer et détruire ce matériel. De plus, certains actes sont peu prescrits par les médecins alors même que les IDE ont ces compétences à leur nomenclature. Toutefois, tous les IDE ne sont pas volontaires pour effectuer ces gestes et il est parfois difficile pour le patient d'identifier les professionnels adaptés. La plupart des difficultés rencontrées s'amélioreraient dans le cadre d'une prise en charge en réseau d'oncologie. Toutefois, la mise en place d'une telle structure est complexe. Aussi, d'autres solutions doivent être envisagées afin d'améliorer ces pratiques.

- Améliorer les conditions de stockage des déchets en initiant un circuit permettant la récolte hebdomadaire de ces derniers et leur transfert et leur destruction au CHPf

- Identifier les IDE libéraux volontaires à la pratique d'actes en oncologie (ablation de baxters, rinçage de PAC, perfusion de produits spécifiques) et s'assurer de l'enregistrement de leur certificat de compétence à la CPS
- Encourager les médecins à prescrire certains soins d'oncologie en pratique libérale

Pratiquer une chirurgie de qualité

- L'activité de chirurgie des cancers doit satisfaire aux critères INCa définis pour cette pratique
- L'activité de chirurgie des cancers devra être ajoutée au dispositif des autorisations
- La prise en charge chirurgicale des tumeurs rares - qui seront redéfinies - doit se décider en RCP, se faire en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec la métropole le cas échéant
- Toute pièce anatomique doit être orientée avant son envoi au laboratoire

Remettre à niveau et développer les plateaux techniques d'imagerie

L'imagerie est essentielle à la fois pour la phase diagnostique mais également pour la phase de suivi du traitement et de surveillance post-traitement.

A ce jour, la Polynésie française compte 17 postes de radiologues dont neuf en privé. Concernant les équipements en matériels lourds, la Polynésie française est dotée de trois scanners, examen central dans le cadre de la prise en charge des cancers : deux au CHPf et un en libéral. Les besoins de la Polynésie française en scanographes à usage médical³⁸ sont remplis. Toutefois, ils sont tous installés sur l'île de Tahiti. Comme évoquée à plusieurs reprises, la spécificité de la répartition de la population polynésienne est à prendre en compte. Il existe un hôpital à Uturoa où exerce un médecin radiologue. L'installation d'un scanner améliorerait l'offre de soins de proximité, en particulier pour l'ensemble des Iles sous le vent, d'autant plus que ce plan cancer souhaite encourager la reprise de l'activité de chimiothérapie au sein de cet hôpital et délocaliser certaines consultations de suivi ou d'évaluation. La prise en charge de certains patients ciblés pourrait ainsi se faire intégralement à Raiatea. En plus d'améliorer la qualité de vie de ces patients, la limitation des coûts d'évasans pourra couvrir les frais de fonctionnement de ce scanner.

Une seule IRM est disponible au CHPf pour l'ensemble du pays. Son utilisation, mutualisée entre le secteur public et privé, est saturée. Une seconde IRM autorisée depuis 2016 n'a pas encore été installée. Bien que l'ouverture de la scintigraphie en 2016 a permis de diminuer les demandes d'IRM corps entier pour certains bilans d'extension, la demande en urgence d'IRM chez des patients atteints de cancers posent toujours autant de difficultés en terme de disponibilité de l'appareil. Enfin, en lien avec le développement des consultations d'oncogénétique, l'IRM devrait être de plus en plus sollicitée comme outil de dépistage du cancer du sein chez les femmes à prédisposition héréditaire. Concernant la pathologie mammaire, le territoire comptabilise 11 mammographes (dont 4 numérisés), dont beaucoup datent de plus de 8 ans. Certains d'entre eux semblent également sous-utilisés. Dans le cadre du développement d'un dépistage organisé du cancer du sein, le parc de mammographes se doit d'être de la meilleure qualité possible.

- Encourager et optimiser les collaborations entre l'IRM du secteur public et celle du secteur privé, une fois que cette dernière sera installée
- Encourager l'installation d'un quatrième scanner à l'hôpital d'Uturoa desservant la population des îles Sous le Vent
- Rénover le parc de mammographes tout en envisageant la possibilité de mutualiser certains appareils de haute qualité, notamment au sein d'un centre de sénologie
- Standardiser les comptes-rendus d'imagerie permettant d'évaluer la réponse tumorale au traitement (critères RECIST) : définir et préciser correctement les cibles métastatiques suivies, leur évolution et mentionner lorsqu'elles ont été mesurées

³⁸ L'arrêté 526 CM du 21 juillet 2005 - déterminant les indices des besoins pour les lits et places, pour les équipements matériels lourds et pour les activités de soins

- Prévoir un système d'archivage et de partage des images (PACS) facilitant la gestion électronique des clichés pour leur archivage, leur stockage et leur transmission rapide, en particulier au CHPF, lorsqu'un avis est souhaité ou à l'occasion des RCP

Optimiser l'activité de radiothérapie

Disponible depuis 2011, le service comprend deux radiothérapeutes, deux accélérateurs de particules et un scanner de positionnement. L'activité n'a fait qu'augmenter au cours des années. A ce jour, le service permet de prendre en charge 98 % des besoins de la Polynésie française. Certaines améliorations peuvent toutefois encore être envisagées, notamment la potentialisation des accélérateurs et l'acquisition de matériels améliorant la qualité, la sécurité et le confort de prise en charge. De plus, les techniques de stéréotaxie et curiethérapie ne sont pas encore disponibles sur le territoire et nécessitent chaque année une dizaine d'évacuations sanitaires. On évalue également qu'environ cinq à dix patientes par an pourraient bénéficier de ces techniques et refusaient jusqu'alors l'évacuation sanitaire.

