



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



JUIN 2024

RAPPORT DE MISSION

ORGANISATION DE LA CANCÉROLOGIE EN MARTINIQUE

/ À l'intention de l'Agence régionale de santé

Mission réalisée en Martinique du 13 au 17 novembre 2023
Rapport en date du : 20/06/2024

ORGANISATION DE LA CANCÉROLOGIE EN MARTINIQUE

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

SOMMAIRE

1-	Introduction	4
1.1	Organisation de la mission.....	4
1.2	Avant-propos	5
1.3	Synthèse des préconisations	6
2-	Etat des lieux	13
2.1	Description du contexte général	14
2.1	Epidémiologie et prises en charge des cancers	18
3-	Constats de la mission et préconisations	21
3.1	Relever des défis transversaux	21
3.2	Renouveler l'approche en prévention.....	48
3.3	Garantir à tous les patients un parcours de soins de qualité	65

1- Introduction

1.1 Organisation de la mission

En décembre 2022, à l'occasion du comité de suivi de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030, l'Institut national du cancer a été chargé de porter un programme d'accompagnement renforcé des Agences régionales de santé (ARS) ultramarines, afin d'accélérer les progrès en cancérologie dans les Outre-mer. Il s'agit de soutenir l'adaptation des actions de lutte contre le cancer dans ces territoires, confrontés à des problématiques sanitaires spécifiques, en tenant compte des contraintes et ressources locales.

L'opportunité d'une mission en Martinique a été envisagée à l'été 2023, suite à la sollicitation de la directrice générale de l'ARS. De premiers éléments de diagnostic posés dans le contexte du renouvellement du Projet régional de santé (PRS) laissaient apparaître des difficultés associées à des délais d'accès aux soins pour cancer importants, lesquels se seraient encore allongés dans les suites de la crise sanitaire liée à la covid-19.

Afin d'établir un constat de la situation et de formuler des préconisations pour son évolution, une mission de l'Institut a été programmée du 13 au 17 novembre 2023. Elle s'est attachée à réaliser une analyse intégrée des parcours, dans leur globalité, en portant une attention particulière aux enjeux de délais. Compte-tenu du périmètre de la demande, la constitution de l'équipe issue de l'Institut a regroupé :

Pr Claude LINASSIER, Directeur du pôle Prévention, Organisation et Parcours de soins, oncologue médical, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier au CHRU de Tours ;

Dr Frédéric DE BELS, Responsable du département Prévention ;

Dr Caroline DREUILLET, Responsable du département Recherche clinique ;

Mme Anne DUVIARD, Responsable du département Organisation et parcours de soins ;

Mme Charlotte MARCHAND, Responsable de la mission d'appui à la stratégie et partenariats.

À cette occasion, un programme d'entretiens a été convenu avec l'équipe de l'ARS, qui figure en annexe 1. Le présent rapport contextualise, développe et priorise les propositions formulées par la mission suite à ces rencontres et à ce déplacement.

1.2 Avant-propos

Ce qui est observé par la mission est globalement vu et connu de tous. L'enjeu est d'abord de créer les conditions d'un sursaut collectif pour définir une stratégie régionale et une organisation de service tendue vers l'objectif.

La mission souligne le dialogue instauré par l'ARS et son soutien : nombre d'acteurs ont répondu à son invitation dans le cadre de la visite de la mission, ce qui a son importance en termes de gouvernance.

La mission, si elle observe un climat social qui n'est pas propice aux évolutions, relève également l'appel de tous les acteurs au changement et leur engagement à se mobiliser en ce sens. Il n'y aura de progrès pour la santé des Martiniquais que dans la mobilisation active et coopérative de tous les acteurs. Elle conclut à un besoin urgent de reprendre langue et de faire ensemble, dans un exercice de transparence, de pragmatisme et d'apaisement.

La mission souhaite souligner que l'insuffisance de couverture des besoins de la population en matière de cancérologie provient au moins autant d'un problème d'organisation que de démographie médicale ou d'éloignement géographique. L'île dispose d'atouts certains et ses dotations en équipement sont bien meilleures que celles de certains territoires hexagonaux. Le renforcement de l'attractivité médicale ou le développement de nouvelles activités tracent une trajectoire à moyen – long terme intéressante, qui doit néanmoins éviter l'écueil d'une fuite en avant. De réels progrès peuvent être réalisés rapidement : en refusant collectivement, sans équivoque, les organisations approximatives et en rétablissant des modes de fonctionnement conventionnels.

Le présent rapport détaille les pistes opérationnelles identifiées par la mission.

Ce document se fonde pour l'essentiel sur ce qui a été entendu lors des auditions. Il devra être consolidé par la mise à disposition de données objectives.

1.3 Synthèse des préconisations

Les pistes proposées ont le double objectif de répondre aux préoccupations immédiates et de préparer des évolutions structurantes pour l'avenir. Inscrites dans une démarche de déploiement progressif et priorisé, elles prennent en compte les ressources disponibles et mobilisables, dans un souci de respect des spécificités territoriales.

La mission formule 60 préconisations articulées autour de 23 fiches thématiques.

N°	Préconisation	Priorité	Pilote	Partenaires	Page
Parcours et organisation des soins					
33	Assurer prioritairement la joignabilité du CHUM	1	CHUM		68
36	Améliorer la coordination de l'activité d'anatomocytopathologie au sein du CHUM	1	CHUM		72
37	Renforcer les capacités du service d'imagerie conventionnelle du CHUM	1	CHUM		72
38	Optimiser l'utilisation du parc d'imagerie conventionnelle en place	1	ARS	CHUM	73
39	Sanctuariser le temps d'annonce	1	CHUM		75
41	Augmenter à très court terme les capacités de l'hôpital de jour du CHUM	1			78

46	Porter un projet territorial volontariste de développement de la HAD	1	ARS	CHUM Clinique de la Tour (HAD) Infirmiers libéraux	81
49	Optimiser le fonctionnement des blocs opératoires d'urologie	1	CHUM		88
50	Rénover rapidement les locaux du service d'hématologie	1	CHUM		88
51	Structurer l'oncopédiatrie au sein du CHUM via un statut de site associé	1	ARS	CHUM	89
53	Accélérer le déploiement du dossier patient partagé	1	CHUM		91
55	Assurer la coordination entre les services et tout au long des parcours	1	CHUM	GIP-PROM	91
57	Questionner et recadrer le projet d'Institut caribéen d'imagerie nucléaire	1	ARS	CHUM	94
35	S'appuyer sur la plateforme de suivi du GIP PROM pour l'orientation	2	ARS	CHUM GIP-PROM	68
40	Soutenir l'Education thérapeutique post-annonce	2	CHUM		75

42	Clarifier le projet de pôle oncologique au sein du CHUM à moyen terme	2	CHUM		78
43	S'appuyer sur le secteur privé pour augmenter les capacités de prise en charge	2	ARS	CHUM Clinique Saint-Paul	79
45	Soutenir l'ouverture de l'oncologie médicale dans les services volontaires	2	CHUM		79
47	Augmenter la capacité d'accueil de l'unité de soins palliatifs	2	CHUM		83
51	Structurer l'oncopédiatrie au sein du CHUM via un statut de site associé	2	ARS	CHUM	85
54	Renforcer les fonctions de secrétariat médical	2	CHUM		91
56	Identifier un point de contact pour chaque patient	2	CHUM		92
34	Assurer l'envoi systématisé des comptes-rendus au médecin adresseur	3	CHUM		68
44	Ouvrir un service d'hospitalisation conventionnelle d'oncologie	3			79

48	Renforcer les équipes mobiles en soins palliatifs afin d'améliorer la continuité du suivi	3	ARS		83
52	Envisager une collaboration régionale pour une autorisation en pédiatrie	3	ARS	CHUM ARS Guadeloupe Guyane	89
58	Recentrer les missions du GIP-PROM autour de sa fonction de DSRC	3	ARS	GIP-PROM Établissements	95
59	Structurer un ou des 3C de plein exercice et intra établissement	3	ARS	GIP-PROM établissements	96
60	Mettre en conformité l'offre de transport du CHUM avec ses autorisations	3	CHUM		97

Prévention

18	Affirmer la gouvernance et la coordination par l'ARS	1	ARS	CGSS Collectivités Associations Établissements GIP-PROM	52
19	Consolider l'offre de dépistage et de diagnostic et structurer des filières	1	ARS	GIP-PROM Établissements CGSS	52
22	Structurer le déploiement d'un programme de biosurveillance	1	ARS	CTM INCa HAS	54
24	Appuyer le déploiement de « Mon Bilan de prévention »	1	CGSS	Professionnels de santé	56

25	Elaborer des programmes communs de formation et de sensibilisation	1	Professionnels de santé	GIP-PROM	56
28	Mobiliser des équipes mobiles, impliquant en particulier des médiateurs	1	ARS	Professionnels de santé Associations GIP-PROM	59
29	Produire et évaluer un Programme d'amélioration de la littératie	1	Rectorat Etablissements scolaires	Collectivités GIP-PROM	60
30	Créer une dynamique de promotion de la santé au niveau scolaire	1	Rectorat Etablissements scolaires	Collectivités GIP-PROM	61
31	Prioriser les domaines clés pour étendre la collecte de données	1	GIP-PROM	DRCI CIRE-ORS	62
32	Porter des expérimentations et déployer des innovations en dépistage	1	GIP-PROM	ARS DRCI INCa	63
20	Renforcer les interfaces avec et entre les acteurs	2	ARS	GIP-PROM CHUM	53
21	Soutenir les études et déployer des interventions ou expérimentations	2	GIP-PROM	Unités de recherche DRCI CIRE-ORS	54
23	Poursuivre et consolider les initiatives prévues dans la feuille de route	2	GIP-PROM	Associations Collectivités	55

26	Impliquer l'ensemble des acteurs dans la prévention	2	ARS	GIP-PROM	56
27	Evaluer les actions et expérimentations portées	2	GIP-PROM	DRCI CIRE-ORS	59
Recherche					
13	Evaluer le besoin de renforcer la DRCI en termes de ressources humaines	1	ARS	CHUM GIP-PROM	46
14	Développer les collaborations entre établissements publics et privés	2	ARS	CHUM Établissements Établissements hexagonaux Intergroupes coopérateurs	46
15	Encourager des projets de recherche cliniques via le dispositif INCa	2	GIRCI-SOHO Et INCa	GIRCI SOHO INCa DRCI Intergroupes coopérateurs	46
16	Soutenir la recherche paramédicale et la recherche sur la qualité de vie	3	ARS	CHUM GIP-PROM GIRCI-SOHO	47
17	Développer des projets sur les bases de données de Martinique	3	ARS	DRCI GIP-PROM	47
Stratégie et pilotage					
1	Faire de la qualité et de la sécurité une priorité de la feuille de route de lutte contre les cancers	1	ARS	GIP-PROM CHUM CGSS Établissements Professionnels Associations CTM Collectivités	26

2	Décliner de manière cohérente et coordonnées les priorités définies par l'ARS	1	ARS	GIP-PROM CHUM CGSS Établissements	27
3	Renforcer et recentrer la mission de coordination du GIP-PROM	1	ARS	GIP-PROM	28
11	Renforcer et sécuriser les processus liés aux transferts sanitaires	1	ARS CGSS	CHUM Établissements Professionnels	39
4	Systématiser et consolider la collecte de données	2	ARS	GIP-PROM Établissements CHUM CGSS CIRE-ORS CTM Registre INCa	31
5	Structurer le partage et le suivi d'un set restreint d'indicateurs clés	2	ARS	GIP-PROM CHUM CGSS CIRE-ORS Registre	31
7	Partager un plan d'action régional pour la démographie médicale	2	ARS	GIP-PROM Établissements CHUM CGSS CTM Collectivités	34
8	Recruter / fidéliser : agir sur les conditions d'exercice et d'installation	2	ARS	GIP-PROM Établissements CHUM CTM Collectivité Professionnels	35
12	Améliorer l'accompagnement social et médical des patients	2	ARS	CHUM Établissements Associations Établissements hexagonaux HAD	41
6	Encourager la production de données et d'études	3	ARS	Registre CIRE-ORS DRCI	32

9	Attirer : développer la communication et les partenariats	3	ARS	Etablissements CHUM Agences sanitaires Fédérations hospitalières Ordres	36
10	Former : étendre les offres et accompagner en proximité	3	ARS	Etablissements CHUM Université des Antilles	37

2- Etat des lieux

Ce chapitre s'appuie sur les éléments dont la mission disposait avant son départ, et sur les observations et les informations recueillies sur place.

2.1 Description du contexte général

La Martinique présente des caractéristiques géographiques, démographiques et sociales tout à fait spécifiques. Celles-ci impactent l'état et le système de santé et, a fortiori, l'épidémiologie comme la prise en charge des cancers.

► **Caractéristiques géographiques, démographiques et sociales**

Une population vieillissante et un déclin démographique

La population de la Martinique, 361 225 personnes au 1er janvier 2020, a connu une baisse annuelle moyenne de 1,0 % entre 2014 et 2020. La Martinique est, avec la Guadeloupe, la seule région à perdre des habitants sur la période, sous l'effet de l'émigration, des jeunes majoritairement. La population est plus âgée que la moyenne nationale, son vieillissement s'est fortement accéléré au cours des deux dernières décennies, et à l'horizon 2040 près de 40 % de la population aura plus de 60 ans. En 1990, 68 % des Martiniquais avaient moins de 40 ans : ce chiffre n'est plus que de 45 % aujourd'hui, et ce déficit important d'adultes de cette classe d'âge touche autant les femmes que les hommes. Bien que le nombre d'enfants par femme dépasse légèrement la moyenne nationale, l'indice conjoncturel de fécondité est inférieur au seuil de renouvellement des générations. Un tel vieillissement de la population fait peser des incertitudes sur le maintien de certaines filières de soins spécialisés et annonce une augmentation de l'incidence de plusieurs maladies, dont les cancers.

La Martinique reste densément peuplée avec 327 habitants par km², près du triple de l'Hexagone (119 habitants par km²). La Communauté d'Agglomération du Centre Martinique concentre 42 % des habitants et abrite les deux communes martiniquaises les plus peuplées, Fort-de-France (78 126 habitants) et Le Lamentin (40 581). Les infrastructures et services de transports demeurent peu développés, conduisant à la saturation du réseau routier. Cela exacerbe les enjeux liés à l'organisation spatiale et à l'accessibilité de l'offre de santé dans un territoire marqué par des disparités importantes. Le Nord, au relief accidenté et davantage tourné vers l'activité agricole, est moins peuplé et plus défavorisé. De nombreuses communes du Sud restent néanmoins pauvres.

Une société marquée par des inégalités croissantes et une forte précarité

S'il demeure le plus élevé des départements ultramarins, le niveau de vie médian, de 19 200€ par an en 2020, est inférieur de 14 % au niveau national. Par ailleurs 38 % de la population est en situation de privation matérielle en 2018, un taux trois fois plus élevé que dans l'Hexagone (13 %). Le taux de pauvreté monétaire est pour sa part de 26,7 % en 2020, soit près de deux fois celui de l'Hexagone. Or par rapport à lui, les écarts de prix sont importants (+12,3 % en 2015), notamment sur les produits alimentaires (+38,2 %).

Si la Martinique reste la région d'outre-mer la moins touchée par le chômage, son taux y reste de 12,5 %, soit 5,2 points de plus qu'en Hexagone. Les difficultés sont renforcées par l'ampleur de l'illettrisme qui, en 2014, et même s'il est en baisse, touche encore 13 % des résidents de 16 à 65 ans.

Les inégalités de niveau de vie sont plus fortes que dans l'Hexagone : les 10 % les plus riches gagnent au moins 4,1 fois plus que les 10 % les plus pauvres, contre 3,4 fois plus en Hexagone. Les familles monoparentales, qui correspondent à 31 % de la population, sont particulièrement touchées par la pauvreté, notamment lorsque le parent est une femme : 40 % des membres vivent sous le seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté atteint par ailleurs 32 % pour les ménages dont la principale source de revenus provient des retraites. La part de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire se situe à 24 % et est plus élevée qu'en Hexagone. En 2015, 15,8 % des Martiniquais assurés sociaux du régime général âgés de 16 ans et plus n'ont pas déclaré de médecin traitant, contre 10,8 % au niveau national, et 8,6 % n'ont pas eu recours aux soins au cours des 24 derniers mois, contre 7,9 % au niveau national.

► Système et état de santé

Des dépenses de la santé élevées et des établissements en difficulté

L'ARS de Martinique coordonne la politique de santé sur l'ensemble du territoire et régule l'offre de santé en région. La configuration géographique, la répartition de la population et la concentration de l'offre de soins ont conduit à identifier un territoire unique de santé, organisé autour de quatre territoires de proximité (Centre, Nord Caraïbe, Nord Atlantique, Sud). La Martinique est constituée en collectivité unique, exerçant les compétences attribuées à un département et à une région. La Collectivité territoriale de Martinique (CTM) est compétente pour promouvoir la coopération régionale, l'aménagement de son territoire et son développement économique, social, sanitaire, scientifique et culturel. La caisse générale de sécurité sociale (CGSS), modèle de caisse intégrée, recouvre et verse l'ensemble des prélèvements et prestations du régime général, du régime des indépendants et du régime agricole, à l'exception de ceux relevant de la caisse d'allocation familiale (CAF). Le total des dépenses de santé en Martinique s'élève

à 1,33 Md€ en 2015, en augmentation de 12 % par rapport à 2011. La progression la plus forte a concerné les établissements sanitaires (+22 % sur la période). Leur situation financière, et en premier lieu celle du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM), est très dégradée et préoccupante. Le CHUM présentait en 2015 un déficit de 108 M€ et un endettement à hauteur de 252,6 M€ pour un budget annuel de 506 M€ en 2015 M€¹. En 2023, son déficit continuait de s'élever à plus de 37 M€, pour un total des produits de 687 M€ et un total des charges de 724 M€. Pour l'année 2024, le déficit prévisionnel est de 20 M€, pour des totaux prévisionnels de produits et de charges estimés à 733 M€ et 753 M€ respectivement². En 2021 à la suite du Ségur de la santé, 448 M€ avaient été réservés à la Martinique, dont 75M € pour la restauration des capacités financières des établissements de santé et 364 M€ pour les projets et investissements.

Une démographie médicale fragile et une offre hospitalière en tension

En Martinique les soins sont largement dispensés par des structures hospitalières publiques, avec une organisation centrée plus particulièrement autour du CHUM. Composé de six sites à Fort-de-France et un site délocalisé à La Trinité, en cours de réfection, le CHUM assure la majorité des consultations spécialisées et concentre l'essentiel du plateau technique. La Martinique compte également sept centres hospitaliers (CH), un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) et une clinique privée. **Le secteur libéral reste limité.** La densité médicale régionale, bien que ne se situant pas parmi les plus faibles, est légèrement inférieure à la moyenne nationale (332 vs 339 médecins / 100 000 hab. en 2021), y compris pour les médecins spécialistes (180 vs 193 / 100 000 habitants)³. Les densités de sage-femmes mais aussi d'infirmiers sont supérieures ou équivalentes à la moyenne nationale. **La densité des infirmiers libéraux, plus particulièrement, y est deux fois plus élevée** (372 vs 183 / 100 000 hab.). Les besoins en soins de premier recours insuffisamment satisfaits induisent un sur-recours aux urgences et des prises en charge retardées. La densité en pharmaciens est également un peu inférieure à la moyenne métropolitaine (99 vs 108 / 100 000 hab.).

L'offre de soins est concentrée sur le centre de la Martinique, autour de Fort-de-France. Le déséquilibre de la répartition de l'offre sur le territoire induit pour les populations les plus éloignées des difficultés d'accès aux soins. Celles-ci sont amplifiées par l'insularité, par l'étroitesse du territoire, et par la faiblesse du réseau de transport public. **Les difficultés de circulation limitent l'amplitude des déplacements et augmentent les temps d'accès.** Un nombre limité de

¹ Chambre régionale de comptes de Martinique, Centre hospitalier régional et universitaire de la Martinique, Rapport d'observations définitives et réponse de l'ordonnateur. Délibéré le 2 juin 2017.

² État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2024 initial, Compte de résultat prévisionnel principal (CRPP), CHU de Martinique.

³ Répertoire ADELI Drees, données au 01 janvier 2021. Consulté le 05 février 2024.

structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluridisciplinaires et centres de santé) complètent l'offre de proximité. Le territoire est également maillé par un réseau de centres de Protection maternelle et infantile (PMI).

Une coexistence de pathologies infectieuses et chroniques

L'espérance de vie à la naissance en Martinique est comparable à la moyenne nationale (78,6 vs 79,2 ans chez les hommes et 84,7 vs 85,2 ans chez les femmes). Le taux de mortalité prématurée, cependant, reste élevé (2,5 vs 1,8 / 1 000 hab. de moins de 65 ans). Les cancers sont la première cause de mortalité prématurée chez les deux sexes, devant les maladies de l'appareil circulatoire. La population martiniquaise reste par ailleurs exposée à des maladies infectieuses vectorielles et à une mortalité maternelle et infantile élevée. Le taux de mortalité infantile est environ deux fois plus élevé en Martinique que dans l'Hexagone, avec en moyenne 7,2 vs 3,7 décès pour 1000 naissances vivantes. **Le poids des maladies chroniques est plus important qu'en moyenne nationale.** La prévalence de l'obésité et de plusieurs comorbidités, telles que le diabète, les maladies rénales chroniques et les maladies cardiovasculaires, est particulièrement élevée. Le diabète concerne une personne sur dix et en majorité des femmes.

Une prévalence élevée des principaux facteurs de risque

L'alimentation déséquilibrée et la surcharge pondérale constituent des facteurs de risque majeurs en Martinique. **Près d'un Martiniquais sur trois est en surpoids ou obèse** (59 % des personnes de plus de 15 ans, contre 47 % en Hexagone). Les femmes sont davantage concernées par l'obésité que les hommes (25 % vs 13 %). Un jeune sur trois est en surcharge pondérale. Des surcoûts liés à l'insularité, la persistance de la pauvreté et certaines habitudes culturelles alimentaires freinent une alimentation saine équilibrée. **Seul un tiers de la population consomme quotidiennement fruits et légumes, soit la moitié du taux hexagonal.** La consommation moyenne d'alcool et de tabac est inférieure au niveau de consommation moyen national. Le tabagisme quotidien concerne un peu plus d'une personne de 18 – 75 ans sur dix en Martinique, contre une sur quatre au niveau national. Le taux de mortalité des pathologies directement liées à l'alcool est environ 20 fois inférieur en Martinique, mais la prévalence de la consommation hebdomadaire d'alcool chez les 18 – 30 ans y est supérieure au niveau national (48 % vs 32 %).

En matière environnementale, la Martinique est exposée à des risques spécifiques dont le plus documenté est celui du chlordécone, insecticide organochloré persistant dans le sol, utilisé de 1972 à 1993 dans les bananeraies, classé comme neurotoxique, perturbateur endocrinien et cancérigène possible en 1979 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le cancer de la prostate lié à une surexposition à la chlordécone est reconnu comme maladie professionnelle depuis 2021 en France. Le territoire est également confronté à

une recrudescence des épisodes d'invasion de sargasses et de fortes chaleurs. L'intensification de la production de déchets et celle des activités agricoles peuvent entraîner une dégradation des milieux et une augmentation des risques sanitaires. Le climat martiniquais favorise par ailleurs la présence d'agents infectieux. Si elle est peu documentée, la présence de l'infection à *Helicobacter pylori* est estimée comme étant plus fréquente dans les Antilles. Les sujets de santé environnementale soulèvent en Martinique des controverses et des conséquences sociales importantes. Le risque solaire est par ailleurs important.

2.1 Epidémiologie et prises en charge des cancers

Une incidence et mortalité inférieures mais majorées sur certaines localisations

Il existe en Martinique un registre des cancers actif depuis 1981, permettant un recueil de données épidémiologiques exhaustif et fiable. L'incidence du cancer y est estimée à 1 583 nouveaux cas par an. Les chiffres d'incidence standardisée monde placent la Martinique parmi les régions de France ayant les plus faibles taux d'incidence de cancer avec la Guadeloupe et la Guyane. Par rapport au niveau moyen national, l'incidence est inférieure de 15 % chez l'homme et 34 % chez la femme. Les cancers les plus fréquents sont, chez l'homme, le cancer de la prostate (55 % des nouveaux cas), du côlon-rectum (9 %) et de l'estomac (4 %), et, chez la femme, le cancer du sein (33 % des nouveaux cas), du côlon-rectum (14 %) et de l'estomac et du corps de l'utérus (5 % chacun). L'incidence du cancer de la prostate est globalement plus élevée chez les personnes génétiquement issues de l'Afrique de l'Ouest, le rôle favorisant des pesticides est désormais démontré. Des études ont mis en évidence des inégalités sociales d'incidence pour certaines localisations. Chez l'homme l'incidence du cancer de la prostate est plus élevée parmi les catégories les plus défavorisées, de même que chez la femme celle des cancers de l'estomac, du sein et du col de l'utérus⁴. Les tendances d'incidence sont amenées à évoluer défavorablement, en lien avec le vieillissement de la population et de la hausse de la prévalence de facteurs de risque liés au mode de vie.

Le nombre annuel de décès par cancer est estimé à 730 décès par an, soit 26 % des décès annuels. Le cancer constitue en Martinique la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes, et chez les deux sexes la première cause de mortalité prématurée. La part des décès par cancer survenus avant 65 ans est supérieure au niveau national (35 % vs 24 % chez les femmes, 32 % vs 27 % chez les hommes). La survie nette standardisée des cancers est globalement inférieure à une moyenne hexagonale qui elle-même recouvre des réalités départementales très différentes et d'importantes disparités selon les localisations. Le cancer de la prostate a pour sa part une survie nette supérieure.

⁴ Luce D, Michel S, Dugas J, Bhakkan B, Menvielle G, Joachim C, Deloumeaux J. Disparities in cancer incidence by area-level socioeconomic status in the French West Indies. *Cancer Causes Control*. 2017 Nov;28(11):1305-1312. doi: 10.1007/s10552-017-0946-3.

Le myélome multiple, le plasmocytome, les cancers de la lèvre-bouche-pharynx, de l'estomac, du poumon ainsi que du col de l'utérus ont une survie équivalente. Enfin, les cancers du sein, du côlon-rectum, du corps de l'utérus et de l'œsophage ont des survies inférieures.

Le cancer de la prostate, le myélome multiples, et le cancer de l'estomac ont à la fois une incidence et un taux de mortalité élevés. Une incidence plus élevée que pour l'hexagone pris dans son ensemble est aussi retrouvée pour le cancer du col de l'utérus. Des incidences plus faibles mais en augmentation sont observées pour les cancers du sein chez la femme et les cancers du poumon, du côlon-rectum, et de la lèvre-bouche-pharynx chez les deux sexes.

Il faut à nouveau souligner les limites de la comparaison avec les chiffres hexagonaux dès lors que ceux-ci recouvrent des réalités départementales très différentes. Aussi sur certains points la situation de la Martinique s'apparente-t-elle à celle de certains départements hexagonaux.

Une action en prévention dynamique mais des résultats contrastés

L'ARS assure la déclinaison et la mise en œuvre des divers plans et stratégies en prévention dont le Programme national nutrition-santé (PNNS) et le plan régional santé-environnement (PRSE). Elle s'appuie sur l'instance régionale d'éducation et de promotion santé (IRESP) de Martinique. Le tissu associatif impliqué sur le sujet du cancer est divers et actif. Les associations « Ma Tété », « Amazones » ou encore le comité départemental de la Ligue contre le cancer assurent tant des actions de sensibilisation que d'accompagnement des publics.

L'offre de dépistage organisé disponible couvre l'ensemble des programmes de dépistage existants au niveau national. La participation est encore moins importante qu'en France entière, particulièrement pour les dépistages des cancers du col utérin et - chez les hommes - du cancer du côlon-rectum. Pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU), ce taux est de 40,2 % sur la période 2018 – 2020 (59,0 % France entière)⁵. Pour la période 2021 – 2022⁶, il est de 45,4 % pour le dépistage du cancer du sein (DOCS) (47,7 % France entière) et de 22,5 % pour le dépistage du cancer du côlon-rectum (DOCCR) chez les hommes (33,2 % France entière) et de 33,3 % chez les femmes (35,3 % France entière). La participation au DOCS a connu une baisse significative dans les suites de la crise sanitaire liée à la covid-19, sans que le niveau de participation pré-crise ait été retrouvé depuis. Le taux de participation au DOCCR est en diminution constante depuis 2018 – 2019. La participation au DOCCU est stable depuis 2012 – 2014.

⁵ DOCCU : SNDS (DCIR), Insee - Traitement Santé publique France

⁶ DOCS et DOCCR : Données Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers et Estimations Localisées de Population (ELP) de l'Insee - Traitement Santé publique France.

Des prises en charge concentrées autour d'un nombre limité d'acteurs

Les examens diagnostic et bilans d'extension sont réalisés localement. En matière d'anatomocytopathologie, l'analyse des prélèvements est partiellement réalisée sur place, soit au sein du laboratoire du CHUM soit auprès du laboratoire Cerba-Cerpath en ville. L'acquisition d'un scanner de lames a conduit à externaliser une partie de l'activité auprès de réseaux hexagonaux. Les équipements d'imagerie présents en Martinique comprennent un TEP scan grand champ, un TEP scan moyen champ, un TEP IRM, six IRM et 8 scanographe.

Les soins des cancers en Martinique reposent sur deux établissements. Le CHUM dispose d'autorisations sur toutes des modalités de traitement : chirurgie (toutes localisations), radiothérapie et chimiothérapie. La clinique privée Saint-Paul propose trois spécialités chirurgicales : mammaire, digestive et urologique. Les activités concourant à la prise en charge des cancers sont réparties entre quatre sites du CHUM : la radiothérapie et l'oncologie médicale sont dispensées sur le site de l'hôpital Clarac. Les spécialités gynéco-mammaires sont proposées sur le site Mère-enfant, à proximité immédiate de l'hôpital Pierre Zobda Quitman où se situent les spécialités digestives, thoraciques et ORL. L'urologie est localisée sur le site de l'hôpital Mangot-Vulcin. Les différents sites sont distants d'une dizaine de kilomètres dans et autour de Fort-de-France. Le nombre d'hospitalisation pour cancer est de 5,1 pour 1 000 personnes en Martinique (6,6 / 1 000 en Hexagone). Le nombre de préparations cytotoxiques au CHUM est estimé à plus de 22 650 en 2022, administrées à près de 1 490 en oncologie médicale et 535 patients en hématologie. En 2022, 88,3 % des résidents hospitalisés pour cancer sont traités en Martinique, et 6,8 % sont hospitalisés en cancérologie dans des établissements en Hexagone⁷. Le CHUM assure tous les soins à l'exception de la pédiatrie et de l'hématologie, pour lesquelles il a établi des partenariats avec certains établissements, dont le CHU de Bordeaux et le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Gustave Roussy.

⁷ Données Hospidiag, traitement Direction Régionale du Service Médical Martinique, décembre 2023.

3- Constats de la mission et préconisations

3.1 Relever des défis transversaux

Enjeux

Il importe de donner aux acteurs un signal fort de priorité à la qualité, en évitant absolument les parcours inadaptés (délais excessifs d'accès à l'imagerie, à l'endoscopie, de retour des compte rendus d'anatomopathologie, etc.) et en renforçant l'accompagnement des acteurs dans une dynamique collective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les orientations stratégiques, actions, financements doivent refléter cet état d'esprit.

Faire évoluer les organisations et pratiques pour atteindre ces objectifs nécessite la mobilisation de toutes les énergies dans une même direction et l'association de toutes les parties prenantes. Coordonnée par l'ARS, la gouvernance est cruciale pour trouver un équilibre entre les capacités d'innovation des acteurs et le nécessaire contrôle de la cohérence et de l'effectivité des actions.

Si le registre des cancers est de qualité, le codage des actes issue du PMSI, est actuellement défaillant au CHUM. Le pilotage pourrait être encore plus efficace en renforçant la double connaissance de l'état de santé global de la population et de l'offre fine de soins, y compris dans ses disparités géographiques le cas échéant. La disponibilité de données robustes constitue un facteur clé d'aide à la prise de décisions, pour l'ARS, à titre principal, et pour les acteurs de santé eux-mêmes.

La disparité actuelle de ces informations ne doit néanmoins pas constituer un prétexte ici ou là pour poursuivre des fonctionnements très perfectibles. D'ores et déjà, certains constats sont patents, confirmés par des recoupements et audits ciblés.

Pour la Martinique, l'attractivité des professions de santé est à la fois un défi immédiatement pressant et un enjeu stratégique à long terme. À l'exclusion des infirmières qui ont contraire ont une offre assez dense, l'île est marquée par une faible densité de plusieurs professions de santé. Celle-ci se traduit par un taux élevé de vacances de postes et de rotation des professionnels dans les structures de soins, avec en corollaire la déstabilisation des équipes et des organisations qui inévitablement altère la continuité des parcours. La faiblesse des effectifs médicaux est exacerbée par l'éloignement et par l'insularité. L'exercice médical y est aussi compliqué par des tensions sociales fortes.

La formation initiale, le développement des compétences, l'amélioration des conditions d'installation et d'exercice constituent des leviers complémentaires pour le renforcement et la stabilisation d'équipes compétentes sur le territoire.

L'offre de soins disponible en Martinique couvre la presque totalité des modalités de soins du cancer. Les données disponibles font par ailleurs apparaître une part élevée de patients ayant reçu la totalité des traitements sur le territoire.

L'absence de certaines filières de soins ou spécialités sur l'île implique néanmoins que la Martinique s'appuie sur des partenariats avec des établissements de santé hexagonaux pour renforcer son offre de soins par le biais de la télémédecine, de la téléexpertise et des évacuations sanitaires (EVASAN).

Les données disponibles ne reflètent par ailleurs pas, ou mal, les départs que l'on pourrait qualifier d'« individuels », c'est-à-dire qui ne seraient ni organisés ni pris en charge par la collectivité (État ou Assurance maladie), dont la programmation et les frais seraient portés par les patients. Ces départs « spontanés » des patients qui en ont les moyens, pour recourir plus rapidement aux soins ou pour accéder à une offre de soins autre que celle proposée sur le territoire, est une réalité en Martinique, qui fait peser le risque d'une médecine à plusieurs vitesses.

Le sujet des transferts et évacuations soulève donc des questions d'organisation des soins et constitue surtout un enjeu majeur pour l'équité de l'accès aux soins des résidents martiniquais. L'accès de tous à des soins de qualité reste une priorité.

Puisque les plateaux techniques sont là et les compétences présentes sur place dans un grand nombre de situations, le système de soins martiniquais ne se trouve pas ou ne doit pas se trouver dans une situation de dépendance vis-à-vis des coopérations hors du territoire. Le développement comme la pérennisation de l'offre de soin martiniquaise doivent par ailleurs rester le cap fixé et suivi par tous les acteurs.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Une stratégie d'animation territoriale ayant permis de mobiliser les partenaires autour d'objectifs communs formalisés dans des feuilles de route régionales • Un positionnement fort et reconnu de l'ARS comme chef de file de la gouvernance de la cancérologie sur l'île 	<ul style="list-style-type: none"> • Un territoire insulaire, éloigné des grands pôles spécialisés ou réputés de l'Hexagone • Une coopération régionale et interrégionale largement insuffisante • Un manque de données récentes et fiables et une informatisation insuffisante des structures • Un dialogue insuffisant et pas assez constructif
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Un travail en commun favorisé par la dimension du territoire et une interconnaissance des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Une démultiplication des efforts et une déperdition des énergies liée au manque de coordination des initiatives • Un risque de perte de compétences et d'autonomie sanitaire du territoire par un recours plus important à des transferts vers l'extérieur sur l'amélioration de la situation locale

Thématique 1 | Mettre à jour la stratégie pour la cancérologie en Martinique et en affirmer le pilotage

Résumé des préconisations

- 1 Faire de la qualité et de la sécurité une priorité de la feuille de route de lutte contre les cancers
- 2 Assurer la cohérence autour des priorités portées par l'ARS
- 3 Renforcer et recentrer la mission de coordination du GIP-PROM

Constats

Le lancement du nouveau Projet régional de santé (PRS) constitue un temps fort pour impulser le changement et amener les acteurs à considérer de nouvelles orientations stratégiques. Le schéma régional de santé 2023 – 2027 a identifié le cancer comme l'un des huit parcours de santé prioritaires et a déjà proposé des orientations que la mission trouve adaptées. L'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de santé, mentionnée comme un axe transversal, ne fait néanmoins pas l'objet d'une déclinaison opérationnelle en cancérologie.

Les acteurs de la cancérologie sont divers, parfois fragiles, mais les enjeux sont partagés par tous les professionnels rencontrés par la Mission, qui expriment tous collectivement et individuellement une volonté forte d'améliorer la situation de la cancérologie en Martinique.

Le GIP-PROM constitue une initiative tout à fait originale et qui a acquis une importance stratégique dans le paysage local. Cette structure atypique a été construite sur les bases d'un réseau régional de cancérologie (RRC), et cumule un certain nombre de fonctions et de missions, dont celles de dispositif spécifique régional du cancer (DSRC), de plusieurs centres de coordination en cancérologie (3C) pour le CHUM et la clinique privée, d'unité de coordination en oncogériatrie (UCOG), de centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

Le GIP-PROM a accru ses capacités d'action en matière de lutte contre les cancers en sanctuarisant des ressources, notamment humaines, déclinées en actions régionales de lutte contre les cancers. Bien que le GIP-PROM se soit positionné sur l'ensemble du parcours de santé, de la prévention à la mise en soin, la mission note néanmoins, à partir du bilan dressé par l'ARS et le GIP-PROM (conclusions du dialogue de gestion, lettre de mission), que son investissement dans les différents champs est hétérogène et qu'il est en difficulté dans la coordination

des acteurs. La mission a aussi constaté un dialogue insuffisant entre le GIP-PROM et certains acteurs, qui rapportent parfois mal connaître ses activités ou ne pas avoir de contact opérationnel établi avec l'opérateur. Une feuille de route régionale qui décline les différentes actions à mener sur le territoire est en cours de révision suite aux différents travaux menés par le GIP-PROM, sous l'égide de l'ARS et avec les partenaires concernés.