- Acquérir les nouveaux composants (matériels, logiciels) permettant de faire bénéficier les patients d'une qualité, d'une sécurité et d'un confort de traitement à travers notamment le développement de la curiethérapie, de la stéréotaxie ou de l'amélioration du repositionnement du patient
- L'activité de radiothérapie doit satisfaire aux critères INCa définis pour cette pratique

Développer un partenariat privilégié avec la nouvelle Calédonie pour l'activité de médecine nucléaire

La médecine nucléaire est une spécialité employée à des fins diagnostiques et thérapeutiques dont les indications sont larges et ne concernent pas uniquement la pathologie cancéreuse. Son principe repose sur l'injection d'un médicament couplé à un isotope faiblement radioactif (médicament radio-pharmaceutique ou MRP) capable de se fixer sur un tissu spécifique du corps humain (tissu tumoral et ses métastases, tissu osseux, thyroïde, etc.). A l'inverse des techniques d'imagerie conventionnelle, la médecine nucléaire est une imagerie dite fonctionnelle : elle étudie le métabolisme et le fonctionnement des tissus et des organes. L'image produite apporte des informations différentes et complémentaires de l'imagerie classique (scanner, IRM et échographie). L'énergie produite par le MRP est captée par une gamma-caméra (scintigraphie conventionnelle) ou un tomographe TEP (tomographie par émission de positons ou PETscan).

Le service de médecine nucléaire ouvert en juillet 2016 au CHPF ne propose que la scintigraphie. Son utilisation, quelle que soit l'indication, a rapidement pris de l'ampleur et a dépassé les prévisions initiales. On dénombre aujourd'hui déjà plus de 900 patients qui ont bénéficié de cette technique. Environ 45 examens sont réalisés chaque semaine et la perspective est de 2000 scintigraphies annuelles. Cette montée en puissance a permis de libérer des plages horaires pour l'IRM qui était jusqu'alors fortement sollicitée pour les bilans d'extension des cancers. Bien que l'offre de soins et les indications soient très variées, l'indication principale de ces examens est relative à la pathologie cancéreuse (les bilans d'extension osseux de cancers tels que celui de la prostate ou du sein ou encore le ganglion sentinelle représentent plus de 50 % de l'activité),.

A l'activité diagnostique, il faut ajouter l'activité thérapeutique des cancers thyroïdiens en hospitalisation conventionnelle : l'irathérapie (1 chambre, 30 patients). Le CHPF accueille les patients hémodialysés de Nouvelle Calédonie candidats à une irathérapie, récusés par l'Australie en raison de la complexité de la gestion du dialysat radioactif. L'étroite collaboration avec le service d'hémodialyse a permis de prendre en charge ces patients lourds et témoigne de l'excellence des équipes du CHPF. Cette activité devrait se développer encore dans les prochains mois, avec une quarantaine de patients supplémentaires par an. Au total, la perspective est d'environ 80 patients par an pour l'irathérapie des cancers de la thyroïde.

Le TEP, non disponible en Polynésie, est quasi-exclusivement utilisé en cancérologie, dans la caractérisation et le bilan d'extension des lésions pulmonaires, le bilan d'extension et la réponse précoce au traitement des lymphomes, le bilan d'extension et de récurrences des cancers du sein,

colorectaux, du mélanome, la recherche de récurrence des cancers digestifs ou de la prostate, le bilan préopératoire des cancers gynécologiques ou de l'œsophage, etc. Les indications s'élargissent parallèlement à la demande qui croît de façon constante en France et à travers le monde. A ce jour, les patients nécessitant un TEP sont évacués en Nouvelle Zélande ou en métropole (70 en 2012 et environ 200 en 2016). Toutefois, ce chiffre ne reflète pas totalement les besoins actuels en PET. En effet, ce voyage est parfois impossible pour certains patients dont l'état général est fortement altéré, obligeant le praticien à renoncer à l'examen. Ou cet examen est tout simplement refusé par le patient qui ne souhaite pas faire le voyage. On évalue ainsi qu'environ 500 examens TEP pourraient être réalisés dès la première année si un tel équipement était disponible en Polynésie. Cette activité, tout comme celle d'irathérapie, pourrait être mutualisée avec la Nouvelle-Calédonie.

- Formaliser un partenariat avec la Nouvelle-Calédonie définissant les conditions de la préparation, l'accueil et la prise en charge des patients calédoniens pour le traitement par irathérapie des cancers bien différenciés de la thyroïde
- Développer un projet de collaboration avec la Nouvelle-Calédonie pour le développement mutualisé d'un PET-scan

Développer l'activité de recherche clinique sur le territoire

Aujourd'hui, cette activité est inexistante sur le territoire. La recherche clinique permet aux patients de bénéficier de nouvelles techniques diagnostiques ou thérapeutiques à travers les essais cliniques.

- Rédiger le cadre réglementaire spécifique à la Polynésie française
- Développer la recherche clinique en partenariat avec les structures habilitées à faire de la recherche en Polynésie française
- Recruter un attaché de recherche clinique permettant le suivi des patients inclus dans les différents essais cliniques. Ce personnel devra être mutualisé entre les différentes spécialités.

7. L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ET LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont définis comme des soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement, en institution ou à domicile. Une personne est considérée comme relevant des soins palliatifs à partir du moment où elle est atteinte d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Les soins palliatifs visent à préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort : ils permettent d'atténuer les problèmes physiques (la douleur en particulier), psychosociaux et spirituels chez plus de 90 % des malades du cancer à un stade avancé³⁹. Toutefois, les soins palliatifs ne concernent pas uniquement la pathologie cancéreuse, même si cette dernière représente une majorité chez l'adulte en milieu hospitalier (70 %). La loi métropolitaine 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Leonetti » applicable en Polynésie française) aborde les notions de respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance) et du refus de l'obstination déraisonnable. Elle a été actualisée tout récemment par la loi Claeys-Leonetti (2016-87). Ses décrets d'application ont été publiés au JOPF en août 2016 (2016-1066 & 2016-1067). Cette loi renforce les droits des patients, notamment à travers les notions de directives anticipées et de sédation profonde et continue.

Les circulaires DHOS/02 du 5 mai 2004 et DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 définissent la démarche palliative par différents niveaux de prises en charge : l'accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié, des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) avec un médecin référent au sein de services confrontés à des fins de vie fréquentes, l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et les unités de soins palliatifs (USP) qui concernent les établissements rencontrant des situations complexes de fin de vie. Enfin, l'hospitalisation à domicile et les réseaux de soins palliatifs sont des acteurs essentiels de l'offre et de l'organisation des soins à domicile. Tous ces niveaux de prises en charge sont intimement liés et ne peuvent être possibles que si une formation efficace des professionnels de santé existe - qu'ils exercent au sein des établissements de santé ou en libéral - et grâce à une participation active des bénévoles.

Il n'existe aucune réglementation polynésienne encadrant la pratique des soins palliatifs et l'accompagnement. En termes de structure, un centre de la douleur et un comité de lutte contre la douleur (CLUD) existent depuis 2005 au CHPf. L'équipe effectue, en plus de son activité au sein du CHPf, des consultations avancées dans les îles. Une équipe mobile de soins palliatifs a été créée en 2015 au CHPf. Toutefois, il n'existe en Polynésie ni USP ni LISP officialisés, que ce soit au CHPf ou dans les autres structures périphériques. La prise en charge à domicile dépend pour l'essentiel des libéraux installés dans les communes. La création d'un réseau structuré de soins palliatifs a pourtant été initiée en 2005. Toutefois, ce projet n'a pu voir le jour pour diverses raisons (administratives, financières, etc.). Il n'existe pas de structure permettant l'hospitalisation à domicile. Cependant, le SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) est en place depuis 2010. Ce « mini-réseau » favorise le maintien à domicile des patients en coordonnant les professionnels libéraux (essentiellement paramédicaux). Bien que ses activités se recentrent majoritairement ces dernières années autour des situations palliatives, la population couverte est actuellement restreinte à l'île de Tahiti.

Certains professionnels de santé sont très impliqués dans la démarche palliative depuis de nombreuses années. En effet, suite à un partenariat avec l'équipe du CHU de Bordeaux, plusieurs d'entre eux (exerçant au CHPf, au sein des établissements de la Direction de la santé ou en libéral) sont diplômés en soins palliatifs grâce à l'organisation de deux sessions de diplômes universitaires en 2004 et 2013. Par ailleurs, l'enquête en 2012 sur les besoins des professionnels de santé du CHPf concernant la prise en charge en oncologie présentée ci-dessus (chapitre 5) a révélé que, tout professionnel et toutes unités confondus, les soins palliatifs étaient la thématique pour laquelle les

³⁹ <http://www.who.int>

besoins ressentis par les professionnels étaient les plus impérieux et les propositions d'amélioration les plus nombreuses. Enfin, les associations de malades (le Comité polynésien de la Ligue contre le cancer et l'APAC) ainsi que les bénévoles présents sur le territoire restent très actifs au sein du CHPf et en dehors pour améliorer la qualité de vie des patients (environnement de prise en charge, groupes de parole, accompagnement, etc.).

Les conditions d'accompagnement doivent être améliorées pour l'ensemble des patients et des réseaux simplifiés doivent être constitués afin de faciliter la communication entre l'hôpital, le domicile et les structures périphériques, pour l'adulte et l'enfant.

Interroger la population sur les besoins de prise en charge de la « fin de vie » en Polynésie française

En lien avec le premier axe de ce plan cancer qui vise à connaître plus précisément le patient polynésien, une question fondamentale est celle de la fin de vie : où les Polynésiens souhaitent-ils vivre leurs derniers jours ? Ce débat est un préalable à toute décision dans le domaine, en particulier pour décider des priorités à mettre en œuvre.

Soutenir et développer l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) implantée au CHPf et définir des LISP

Une EMSP est une équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle rattachée à un établissement de santé, qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels confrontés à des problématiques complexes dans la prise en charge de patients en situation palliative. Elle n'intervient pas directement auprès du patient mais exerce un rôle de conseil, d'expertise, d'aide à la décision auprès des professionnels et favorise la réflexion collégiale. Son intervention peut concerner le patient mais également la famille ou le soutien des équipes. Elle se déplace au sein des services de l'établissement auquel elle dépend mais elle peut également se déplacer en dehors de ce dernier (LISP des hôpitaux périphériques ou auprès des professionnels libéraux, particulièrement en l'absence de réseau identifié). Elle a un rapport étroit avec l'USP puisqu'elle favorise le repérage de patients complexes nécessitant une hospitalisation.

En 2014, une étude a été effectuée au sein des services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du CHPf afin de définir la prévalence des situations définies comme palliatives, indépendamment de la pathologie d'origine, à partir de l'outil « PALLIA 10 » (développé par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs). Au total, 126 (34,3 %) patients relevaient de soins palliatifs le jour de l'étude. Cette prévalence élevée a justifié de la création d'une EMSP en 2015. Son activité est soutenue et son organisation actuelle lui a permis d'initier quelques consultations à domicile. Toutefois, son dimensionnement actuel, en dessous des effectifs requis⁴⁰, a atteint son déploiement maximum, alors même qu'en l'absence de réseau établi, son rôle au domicile du patient semble fondamental. En effet, on estime à environ 300 le nombre de décès annuels par cancer pour la Polynésie française dont environ 200 qui ont lieu au CHPf. Ce dernier chiffre pourrait probablement être abaissé au profit de décès à domicile avec l'aide de moyens adaptés.

- Développer l'EMSP afin de lui permettre d'étendre son activité à l'extérieur du CHPf
- Créer officiellement des lits identifiés au sein de chaque service concerné au CHPf et prévoir l'ouverture de lits dans les hôpitaux périphériques

Favoriser la permanence des soins en facilitant la communication ville-hôpital, ainsi que celle avec les structures périphériques

La structure permettant de coordonner l'ensemble des soins à domicile et de favoriser la communication avec l'hôpital est le réseau de soins palliatifs. Maillage organisé de professionnels de santé, il accompagne le mieux possible le patient en fin de vie à son domicile. Il permet l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge. Toutefois, sa mise en place est complexe et coûteuse. Ainsi, des actions complémentaires au développement de l'EMSP et au dossier médical partagé établi par ailleurs ont été proposées par le groupe de travail afin de

⁴⁰Circulaires DHOS/02 du 5 mai 2004 et DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008

pouvoir améliorer rapidement la prise en charge du patient lors de son retour à domicile et la communication ville-hôpital, indépendamment de la création de cette structure.