Préconisations

1 Faire de la qualité et de la sécurité une priorité de la feuille de route de lutte contre les cancers

La mission soutient l'idée d'une révision de la feuille de route régionale de lutte contre les cancers, qui serait l'occasion de lancer une dynamique nouvelle, autour de priorités réaffirmées, afin de confirmer l'engagement volontariste de l'ARS et de l'ensemble des acteurs du territoire pour une améliorer la situation de la cancérologie en Martinique.

La feuille de route actuelle de lutte contre les cancers du territoire, si elle propose des actions tout à fait intéressantes et nécessaires, doit sacraliser l'enjeu de la qualité et de la sécurité des soins. Elle ne peut pas reposer, comme dans des régions les mieux dotées, sur les seules actions nouvelles inscrites de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030, dont il est par ailleurs précisé qu'elle « intervient en complément des actions, dispositifs, outils structurants déjà en place, qu'il convient de continuer à faire évoluer dans une logique d'amélioration continue de la qualité et d'efficience »⁸. Il est essentiel d'explicitier et de décliner les actions à mettre en œuvre pour assurer que les organisations, fonctionnements et dispositifs dits « socles », issus notamment des plans cancers successifs, soient bien implantés de façon satisfaisante et pérenne en Martinique.

Il paraît également indispensable de prévoir les évolutions nécessaires dans ce domaine, de façon pragmatique et sans naïveté quant au besoin d'un développement sanitaire accru voire de « rattrapage » sur certaines dimensions. La consolidation des filières de diagnostic et de soin est primordiale et doit nécessairement accompagner la montée en charge des programmes de dépistage. Seul ce continuum peut assurer l'impact des dépistages.

Le travail fait dans le cadre du Schéma régional de santé (SRS) peut servir de base mais doit être approfondi pour détailler plus encore les pistes et moyens d'atteindre les objectifs. Le présent rapport, sans présumer des décisions futures de l'ARS, entend bien entendu servir de matière à cette réflexion.

Ces priorités réaffirmées feront l'objet début 2024 d'une présentation de la part de l'ARS des grands axes et des principaux indicateurs d'un plan d'action. Celui-ci pourrait constituer une forme de « Pacte cancer », complémentaire aux actions engagées dans le cadre de la stratégie décennale, afin que soient bien et conjointement embarquées les actions qui répondent à un besoin urgent de consolidation et celles qui dessinent des perspectives nouvelles à moyen – long terme.

⁸ Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030, Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, 2021.

Cette démarche s'articulerait avec le plan d'actions qui sera proposé par le comité interministériel des outre-mer (CIOM) et anticiperait légèrement l'arrivée à terme de la première feuille de route régionale 2022 – 2025 et la préparation de la seconde feuille de route 2026 – 2030.

2 Décliner de manière cohérente et coordonnée les priorités définies par l'ARS

La mission a fait le constat de l'implication déjà forte de l'ARS pour dresser un état des lieux circonstancié de la situation de la cancérologie en Martinique et pour mettre en œuvre de premières actions pour son amélioration.

Elle a aussi pu noter la multiplicité des initiatives lancées ou explorées sur le territoire, par les différents acteurs et même parfois par les divers services au sein d'une même structure. Si un tel dynamisme local ne peut être que salué par la mission, celle-ci alerte sur les redondances, incohérences voire les contradictions parfois relevées entre ces projets.

L'exigence d'efficacité des actions et d'efficience de l'utilisation des ressources rares impose que les acteurs soient tous engagés dans une même direction et partagent un plan d'action qui ne laisse aucun doute sur la place de chacun.

La mission encourage l'ARS à conforter son rôle de chef d'orchestre, en lien avec l'amendement de la feuille de route pour la cancérologie en Martinique.

Dans cette logique la mission propose que les objectifs de cette feuille de route fassent l'objet d'une déclinaison dans les outils programmatiques et contractuels avec les différents acteurs: plan d'action de l'ARS, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des opérateurs, incluant la structure régionale d'appui dont le rôle est essentiel dans le contrôle de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

La cohérence entre le cadre stratégique établi par l'ARS et le projet d'établissement du CHUM est un point particulièrement crucial à travailler. Aussi la mission préconise-t-elle d'évaluer dans quelle mesure ces orientations pourraient être déclinées dans un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) avec le CHUM et la CGSS, en support à un dialogue de gestion renforcé et en appui à une démarche d'amélioration des fonctionnements. Il est important de noter que la sécurisation des circuits et des soins, si elle répond d'abord à un impératif de qualité vis-à-vis des patients, améliorera aussi les conditions de travail pour les professionnels et donc l'attractivité.

3 Renforcer et recentrer la mission de coordination du GIP-PROM

La mission a pris note d'une **demande des acteurs d'un partage accru de l'information et du travail, pour maximiser l'impact de leurs actions**. Ce besoin se fait particulièrement pressant lorsqu'il s'agit d'assurer la coordination des acteurs en cancérologie.

Constitué sous la forme d'un groupement rassemblant les différents acteurs de la cancérologie, le GIP-PROM doit, par nature, jouer un rôle majeur en matière de coordination. Au-delà de la seule mise en relation, il doit établir, renforcer, formaliser et rendre opérationnelles les coopérations entre les acteurs pour une prise en charge coordonnée des patients. Son appui doit faciliter la (re)structuration de filières et la déclinaison de protocoles de coopération.

Cependant, la mission constate que **cet avantage stratégique n'a pas été pleinement exploité et appelle à donner corps au rôle de « plateforme » du GIP-PROM**.

Sans qu'il se substitue aux acteurs, la mission suggère un équilibrage des moyens consacrés par le GIP-PROM à chacune des missions qui lui ont été confiées. La mission relève en effet une prééminence des missions sur l'amont du parcours (prévention et dépistage) au détriment des missions ayant directement trait aux soins et parcours.

Les liens avec certains acteurs méritent d'être renforcés. Si les liens avec le CHUM semblent solides, la mission a noté de **trop faibles interactions entre le GIP-PROM et l'acteur référent en matière d'hospitalisation à domicile (HAD), la Clinique de la Tour, ou encore avec le dispositif d'appui à la coordination (DAC), nommé « Appui Santé Martinique »**. Favoriser davantage les liens entre la ville et l'hôpital accélérera l'accès aux soins et évitera les ruptures de parcours.

Au sein même des établissements de santé, des structures réglementaires nécessaires pour les autorisations (les centres de coordination en cancérologie [3C] en premier lieu) ne sont pas toutes représentées selon le schéma habituel. Les glissements de tâches vers un acteur externe, le GIP-PROM en l'espèce, sont sources d'une forme de désinvestissement des acteurs, d'une coordination suboptimale du circuit des soins et de la structuration du parcours patient au sein de ces établissements.

La mission préconise le recentrage des missions du GIP-PROM autour de sa fonction de dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) et l'invite à de saisir pleinement de son rôle de coordination extrahospitalière des opérateurs de santé à l'échelle régionale. Cette orientation s'inscrit dans une préconisation plus large quant à la réorganisation des structures existantes, qui prévoit par ailleurs la réintégration des 3C au sein même des établissements (voir thématique 22).

Pour garantir un monitoring précis du déploiement de ces missions et une adaptation agile des priorités, la mission invite au maintien d'un dialogue soutenu et régulier entre l'ARS et le GIP-PROM.

Au même titre que de nombreux acteurs du territoire, le GIP-PROM est aussi encouragé par la mission à développer une culture de l'évaluation plus poussée et systématique, pour un suivi d'impact rigoureux de ses actions.

Résumé des préconisations

- 4 Systématiser et consolider la collecte des données
- 5 Structurer le partage et le suivi d'un set restreint d'indicateurs clés
- 6 Encourager la production de données et études

Constats

Lors de ses rencontres, la mission a pris note du manque de fiabilité des données hors registre, signalé en préambule de chaque échange. Peu de données ont pu être transmises à la mission, malgré des sollicitations successives auprès des acteurs concernés. Divers constats formulés par les interlocuteurs se sont ainsi révélés difficiles voire impossibles à documenter.

Les difficultés signalées se situent à plusieurs niveaux : absence totale de recueil de données pour certains secteurs ou activités, carences dans le remplissage de certains systèmes d'information qui en limitent l'exploitation, utilisation insatisfaisante des données disponibles, par manque d'indicateurs synthétiques ou de modalités de suivi établies.

L'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données représente un enjeu tout à fait particulier pour le CHUM. Le remplissage partiel du PMSI notamment ne permet d'avoir qu'une vision inexacte de l'activité de certains services et pénalise le financement de l'établissement.

Le niveau des créances irrécouvrables du CHUM reflète les dysfonctionnements de la chaîne de facturation et du recouvrement (gestion du parcours du patient, exactitude du codage de chaque acte et étape du séjour, rapidité de la facturation, processus de recouvrement rigoureux). Le niveau des pertes sur créances irrécouvrables, s'il a fortement diminué depuis 2015, s'élevait encore en 2023 à plus de 6 M€⁹.

Le manque de centralisation et partage des données disponibles restreint la capacité à obtenir une vue d'ensemble de la situation. Les difficultés sont saillantes lorsqu'il s'agit de mesurer les délais d'accès aux soins sur l'ensemble du parcours.

⁹ État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2024 initial, Compte de résultat prévisionnel principal (CRPP), CHU de Martinique.

Préconisations

4 Systématiser, consolider et élargir la collecte des données

Les données existantes doivent pouvoir être fiabilisées et structurées au sein d'un dispositif permettant de centraliser l'information disponible et de procéder aux analyses requises.

La mission préconise de réaliser un état des lieux des données disponibles et de celles potentiellement accessibles auprès de l'ensemble des acteurs (ARS, CHUM, GIP-PROM, CGSS, etc.), ainsi que des taux d'exhaustivité du remplissage des principaux systèmes d'information. Le but est d'identifier toutes les données à disposition et de repérer celles manquantes.

Sur cette base, un plan d'actions pourra être travaillé collectivement pour définir les moyens d'accéder aux données indispensables et pour engager les actions nécessaires à l'amélioration des bases de données, tant en termes de complétude que de qualité de l'information. **A date, l'absence de données robustes sur le renoncement aux soins et les patients perdus de vue sont parmi les principales carences relevées par la mission.** Ces problématiques sont sous-documentées : les données existantes, incomplètes et se fondant sur des éléments souvent déclaratifs, pourraient en sous-évaluer l'importance. Disposer de données fiables sur les stades de diagnostic ou les voies de recrutement des patients dans les services du CHUM est indispensable pour orienter l'action au plus juste.

L'Institut pourra apporter un appui dans la réalisation de ce travail, par l'organisation de temps de partage d'expertise entre ARS, afin de comparer les sets de données disponibles par exemple. Il pourra aussi se faire le relais de demandes pour obtenir, voire développer, certains indicateurs à partir des bases nationales (SNDS, Plateforme de données en cancérologie, etc.).

L'urbanisation du système d'information du CHUM est une priorité. L'usage actuel de l'informatique de gestion ne semble pas permettre la facturation exhaustive des actes, entraînant une sous-estimation de l'activité et entravant la production automatique des indicateurs nécessaires au pilotage de l'établissement. Au-delà du suivi de l'activité l'utilisation, l'ergonomie, l'interopérabilité de certains applicatifs métier impactent les prises en charge et les parcours patients. La dynamique positive qui a été engagée sous l'impulsion du directeur des systèmes d'information doit être poursuivie et soutenue. L'absence de dossier patient informatisé (DPI) est une source de désorganisations et son déploiement doit constituer un projet prioritaire (voir thématique 20).

5 Structurer le suivi collectif d'indicateurs clés

Parallèlement au développement de nouvelles données, il est nécessaire de centraliser celles qui sont déjà disponibles et de confier leur analyse à une entité

chargée de les synthétiser et de partager les conclusions qui peuvent en être tirées. Il s'agit de renforcer le partage des données d'activité entre partenaires dans le but de pouvoir apprécier justement et globalement la situation. La centralisation vise par ailleurs à éviter la multiplication des initiatives et à optimiser les efforts. Cette démarche doit impliquer les acteurs institutionnels et de terrain, publics et privés, hospitaliers et de ville.

La mission préconise aussi la mise en place d'un dispositif pour le suivi dynamique et systématique de certains indicateurs clés, en complément du comité régional cancer. Au-delà du dispositif de pilotage de la feuille de route régionale de lutte contre les cancers, il s'agirait de bâtir un dispositif résolument pragmatique, économe du temps des acteurs et utile au pilotage de l'activité en routine, par le monitoring systématique d'un set restreint d'indicateurs. L'enjeu est de pouvoir anticiper au mieux les difficultés et les réponses à y apporter, de façon résolument proactive. La mission préconise de **limiter les indicateurs aux enjeux les plus saillants plutôt que de suivre les activités sans autre but que documentaire**. Ce dispositif pourrait prendre la forme d'un tableau de bord de l'activité en cancérologie, complété d'un système de rétro-information et d'alerte « en temps réel » des acteurs.

Le suivi des délais doit, dans ce cadre, faire l'objet d'une attention particulière. Il a été mis en place au CHUM un suivi des étapes clés des parcours de soins des patients traités dans les services d'oncologie médicale et de radiothérapie de l'Hôpital Clarac. Ce dispositif d'enregistrement permanent, salué par la mission, demeure cependant incomplet, n'intégrant pas les délais survenant en amont de la biopsie ni les soins donnés en chirurgie. Il importe que ce dispositif puisse être étendu pour prendre en compte l'ensemble des patients et des étapes du parcours et avoir une vision complète des délais de soins. Il gagnerait aussi à être affiné en fonction des actes de soin et des localisations cancéreuses. Par ailleurs, il est indispensable que ce dispositif soit étroitement articulé avec les acteurs du parcours, notamment les équipes médicales du CHUM, afin de leur permettre de prendre les actions qui s'imposent dans les meilleurs délais.

6 Encourager la production de données et études

Pour renforcer la connaissance de la situation, au-delà des données de l'activité des opérateurs, les enseignements de l'observation en santé et de la recherche peuvent être mobilisés.

Certains acteurs clés de la production de données et d'études semblent à date trop peu mobilisés dans l'orientation et la mise en œuvre de la politique régionale de lutte contre les cancers en Martinique, à l'image du Registre des cancers de Martinique ou de l'Observatoire de la santé de la Martinique (OSM).

Des enquêtes quantitatives par questionnaire ou qualitatives à partir d'entretiens ou de « focus groupes », confiées à l'OSM, pourraient être mobilisées pour mieux

appréhender certains sujets, tels que les inégalités sociales liées au cancer, l'impact des mesures de prévention, la participation aux dépistages des cancers ou encore l'accès aux soins. La mission appelle à encourager les activités de l'ORS dans le champ de la cancérologie. Ces enquêtes pourront être confiées à la future structure d'observation en cours de construction CREA/ORS.

Si des travaux du Registre des cancers de Martinique ont donné lieu à publication, permettant de disposer d'états de situation importants, la mission préconise que les résultats de ces études épidémiologiques soient davantage exploités à des fins de planification sanitaire. Des travaux intéressants sont en cours, sur la prévalence de l'infection par *Helicobacter Pylori* et les cancers gastriques ou sur l'exposition aux pesticides et les myélomes multiples et les lymphomes, dont il importe de s'assurer de la bonne avancée.

Assurant un enregistrement continu et exhaustif des diagnostics de cancer et du suivi des cas jusqu'au décès, le registre pourrait par ailleurs être mobilisé pour investiguer et objectiver certaines problématiques sensibles signalées par les acteurs rencontrés par la mission, telles que la temporalité entre la prise en soins et le décès ou la survenue d'un décès sans prise en soins.

La création prévue d'un centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) constitue une perspective saluée par la mission. Elle contribuera à cette montée en gamme des outils d'observation en santé sur le territoire.

L'appui à la production de données et études soulève plus largement un enjeu quant à la diffusion d'une culture de l'observation, de la recherche-action et de l'évaluation sur le territoire.

Résumé des préconisations

- 7 Partager un plan d'action régional pour la démographie médicale
- 8 Recruter / fidéliser : agir sur les conditions d'exercice et d'installation
- 9 Attirer : développer la communication et les partenariats
- 10 Former : étendre les offres et accompagner en proximité

Constats

Plusieurs dispositifs visant à renforcer l'attractivité médicale existent d'ores et déjà en Martinique, portés par une pluralité d'acteurs : ARS (eg. appel à manifestation d'intérêt pour la création d'une conciergerie visant à soutenir les professionnels médicaux dans leur exercice quotidien), CTM (eg. mise en place de la Maison du Retour et de la Famille proposant un accompagnement aux Martiniquais de 18 à 40 ans envisageant un retour sur l'île et présentant déjà un contrat de travail en Martinique ou un projet d'entreprise établi), CHUM, etc.

Le PRS prévoit par ailleurs de nouvelles actions très intéressantes, à mettre en œuvre dans les meilleurs délais. Si ces actions sont justifiées, la mission note que les différents plans et dispositifs ne font cependant pas toujours l'objet de concertation entre les acteurs, d'une part, et d'évaluation, d'autre part. La multiplication des plans en faveurs de l'attractivité et redondance de certaines initiatives en sont l'illustration et la conséquence.

Préconisations

7 Partager un plan d'action régional pour l'attractivité médicale

Un travail non spécifique au cancer a été mené par l'ARS en 2022-2023, avec un diagnostic, un plan d'attractivité autour de quatre axes et une enquête spécifique sur les freins auprès des praticiens libéraux. La mission préconise une mise en application de ce plan d'action avec l'ensemble des acteurs impliqués en cancérologie. L'enjeu est de mutualiser les ressources, de s'assurer que toutes les cibles sont bien adressées et tous les leviers sont bien mobilisés, et de garantir la lisibilité du dispositif pour les professionnels. Ce plan collégial pourrait être suivi au sein d'un comité régional intersectoriel, qui rassemblerait tous les acteurs en capacité d'agir pour l'attractivité médicale, et plus largement économique, sociale et culturelle de l'île.

Il est important de s'assurer que tous les aspects susceptibles d'influencer l'attractivité médicale sont intégrés, au-delà des seuls leviers sanitaires, et que tous les besoins sont couverts, y compris ceux des proches et accompagnants : simplification des démarches administratives, facilitation de l'inscription des enfants aux écoles ou en crèche, aide au logement, libération du foncier pour implantation de cabinets ou structures d'exercice coordonné, accès aux transports, etc.

Ce plan doit prévoir les modalités d'évaluation des actions mises en œuvre. Cette démarche pourrait intégrer un retour d'expérience de la part des professionnels de santé concernés, pour continuer à nourrir la réflexion sur les motivations, les freins et les facteurs facilitants l'installation et la pérennisation de leur engagement. Un bref questionnaire pourrait être conçu à cet effet. A l'instar de l'enquête menée par l'ARS de Mayotte en 2022, qui constitue un exemple concret dont les résultats sont éclairants¹⁰, une enquête a été menée par l'ARS de la Martinique auprès d'un panel de médecins. L'ARS a mis en place une participation active en mode partenarial à cette promotion des métiers de santé au niveau des salons emploi locaux et nationaux.

8 Recruter et fidéliser : agir sur les conditions d'exercice et d'installation

Faciliter l'installation et l'exercice quotidien des professionnels de santé sur le territoire est essentiel pour en favoriser le recrutement et la fidélisation.