Faciliter le lien entre les structures et le domicile

- Envisager à nouveau la création d'un réseau polynésien de soins palliatifs
- Identifier les professionnels libéraux médicaux et paramédicaux souhaitant s'impliquer dans cette démarche. Une étude transversale pourra être proposée par le biais des ordres des différentes professions afin d'identifier ces personnes, établir leurs freins, leurs difficultés et leurs attentes.
- Créer et diffuser un annuaire répertoriant les professionnels volontaires pour la prise en charge palliative à domicile
- Favoriser la création d'un site Internet dédié permettant de centraliser les données en lien avec les soins palliatifs à domicile tels que l'annuaire précédemment cité, la réglementation, les documents et guides d'information à destination de tous professionnels
- Organiser le retour à domicile du patient à sa sortie du CHPf : visite en amont par un professionnel identifié qui lui prodiguera les soins lors de son retour au domicile, identification des besoins en termes de prise en charge psycho-sociale ou autres soins de support
- Permettre la prise en charge financière du transport pour l'accompagnant médical/paramédical lors du retour à domicile du patient, notamment pour ceux domiciliés dans les îles. Faciliter l'embarquement dans les avions
- Favoriser le développement de l'équipe du SSIAD dans les îles autres que Tahiti
- Favoriser les prescriptions anticipées personnalisées afin d'orienter et faciliter la conduite à tenir et la prise en charge du patient par les professionnels libéraux

Faciliter le confort, la prise en charge médicamenteuse, les soins de support et rompre l'isolement psychosocial du patient et de sa famille

- Simplifier la rétrocession de certains médicaments avant le retour du patient dans les îles afin de simplifier la prise en charge et d'éviter des évasans « ordonnance »
- Informer le patient et sa famille des différentes phases et de leur issue ; les accompagner
- Inciter à l'utilisation par les professionnels libéraux d'outils adaptés et standardisés à l'évaluation de l'intensité de la douleur ressentie par le patient afin d'adapter au mieux le traitement. En effet, il est reconnu que le patient polynésien exprime peu sa douleur. Toutefois, moins exprimer sa douleur ne signifie pas pour autant moins ressentir la douleur. La phase d'évaluation est donc primordiale.
- Sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge des patients en soins palliatifs particulièrement concernant la douleur et la sédation pour les patients en fin de vie : former les professionnels prêts à s'investir davantage dans cette prise en charge, informer et sensibiliser les autres par le biais de campagnes de communication et à travers le site Internet dédié précédemment cité
- Développer les soins de support améliorant la qualité de vie et le bien-être du patient (massothérapie, hypno-thérapie, acupuncture, etc.) et l'informer de leur existence (en outre à travers le PPS). Dans ce cadre précis, une réflexion pourra avoir lieu en collaboration avec des spécialistes de la culture polynésienne, afin d'intégrer aux soins de support les médecines traditionnelles très ancrées culturellement
- Permettre une prise en charge psychologique à domicile pour le patient et sa famille
- Laisser la place aux bénévoles au domicile du patient afin qu'ils puissent accompagner les patients et leur famille par leur présence et leur écoute

Créer une unité de soins palliatifs (USP) au sein du CHPf

Une USP est un service hospitalier qui accueille de façon temporaire ou permanente toute personne en situation palliative complexe nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques, la prise en charge ne pouvant plus être effectuée par l'équipe initiale (symptômes complexes ou réfractaires, détérioration majeure, situation où des questions éthiques

se posent, nécessité d'accompagnement du patient et de sa famille). Lors de l'étude réalisée en 2014 au CHPf (cf. EMSP ci-dessus), parmi les 126 patients relevant de soins palliatifs, 75 (20,4 % des patients hospitalisés) relevaient de situations palliatives définies comme complexes et justifiant d'une prise en charge spécialisée. Le nombre de lits nécessaires pour le développement d'une USP en Polynésie française a ainsi été évalué à 10, en tenant compte de plusieurs paramètres (durée médiane de séjour au sein de l'USP du CHU de Bordeaux, nombre de décès par cancers au sein du CHPf, absorption des pics d'hospitalisation). Les autres patients nécessitant une hospitalisation seront accueillis dans des LISP dans chacun des services concernés.

- Prévoir l'ouverture de lits de soins palliatifs au sein d'une unité spécifique au CHPf et prévoir des lits d'appoint pour les familles
- Organiser une permanence téléphonique pour prodiguer des conseils de prises en charge auprès des professionnels de santé des établissements périphériques et des professionnels libéraux
- Signer des conventions avec les associations de patients afin d'inclure les bénévoles dans l'accompagnement du patient hospitalisé
- Prévoir une demande d'autorisation d'activité auprès des autorités compétentes

Adapter la prise en charge des situations palliatives chez l'enfant

Il est important de s'intéresser plus particulièrement au volet pédiatrique des soins palliatifs. En effet, bien que la plupart des mesures proposées ci-dessus s'appliqueront et seront les bienvenues pour faciliter la prise en charge de ces enfants, certaines spécificités méritent d'être évoquées et justifient des mesures adaptées.

L'annonce des situations palliatives est différente de l'adulte et varie en fonction de l'âge de l'enfant puisque sa perception de la mort évolue au cours du temps. Cette annonce peut également se faire directement aux parents alors même que l'enfant n'est pas encore né (c'est le rôle du conseil génétique pour les cas de pathologies non viables). La relation avec le soignant est plus complexe que l'adulte puisqu'elle implique l'enfant mais également les parents et parfois même d'autres personnes de l'entourage telles que la fratrie. Une part importante des situations palliatives concerne des pathologies létales à moyen terme et donc non connues de la médecine adulte. Les cancers représentent entre 30 et 50 % des situations palliatives de l'enfant.

La prise en charge pédiatrique en Polynésie française est davantage centralisée que chez l'adulte puisque l'offre de soins se résume essentiellement aux services de pédiatrie et néonatalogie du CHPf, à un pédiatre à l'hôpital de Raiatea et à quelques praticiens libéraux à Tahiti. Le nombre de situations palliatives en pédiatrie (indépendamment de la pathologie d'origine) est inconnu mais restent rare. Il n'existe aucune structure spécifique de prise en charge des situations palliatives chez l'enfant. L'organisation du retour à domicile est improvisée au cas par cas et se heurte à certaines difficultés, en particulier la disponibilité de professionnels libéraux acceptant une telle prise en charge chez un enfant. Des formations ont été effectuées auprès de praticiens libéraux pour démystifier certains actes et cartographier les professionnels volontaires pour ces prises en charge. Toutefois, certaines craintes ou réticences restent présentes. D'autres difficultés ont été évoquées, proches de celles retrouvées chez l'adulte (organisation du transport, disponibilité des médicaments, difficultés matérielles, etc.).