Divers dispositifs de soutien sont mobilisables à cette fin : contrat d'engagement de service public (CESP), contrats d'aide à l'installation, exercice et carrières hospitalières partagés entre la Martinique et la Guadeloupe. La mission note par ailleurs un nombre encore relativement faible de structures d'exercice coordonné, qui constituent pourtant un facteur d'attractivité. Elle préconise d'inscrire dans les contrats locaux de santé (CLS) des engagements facilitant ce mode d'exercice (solutions de garde / scolarisation des enfants, mise à disposition de locaux, mobilisation d'aides financières à l'ouverture de structures en complément des aides conventionnelles). La diversification des conditions d'exercice peut également passer par le renforcement des coopérations entre la ville et l'hôpital et coopérations interprofessionnelles : appui à la constitution d'équipes territoriales, à l'exercice mixte ville-hôpital.

L'accès au logement et les déplacements peuvent constituer des difficultés réelles. Dans le cadre des programmes immobiliers en cours et à venir, il est important de prévoir des logements pour les professionnels de santé. Un tel projet est en cours avec la construction de la future résidence Pierre-Aliker qui prévoit la prochaine mise à disposition de logements à proximité du CHUM. De nouveaux projets sont à envisager avec les bailleurs du territoire, le cas échéant dans le cadre d'une convention ad hoc. Un conventionnement avec les sociétés

¹⁰ ARS Mayotte, Attractivité et pérennisation des professionnels de santé à Mayotte, octobre 2022.

de location de voiture professionnelles pour l'aide au transport ou encore un rapprochement avec le Pôle emploi pour faciliter l'accès à l'emploi du conjoint pourraient être étudiés. La prise en charge d'une part des frais de voyage pour l'Hexagone pour le professionnel, incluant le cas échéant ses proches, sous condition de durée d'engagement sur le territoire serait aussi de nature à favoriser l'installation. Le fait de prendre en compte le projet de vie global des professionnels de santé peut constituer un incitatif. A simple titre d'illustration, le Centre hospitalier de l'Ouest guyanais a par exemple mis en place un centre périscolaire avec service de ramassage scolaire au bénéfice de ses agents.

Un guichet unique ou autre portail d'accompagnement peut faciliter l'information et l'accès des professionnels à ces différentes aides et dispositifs. Ce travail a été débuté en 2022 et certains outils sont déjà en place : conciergerie, plateforme d'information. La mise en place d'un comité régional a été évoquée avec la Collectivité territoriale de Martinique (CTM) et la préfecture.

La mission préconise qu'un travail soit entamé par et avec les Affaires médicales du CHUM spécifiquement pour harmoniser les dispositifs existants, y compris financiers, fluidifier les procédures et raccourcir les délais de traitement.

La promotion des carrières sanitaires devra viser particulièrement les jeunes : soutien à des projets d'orientation des élèves en mettant en relation des élèves du secondaire avec des étudiants, valorisation des formations en santé auprès des lycéens par la participation aux forums et salons, etc.

9 Attirer : développer la communication et les partenariats

Ces initiatives pourront s'appuyer sur un effort de communication renforcé visant à valoriser l'exercice professionnel en Martinique en faisant valoir les atouts de l'île et de l'exercice sur le territoire : spécificités épidémiologiques, champs d'expertise, carrières possibles et conditions de vie. A cette fin, des supports de communication pourraient par exemple être réalisés, qui pourraient trouver des relais en Hexagone auprès des agences sanitaires, fédérations hospitalières et sociétés savantes. La participation aux congrès dédiés aux professionnels de santé organisés dans l'Hexagone peut aussi être envisagée.

L'effort de communication devrait être mené en parallèle sur le territoire même, pour contribuer à renforcer la valorisation sociale des professionnels de santé et à rassurer les candidats potentiels. L'image de l'île auprès des professionnels a été passablement abimée par les heurts et les tensions sociales qui ont pris une ampleur singulière lors de la crise du covid-19. La sécurité des conditions d'exercice est un élément de décision qui ne saurait être écarté trop rapidement. Il est crucial de promouvoir et de communiquer sur la remontée systématique des événements graves et indésirables, y compris au travers de la plateforme de l'observatoire national des violences en santé (ONVS). Un travail est mené par le médecin conseil de la Directrice générale de l'ARS auprès du CHUM concernant

les évènements indésirables graves (EIG), sans préjudice de l'action plus globale du médecin chargé de la qualité et de la sécurité des soins à l'ARS.

10 Former : soutenir l'extension des offres et accompagner en proximité

Les étudiants et les médecins étrangers sont des publics pour lesquels des actions complémentaires spécifiques peuvent être envisagées.

S'agissant des étudiants, il est essentiel de favoriser l'accès aux études de santé pour les jeunes martiniquais sur le territoire avec des extensions de capacité des organismes de formation.

La Martinique doit aussi développer sa capacité à être terrain de stages, alors que l'UFR de médecine de l'Université des Antilles constitue depuis septembre 2023 une faculté de médecine de plein exercice et qu'il n'est plus requis des étudiants qu'ils effectuent le deuxième cycle en Hexagone. Cette évolution représente une opportunité majeure pour l'attractivité du territoire. La mission appelle à en faire un projet prioritaire du territoire autour duquel mobiliser l'ensemble des partenaires. Ce projet doit servir au renforcement de la coopération avec les pays proches du bassin caribéen, à condition qu'un dialogue accru soit formalisé et organisé entre les deux universités et les trois sites hospitaliers.

Les mécanismes d'accompagnement et de soutien en place ou à venir doivent bien entendu pouvoir être proposés aux jeunes médecins, en prenant en considération des attentes particulières. Pour accompagner les étudiants ayant fait le choix d'étudier en Martinique, peut être envisagée l'animation d'un réseau visant à faciliter l'arrivée et la vie en Martinique.

La direction des affaires médicales du CHUM peut jouer un rôle plus important encore dans l'accompagnement individualisé et en proximité des étudiants, mais aussi des praticiens étrangers.

Les différents témoignages recueillis par la mission auprès des professionnels du CHUM soulignent le renfort significatif apporté par l'arrivée et le recrutement de praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) et dressent globalement un bilan positif de ce dispositif, dont ils considèrent qu'il rend des services indispensables aux patients, en particulier dans le service de biologie. Certaines insuffisances ont aussi été rapportées à la mission, notamment en matière de maîtrise de la langue et de sensibilité culturelle, pointées par le GIP-PROM, mais aussi parfois de compétences professionnelles. L'unité de pharmacotechnie du CHUM a ainsi rapporté à la mission avoir détecté dans le cadre de ses analyses pharmaceutiques un nombre croissant de prescriptions inappropriées de chimiothérapies suite au remplacement d'oncologues médicaux démissionnaires ou retraités par des Padhue. Ces éléments amènent la mission à souligner que la nécessité de pourvoir des postes vacants ne justifie pas tous les assouplissements et que le recrutement de Padhue ne saurait constituer la seule réponse au manque de médecins. Ce dispositif doit en tout état de cause être concilié avec

la garantie d'un contrôle rigoureux des compétences et du niveau de langue, assorti le cas échéant de mesures de remise à niveau, permettant de garantir le plus haut niveau de qualité des soins.

Les différents témoignages amènent plus largement la mission à **préconiser que le partage d'éléments de contexte utiles à sa pratique soit structuré pour être proposé à tout nouvel arrivant, dont une sensibilisation aux spécificités culturelles et linguistiques du territoire**, dans le but de favoriser la bonne intégration des professionnels au sein des services et de faciliter leurs relations avec les patients.

Le développement du métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) représente une réelle opportunité pour la Martinique en termes d'amélioration de la qualité des soins et de la coordination des parcours. Il s'agit de permettre à un infirmier ayant suivi un master de deux ans d'exercer des missions élargies. Il peut notamment avoir une activité clinique incluant la gestion de situations de soins complexes. La Mission préconise la mobilisation de ce dispositif. **La formation d'IPA n'est à date pas accessible sur le territoire, obligeant les personnes intéressées à quitter l'île pour une période longue.** La mission préconise que l'ARS étudie les conditions de l'accès à ce parcours professionnel, en lien avec l'Université des Antilles. L'ARS peut aussi et dès à présent promouvoir le dispositif en proposant un soutien financier aux candidats, comme cela est le cas à Mayotte ou en Guyane. Cela a été mis en place pour un nombre réduit de parcours, compte tenu des crédits disponibles. La demande de certaines fédérations de financer en partie la troisième année IDE est à l'étude. Bien-au-delà de la seule question des IPA, la Martinique aurait intérêt à capitaliser sur la relative densité du territoire en infirmiers et à leur fréquente accessibilité relationnelle pour les mettre à contribution dans la prévention et le dépistage, dans une forme spécifique qui serait à votre main.

La mission préconise aussi une augmentation des capacités de formation d'infirmier de bloc opératoire (IBODE) et anesthésiste (IADE) par l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) pour renforcer les effectifs de ces spécialités dont la faiblesse entrave l'activité du CHUM. **Le service de transport intra-hospitalier du CHUM ne semble en outre pas en mesure de répondre à l'ensemble des besoins** et amène la mission à préconiser une évaluation plus approfondie de l'adéquation des moyens, y compris humains, de ce service et des éventuels besoins de formation et recrutement de personnels ambulanciers. Un audit des transports sanitaires incluant un professionnel de l'ARS Nouvelle Aquitaine a débuté avant le rapport de la mission.

Thématique 4 | Structurer l'organisation et l'accompagnement des transferts et évacuations sanitaires

Résumé des préconisations

11 Renforcer et sécuriser les processus liés aux transferts sanitaires

12 Améliorer l'accompagnement social et médical des patients

Constats

Le périmètre et le financement des EVASAN ont été définis dans l'instruction n° DGOS/R2/DSS/1A/2022/253 du 5 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la définition et de la répartition de la prise en charge financière des évacuations sanitaires (EVASAN) en Corse et en Outre-mer. Celles-ci concernent les patients hospitalisés dont les soins médicaux ne sont pas disponibles sur le territoire et qui nécessitent un transport médicalisé vers un autre territoire ultramarin ou vers l'Hexagone. La prise en charge des postes de coûts est répartie entre l'Assurance Maladie et la MIG EVASAN.

La gestion et l'organisation des transferts et évacuations sanitaires peuvent être sources d'incompréhension, d'insatisfaction, de tensions en Martinique tant pour les patients que pour certains acteurs sanitaires et politiques. Les décisions de prise en charge des transferts par l'Assurance maladie notamment peuvent faire localement l'objet de critiques, formulées principalement par les élus locaux.

L'organisation en est souvent complexe et les coûts élevés, à la fois pour la collectivité et pour les patients et leurs proches eux-mêmes. Les transferts sanitaires ont des implications qui peuvent être lourdes à la fois sur la continuité des soins et plus largement sur le projet de vie du patient, comme cela est souligné notamment par les associations de patients. Ces questions sont d'autant plus prégnantes que les transferts concernent souvent des enfants.

Préconisations

11 Renforcer et sécuriser les processus liés aux transferts sanitaires

La mission n'a pas eu accès à des données précises sur les décisions relatives aux évacuations sanitaires et à leurs motivations, et ne saurait porter un jugement sur l'application du dispositif en Martinique.

La mission endosse néanmoins un principe général selon lequel la disponibilité théorique d'une offre de soin sur le territoire ne pourrait à elle seule constituer

un motif de refus définitif à une évacuation et affirme les délais d'accès à cette offre doivent être pris en compte lorsqu'est étudiée la situation des patients atteints de cancer : un retard dans les soins peut en effet constituer une cause de perte de chance. Selon les chiffres transmis à l'ARS par la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), 4% seulement des demandes d'EVASAN font l'objet d'un refus.

La mission appelle à une discussion collective sur la définition d'un processus aux modalités clarifiées entre l'ARS, la CGSS, les établissements autorisés à traiter des patients atteints de cancer et les représentants de la médecine libérale, pour préciser le cadre des évacuations sanitaires.

Il s'agirait de préciser la définition des évacuations sanitaires et les procédures de déclenchement des demandes. Les conclusions de ces échanges pourraient être formalisés dans une convention multipartite, afin de permettre et d'organiser les adaptations nécessaires au dispositif au regard du contexte martiniquais.

Cette convention intègrerait un accord sur les délais (dé)raisonnables de traitement. La mission soutient sur cette question l'organisation d'un dialogue qui devra mettre au premier plan les considérations scientifiques et sanitaires sur la réalité des pertes de chance, fondées sur les recommandations nationales et des sociétés savantes. Elle appelle à l'abandon de toute posture dogmatique sur le sujet, rappelant qu'aucune règle universelle ne saurait être satisfaisante et qu'une décision éclairée et objective impose de prendre en considération le type de cancer, son stade, sa localisation, ainsi que des caractéristiques individuelles du patient. L'Institut national du cancer se tient à la disposition de l'ARS pour contribuer à ces discussions.

L'enjeu est double :

- D'une part, de simplifier le traitement des demandes au bénéfice des patients, en construisant un dispositif structuré, connu des acteurs, agile, prêt à être déployé rapidement lorsque la situation le commande (tension particulière sur la démographie médicale, indisponibilité de certains équipements, etc.).
- D'autre part, de travailler à une explication pédagogique du dispositif afin de rétablir la confiance des acteurs comme du public, dans une logique de transparence.

Le fonctionnement efficace du dispositif suppose un partage rapproché et fluide d'information pour un suivi régulier de l'évolution de la situation et une capacité d'anticipation accrue. A Mayotte, une cellule de suivi des demandes d'EVASAN réunit une fois par semaine le médecin conseil de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) et le président de la commission médicale d'établissement pour programmer les évacuations.

L'optimisation des transferts et évacuations sanitaires pourra intégrer une revue de l'ensemble du processus, au-delà des indications (destinations, mutualisation et négociation des marchés avec les opérateurs) à des fins de mise en cohérence et d'articulation avec les moyens permettant d'éviter (télé-RCP).

12 Améliorer l'accompagnement social et médical des patients transférés

La décision de transfert des patients hors du territoire ne saurait être considérée comme un aboutissement : le déplacement sanitaire des patients soulève des défis à la fois sur le plan médical et social.

Les témoignages recueillis par la mission décrivent d'importantes difficultés liées à des ruptures de parcours pour les patients ayant réalisé au moins une partie de leurs soins hors du territoire, signalant des carences dans l'articulation entre l'amont (actes diagnostics et soins dispensés en Martinique), le séjour (prise de rendez-vous et intervention à l'extérieur), l'aval (retour à domicile, suivi, HAD en Martinique). Les interfaces ne sont que trop peu organisées, l'anticipation des parcours ainsi que le suivi ne sont pas suffisamment planifiés.

Afin de fluidifier les parcours, la mission préconise de construire et de formaliser de véritables filières de soins structurées inscrites dans le cadre de conventions de partenariat auprès d'établissements pré-identifiés participant au dispositif en Hexagone ou dans la région. Un travail privilégié avec un réseau d'établissements permettrait de construire des modes efficaces de collaboration et développer des bouquets d'offre stabilisés. Ces déplacements doivent être intégrés pleinement dans le parcours du patient.

Le retour en Martinique est une étape cruciale qu'il convient de préparer, par le canal, par exemple, de rendez-vous de reprises pour organiser les modalités de suites de soins, de suivi et de délivrance de médicaments. Cette activité, pour être anticipée, implique des capacités de coordination accrues afin de suivre l'évolution du patient et de ses besoins. La mise en place et l'animation d'un réseau de correspondants médicaux au sein des établissements partenaires pourrait être un élément facilitateur.

La mission préconise de renforcer le service social du CHUM pour simplifier les démarches pour les patients et améliorer leur accompagnement lors du départ de Martinique, pendant la prise en charge par l'établissement d'accueil, jusqu'au retour. Le besoin de coordination porte sur le volet sanitaire du transfert (prise de contact avec l'établissement hôte, appui à la bonne organisation du séjour et des rendez-vous médicaux, logistique du retour) et sur sa dimension non-sanitaire (transports, hébergement sur place).

Il s'agit de proposer une prise en charge complète et personnalisée au patient en accord avec son projet de vie et ses besoins (accès aux droits, maintien du lien avec la famille, appui à la vie quotidienne, soutien psychologique, mise en relation avec d'autres patients hors du territoire). La prise en compte globale du

patient est d'autant plus prégnante que ceux-ci se trouvent souvent dans des situations complexes (enfant malade, famille monoparentale, fragilité sociale) et que les évacuations peuvent être de longue durée, avec des impacts sur la continuité de l'emploi ou de la scolarité. Il faut qu'ils puissent s'adresser à un référent clairement identifié pour une communication efficace et un soutien approprié à chaque étape du processus.

Des prestations extra légales peuvent être envisagées pour proposer certains services en complément des règles de droit commun, notamment pour les patients les plus démunis (aides financières ou matérielles : bons alimentaires, vestimentaires, offre de logement conventionnée, mise à disposition de cartes SIM).

Ces actions devront s'articuler avec l'important travail mené par les associations. Elles pourront s'appuyer sur des relais en Hexagone. La Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) de Polynésie dispose d'une antenne en Hexagone pour une gestion de proximité des évacuations sanitaires. Un modèle partagé entre territoires ultramarins pourrait être envisagé, pour apprendre des expériences respectives et mutualiser certaines ressources.

Résumé des préconisations

- 13 Evaluer le besoin de renforcer la DRCI en termes de ressources humaines
- 14 Développer les collaborations entre établissements publics et privés
- 15 Encourager des projets de recherche cliniques *via* le dispositif INCa
- 16 Soutenir la recherche paramédicale et la recherche sur la qualité de vie
- 17 Développer des projets sur les bases de données de Martinique

Constats

La recherche en cancérologie en Martinique s'appuie sur trois piliers :

L'Equipe mobile de recherche clinique (EMRC), coordonnée par Mickaela ROSE sous la responsabilité de Cédric CONTARET, responsable Promotion et relai opérationnel du GIRCI SOHO. Elle a pour missions de déployer les essais cliniques en cancérologie (identifier les investigateurs à l'échelle du pôle et hors du pôle), de mettre en place des études observationnelles en cancérologie (soutien logistique et administratif pour une mise en place efficiente des études) et de développer des Partenariats Publics Privés.

L'EMRC dédie 0,8 ETP au Pôle Cancérologie, hématologie, urologie en tant que soutien à l'investigation, et 0,2 ETP à la DRCI du CHUM pour mettre en place les essais à promotion du CHUM dans le Pôle.

La DRCI du CHUM porte beaucoup d'études observationnelles, et peu d'études interventionnelles, davantage complexes à mettre en place en Martinique.

Selon les chiffres déclaratifs fournis par le CHUM à l'enquête annuelle de recherche clinique en cancérologie de l'INCa (figure 1), le CHU de Martinique a inclus 75 patients en 2023 dans 6 essais cliniques en cancérologie. Parmi ces 6 essais cliniques, l'un était à promotion CHUM, trois étaient promus par un autre établissement de santé, et trois étaient promus par un autre acteur institutionnel ou académique (y compris Intergroupes coopérateurs, associations et sociétés savantes). Il est à noter qu'aucun essai à promotion industrielle n'était mené au CHUM en 2023.

Année	2020	2021	2022	2023
Nombre de personnel(s) en Recherche Clinique en Cancérologie (ARC (tout type) et/ou TEC), en Équivalent(s) Temps-Plein	2	2	2	2
Nombre d'études réalisées dans le cadre d'une recherche RIPH 1 ou 2 (Loi Jardé) en oncologie avec au minimum une inclusion dans l'année	7	8	7	6
Nombre de patients inclus le cadre d'une recherche RIPH 1 ou 2 (Loi Jardé) en oncologie dans l'année	89	135	700*	75

*En 2022, le nombre de patients inclus s'explique avec l'ouverture de trois études pour lesquelles le recrutement a très bien fonctionné puisque pour l'une d'elles, trois services du CHU étaient impliqués donc plus d'investigateurs mobilisés qu'à l'accoutumée. Il s'agit d'un phénomène de circonstances d'avoir la même année deux essais à très fort potentiel d'inclusions.