Structurer un réseau pédiatrique en soins palliatifs

- Créer une unité référente en soins palliatifs pédiatriques au sein du CHPf, rédiger et diffuser le cahier des charges de cette unité (notamment recensement des cas, coordination du réseau, gestion du parcours de l'enfant, conseil 24h/24h, formation interne et externe, évaluation de l'activité, etc.)
- Créer un réseau pédiatrique de soins palliatifs basé sur le volontariat en répertoriant les professionnels de santé prêts à s'investir afin de favoriser le retour à domicile de l'enfant, en particulier en phase terminale, et de faciliter la circulation de l'information, notamment grâce à la fiche de transmissions médicales à destination du SAMU, des professionnels du réseau, des

parents. Ce document permet de définir la conduite à tenir et propose des prescriptions anticipées.

- Poursuivre les formations des professionnels libéraux à la prise en charge à domicile des enfants relevant de soins palliatifs
- Maintenir et formaliser le réseau métropolitain déjà en place
- Formaliser un partenariat avec une EMSP pédiatrique métropolitaine

Organiser et faciliter la prise en charge hospitalière

- Recenser en temps réel les enfants en situation palliative et permettre l'identification de ces hospitalisations (en termes d'activité)
- Renforcer les consultations permettant un suivi adapté des enfants et de leur famille
- Faciliter le circuit de l'enfant en permettant l'admission directe en service d'hospitalisation, sans passage préalable aux urgences
- Maintenir la prise en charge par l'équipe pédiatrique tout au long de la maladie : l'hospitalisation d'un enfant en situation palliative, même complexe, sera maintenue en service de pédiatrie et n'intégrera pas l'USP si cette dernière devait être créée.

Prendre en compte les besoins des soignants

- Sensibiliser et former les soignants par des professionnels qualifiés
- Former les bénévoles
- Organiser régulièrement, en fonction des besoins, des formations diplômantes en soins palliatifs et en s'appuyant sur la convention avec l'Université de la Polynésie française dans le cadre des études médicales
- Favoriser l'évaluation des pratiques professionnelles en équipe (EMSP, USP)
- Permettre le suivi et le soutien psychologique des soignants et organiser des groupes de paroles
- Développer l'utilisation d'outils - tels que PALLIA 10 / PAP pour les prescriptions personnalisées anticipées / DN4 / RUDKIN (échelles de la douleur et de la sédation) -
- Envisager des solutions de recours permettant l'établissement des certificats de décès en dehors des heures de travail des professionnels libéraux
- Créer une caisse de secours permettant aux professionnels de santé établissant le certificat de décès de ne pas avancer d'argent lorsque la famille est dans l'incapacité de payer

Remettre à jour la réglementation polynésienne concernant les soins palliatifs et l'accompagnement du patient

8. VIVRE APRES LE CANCER

Il y a un avant et un après cancer. Bien souvent, les séquelles physiques et psychologiques laissées par cette épreuve sont difficiles à surmonter alors même que les patients sont projetés à nouveau dans la « vraie vie ». Même si les mesures pouvant aider le patient à surmonter cette épreuve sont nombreuses (financières, sociales, psychologiques, préventives, esthétiques, etc.) certains points ont été particulièrement abordés lors de l'élaboration de ce premier plan cancer polynésien.

Faciliter la vie d'après cancer des femmes ayant souffert d'un cancer du sein

- Lutter contre l'obésité et le diabète dans le cadre de la prévention du cancer du sein : développer un programme d'éducation thérapeutique. Il a en effet été largement démontré qu'un mode de vie saine après avoir été atteint d'un cancer prévient du développement d'un second cancer.
- Encourager la reprise de la chirurgie de reconstruction mammaire en Polynésie française pour les femmes ayant subi une mastectomie.

Faciliter l'identification des patients ayants droit au titre de la loi d'indemnisation des victimes des essais nucléaires français (loi Morin)

La loi Morin du 5 janvier 2010 et son décret d'application du 15 septembre 2014 prévoient une procédure d'indemnisation pour les personnes atteintes de maladies résultant d'une exposition à des rayonnements ionisants dus aux essais nucléaires français. Afin d'y prétendre, la victime doit :

- 1) avoir résidé ou séjourné en Polynésie française ;
- 2) entre le 2 juillet 1966 et le 31 décembre 1998 ;
- 3) souffrir d'une des pathologies radio-induites inscrites sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat, conformément aux travaux reconnus par la communauté scientifique internationale.

Après dépôt d'un dossier par le patient ou sa famille (lorsque ce dernier est décédé), l'instruction et l'expertise sont réalisées par un comité d'indemnisation spécifique (le CIVEN : comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires). Si les trois conditions sont réunies, le patient bénéficie d'une présomption de causalité ouvrant droit à réparation intégrale de son préjudice. Le caractère irréfragable de l'indemnisation est récent car jusqu'en février 2017, date de modification de la Loi Morin, celle-ci était pondérée par la notion de « risque négligeable » (« *à moins qu'au regard de la nature de la maladie et des conditions de son exposition le risque attribuable aux essais nucléaires puisse être considéré comme négligeable* »). Cependant, la loi ainsi modifiée n'autorise plus les mécanismes permettant d'assurer, comme l'exige son article premier, que seules les personnes souffrant d'une maladie radio-induite résultant d'une exposition à des rayonnements ionisants dus aux essais nucléaires français soient indemnisées. En n'autorisant plus les experts du CIVEN à invoquer la notion de risque négligeable, il est désormais scientifiquement impossible d'assurer que les trois conditions posées par la loi soient à elles seules de nature à établir un lien de causalité. En conséquence, le CIVEN s'abstient désormais d'examiner de nouvelles demandes d'indemnisation tant qu'une nouvelle commission, prévue dans le modificatif de la loi, propose au gouvernement des mesures destinées à réserver l'indemnisation aux personnes dont la maladie est causée par ces essais nucléaires.