Figure 1 : Données de recherche cliniques en oncologie au CHU de Martinique.
Source : Enquête annuelle de l'INCa

Par ailleurs, l'INCa apporte un soutien financier pour favoriser le développement de la recherche clinique dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). En 2019, trois projets soutenus par l'INCa ont été ouverts en Martinique et ont permis d'inclure 10 patients dans des essais cliniques : ONCOGRAM (8 patients inclus), Emutras (1 patient inclus) et LEANOX (1 patient inclus). Ce programme a été reconduit en 2023, et quatre projets ont été ouverts au CHU de Martinique et ont permis d'inclure à date 21 patients (les inclusions sont toujours en cours) : PRESTO (6 patients inclus), ZOSTER (2 patients inclus), GETUG AFU 31 (1 patient inclus), CARLHA-2 (12 patients inclus).

Le registre des cancers, coordonné par le Dr Clarisse JOACHIM, Cheffe du Pôle Cancérologie, hématologie, urologie du CHUM. Il collecte et analyse les données quantitatives sur les cancers en Martinique. Plusieurs études épidémiologiques et observationnelles sont menées avec des données du registre.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Relations fructueuses avec le GIRCI SOHO contribuant de manière significative au soutien de la recherche clinique en cancérologie (AAP dédié APIDOM¹¹, webinaires et plateforme de e-learning, thésaurus, identification de projets pouvant être financés par le dispositif INCa) • Appui du dispositif INCa et ouverture de nouvelles perspectives pour la recherche clinique. Cette initiative a stimulé l'engagement des équipes et catalysé une dynamique positive pour les équipes. • Déploiement de matériel d'imagerie (1 TEP IRM, 2 TEP scanners, dont 1 TEP scanner grand champ) à l'ICIN 	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement, coûts, difficultés logistiques : les surcoûts associés aux DOM restent un défi majeur, entravant la mise en place efficace d'essais cliniques, notamment liées au monitoring • Turnover élevé des investigateurs et manque de ressources humaines constituant des obstacles majeurs pour la recherche clinique en Martinique • Méconnaissance des capacités sur place par les promoteurs (structures en place, personnels formés)
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif INCa comme catalyseur : Le dispositif de l'INCa représente une opportunité significative pour renforcer la recherche clinique. Il est impératif de capitaliser sur cette dynamique positive en explorant de nouvelles collaborations et en identifiant des projets innovants. • Renforcement des collaborations et échanges pour favoriser le partage d'expertise et de connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> • Complexité des essais interventionnels, en particulier de phase précoce et nécessité d'évaluer les moyens pour surmonter ces défis et encourager la participation. • Insuffisance d'équipement et de personnel constituant une menace tangible pour la mise en place efficace des essais cliniques

¹¹ AAP APIDOM : AAP piloté par le GIRCI SOHO et financé par la MERRI interrégionale (300 000 €/édition) pour promouvoir des projets de recherche clinique de qualité dans les thématiques fortes des DOM.

Préconisations

13 Evaluer le besoin de renforcer la DRCI en termes de ressources humaines

Malgré la masse salariale importante, qui grève le fonctionnement du CHUM, le personnel de la DRCI (actuellement 6 ETP) est très fluctuant. L'enjeu est d'atténuer les problèmes liés au turnover, d'assurer une continuité dans les projets de recherche et d'améliorer la qualité des projets soumis aux programmes régionaux voire nationaux (PHRC-i ; PHRC-K). La mission préconise d'évaluer l'adéquation des ressources disponibles, notamment humaines, aux besoins pour soutenir la mise en place des essais cliniques et fournir un soutien aux investigateurs. Le cas échéant, le renforcement des effectifs avec un à deux profils ARC/TEC supplémentaires pourrait être envisagé.

14 Développer les collaborations entre établissements publics et privés

Il est nécessaire de développer des collaborations entre le CHUM et la clinique St-Paul pour faciliter l'inclusion de patients dans les essais cliniques. Cette collaboration peut étendre la portée des essais cliniques, améliorer l'accès aux participants potentiels (file active) et donner plus de visibilité et d'opportunité aux promoteurs (industriels ou académiques) à ouvrir des centres investigateurs en Martinique.

La mission préconise également de développer et renforcer les partenariats avec les établissements partenaires en France hexagonale pour soutenir l'accès à l'innovation avec l'ouverture d'essais cliniques.

15 Encourager des projets de recherche cliniques *via* le dispositif INCa

La mission appelle à améliorer la visibilité du dispositif sur le territoire et accroître la communication sur le calendrier pour mobiliser les équipes en Martinique et identifier les investigateurs prêts à participer. Une communication plus proactive peut encourager une participation accrue.

Il est, par ailleurs, nécessaire de pérenniser ce dispositif qui représente un levier pour améliorer la qualité de la recherche clinique en cancérologie en Martinique dans l'objectif de pouvoir déposer des projets aux AAP nationaux (PHRC-I ou PHRC-K).

De manière complémentaire et en parallèle, la mission préconise de développer la collaboration avec les 14 intergroupes coopérateurs labellisés par l'INCa, qui collaborent pour développer et conduire des essais cliniques.

16 Soutenir la recherche paramédicale et la recherche sur la qualité de vie

La recherche paramédicale contribue à faire progresser la qualité des soins des patients atteints de cancer par l'amélioration des pratiques. Des projets pourraient être financés via le programme hospitalier de recherche paramédicale (PHRIP).

La mission encourage par ailleurs les équipes à renforcer les études sur la qualité de vie, notamment en proposant en routine des questionnaires qualitatifs aux patients.

17 Développer des projets sur les bases de données de Martinique

Le projet AnDH (Antilles Data Hub), porté par le CHUM, permettant la création et la consolidation de deux entrepôts de données de santé, est l'un des lauréats de la deuxième vague de l'AAP « Accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers » du programme France 2030.

Une analyse régulière des publications permettra par ailleurs d'évaluer l'impact de la recherche menée en Martinique et d'identifier les questions de recherche à financer.

3.2 Renouveler l'approche en prévention

Enjeux

S'il existe une feuille de route régionale 2022 – 2025 déclinant pour la Martinique la stratégie décennale de lutte contre les cancers qui accorde une bonne place aux actions de prévention, les actions ciblant le parcours de soin sont de moindre portée. Le bon fonctionnement de ce parcours de soins est cependant un prérequis à la prévention, notamment au dépistage.

En matière de performance des organisations, la mission a pu faire le constat de ruptures et de défaillances, et des efforts démesurés à produire par des organisations fragiles, et ceci de la prévention à l'entrée dans le parcours de soin.

La mission relève là encore un climat social général qui n'est pas propice aux évolutions à mener. En sus de la problématique d'éloignement et d'insularité, les spécificités culturelles sont fortes et variables, et les difficultés d'accès à la santé majeures (pauvreté, chômage, culture, littératie-illettrisme, transports).

La mission note l'existence de nombreux irritants du quotidien (entretien, pannes et défaillances matérielles, problème avec les fournisseurs, non fonctionnalité du système d'information, manque de coordination ou segmentation public/privé entre professionnels, difficultés d'accès et délais d'obtention de rendez-vous et des résultats des examens, inquiétudes sur la suite du parcours), dont la levée est essentielle pour la prévention, et le dépistage notamment.

La perception du CHUM et des acteurs de soin, des actions menées et de l'état de la situation est extrêmement négative. Il existe dans la population, voire parmi les acteurs, une interrogation sur la capacité du CHUM à faire et sur la faculté des acteurs publics, privés ou libéraux à se coordonner pour répondre aux enjeux. De même, la gouvernance en matière de prévention suscite des interrogations, et le positionnement, la structuration et le fonctionnement du GIP-PROM, comme sa capacité ou sa légitimité à faire bouger les lignes sont mises en question. Sur ce dernier point, il a été pris note de la nouvelle lettre de mission du responsable du GIP-PROM émise lors de la visite de la mission de l'Institut national du cancer.

L'ensemble de ces éléments desservent l'adhésion à la prévention et constituent un frein majeur à l'engagement dans les démarches de prévention.

La mission note néanmoins un dynamisme et une convergence des intérêts des parties prenantes au niveau régional et la volonté de tous de changer la donne – y compris d’élus qui, en séance, ont pris l’engagement de co-porter la dynamique à l’appui de l’ARS.

La mobilisation potentielle de la société civile, en incluant la population et le tissu associatif, les entreprises et les syndicats eux-mêmes, les élus aussi, est clairement un plus aux côtés des institutionnels. Il semble également possible de miser sur l’histoire, la culture et sur la valorisation des efforts et actions menées. La mission note que les réalisations et réussites des différents acteurs pourraient d’ailleurs bénéficier d’une meilleure valorisation.

La mission relève un besoin primordial d’instaurer un dialogue régulier, coopératif et constructif. La population est résiliente, les élus et les collectivités se mobilisent, mais pour agir efficacement il est indispensable de faire ensemble.

Compte-tenu du type et du foisonnement d’actions déjà menées en matière de prévention et de promotion de la santé, plusieurs écueils semblent à éviter :

- celui du déploiement ou du soutien à des actions ou dispositifs, en faisant, d’une part, abstraction de leur nécessaire caractère probant, et, d’autre part, en manquant d’y adjoindre un suivi et une évaluation adaptés en vue de pouvoir ajuster les approches et de capitaliser sur celles ayant une plus-value élevée ;
- celui d’une approche socio-anthropologique et d’« ingénierie sociale » qui risquerait, à trop vouloir enrichir ou spécifier le champ des connaissances et des spécificités territoriales, de manquer en traduction opérationnelle et effective dans le déploiement d’interventions ;
- celui d’une prise en compte trop marquée des particularismes qui doivent être perçus et entendus, mais ne peuvent servir de refuge pour écarter trop facilement des solutions universelles probantes ou ne pas se saisir d’approches ou d’opportunités portées au niveau national. On remarque un éloignement et un sous-recours aux dispositifs nationaux existants. Or, ne serait-ce que pour les programmes de dépistage, diverses adaptations locales pourraient être proposées, sous condition de dérogation au cahier des charges.

Les moyens financiers consacrés à la prévention et à la cancérologie en général sont conséquents, de même que les moyens techniques disponibles, qui n'ont rien à envier à la dotation d'établissements de santé de l'hexagone.

En matière de prévention et promotion de la santé, diverses opportunités sont ouvertes au niveau national, voire européen, dont pourrait se saisir l'ARS et les différents acteurs de la prévention, parmi lesquelles :

- Les orientations portées par la « Feuille de route des dépistages organisés des cancers 2024 – 2028 », complétée par l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers, qui révisé les missions des CRCDC, promeut l'usage de l'autoprélèvement dans le dépistage organisé des cancers du col de l'utérus et le déploiement d'actions d'« aller-vers ».
- L'ouverture des consultations « Mon Bilan Prévention » et leur portage par les régimes d'assurance maladie, ce qui permet un accès à la prévention via différents professionnels de santé.
- La possibilité de porter des expérimentations d'organisation innovantes au niveau régional, et de nouveaux modes de financement en santé, dans le cadre du dispositif de l'Article 51, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018.
- La relative autonomie dérogatoire des ARS pour porter certaines approches de prévention et promotion de la santé (décret n° 2023-260 du 7 avril 2023 relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé et instruction ministérielle N°SGMCAS/Pôle Santé-ARS/2023/100).
- L'interface et l'appui sur les agences nationales, que ce soit dans le cadre de missions d'appui, réunions d'interface, dispositifs spécifiques (programme Tabado, plateforme de déploiement des interventions en prévention primaire, etc.), instructions de dossier dans un cadre dérogatoire, appels à projets de recherche ou de santé publique, etc.
- La Stratégie nationale de santé (SNS) 2023 – 2033, soumise à consultation, qui porte des mesures sur l'outre-mer¹² et autres stratégies ou programmes nationaux à venir : Stratégie Nationale pour l'Alimentation, la Nutrition et le Climat (SNANC), Programme national de lutte contre le tabac (PNLT), Plan national santé environnement (PNSE), Programme national nutrition santé (PNNS) ou Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE).

¹² Voir également le rapport du Haut conseil de la santé publique (HCSP) sur le sujet : Avis relatif à l'évaluation du projet de Stratégie nationale de santé 2023-2033, septembre 2023.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Une dynamique territoriale qui mobilise tous les partenaires (élus, associations, collectivités, professionnels, entreprises) • Des citoyens marquant leur intérêt pour les sujets de santé et une demande sociale importante • Une consommation de tabac parmi les plus faibles de France 	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion et accès remis en question en raison d'une forte précarité, de publics vulnérables et de différences de perception culturelle des approches en santé • Des difficultés d'appropriation et d'adoption de comportements favorables à la santé • Une prévalence forte de l'obésité et de ses conséquences • Un manque de confiance dans les infrastructures de soin (CHUM notamment) et des délais de diagnostic et de soin freinant l'engagement dans la prévention
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Une prise en compte croissante de la promotion de la santé dans les orientations politiques (publiques et structurelles) et un souhait de co-construction des partenaires • Des dispositifs existants à stabiliser ou sur lesquels se reposer (relais, associations, collectivité, sport-santé, PIC, lieux tiers, etc.) • Approche sociologique engagée • Dispositifs nationaux existants à mobiliser 	<ul style="list-style-type: none"> • Une défiance envers les autorités publiques (par ex. vaccination) et un climat social sensible • Des controverses publiques sur les sujets de santé environnementale • Une érosion des solidarités culturelles, familiales, intergénérationnelles (qui doit appeler au développement de démarches communautaires) • Non prise en compte des spécificités culturelles • Des dispositifs expérimentaux ou innovations impulsés par le GIP-PROM mais peu suivies d'effet en raison du manque de suivi et d'accompagnement

Résumé des préconisations

18 Affirmer la gouvernance et la coordination par l'ARS

19 Consolider l'offre de dépistage et de diagnostic et structurer des filières

20 Etablir des interfaces avec et entre les acteurs

Préconisations

18 Affirmer la gouvernance et la coordination par l'ARS

La mission préconise un renforcement de la gouvernance et de la coordination de la stratégie de prévention par l'ARS, en collaboration avec la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS), la collectivité territoriale et les collectivités locales et les principales associations d'usagers ou de professionnels.

L'ARS est le pilote régional du dispositif de dépistages organisés et de prévention (définition des priorités de santé publique pour réduire les inégalités de santé, interface entre parties prenantes, leviers d'organisation et de fonctionnement de l'offre de dépistage, de diagnostic et de soins, relations extra-régionales).

L'ARS Martinique pourrait, à cette fin, s'appuyer sur un comité stratégique qui réunirait l'ensemble des parties-prenantes de la prévention et du dépistage, et proposerait des évolutions dans une nouvelle feuille de route (voir thématique 1). La mission préconise que le pilotage scientifique et la supra-coordination des évolutions des programmes de prévention en général soient assurés par l'ARS.

Le GIP-PROM constitue « le bras armé » de l'ARS. Il convient d'en expliciter la gouvernance, la structuration, le fonctionnement, les compétences avec une supervision plus appuyée de la part de l'ARS.

19 Consolider l'offre de dépistage et de diagnostic et structurer des filières

La mission appelle à la consolidation de l'offre de dépistage et diagnostique, et à la structuration de filières de diagnostic et de soins solides, notamment pour les personnes dépistées positives. Seul ce continuum permet de garantir l'impact de la prévention et du dépistage. L'imagerie, l'anatomocytopathologie et la lecture des tests de dépistage nécessitent une coordination forte au niveau régional¹³.

¹³ La procédure et l'opérationnalité du dispositif de recueil, acheminement et analyse des prélèvements définis dans le cadre du programme doivent être éprouvés, évalués et le cas échéant optimisés. En cas d'insuffisance,

20 Renforcer les interfaces avec et entre les acteurs

La mission invite l'ARS à établir une interface accentuée avec l'Institut national du cancer, complétée le cas échéant par des échanges avec d'autres centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

Sur le terrain, la mobilisation et la création d'une interface entre les acteurs des programmes, notamment les professionnels de santé et professionnels médico-sociaux, en prévoyant bien un lien entre les acteurs du dépistage et ceux de la prévention primaire, est un élément clé.

dans le cadre de la procédure de renouvellement du marché en cours, des échanges avec l'Assurance maladie (promoteur du marché) pourraient permettre d'étudier le recours à des automates Elken adaptés à de plus petits laboratoires et utilisables dans les outremer (OC-Sensor Io, OC-Light S [test qualitatif !]) voire d'envisager d'utiliser localement un autre test immunologique (par exemple Beckman-Coulter) (à consolider avec la DGS).

Résumé des préconisations

21 Soutenir les études et déployer des interventions ou expérimentations

22 Structurer le déploiement d'un programme de biosurveillance

Préconisations

21 Soutenir les études et déployer des interventions ou expérimentations

Poursuivre les études et soutien aux études et déployer les programmes d'interventions ou expérimentations sur des sujets qui font sens ou spécifiques à la Martinique (le cas échéant au niveau antillais voire caribéen).

Compte-tenu de leur incidence, il semble pertinent de documenter les facteurs de risque et les déterminants des cancers gastriques, des myélomes multiples et plasmocytomes, des cancers de la prostate. Pourraient également être portés, avec l'appui de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) ou d'équipes dans l'Hexagone, des expérimentations et des programmes pilotes de dépistage ou de détection précoce des cancers gastriques et, le cas échéant, de cancers de la prostate (en accord avec les recommandations européennes). La mise en place d'une approche de repérage, d'analyse oncogénétique et de suivi et de conseil ciblant les myélomes multiples et les plasmocytomes pourrait aussi être envisagé.

22 Structurer le déploiement d'un programme de biosurveillance

La mission préconise de poursuivre et structurer le déploiement d'un programme de biosurveillance autour de l'imprégnation par des substances cancérigènes, et en particulier par les pesticides (en premier lieu par la Chlordécone) ou certains métaux lourds. Celui-ci présente un intérêt pour la prévention et le changement de comportements en matière alimentaire et de modes de vie et pour le suivi de l'imprégnation à un niveau populationnel.

Il devrait être assorti de recommandations scientifiques sur le diagnostic et les conduites à tenir en fonction des niveaux d'imprégnation relevés. A cette fin, une interrogation de la Haute autorité de santé (HAS) pourrait être envisagée.

Thématique 8 | Faire de la prévention l'affaire de tous et développer des approches intersectorielles

Résumé des préconisations

- 23 Poursuivre et consolider les initiatives prévues dans la feuille de route
- 24 Appuyer le déploiement de « Mon Bilan de prévention »
- 25 Elaborer des programmes communs de formation et de sensibilisation
- 26 Impliquer l'ensemble des acteurs dans la prévention

Constats

La Mission a fait le constat d'un foisonnement d'initiatives et a pris bonne note du souhait de différents acteurs, jusqu'aux élus, de s'impliquer ou de s'engager dans la prévention. Plusieurs acteurs ont évoqué l'inscription de la prévention dans le cadre d'une approche plus globale.