En Polynésie française, la Délégation au suivi des essais nucléaires (DSCEN) définie par le gouvernement polynésien, a pour missions notamment de coordonner les acteurs agissant dans le domaine du suivi des conséquences des essais nucléaires, d'émettre des recommandations (environnementale, sanitaire, etc.) et d'être l'interlocuteur privilégié avec l'Etat. Le Centre médical de suivi (CMS) financé par l'Etat mais qui dépend de la Direction de la santé a été spécifiquement créé pour suivre la cohorte des anciens travailleurs du nucléaire et des populations ayant vécu ou vivant à proximité des sites d'expérimentation nucléaire. Il assure un suivi sanitaire de cette population, contribuant au dépistage de pathologies potentiellement radio-induites et aide à la constitution des dossiers à déposer auprès du CIVEN le cas échéant. Il est en effet parfois difficile de faire la preuve des critères de « temps », de « lieu » ou de « maladie contractée » pour constituer le

dossier de demande d'indemnisation. Par ailleurs, il est également complexe d'identifier les personnes qui, indépendamment de leur activité professionnelle de l'époque, pourraient bénéficier de cette indemnisation. Les médecins du Fenua, comme les polynésiens, connaissent en effet mal les critères d'inclusion permettant de bénéficier de la loi Morin. En 2017, un peu plus de 2 000 personnes sont suivis (travailleurs et habitants) par le CMS et l'activité globale du centre est en constante augmentation depuis 2012. Concernant les demandes d'indemnisation, le CMS est à l'origine de 85 % de celles provenant de la Polynésie.

L'objectif est de maintenir le suivi et le dépistage des patients concernés par le risque nucléaire et d'augmenter le nombre de dossiers présentés pour indemnisation.

Poursuivre les discussions avec la métropole afin de modifier la réglementation actuelle et résoudre les obstacles aux démarches d'indemnisation

Poursuivre le suivi de la cohorte des anciens travailleurs du nucléaire et des populations ayant vécu ou vivant à proximité des sites d'expérimentation nucléaire

Sensibiliser les professionnels aux critères d'inclusion nécessaires à l'ouverture d'un dossier d'indemnisation (lieu, temps, type de cancers)

- Organiser un échange spécifique sur cette thématique avec les professionnels de santé et encourager la participation du CMS aux différentes formations ou séminaires en lien avec la pathologie cancéreuse
- Diffuser les informations utiles pour sensibiliser les médecins à la procédure existante

Continuer à sensibiliser le public à l'existence du CMS (affiches, flyers) et aux dispositions de la loi Morin

Mettre en place une recherche active de patients pouvant avoir été exposés et pouvant possiblement bénéficier d'une indemnisation

Cette démarche a déjà été initiée et repose pour l'essentiel sur le volontariat (ancien vétérans, tavana, etc.)

Envisager le développement d'une banque de sperme sur le territoire

Lors de la prise en charge de jeunes patients pour une tumeur germinale, il est proposé une évacuation sanitaire vers la Nouvelle-Zélande afin de préserver des paillettes de sperme. Toutefois, cette solution n'est pas optimale et parfois refusée par ces patients pour qui cette problématique ne semble pas primordiale lors de l'annonce du diagnostic. Le nombre de ce cas de figure reste faible

Glossaire des abréviations

3C :	Centre de coordination en cancérologie
AFU :	Association française d'urologie
APAC :	Association d'aide aux personnes atteintes d'un cancer
APF :	Assemblée de Polynésie française
AS :	Aide soignant
BISES :	Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques
CCU :	Cancer du col de l'utérus
CépiDC :	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CHPf :	Centre hospitalier de Polynésie française
CIRC :	Centre international de recherche sur le cancer
CLUD :	Comité de lutte contre la douleur
CM :	Conseil des ministres
CMR :	Cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPAM :	Classification polynésienne des actes médicaux
CPS :	Caisse de Prévoyance sociale
DGAE :	Direction générale des affaires économiques
DGEE :	Direction générale de l'éducation et des enseignements
DIM :	Département d'information médicale
DMP :	Dossier médical partagé
EMSP :	Equipe mobile de soins palliatifs
Evasan :	Evacuation sanitaire
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAP :	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
HBV :	Hépatite B Virus
HCV :	Hépatite C Virus
HDJ :	Hospitalisations de jour
HPV :	Human Papilloma Virus
IDE :	Infirmier diplômé d'état
ILM :	Institut Louis Malardé
INCa :	Institut National du cancer
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS :	Institut de veille sanitaire
Inserm :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
ISPF :	Institut de la Statistique de la Polynésie française
JOPF :	Journal officiel de la Polynésie française
LISP :	Lits identifiés de soins palliatifs
MRP :	Médicament radio-pharmaceutique
MSP :	Ministère de la santé
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAC :	Chambres implantables
PACS :	Système d'archivage et de partage des images
PCB :	Polychlorobiphényles
PPS :	Projet personnalisé de soins
PSA :	Antigène prostatique spécifique
Pui :	Pharmacie à usage intérieur
RCP :	Réunions de concertation pluridisciplinaire
RST :	Régime de solidarité territorial

SAMU : Service d'aide médicale urgente
SDR : Service du développement rural
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
UPf : Université de Polynésie Française
USP : Unité de soins palliatifs
TEP : Tomographie par émission de positons

Listes des participants contactés aux travaux d'élaboration

Environ 25 % de l'ensemble des participants contactés ont participé aux différents ateliers ou répondu aux diverses questions ou interrogations.

		Daniel et son épouse ⁴¹ ,	
Dr	Willy	A Lo	Gastroentérologue
Mme	Alexandra	Achille	Assistante sociale
Dr	Nédime	Al Wardi	Gynécologue
Mme	Mylène	Albert	IDE
Dr	Christophe	Allé	Gynécologue
Dr	Fabrice	Amadeo	ORL
Mme	Virginie	Amaru	Directrice des affaires sociales
Mme	Patricia	Anania	IDE, subdivisionnaire de santé aux Australes
Mme	Isabelle	Andres	Médecin PMI
Mr	Thierry	Angel	Pharmacien
Dr	Céline	Antoine Michard	Pharmacien conseil
Dr	Prisca	Artur	Radiologue
Dr	Sophie	Bagattini	Oncologue
Mr	Guillaume	Baigts	Pharmacien
Mr	Tamatoa	Bambridge	Anthropologue
Dr	Eric	Baratoux	Radiologue
Dr	Alain	Baud	Gynécologue
Dr	Eric	Beaugendre	Gastroentérologue
Mr	Manu	Bermudes	IDE
Dr	Jean Pierre	Bernadat	Dermatologue
Mme	Solène	Bertrand	Nutritionniste
Dr	Lionel	Bessout	Réanimateur anesthésiste
Mr	Thierry	Beylier	Médecin, responsable subdivision ISLV
Dr	Philippe	Biarez	Médecin, responsable Subdivision Moorea-Maiao
Mr	Yohan	Bibard	IDE
Dr	Bertand	Billemont	Oncologue
Dr	Didier	Blanchet	ORL
Dr	Jean Louis	Boissin	Endocrinologue
Dr	Patrick	Bonin	ORL
Dr	Laurent	Bonnamy	Gynécologue
Dr	Françoise	Bonnet	Médecin, subdivision des TG
Dr	Frédérique	Bost-Bezeaud	Anatomo-pathologiste
Dr	Redouane	Bouayad Agha	Pneumologue
Mr	Hervé	Bouquet	SG
Dr	Bruno	Boutry	Médecin Paofai
Dr	Patrick	Boz	Anatomo-pathologiste
Mme	Nathalie	Brillant	IDE Cadre APAIR
Dr	Jean-Ariel	Bronstein	Gastroentérologue
Dr	Marie-Françoise	Brugiroux	Médecin, responsable CCSAT
Mme	Christine	Cantet	IDE
Mme	Danielle	Carreel	IDE oncologie
Mme	Pascale	Carrère-Debat	IDE
Dr	Pierre	Catteau	Radiologue
Dr	Fadi	Chakhtoura	Gastroentérologue
Mr	Stéphan	Challier	Directeur de l'ISPF
Mme	Catherine	Chambon	Assistance sociale
Mme	Leslie	Chant	Ingénieur CHSP

⁴¹Daniel était un patient en fin de vie atteint d'un cancer qui a participé avec son épouse à l'un des groupes de travail. Sa vision de la vie, de la mort et de sa maladie et son partage d'expérience ont été extrêmement enrichissants. Nous avons voulu ici lui rendre hommage...

Dr	Fabrice	Chiausa	Médecin, subdivision TG
Mr	Dario	Chin	Sage femme
Mme	Marine	Chodez	Urologue
Mr	Patrick	Cojan	DAF, hôpital de Taravao
Dr	Pierre Yves	Colau	Chirurgien
Mme	Marie-Ange	Collart	IDE
Mme	Claude	Colliot Fanaura	IDE Directrice des soins
Mme	Sylvie	Couraud	Psychologue
Dr	Charlotte	Courtois	Médecin généraliste
Mme	Anne-Pierre	Cowan	IDE
Dr	Aline	d'Alincourt	Radiologue
Mme	Lucie	Daniel	IDE
Dr	Christine	Dapsance	Dermatologue
Dr	Jean Pierre	Daube	ORL
Mme	Valérie	Davy -Fréquelin	IDE
Mr	Jérôme	Debacre	Médecin, responsable subdivision Tahiti nui
Mme	Tiare	Deblamann	Psychologue
Dr	Christophe	Decam	Médecin, Centre médical de suivi
Mr	Eric	Descoubes	Médecin, Taravao
Dr	Gonzagues	Desrez	Urologue
Dr	Patrick	Didiergeorge	ORL
Dr	Samir	Djebbari	Radiothérapeute
Mr	Yves	Doudoute	Association
Dr	Soizic	Dreano-Hart	Médecin douleur
Mme	Hélène	Driano	IDE
Dr	Philippe	Dubois	Médecin, hôpital Uturoa
Mme	Marianne	Dumay-Aubonnet	Kinésithérapeute
Dr	Alain	Dumouchel	Gynécologue
Dr	Philippe	Dupire	Pharmacien/PUI CHPf, président CME, ODP
Dr	Vincent	Dupont	Directeur adjoint CPS
Mr	Hervé	Duquesnay	Chef de service par intérim, DGAE
Mr	Xavier	Dury	IDE
Dr	Frédéric	Evenat	Chirurgien orthopédiste
Dr	Hugues	Fadié	Gynécologue
Mme	Régine	Falguières	IDE
Dr	Eric	FAURE	Chirurgien thoracique
Dr	Xavier	Faure	Gastroentérologue
Dr	Caroline	Feidt	Radiologue
Dr	Xavier	Feidt	Gynécologue
Mr	Marc	Feltin	IDE
Mr	Jérôme	Fernandez	IDE (président syndicat)
Dr	Pablo	Ferrer	Pneumologue
Dr	Bertand	Feuillet	Radiologue
Dr	Myriam	Fleuré	Médecin DIM
Dr	Hélène	Gatti	Pédiatre
Mme	Caroline	Gautier	Sage femme
Mme	Tekura	Gay	CPS
Dr	Jean Jacques	Gelberg	Gynécologue
Dr	Philippe	Giraud	ORL
Dr	Patricia	Giraud	Médecin, responsable CCSPMI
Dr	Miri	Godefroy	Gynécologue
Mme	Carole	Gombert	Pharmacien, DS
Dr	François	Gonnet	Pharmacien/PUI CHPf
Dr	Alexis	Goubert	Pharmacien/qualité
Mme	Emilie	Govaert	IDE pneumologie
Mme	Patricia	Grand	Présidente, Ligue contre le Cancer en Polynésie française
Dr	Gérard	Grandpierre	Gastroentérologue