L'intérêt d'approches intersectorielles, impliquant « la prévention dans toutes les politiques », semble évident, tant il peut être difficile de parler de « prévention des cancers » lorsque la sécurité alimentaire n'est pas garantie et qu'il n'y a pas de sensibilisation ou d'incitation à une alimentation favorable.

La prévention des cancers peut par ailleurs se heurter à des problématiques en lien avec les transports, l'agriculture et la santé environnement, par exemple, ainsi que l'ont mis en exergue les échanges avec les élus et responsables politiques locaux.

Préconisations

23 Poursuivre et consolider les initiatives prévues dans la feuille de route

La mission préconise de continuer à soutenir les initiatives mentionnées dans la feuille de route régionale de lutte contre les cancers 2022 - 2025 en matière de prévention des cancers, mais de les assortir, d'une part, d'un volet de suivi et d'évaluation - de sorte à faire émerger celles qui ont un impact réel soit dans l'instauration de la dynamique soit dans les changements de comportement - et d'autre part, d'une approche intersectorielle le cas échéant - de sorte à renforcer leur efficacité.

24 Appuyer le déploiement de « Mon Bilan de prévention »

La mission appelle à appuyer le déploiement de « Mon Bilan de prévention » par la CGSS et à soutenir une réelle dynamique sur ce sujet.

Ceci nécessitera de définir un programme commun et impliquera de s'engager dans la formation des professionnels de santé, notamment des infirmiers, en nombre sur l'île, et dans la formation et l'implication de travailleurs sociaux et de médiateurs.

25 Elaborer des programmes communs de formation et de sensibilisation

La mission préconise d'engager le GIP-PROM et les autres acteurs de la prévention à élaborer et à mettre en place un programme commun de formation et de sensibilisation des acteurs.

Un programme de promotion de la santé de la population sur la prévention et sur les dépistages existants (populations éligibles, examens recommandés et examens non recommandés, modalités de réalisation), en utilisant notamment les outils mis à disposition par l'INCa, le cas échéant avec une "tropicalisation des messages".

Les objectifs sont également d'identifier des porte-voix ou ambassadeurs locaux et ultramarins pour porter la prévention et le dépistage. Il s'agirait de valoriser le positif, les défis relevés et les succès des leaders, pour insister sur l'intérêt de la prévention. Cette approche pourrait se fonder sur des témoignages (« story telling », patients experts) pour engager ou soutenir la dynamique. A l'heure actuelle, des patients experts ont été formés mais ne sont guère coordonnés ni « sollicités ».

Cette dynamique peut être décorrélée d'Octobre rose et doit pouvoir proposer des fils rouges tout au long de l'année.

26 Impliquer l'ensemble des acteurs dans la prévention

La mission préconise d'impliquer en complément des professionnels de santé, les collectivités locales et les entreprises, voire les syndicats (qui peuvent être des alliés sur cet objectif). Ceci concerne l'ensemble de la prévention (des cancers), mais deux champs particuliers ont été identifiés par la mission.

En premier lieu, le soutien et la poursuite du développement du « Sport-santé », qui permet d'accompagner et conseiller les personnes souhaitant pratiquer une activité physique et sportive à des fins de santé. Ce point s'inscrit dans le cadre de l'action I-5-7 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030, « Promouvoir pour tous et à tous les âges la pratique de l'activité physique et

limiter les comportements sédentaires », et a été rappelé dans la feuille de route nationale « Priorité Dépistages ». La Mission a pu observer et noter les atouts de la Martinique et le nombre d'initiatives menées en ce sens (Institut Martiniquais du Sport, nombre de maisons Sport-Santé, ouverture des stades, campagnes de communication).

Le renouvellement de l'approche sur la vaccination anti-HPV constitue un autre champ prioritaire, le taux de couverture étant trop faible alors qu'elle pourrait contribuer à réduire l'incidence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. On rencontre par ailleurs sur le territoire un problème d'accessibilité à cette vaccination (reste à charge). Il s'agirait alors de :

- confirmer l'engagement, exprimé par les élus lors des auditions, à porter et promouvoir cette vaccination en suivant une nouvelle approche, avec une construction partagée de la communication, un engagement dans les réseaux, et le portage des messages par les élus, collectivités, structures scolaires, sous la coordination de l'ARS ;
- inciter, soutenir (et suivre) la réalisation de la vaccination par un panel diversifié de professionnels (généralistes, pharmaciens, infirmiers, sage-femmes), ou dans différents lieux (en complément de ce qui est proposé en milieu scolaire), ou en engageant un accès gratuit à la vaccination. Il est à noter que les sage-femmes peuvent déjà réaliser des consultations de prévention gynécologique, ce qui permet d'aborder le dépistage des cancers du col de l'utérus et la vaccination anti-HPV.

Pour ce qui est de l'accompagnement des collectivités, la mission peut également évoquer l'existence d'un club des collectivités coordonné par l'INCa, l'investissement de l'institut sur les questions d'aménagement du territoire et la publication régulière de l'appel à projets « Réduire les expositions dans les établissements accueillant des jeunes : concevoir des politiques et agir dès maintenant – Plan Zéro Exposition ».

Résumé des préconisations

27 Evaluer les actions et expérimentations portées

28 Mobiliser des équipes mobiles, impliquant en particulier des médiateurs

Constats

L'aller-vers est un fondement du travail social, qui consiste à proposer des dispositifs spécifiques ciblant les populations les plus éloignées du système de soin. L'objet est de promouvoir les droits fondamentaux et l'autonomie des personnes, c'est-à-dire de rétablir un lien leur permettant de se réapproprier leurs droits, leur santé et de les ré-orienter vers les dispositifs de droit commun. Il s'agit d'une réponse proactive et adaptée au sein des territoires, pour lutter contre la dégradation sanitaire et sociale des plus démunis, isolés, exclus et vulnérables.

« Aller vers », c'est ne pas attendre que les personnes exclues expriment une demande d'aide mais aller à leur rencontre alors même qu'elles ne formulent aucune demande ou ne s'adressent pas aux dispositifs adaptés : en se rendant sur leur lieu de vie au moment (avant) même où elles renoncent à se faire soigner. La navigation et la médiation y sont essentielles.

Dans la dernière version disponible des cahiers des charges des programmes de dépistage, le pilotage régional des actions aller-vers (menées par des CRCDC, des CPAM ou d'autres acteurs) relève des ARS. Elles ont un pouvoir dérogatoire en promotion de la santé en direction des populations les plus vulnérables. L'« aller-vers » n'a d'ailleurs pas vocation à se limiter au dépistage et peut couvrir l'ensemble du champ de la prévention.

Deux principaux opérateurs régionaux sont identifiés : le GIP-PROM en lien avec les associations, et la CGSS de Martinique (à la fois dans le cadre d'une approche individuelle d'appels sortants et par le soutien à des actions d'« aller-vers »). Eux-mêmes pourront s'adosser à d'autres opérateurs à vocation plus sociale, par exemple les centres communaux d'action sociale (CCAS).

Une dynamique associative forte ainsi que l'engagement du GIP-PROM dans une approche d'« ingénierie sociale » ont d'ailleurs permis le déploiement d'un grand nombre d'actions se rapprochant ou constituant des formes d'« aller-vers ». La mission a noté aussi la mise en place de points d'information cancer (PIC) et l'identification de "tiers lieux" accessibles à la prévention (là où les gens se trouvent).

Préconisations

27 Evaluer les actions et expérimentations portées

Seule une évaluation des actions et expérimentations portées en Martinique permettrait, de l'avis de la mission, d'identifier les approches sur lesquelles capitaliser: au sein d'un programme opérationnel coordonné, ces actions pourraient être stabilisées, poursuivies, renforcées voire étendues à tout le territoire. La mission identifie quelques exemples d'interrogations s'inscrivant dans cette démarche: quel est le niveau actuel de coordination effective des Points d'information Cancer (PIC)? qu'est-il proposé en termes de transports pour faciliter l'accès au dépistage ? etc.

Une telle évaluation pourrait fournir l'opportunité d'évaluer, y compris en recherche, des stratégies « d'aller vers » possiblement transférables dans d'autres territoires. Il est à noter que l'ARS dispose de l'autonomie nécessaire pour déployer ce type d'actions (notamment en termes de dérogation aux cahiers des charges des dépistages organisés).

28 Mobiliser des équipes mobiles, impliquant en particulier des médiateurs

La mission préconise la poursuite voire l'accentuation des diverses actions de sensibilisation sur la prévention et le dépistage des cancers, recourant à des équipes mobiles et impliquant en particulier des médiateurs selon une approche de type « aller vers ». Au risque de se répéter, elle préconise fortement que ces actions soient évaluées.

Ces équipes mobiles pourraient combiner des actions de dépistage (unités mobiles et remise de kits d'autoprélèvements, examens, sensibilisation, information) et des actions de prévention sur les principaux facteurs de risque (nutrition, activité physique et vaccination HPV).

Résumé des préconisations

29 Produire et évaluer un Programme d'amélioration de la littératie

30 Créer une dynamique de promotion de la santé au niveau scolaire

Constats

L'approche d'éducation à la santé fait référence aux actions I-9 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030, « Aborder la prévention à l'école de manière pragmatique et cohérente avec les projets de promotion de la santé ». Elle peut s'articuler avec d'autres approches (climat scolaire, éducation à la sexualité et à l'alimentation, par exemple) et nourrit l'approche de l'« école promotrice de la santé » impulsée en 2020.

L'enjeu est double. Il s'agit d'une part de sensibiliser pour l'avenir les jeunes générations à la prévention et aux comportements préventifs (dont la vaccination) en contribuant au développement d'une culture commune autour de la santé, et d'autre part, de « vectoriser » ces messages vers les parents ou l'entourage des enfants.

Cette démarche peut être co-portée par l'ARS et l'IREPS, en lien avec le rectorat de l'Académie de Martinique et des collectivités, associations ou ambassadeurs de la santé.

Préconisations

29 Produire et évaluer un Programme d'amélioration de la littératie

La mission préconise de produire et évaluer un Programme d'amélioration de la littératie dans le champ de la prévention des cancers et plus largement dans celui de la santé, et de développer les compétences psychosociales des élèves (dont un objectif d'« empowerment » pour faire de chaque jeune un « acteur de sa santé »). Ce programme sera clé-en-main pour un déploiement et une utilisation en milieu scolaire. Il passerait aussi par un renforcement de la formation des professionnels des établissements avec mise à disposition d'outils adaptés.

30 Créer une dynamique de promotion de la santé au niveau scolaire

La mission invite à créer une dynamique de promotion de la santé, et notamment de prévention des cancers, au niveau scolaire, en valorisant les actions mises en œuvre, les inscrivant dans la réalité des établissements à travers le projet d'école ou d'établissement, et en s'appuyant sur les comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE) dans chaque collège/lycée pour lancer des projets éducatifs en lien avec la santé.

Résumé des préconisations

31 Prioriser les domaines clés pour étendre la collecte de données

Constats

La Mission a cruellement manqué de données objectives pour apprécier la réalité de la prévention et du dépistage en Martinique, ses déterminants, ses freins et ses leviers. Ce constat n'est malheureusement pas spécifique à ce domaine et complique la prise de décision sanitaire dans ce territoire (voir thématique 2).

Préconisations

31 Prioriser les domaines clés pour étendre la collecte de données

En matière de prévention, trois champs sont particulièrement concernés et mériteraient selon la mission un engagement supplémentaire :

- Mettre en place un suivi et une évaluation des actions - interventions déployées sur le territoire. Cette évaluation devrait être intégrée aux nouveaux projets dès leur conception. Une méthodologie de construction d'indicateurs adaptés ciblant à la fois les personnes affiliées et non-affiliées pourrait être envisagée avec les partenaires locaux, la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) du CHUM, les partenaires nationaux, Santé publique France notamment.
- Mettre en place un suivi de la population cible, de la participation aux dépistages jusqu'à la prise en soins effective et sa continuité, en passant par la réalisation des examens subséquents dans le cas de résultats positifs. Il s'agit d'une des missions majeures des CRCDC : ainsi l'adhésion, le renoncement et les délais de réalisation des différents examens de la population cible, mais aussi l'élaboration de cartographies et l'échange de données avec les professionnels comme le retour sur leur pratique seront connus. De surcroît le parangonnage sera possible. La mise en place d'une offre d'accompagnement pour s'assurer de la réalisation effective des dépistages, des examens et de la prise en soins serait un plus.
- Documenter le renoncement à l'entrée dans le parcours, les freins (fragilités, vulnérabilités, monoparentalité, cessation d'activité, risque d'évacuation sanitaire vers l'hexagone) et leviers, et plus généralement les différentes formes de renoncement au soin.

Résumé des préconisations

32 Porter des expérimentations et déployer des innovations en dépistage

Préconisations

32 Porter des expérimentations et déployer des innovations en dépistage

La mission appelle à soutenir l'évaluation, l'expérimentation, et le déploiement des innovations en matière de dépistage (en sus des projets relatifs aux études, programmes d'interventions ou expérimentations sur des sujets qui font sens ou spécifiques à la Martinique, voir thématique 2).

Les principaux champs concernés, en lien avec la stratégie décennale, pourraient être selon la mission :

- La dématérialisation des flux de mammographies et des éléments connexes, qui d'ailleurs semble en cours de structuration. Ce projet nécessitera alors une demande de dérogation à la Direction générale de la santé (DGS). La procédure se trouve sur le site de l'Institut national du cancer.
- L'exploration et l'évaluation d'un dispositif utilisant des autoprélèvements en dépistage primaire et lors d'actions d'aller-vers en recourant, par exemple, à une équipe de professionnels de santé et de médiateurs (équipe mobile). Le cas échéant, un partenariat du CRCDC, avec la DRCI ou avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) pourrait être envisagé. Un tel projet pourrait être soumis aux appels à projets de l'Institut sur le sujet, notamment l'appel à projets « AGIR en Santé publique » ouvert en 2024.
- La personnalisation des approches de dépistage, détection précoce, suivi et surveillance selon le niveau de risque des personnes. Les programmes de dépistage actuels sont destinés aux populations à risque standard de cancer (environ 80 % de la population) et excluent actuellement les personnes à risque aggravé (prédispositions génétiques, antécédent personnel ou familial notamment), qui ne font pas l'objet d'un suivi organisé et d'une incitation systématique à se faire dépister et dont le suivi ou la surveillance médicale peuvent se révéler partiellement inappropriés.

Des niveaux croissants d'organisation du suivi peuvent être déployés selon la finalité envisagée : simple recueil de données pour documenter la qualité du suivi en vie réelle, repérage des personnes à risque et sensibilisation à l'observance des modalités de diagnostic et de surveillance adaptées, ou encore organisation du suivi et de la surveillance médicale. Des projets pourraient viser à évaluer l'efficacité, l'impact et la faisabilité de dispositifs organisationnels ou modalités permettant d'identifier les personnes à risque aggravé ; à expérimenter le recueil des résultats des examens de dépistage et de suivi ; à expérimenter la mise en place de parcours de santé ou encore de différentes procédures de sensibilisation et/ou d'invitation à réaliser un examen de dépistage ou de suivi pour les personnes à risque aggravé.

Ce projet pourrait être mené conjointement avec le CHUM et son équipe d'oncogénétique. La mission alerte néanmoins sur la fragilité du dispositif d'oncogénétique et de suivi des personnes à risque et sur le soutien qu'il est nécessaire de lui apporter pour en éviter la défaillance. Ceci concerne les moyens disponibles (locaux et ressources humaines notamment, avec le départ prochain à la retraite de la responsable).

3.3 Garantir à tous les patients un parcours de soins de qualité

Enjeux

Les soins en cancérologie sur le territoire martiniquais se caractérisent par l'absence d'organisation des parcours et par des délais anormalement longs, variables selon les localisations et les étapes du parcours, avec des difficultés particulières en imagerie et en anatomocytopathologie.

Le manque de communication et donc de coordination entre les différents acteurs de la prise en soins est source de rupture à toutes les étapes du parcours.

Au sein du CHUM, l'absence de stratégie globale et partagée pour la cancérologie s'additionne à la situation actuelle d'éloignement géographique du site de Clarac et de saturation de l'hospitalisation de jour (HDJ), qui impacte très directement la fluidité comme la qualité des soins.

La problématique flagrante de manque de personnel, notamment en oncologie médicale et en radiologie interventionnelle, permet difficilement d'absorber le flux de patients. Les équipes fragiles, récemment renouvelées pour la plupart et souvent non pérennes, bien que motivées et de très bonne volonté, s'essouffent en cherchant des solutions à l'échelle de leur équipe ou de leur parcours, par manque de structuration.

Ce ne sont pas les projets immobiliers ambitieux autant que flous quant à leur temporalité et leur cadrage qui vont fournir des solutions à court terme. Ils ne peuvent constituer à eux seuls la solution à ces problématiques transverses.

La situation est différente dans l'établissement privé, dont l'organisation semble qualitative, avec, sur le périmètre défini par ses autorisations en chirurgie des cancers, des parcours structurés et des délais raisonnables.

Les constats partagés par la Mission ainsi que les préconisations en découlant ont pour ambition de bénéficier directement aux patients. Des solutions faciles à mettre en œuvre sont envisageables aux différents temps parcours, qui permettraient de mieux les structurer et de gagner en qualité des soins. Le pilotage à la fois de la coordination des parcours et de la qualité des soins doit être sanctuarisé de manière prioritaire et urgente.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Des partenariats solides en place avec la métropole notamment en anatomocytopathologie, pédiatrie, hématologie • Des équipes soignantes motivées et résilientes • De nombreuses expertises spécialisés présentes sur l'île • Des équipes de soins palliatifs bien organisées • Un plateau technique riche (robot chirurgical, TEP-scan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque de coordination entre les acteurs du soin entre la ville et l'hôpital, mais aussi au sein même de l'hôpital public entre les différents services • Une absence de structuration des parcours, un manque de visibilité pour les patients entraînant des ruptures • Des délais de diagnostic et de soins extrêmement longs, représentant des pertes de chances évidentes
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Un secteur privé solide et souhaitant se développer sur l'oncologie médicale • Des projets immobiliers sur le long terme pouvant permettre une restructuration des lieux de soins et des organisations et parcours afférents (projet d'Oncopole) • Une HAD bien organisée et fonctionnant bien sur le territoire en dehors de la cancérologie • Un projet d'ICIN (Institut caribéen d'imagerie nucléaire) pouvant générer de l'attractivité sur le territoire, source potentielle de rayonnement du CHUM 	<ul style="list-style-type: none"> • La vétusté voire l'insalubrité de certains locaux du CHUM • Les conditions climatiques qui impactent le bon fonctionnement des machines et l'intégrité d'infrastructures semblant peu adaptées (pannes fréquentes, dégâts) • Le manque d'attractivité médicale et les difficultés à recruter des professionnels de la cancérologie de façon pérenne au CHUM

Résumé des préconisations

- 33 Assurer prioritairement la joignabilité du CHUM
- 34 Assurer l'envoi systématisé des comptes-rendus au médecin adresseur
- 35 S'appuyer sur la plateforme de suivi du GIP PROM pour l'orientation

Constats

La problématique d'entrée des patients dans le parcours de soins est intimement liée aux spécificités culturelles de la Martinique. Les résidents se tournent en effet volontairement vers la médecine « traditionnelle » locale, principalement à base de plantes et en automédication, avant de consulter un médecin ou d'accepter un traitement conventionnel, comme cela a été rapporté par les associations de patients, les professionnels de ville et le GIP-PROM. Ces pratiques, couplées avec un niveau de confiance fragilisée - aussi bien dans la médecine conventionnelle que dans les établissements publics de santé locaux - entraînent des retards importants au diagnostic et à l'entrée dans le parcours.