Dr	Caroline	Grépin	Pharmacienne, DS
Dr	Jean François	Guignot	Gynécologue
Dr	Delphine	Hasperue	Médecin, subdivision TG
Dr	Christian	Hellec	Médecin généraliste
Dr	Lourdes	Hernandez	Pneumologue
Mme	Alexandra	Hernandez	IDE
Dr	Laurence	Heuberger	Hématologue
Mme	Caroline	Hirondelle	IDE
Mme	Valérie	Hong-Kiou	Assistante sociale
Mr	Christophe	Hontang	IDE cadre de santé CLUD
Dr	Jules	Ienfa	Médecin CCSPMI
Dr	Nicolas	Istria	Pharmacien, DS
Dr	Frédéric	Jacquet	Inspecteur Vétérinaire
Mr	Philippe	Kerfourn	IEN, DGEE
Dr	Ouarda	Krid	Anesthésiste réanimateur
Mme	Sylvie	Labrousse	Assist GDR
Dr	Carole	Lafargue	Médecin, DS
Dr	Cyril	Iahmar	Oncologue
Mme	Mathilda	Laille Aufray	Pharmacien
Mme	Pascale	Langy le Goanvic	Sage-femme cadre
Dr	Shan	Larrys	Endocrinologue
Dr	Stéphane	Lastere	Biologiste
Mme	Sophie	Latour	Juriste
Mlle	Perenon	Léa	IDE
Dr	Eric	Leblois	Médecin, subdivision TG
Mme	Mahini	Lefoc	Chargée de mission, Ministère de l'agriculture
Mme	Virginie	Legrand Gassion	Hypnothérapeute - Massothérapeute
Mr	Teava	Lehartel	IDE
Mme	Nathalie	Lehartel	Pharmacien, DS
Dr	Jessica	Leogite	Endocrinologue
Dr	Inès	Leroux	Gynécologue
Dr	Stéphane	Leroux	Urologue
Dr	Julien	Levang	Dermatologue
Mme	Herenui	Leverdier	Département qualité, DGEE
Dr	Gilles	Levy	Médecin conseil, CPS
Mr	Stéphane	Loncke	Entomologiste, CHSP
Dr	Alain	Loria	Gastroentérologue
Mme	Isabella	Lorphelin	IDE
Mme	Sandrine	Lot	Pharmacien responsable DS
Mr	Nicolas	Loyer	Pharmacien
Dr	Delphine	Lutringer	Médecin chef de projet plan cancer, DS
Mme	Lysiane	Ly Tang	IDE
Mme	Laurence	Magnier	IDE
Mr	Emmanuel	Maillar	Ingénieur biomédical, DS
Dr	Xavier	Malâtre	Médecin DS
Dr	Henri-Pierre	Mallet	Responsable BVS
Mr	Ernest	Marshall	Directeur de la DGEE
Mme	Tiare	Martinez	IDE Cadre de santé
Mme	Nirvana	Maunier	Pharmacien
Dr	Ruth	Mbwang-Seppoh	Gynécologue
Mr	Sébastien	Merceron	Statisticien, ISPF
Dr	Fabien	Michenet	ORL
Dr	Dominique	Millaud	médecin généraliste
Mme	Yolande	Mou	Responsable DPP
Dr	Malory	Mougel	Gynécologue
Dr	Ngoc Lam	Nguyen	Médecin CC/MIT
Dr	Sébastien	Nunez	Endocrinologue

Dr	Sajjid	Nunhuck	Oncologue
Dr	Jacqueline	Obadia	Dermatologue
Mme	Vaea	Papouin	Sage-femme CCSPMI
Dr	Eric	Parrat	Pneumologue
Dr	Jérôme	Pasche	Pédiatre
Mme	Noella	Péni	Diététicienne, CHPf
Dr	Jean Marc	Pépino	ORL
Dr	Michel	Petit	Médecin généraliste
Dr	Patrice	Petitdidier	Anapathomo-pathologiste
Mme	Sandrine	Piani	Pharmacien
Mr	Frédéric	Pidou	Kinésithérapeute
Mme	Anne	Plogin	Pharmacien
Mme	Sylvana	Puhetini	Elue, présidente de la commission santé de l'APF
Dr	Jacques	Pujol	Médecin du travail
Dr	Frédérique	Racheti	Endocrinologue
Dr	Jacques	Raynal	Médecin généraliste
Dr	Nagib	Remini	Radiothérapeute
Mme	Béatrice	Rideau	IDE
Mme	Pascale	Robert	IDE oncologie
Dr	Laurent	Roda	Biologiste
Dr	Philippe	Rougier	Médecin Généraliste
Dr	José	Ruiz Suquilbide	Anapathomo-pathologiste
Dr	René	Sabatier	IDE anesthésiste
Dr	Patrick	Sabbah	Radiologue
Dr	Christian	Salanson	Médecin, hôpital Taravao
Dr	Jean-René	Sandrock	Gynécologue
Mr	Hubert	Sanne	Responsable stat Budget
Dr	Joseph	Sebbag	Endocrinologue
Dr	Jean-Marc	Ségalin	Médecin DS
Mr	Jean-Charles	Sellier	Magnétiseur
Dr	Massimo	Senni Buratti	Chirurgien
Mr	Claude	Serra	DIREN
Dr	Thierry	Sicard	Médecin inspecteur du travail
Mme	Isabelle	Siguie	IDE cadre
Dr	André	Simon	Radiologue
Mme	Céline	Siu	IDE Cadre de santé
Dr	Juliette	Snogan	Médecin généraliste
Dr	Gilles	Soubiran	Médecin interniste
Dr	Thierry	Soussi	ORL
Dr	Francis	Spaak	Médecin, responsable subdivision des TG
Mme	Jenifer	Suard	IDE
Mr	Edouard	Suhas	Chercheur, ILM
Dr	Pascal	SZYM	Chirurgien thoracique
Mme	Heipua	TAIARUI	Secrétaire DAS
Mme	Véronique	Tamarii	IDE Subdivisionnaire
Mme	Marie-Pierre	Tefaafana	IDE cadre hôpital Taravao
Mr	Carlos	Tefaatau	Délégué Communication
Mme	Ida	Teihotu	Bénévole
Mme	Vaea	Terorotua	Médecin, responsable CCSHSS
Mme	Maryline	Teuira	Référent projets prévention, CPS
Mr	François	These	Médecin conseil
Dr	Jean Marie	Thibaut	Gynécologue
Mme	Céline	Thomson	Pharmacien
Mr	Torea	Thuret	Secrétaire général, Ligue contre le Cancer en Polynésie française
Mme	Elisa	Tiarii	IDE
Mr	Teavai	Tirao	IDE
Mme	Valérie	Tonnellier	Sage-femme

Mr	Nick	Toomaru	Economiste, DS
Dr	Thai Quang	Tran	Gynécologue
Mr	NhaThi	TranThai	Pharmacien
Mme	Vaiana	Trinh	Chef de services adjoint statistiques
Mr	Tuterai	Tumahai	Médecin conseil, CPS
Dr	Agnès	Valadier	Médecin du travail, SISTRA
Mme	Elise	Vanaa	Représentante APF / Commission Santé
Mme	Chantal	Vanson	IDE cadre sup
Mme	Elsa	Velten	Ingénieur qualité
			Déléguée au suivi des conséquences des essais nucléaires (DSCEN)
Mme	Yolande	Vernaudon	ORL
Dr	Damien	Vinh	Bénévole
Mme	Madeleine	Wane	Ingénieur agronome, SDR
Mr	Maurice	Wong	Médecin douleur
Dr	Richard	Wong-Fat	Sage-femme réseau inter-île
Mr	Kayin	Yau	Epidémiologiste, DS
Mme	Laure	Yen Kai Sun	Pharmacien
Dr	Suvirak	Yo	Pharmacien
Mme	Karine	Yong	Médecin
Mme	Pascale	Young Pine	