Au niveau de la médecine de ville, les professionnels rencontrés par la mission soulignent des difficultés d'adressage des patients et indiquent se sentir isolés vis-à-vis du secteur hospitalier. Ils rapportent à la mission que la ligne directe pour contacter le CHUM récemment mise en place (« CHUM Line ») ne fonctionne pas ou mal pour orienter les patients, de nombreux appels continuant de souffrir d'absence de réponse ou d'une rebascule vers le standard. Cette situation est source d'un rallongement des délais d'adressage ou encore d'une arrivée tardive des patients par des circuits détournés, notamment les urgences ou la médecine polyvalente.

La mission a par ailleurs été alertée de manière répétitive par les professionnels de ville exerçant en libéral ou à la clinique Saint-Paul du fait que les comptes-rendus d'examens réalisés au CHUM ne leur sont pas systématiquement adressés.

Préconisations

33 Assurer prioritairement la joignabilité du CHUM

La Mission juge indispensable que les équipes du CHUM soient facilement et rapidement joignables. Elles doivent être en capacité de planifier rapidement les rendez-vous des patients en attente d'orientation. Pour atteindre cet objectif, une organisation du standard téléphonique du CHUM autour d'un numéro unique sanctuarisé cancer ou un guichet unique doivent permettre de contacter les équipes du CHUM, pour un adressage fluidifié des patients par la médecine de ville. Cette ligne unique doit constituer, plus qu'un moyen de communication, une cellule d'adressage rapide des patients vers le diagnostic et le soin. Son délai de « décrochage » doit pouvoir être quantifié.

34 Assurer l'envoi systématisé des comptes-rendus au médecin adresseur

Une carence d'information du médecin adresseur a été constatée par la mission. La coordination entre les équipes du CHUM et la médecine de ville doit être au moins assurée par l'adressage systématique, dans des délais raisonnables, d'un courrier destiné au médecin traitant.

La mission rappelle que la correspondance téléphonique et écrite vers les patients et les médecins de ville est une des missions obligatoires des secrétariats.

35 S'appuyer sur la plateforme de suivi du GIP-PROM pour l'orientation

La mission préconise de s'appuyer sur la cellule territoriale de suivi des parcours mise en place par le GIP-PROM pour améliorer l'orientation des patients vers le diagnostic. Cette cellule est à disposition des patients et des professionnels de ville (médecins généralistes, infirmiers libéraux). Elle se donne pour objectif, dès la suspicion d'un cancer, de recevoir les patients en consultation infirmière de pré diagnostic auprès de la plateforme et d'intégrer ensuite le parcours diagnostic. Il a semblé à la mission qu'elle était cependant peu connue et/ou identifiée par les patients et les acteurs : à la fois comme un point de contact de référence et a fortiori comme un outil au service d'une meilleure articulation des parcours de soins entre la ville et l'hôpital. La Mission souligne l'importance de garantir le bon fonctionnement de cette plateforme ainsi que sa bonne articulation avec le CHUM, et de suivre la qualité de son activité.

Résumé des préconisations

- 36 Améliorer la coordination de l'activité d'ACP au sein du CHUM
- 37 Renforcer les capacités du service d'imagerie conventionnelle du CHUM
- 38 Optimiser l'utilisation du parc d'imagerie conventionnelle en place

Constats

La durée de la phase de diagnostic, consistant en la réalisation de l'ensemble des examens nécessaires à la constitution du dossier patient pour passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), est anormalement longue dans le cadre des prises en soins dans le secteur public. Ce constat est partagé par les acteurs institutionnels et politiques, mais également par les professionnels de ville et par les services au sein même du CHUM.

Tous cancers confondus, le délai moyen au sein du CHUM entre la biopsie et le passage en RCP a été estimé par le GIP-PROM à 255 jours en 2023¹⁴. Le détail de la méthode de calcul n'ayant pas été partagé avec la mission, celle-ci n'est pas en mesure d'en faire des interprétations précises ou comparaisons pertinentes avec d'éventuelles données disponibles au niveau national. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) traités par l'INCa permettent néanmoins de mettre en évidence certains écarts et alertes sur des localisations spécifiques. En 2019, la proportion de femmes ayant eu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à 6 semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement était de 13,26 % contre 41,69 % au niveau national. La proportion de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est inférieur à 8 semaines était de 81,82 % en Martinique, 86,62 % au niveau national. La proportion de patients atteints d'un cancer non métastatique du côlon dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est inférieur à 6 semaines était de 60,42 % en Martinique, 63,94 % au niveau national. Enfin, la proportion de patients atteints d'un cancer non métastatique du rectum dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est inférieur à 8 semaines était de 41,67 % en Martinique, et 72,83 % au niveau national.

¹⁴ Rapport du Dr Patrick Escarmant, conseiller médical du GIP-PROM, « Suivi en temps réel des parcours de soins au CHUM en oncologie médicale et radiothérapie », juillet 2023.

La mission n'a par ailleurs pas pu collecter de données complémentaires concernant les délais auprès du CHUM lui-même, ni obtenir de métriques concernant les délais en amont de la biopsie (voir thématique 2).

L'importance des délais de réalisation des examens puis de transmission de leurs résultats pour passage des dossiers en RCP entraîne des retards conséquents à la mise en traitement qui constituent une perte de chance évidente. S'ajoute à cela le risque que la RCP appuie sa décision sur des données devenues obsolètes, la situation du patient ayant pu évoluer dans l'intervalle. Le GIP-PROM a confirmé à la mission que de tels cas de figure s'étaient déjà présentés.

Les professionnels libéraux ont rapporté à la mission que, face à ces constats, certains médecins de ville sont amenés à orienter leurs patients vers l'hexagone dès la suspicion de cancer.

Cette extrême lenteur de constitution du dossier complet pour passage en RCP est expliquée – mais pas justifiée – par des délais d'accès à l'imagerie allongés et par certaines défaillances logistiques et organisationnelles au niveau de l'activité d'anatomocytopathologie (ACP).

L'activité d'ACP est à date assurée au CHUM par une équipe de trois praticiens. Le service estime qu'un fonctionnement performant du service nécessiterait la présence de sept praticiens. Les effectifs semblent à présent stabilisés après des mouvements importants en 2022, mais l'équipe reste fragile. Son faible effectif est susceptible de décourager les praticiens qui ne peuvent être au même niveau de pertinence sur tous les sujets. Les délais de réalisation des examens semblent s'être atténués récemment, grâce à la stabilisation de l'équipe, à la mise en place d'un recours à la télépathologie qui permet l'envoi de demandes de second avis en hexagone et à la signature d'une convention pour externaliser une partie de l'activité la moins complexe vers le centre de Pathologie Martinique du Patio de Cluny. Le service de biologie du CHUM fait pour sa part état de délais moyens, au moment de la visite de la mission, d'environ 10 – 12 jours. Les données documentant cette affirmation n'ont cependant jamais été transmises à la mission. La logistique d'envoi des comptes-rendus ACP reste cependant défaillante. Les modalités actuelles de l'envoi, qui se fait sur le serveur du CHUM, au fil de l'eau sans alerte au praticien demandeur et dans les boîtes mail via un envoi non sécurisé, entraînent des retards voire des pertes dans la transmission des résultats. Ces défaillances ont un impact direct sur les délais et la coordination du parcours, intra-CHUM et avec la ville.

Mais le problème essentiel des délais dans le secteur public réside dans le temps beaucoup trop long entre le résultat histologique et le passage en RCP, associé à la réalisation des bilans de l'extension de la maladie cancéreuse. Ce temps avait pu être réduit par la mise en place d'une « filière courte d'imagerie priorisée au cancer », mais cette initiative n'a pas tenu dans la durée et les délais sont à nouveau incompatibles avec des soins de qualité (délai moyen de 229 jours en

2023 entre la validation des résultats d'ACP et le passage en RCP¹⁵). Il se décompose en trois étapes :

- Le temps mis par les équipes de chirurgie ou de spécialité d'organe à demander le bilan d'extension dès lors que le résultat d'ACP est accessible
- Le temps mis pour la réalisation de ce bilan
- Le temps mis pour pouvoir présenter le dossier du patient en RCP, une fois obtenu le bilan d'extension.

Le temps mis pour la réalisation du bilan d'extension est anormalement long, notamment pour la réalisation d'une IRM dont le délai déclaré par les équipes de spécialité est supérieur à 2 mois, « allant de 2 à 3 mois ». Bien que les données n'aient pas été transmises à la mission et qu'il n'a pas été possible d'objectiver plus avant ces estimations, il est utile de rappeler que le Plan cancer 3 fixait un objectif de 20 jours de délai moyen d'accès à une IRM au niveau national.

La dotation en matériel d'imagerie de la Martinique est pourtant supérieure à la moyenne nationale. C'est en personnel que le service de radiologie conventionnelle du CHUM est sous-doté, ce qui se traduit par une sous-utilisation des machines existantes et l'allongement des délais. Les professionnels libéraux ont exprimé à la mission leur incapacité à répondre, dans les conditions actuelles, à la demande du CHUM d'assurer des vacations complémentaires sur les équipements de l'hôpital. Les pannes régulières, liées aux aléas climatiques et à des contrats de maintenance inactifs du fait du non-paiement par le CHUM des prestataires, viennent aggraver une situation déjà tendue.

La mission a par ailleurs fait le constat d'une imagerie conventionnelle délaissée, en termes de chefferie de service et d'investissements au profit de l'imagerie nucléaire (voir thématique 21). L'ARS a rapporté à la mission que le personnel de la radiologie, déjà peu nombreux, est en partie transféré vers la plateforme d'imagerie nucléaire. La mission souligne que les examens d'imagerie nucléaire ne sauraient se substituer à l'imagerie conventionnelle. En effet, la majorité des indications d'imageries par scanner ou IRM ne peuvent pas être remplacées par des imageries de type TEP. D'autre part, les compétences des radiologues et des médecins nucléaires sont différentes et non substituables, et l'irradiation du malade n'est pas la même.

L'offre de radiologie libérale n'est pas toujours en capacité de satisfaire toute la demande de la cancérologie, dont les urgences sont rajoutées sur les vacations programmées. Les professionnels libéraux déclarent un besoin supplémentaire en machines en secteur libéral. Des autorisations d'installation seraient en cours d'instruction.

¹⁵ Rapport du Dr Patrick Escarmant, conseiller médical du GIP-PROM, « Suivi en temps réel des parcours de soins au CHUM en oncologie médicale et radiothérapie », juillet 2023

Une fois obtenu le bilan d'imagerie effectué, la longueur des délais avant de pouvoir présenter le dossier du patient en RCP est expliquée - mais non justifiée - par des lenteurs à la complétion du dossier via la récupération de l'ensemble des comptes-rendus d'examen, ainsi que par la pénurie d'oncologues médicaux.

Dans le secteur privé, à la clinique Saint Paul les délais diagnostic sont décrits par la direction comme raisonnables : l'accès à l'imagerie se déroule dans des délais acceptables, le délai de réponse des anatomopathologistes est correct, l'envoi des comptes-rendus est systématisé via une messagerie sécurisée. Il est à noter que la clinique externalise l'ensemble de ses examens d'ACP auprès du centre de Pathologie Martinique du Patio de Cluny. Un projet de fusion de Cluny avec le laboratoire Cerballiance de la clinique Saint-Paul qui réalise l'activité de biologie médicale est en cours. Il entraînerait ainsi l'internalisation par la clinique de son activité ACP. La tenue des RCP avec dossier complet semble s'y dérouler sans difficulté majeure, avec la participation des oncologues du CHUM.

Préconisations

La Mission préconise de travailler en priorité au sein du CHUM à la réduction des délais au niveau de l'imagerie et de l'activité d'ACP, pour garantir un délai raisonnable de passage des dossiers patients en RCP.

36 Améliorer la coordination de l'activité d'ACP au sein du CHUM

Concernant l'activité d'ACP, l'optimisation des délais doit d'abord passer par une meilleure coordination. La mission préconise que le CHUM systématisé l'usage d'une messagerie sécurisée pour les envois de comptes-rendus de pathologie afin d'en garantir la bonne transmission et réception. Par ailleurs, pour certains cas urgents, systématiser un appel du pathologiste au médecin clinicien pour un partage précoce des premiers résultats permettrait de gagner un temps précieux. Le pathologiste procéderait ensuite ordinairement au biomarqueage, mais un tel fonctionnement permettrait dans l'intervalle à l'oncologue de demander le bilan d'extension sans attendre les résultats de biologie moléculaire.

L'optimisation des délais doit aussi passer par un envoi rationalisé des lames numérisées en hexagone, dès lors que le diagnostic est faisable sur place, pour limiter l'envoi aux cas les plus complexes. La mission appelle les équipes en place à gagner en confiance dans leurs propres domaines d'expertise et à capitaliser davantage sur leur expérience.

37 Renforcer les capacités du service d'imagerie conventionnelle du CHUM

Concernant l'imagerie diagnostique, la mission alerte sur l'importance de ne surtout pas délaisser l'imagerie conventionnelle au profit de la seule médecine nucléaire. Il est urgent de recruter du personnel médical qualifié afin de

renforcer les ressources en radiologie conventionnelle et d'organiser un nombre de vacations suffisant sur les machines. Au regard de la pénurie de radiologues les conventions avec les radiologues dans l'hexagone pour interpréter les examens de certaines spécialités gagnent à être maintenues.

38 Optimiser l'utilisation du parc d'imagerie conventionnelle en place

Il est nécessaire de faciliter les partenariats avec le privé afin de permettre aux libéraux d'effectuer dans des conditions adaptées des vacations sur les machines du CHUM, ce afin d'optimiser le taux d'utilisation des machines IRM en activité. Le territoire est particulièrement bien doté en termes de parc d'imagerie: cette optimisation doit être prioritaire à des demandes d'augmentation du parc qui seraient à interroger dans un second temps, dans une démarche pragmatique.

L'élargissement des plages de vacations notamment aux samedis, si celles-ci sont effectivement bien occupées et répondent à des attentes des patients, est une initiative à soutenir.

Résumé des préconisations

39 Sanctuariser le temps d'annonce

40 Soutenir l'ETP post-annonce

Constats

Il ressort des échanges avec les professionnels du CHUM, et notamment ceux du service d'oncologie médicale, que les patients atteints de cancer arrivent au CHUM majoritairement via les services d'urgence ou de médecine polyvalente, avec des stades de maladie avancés, imposant la délivrance rapide de soins de support, sans attendre la tenue de la RCP ou de la consultation d'annonce par l'oncologue médical. Les annonces sont ainsi souvent faites par les spécialistes d'organes alors qu'il n'y a pas encore eu de RCP. Les associations de patients ont exprimé à juste titre une sensibilité particulière à ce sujet.

Pour les patients pour lesquels la RCP a eu lieu, la poursuite du « parcours patient » se heurte à la faiblesse des effectifs d'oncologues médicaux, qui rend difficile la tenue de la consultation d'annonce. L'accès aux consultations des oncologues a été estimée autour de 17 jours de 2019 à 2021 et 24 jours en 2023¹⁶.

Lorsque ce temps d'annonce a lieu, la mission a pris note de la problématique soulevée par le GIP-PROM que ce temps n'était pas toujours adapté aux besoins des patients martiniquais, ne tenant en particulier pas bien compte des spécificités culturelles et linguistique locales. Le créole est la langue maternelle d'une part importante de la population et le rapport à la maladie peut être teinté sur le territoire d'une forme de fatalisme voire d'une dimension mystico-religieuse. Les équipes médicales, majoritairement constituées par des PADHUE ou des professionnels venus de l'Hexagone, rencontrent souvent des difficultés dans l'échange avec les patients. L'incompréhension de l'annonce par le patient peut être préjudiciable à la suite de son parcours.

¹⁶ Rapport du Dr Patrick Escarmant, conseiller médical du GIP-PROM, « Suivi en temps réel des parcours de soins au CHUM en oncologie médicale et radiothérapie », juillet 2023.

Préconisations

39 Sanctuariser le temps d'annonce

Il est nécessaire de **sanctuariser le temps de l'annonce** afin de faire bénéficier les patients des meilleures conditions possibles d'annonce du diagnostic de cancer et des traitements.

La mission rappelle que le dispositif d'annonce est un temps fort du parcours de soins et constitue, par ailleurs, l'un des critères transversaux de qualité auxquels les établissements de santé se doivent de satisfaire afin d'être autorisés à traiter le cancer.

La mission formule des réserves quant au projet évoqué par le GIP-PROM de créer une « **UMAC** », **unité mobile d'annonce en cancérologie**, dont le risque est une sur-mobilisation d'oncologues médicaux déjà débordés dans leur service.

Le contenu du temps d'annonce doit également faire l'objet de toute l'attention des équipes, les témoignages recueillis par la mission mentionnant l'absence de remise systématique d'un programme personnalisé de soins (PPS) à l'issue des temps dédiés à la proposition thérapeutique.

40 Soutenir l'ETP post-annonce

La prise en compte de la dimension culturelle du dispositif d'annonce apparaît essentielle. La mission préconise le déploiement de l'Education thérapeutique du patient (ETP) post-annonce afin de garantir la compréhension de la maladie et des traitements, **en s'appuyant sur des médiateurs et des traducteurs** pour être au plus près des besoins des populations locales.

La mission appelle aussi à **encourager la mise en place de dispositifs d'accompagnement**, qui s'appuieraient par exemple sur des profils d'infirmiers de coordination (IDEC), de travailleurs sociaux ou encore de patients experts. La mission encourage de manière générale à mobiliser davantage dans le parcours les patients experts formés en leur définissant clairement et leur confiant un rôle dans l'accompagnement des patients et la sensibilisation des soignants.

Résumé des préconisations

- 41 Augmenter à très court terme les capacités de l'HDJ du CHUM
- 42 Clarifier le projet de pôle oncologique au sein du CHUM à moyen terme
- 43 S'appuyer sur le privé pour augmenter les capacités de prise en charge
- 44 Ouvrir un service d'hospitalisation conventionnelle d'oncologie
- 45 Soutenir l'ouverture de l'oncologie médicale dans les services volontaires

Constats

L'oncologie médicale sur l'île est centralisée au CHUM en un unique site, celui de Clarac, géographiquement éloigné du site principal Pierre Zobda-Quitman (PZQ). Cet ancien site de l'armée, vétuste, amianté, devrait être repris par l'armée dans des délais incertains. Les perspectives réalistes de migration de l'activité sur un autre site et dans des locaux modernisés s'inscrivent dans un horizon temporel d'au moins quatre ans, dans le cadre du projet d'un pôle oncologique sur le site de PZQ.

L'oncologie médicale fonctionne uniquement à travers son service d'hôpital de jour (HDJ), le CHUM ne disposant pas d'un service d'oncologie conventionnelle. En cas de complication, les hospitalisations se font donc sur des lits réquisitionnés à l'USP, ou bien au sein des urgences, des services de spécialités ou de la médecine polyvalente, sur un autre site et sans expertise oncologique sur place. Aucun parcours ne semble clairement défini en cas d'hospitalisation nécessaire.

Le flux important de patients peine à être absorbé via les quelques salles d'HDJ. Le renfort récent de l'équipe, qui permettrait potentiellement d'augmenter la capacité de traitement, se heurte au manque d'espaces de consultation et de fauteuils. L'HDJ a d'ores et déjà grignoté certains lits de l'unité de soins palliatifs (USP) afin d'augmenter un peu son capacitaire mais au détriment d'une offre elle aussi essentielle. Le personnel paramédical de ces deux services est également mutualisé.

Le fonctionnement du service d'oncologie médicale repose actuellement sur la bonne volonté d'effectifs médicaux réduits et fragiles, dont la plupart semblent épuisés. Une compétence supplémentaire en oncologie médicale est disponible sur place mais le CHUM a fait le choix de ne plus du tout la mobiliser sur le soin.

D'après des déclarations faites à la mission par les professionnels du service d'oncologie, les plages de fonctionnement du service sont concentrées uniquement sur la matinée, en une plage de 4h par jour. Cette concentration de tous les rendez-vous sur la matinée complexifie encore et de façon indirecte l'accès des patients à leur rendez-vous, puisqu'il leur est parfois impossible de trouver une ambulance disponible pour les y transporter. Ces difficultés de déplacement imposent parfois de décaler des rendez-vous pourtant planifiés de longue date.

Le CHUM dispose d'une RCP hebdomadaire incluant les oncologues. Mais l'accès aux oncologues est difficile, avec des délais de consultation de 4 à 6 semaines. Un nombre vraisemblablement significatif, même s'il est difficile à estimer, de patients doit donc être considéré de l'aveu même des équipes comme « perdus de vue » .

L'éloignement géographique du service d'oncologie médicale impacte la qualité des soins. Les services des urgences et de médecine polyvalente, par lesquels arrivent un très grand nombre de patients atteints de cancers (environ 40% des patients en médecine polyvalente sont des patients cancéreux d'après les estimations des professionnels du service d'oncologie) ne disposent pas sur place d'une expertise oncologique lors de l'évaluation et du diagnostic du patient. Les services de spécialités déclarent se sentir isolés en l'absence d'oncologue sur place. Plusieurs services de spécialité ont pour projet d'intégrer l'oncologie médicale dans leur service. Des projets s'appuyant sur des spécialistes d'organes avec un DESC ou une FST oncologie ont ainsi été évoqués, par exemple par le service de gynécologie, mais sans structuration ni concertation au niveau du CHUM et a fortiori du territoire.

Les préparations de chimiothérapies sont produites au niveau de la pharmacie située sur le site de PZQ. Le circuit de prescription est informatisé. La distribution est faite par un coursier, géré par le CHUM, vers le site de Clarac dans un délai de 1h à 1h30 suivant le « OK chimio », plus en fonction des conditions de trafic. Le responsable de l'unité de pharmacotechnie estime que seules environ 30 % des préparations sont faites sur anticipation de prescription, du fait de l'absence de données biologiques avant la consultation qui limite la capacité d'anticipation. Dans l'attente de leur soin, qu'ils appréhendent en règle générale beaucoup, les patients sont entassés en salle d'attente et dans le corridor extérieur. Ils ont le temps et les conditions presque « idéales » d'y aggraver leurs angoisses.

D'après les données du rapport d'activité de l'unité de pharmacotechnie, le service d'oncologie médicale représente 60 % de l'activité de préparation de chimiothérapies, le service d'hématologie 25 % et celui de pédiatrie 4 % en 2022.

Préconisations

41 Augmenter à très court terme les capacités de l'HDJ du CHUM

Au regard du flux important de patients qui ne peut pas être absorbé, entraînant des retards de soins, il est primordial de trouver à très court terme des solutions facilement implémentables pour accroître le capacitaire de l'HDJ du CHUM, en s'appuyant sur l'équipe d'oncologues en place. Les espaces d'administration des chimiothérapies ainsi que les espaces dédiés aux consultations sont concernés.

La mission préconise de trouver une solution d'urgence pour pouvoir quitter les locaux de Clarac pour un site plus grand et offrir des conditions plus humaines. Si aucun espace n'était réquisitionnable rapidement, une solution de repli rapidement déployable même si non souhaitée pourrait être d'installer des structures modulaires temporaires en extérieur sur le site, en complément des bâtiments en dur.

C'est plus largement la planification de l'activité qui doit être révisée de sorte à limiter autant que faire se peut les déplacements et allers-retours des patients. Cette évolution n'est possible qu'à condition de mettre en place des fonctions de coordination solides, véritablement capables d'avoir une vision globale du parcours et d'en assurer l'optimisation (regroupement des rendez-vous, gestion des transports) (voir thématique 20). Anticiper la prescription de chimiothérapies représente un levier important et opérationnel pour optimiser les flux de patients afin de réduire leur temps d'attente et de désengorger le service. Elle suppose de sanctuariser une mission infirmière de rappel des patients en amont de leur rdv afin de s'assurer la capacité du patient à recevoir son traitement, et de collecter l'ensemble des données nécessaires au lancement anticipé de la préparation.

Le désengorgement de l'HDJ passera également par une meilleure orientation des patients éligibles vers l'hospitalisation à domicile (HAD). Cette évolution est essentielle pour accélérer l'entrée dans le soin des patients (voir thématique 17).

42 Clarifier le projet de pôle oncologique au sein du CHUM à moyen terme

Le site de Clarac ne peut continuer d'héberger le service d'oncologie médicale à moyen terme. La structuration en un seul et même site d'un pôle oncologique, à proximité des services des urgences, de médecine polyvalente et de spécialités permettrait de pallier aux problèmes d'éloignement géographique et d'accès à l'expertise oncologique tout en facilitant la structuration du parcours patient. Ce pôle regrouperait notamment l'anatomopathologie, l'imagerie, les consultations médicales et l'HDJ. Ce projet, dont les contours semblent se dessiner sans avoir encore été clairement et définitivement arbitré par la direction du CHUM, doit être priorisé afin d'être effectif dans des délais raisonnables. La clarification du projet immobilier du CHUM doit constituer une priorité. Il est urgent, d'une part de lancer le chantier pour que les nouveaux locaux soient disponibles au plus tôt, mais aussi d'autre part de prendre des arbitrages clairs avec un calendrier précis

afin de redonner de la visibilité aux équipes et pour éviter le découragement et la déperdition inutile d'énergie dans l'élaboration des projets alternatifs.

43 S'appuyer sur le privé pour augmenter les capacités de prises en charge

En complément des mesures visant à augmenter la capacité de l'HDJ au CHUM, la mission préconise de trouver des relais au-delà du CHUM, et de s'appuyer sur le privé afin d'augmenter les capacités de diagnostic et de traitement en oncologie médicale sur le territoire. Le projet visant à conférer à la clinique Saint-Paul le statut de site associé pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) sera à encourager. Les spécialistes d'organes exerçant à Saint-Paul auraient dès lors la possibilité de gérer l'administration des chimiothérapies en s'appuyant sur leur diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie (DESC) et une partie du flux de patients pourrait être traitée directement dans la clinique. La direction de la clinique s'est déclarée ouverte à cette option et la pharmacie du CHUM a affirmé être dimensionnée pour absorber cette activité éventuelle supplémentaire.

Une collaboration dans le cadre d'un groupement d'intérêt public (GIP) pourra être envisagée.

44 Ouvrir un service d'hospitalisation conventionnelle d'oncologie

A plus long terme, la mission préconise l'ouverture de lits d'hospitalisation conventionnelle, sur le même lieu géographique que l'HDJ, en d'autres termes là où se trouve l'expertise en oncologie médicale. Cela donnerait aux équipes les moyens de suivre correctement les patients connaissant des complications liées à la maladie ou aux traitements. Ces dispositions devraient être intégrées dans le projet de pôle oncologique à venir.

45 Soutenir l'ouverture de l'oncologie médicale dans les services volontaires

Plusieurs services de spécialité ont mentionné à la mission qu'ils portent ou envisagent des projets d'ouverture dans leurs lits d'une activité d'oncologie médicale, s'appuyant sur des professionnels dont le DESC leur permettrait de gérer l'administration des chimiothérapies. La mission préconise de recenser et évaluer rigoureusement ces projets dont la finalité est saluée mais dont il faudra, avant d'en valiser la mise en œuvre, confirmer le sérieux, la faisabilité (disponibilité des professionnels paramédicaux, adaptation des locaux) et la cohérence au sein du projet médical du CHUM.

Résumé des préconisations

46 Porter un projet territorial volontariste de développement de la HAD

Constats

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) est gérée depuis 2016 par la Clinique de la Tour, unique opérateur en HAD sur tout le territoire. Parmi les patients suivis en HAD par la clinique, à peine 2 % sont porteurs d'un diagnostic principal de cancer identifié en parcours oncologique¹⁷, c'est-à-dire bénéficient de soins ou d'un suivi dans la continuité d'un parcours intra hospitalier (chimiothérapie anticancéreuse orale ou sous-cutanée à la suite d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière par voie veineuse, surveillance post chimiothérapie, surveillance de radiothérapie).

Ces chiffres reflètent le manque d'intégration de la HAD au sein du parcours, exprimé par les acteurs de la HAD et confirmé par les acteurs des soins palliatifs. Le fonctionnement en place en oncologie médicale sur le site de Clarac ne favorise pas l'orientation des patients vers la HAD, l'équipe ayant, selon les déclarations recueillies par la mission, pour habitude d'orienter les patients vers le prestataire de santé à domicile (PSAD) « Caraïbes Médical ». Etant donné l'engorgement du service d'oncologie médicale, les professionnels se retrouvent dans une forme d'urgence à libérer des places et privilégient par défaut cette solution, en place et activable rapidement, au détriment d'une évaluation de qualité de la situation du patient avant la sortie. Certes consommatrice en temps, une telle évaluation permet néanmoins d'assurer une orientation vers l'intervenant le plus adapté. Le délai moyen de mise en place d'une HAD est actuellement estimé entre 48h et 72h, en raison de l'impossibilité pour la clinique d'anticiper les demandes.

La mission rappelle que le contenu et la qualité de la prestation effectuée par un PSAD diffèrent d'une prise en charge dans le cadre d'une HAD. **La HAD seule est en mesure d'assurer au domicile du patient la continuité et la coordination des soins médicaux et paramédicaux, et d'éventuels ajustements des traitements.** La prise en charge passe par une évaluation initiale effectuée par un médecin et un infirmier pour définir des modalités de prise en soins adaptées à chaque patient.

¹⁷ Analyse d'activité Clinique de la Tour 2018 – 2022, Rapport d'activité, mars 2023.

Le PSAD n'étant pas toujours en capacité de gérer les patients les plus complexes, la HAD a rapporté à la mission intervenir régulièrement en deuxième ligne sur demande de Caraïbes Médical, sans historique ni conclusions d'évaluation.

Les équipes HAD indiquent en outre ne pas disposer au CHUM d'un interlocuteur identifié et joignable facilement pour coordonner le parcours du patient en lien avec l'hôpital, pour être tenues au courant des rdv du patient et plus largement pour récupérer les informations dont elles ont besoin concernant leurs patients, ce qui complique la continuité du parcours. Le relai fait par le GIP-PROM serait lui aussi insuffisant.

Préconisations

46 Porter un projet territorial volontariste de développement de la HAD

Il est nécessaire, dans le travail général de redéfinition des parcours patients qui sera mené, d'intégrer pleinement la HAD.

La clinique de la Tour indiquant pouvoir se mettre sans difficulté en capacité de gérer un flux de patient atteint de cancer plus important, la mission recommande un partenariat entre le CHUM et la HAD et son intégration réelle dans le parcours du patient dès sa sortie, avec la réalisation d'une évaluation qualitative de l'état du patient.

La mission insiste sur la nécessité pour le bon fonctionnement du service d'HDJ de Clarac de favoriser une orientation des patients vers la HAD lorsque leur profil est adapté. Ce lien permettra d'accélérer le flux de patients et de désengorger la file d'attente. Cette organisation doit être proposée prioritairement à certains profils de patients pour lequel elle est hautement adaptée. La mission cible plus particulièrement les femmes atteintes de cancer du sein et en situation de monoparentalité.

Cela implique une action volontariste du CHUM et de ses équipes pour réviser les modalités de travail entre le service d'oncologie médicale, le PSAD et la HAD, et mettre en place une organisation fonctionnelle et un partage d'information effectif. Le déploiement de parcours fluides implique de pouvoir anticiper les sollicitations pour réduire au minimum (à quelques heures) le temps de mise en place effective de la HAD et d'accéder à l'ensemble des informations nécessaires (rdv planifiés, prescriptions) pour assurer des prises en charge sécurisées.

Il s'agit plus largement de porter un véritable projet global de développement de la HAD sur le territoire, au bénéfice des patients atteints de cancer.

Tous les freins au développement de la HAD doivent être identifiés et levés. La fluidité et la continuité de la collaboration entre infirmiers libéraux et de HAD est une condition importante de réussite du projet thérapeutique.

Résumé des préconisations

47 Augmenter la capacité d'accueil de l'unité de soins palliatifs

48 Renforcer les équipes mobiles afin d'améliorer la continuité du suivi

Constats

Une part élevée de patients entre dans le parcours de soins avec des cancers à un stade souvent avancé, comme cela a été souligné par les différents services de spécialité rencontrés par la mission et notamment par le digestif. Le besoin d'orientation vers les soins palliatifs peut donc être important.

L'offre de soins palliatifs consiste en une hospitalisation de jour via une unité de soins palliatifs (USP) implantée sur le site de Clarac et composée initialement de 11 lits. Actuellement trois des lits sont réquisitionnés par l'HDJ d'oncologie faute de place suffisante pour réaliser les chimiothérapies, ce qui réduit la capacité de l'USP à 8 lits.

Cette offre est complétée par des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en place sur le territoire nord et le territoire sud. Le DAC est porteur de l'EMSP du nord de l'île, dépassant son rôle d'appui en faisant du soin. L'autre unité mobile est basée à PZQ.

Les équipes mobiles sont composées de médecins hospitaliers et d'infirmières libérales qui fonctionnent en binôme. Les différentes équipes de soins palliatifs ont rapporté à la mission bien communiquer entre elles, par le biais notamment de temps de réunions réguliers. La mise en place d'un outil est prévue pour 2024, avec pour objectif de permettre une visibilité conjointe du parcours DAC et service hospitalier sur les soins palliatifs.

La mission constate que l'offre de soins palliatifs est insuffisante et ne permet pas de soins en continu, comme cela a été rapporté à la mission par les acteurs des soins palliatifs eux-mêmes. Le capacitaire de l'USP est limité et encore réduit actuellement, du fait de la mutualisation des locaux et personnels paramédicaux avec l'oncologie médicale. Aucune astreinte n'est assurée le week-end, ce qui oblige à basculer les patients vers le SAMU. Ce sont par ailleurs les mêmes médecins qui interviennent au sein de l'USP et dans les équipes mobiles. Ils ne peuvent en conséquence assurer qu'un nombre très limité de visites par jour (2 à 3 visites).

Le besoin d'orientation vers les soins palliatifs semble sous-évalué. Les patients arrivant souvent par les urgences et les oncologues n'étant pas à proximité, les évaluations de l'état des patients et leur orientation précoce sont difficiles. Les équipes de soins palliatifs indiquent être souvent sollicitées trop tardivement, que l'inclusion du patient se fasse à domicile ou en intra-CHUM. Il a été rapporté à la mission par les acteurs des soins palliatifs eux-mêmes qu'environ 30% des patients seraient pris en charge en soins palliatifs avant un passage en RCP.

De plus, étant donnée la désorganisation du parcours et la longueur des délais, les soins palliatifs tendent à servir d'« antichambre » en attente de la consultation d'oncologie, dans une absence totale de respect du parcours de soins.

Préconisations

47 Augmenter la capacité d'accueil de l'unité de soins palliatifs

Les effectifs de professionnels des soins palliatifs et de fin de vie sont fragiles, et doivent être renforcés afin d'augmenter la capacité d'accueil de l'unité de soins palliatifs.

La réorganisation du service d'oncologie médicale devra également permettre de libérer les lits prélevés sur l'USP (voir thématique 16).

48 Renforcer les équipes mobiles afin d'améliorer la continuité du suivi

La Mission pointe également l'importance du projet de cellule de coordination et d'animation territoriale des soins palliatifs et soins de la fin de vie, qui fait l'objet d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI) de l'ARS. Elle met, en particulier pour l'oncologie, l'accent sur les points suivants : contribuer à diagnostiquer les besoins en termes d'offre et de ressources en soins palliatifs oncologiques, diffuser la culture palliative vers l'ensemble des acteurs.

Résumé des préconisations

- 49 Optimiser le fonctionnement des blocs opératoires d'urologie
- 50 Rénover rapidement les locaux du service d'hématologie
- 51 Structurer l'oncopédiatrie au sein du CHUM via un statut de site associé
- 52 Envisager une collaboration régionale pour une autorisation en pédiatrie

Constats en urologie

Les constats formulés par la mission sont issus des observations et échanges avec le chef du service d'urologie du CHUM à l'occasion d'une visite sur site le mercredi 15 novembre 2023.

Dans le service d'urologie du CHUM, situé sur le site de Mangot Vulcin, les équipes sont fragiles avec sept seniors, sur les dix postes prévus, dont trois PADHUE, un interne, deux docteurs juniors et quatre DFMS (diplôme de formation médicale spécialisée). Les carences en anesthésistes et en IBODE bien que fluctuantes, sont réelles selon les professionnels de santé exerçant dans le service : elles impactent l'activité des blocs, qu'ils estiment aux deux tiers de leur capacité d'utilisation, et entraînent des délais opératoires jugés importants par les équipes.

Les délais de rendus anatomopathologiques sont estimés par les professionnels du service à un mois en moyenne, mais peuvent atteindre trois mois. Un circuit d'externalisation de l'anatomopathologie à Aix-en-Provence auprès du Pr Molinié a permis de réduire les délais à 10 - 15 jours pour des demandes urgentes. L'accès à l'IRM est limité compte tenu de délais estimés à 2-3 mois actuellement au sein du CHUM.

La pathologie la plus fréquente est le cancer de la prostate, avec beaucoup de formes agressives survenant y compris chez de jeunes patients (selon les données présentées par le service d'urologie à la mission lors de sa visite du service, 34% des patients ont moins de 64 ans). Les tumeurs localisées sont majoritaires, mais 8% des cancers de la prostate sont vus à un stade métastatique. Le registre a enregistré une augmentation constante de 60 cas/an, avec actuellement environ 600 nouveaux cas par an.

Le traitement des formes localisées recourt à la fois à la chirurgie, principalement robot-assistée, et à la radiothérapie. Le recours à la curiethérapie a été arrêté, en raison notamment de la carence en anesthésistes.

Le robot est situé sur le site de la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant (MFME). Le service d'urologie y dispose de trois vacations par semaine s'ajoutant aux vacations dans les blocs de Mangot Vulcin. L'installation du robot sur un autre site éloigné est source de complexité logistique : les patients opérés à la MFME sur les vacations de l'après-midi sont gardés pour la nuit dans des lits du service de gynécologie de la MFME. Le service d'urologie ne relève pas de difficultés liées à la maintenance du robot. La présence du robot est identifiée par les équipes comme un facteur d'attractivité, pour les professionnels et pour la patientèle.

Le reste de l'activité d'urologie sur l'île est réalisé à la Clinique Saint-Paul. Celle-ci fonctionne à date avec effectif très réduit (deux urologues actuellement, contre six antérieurement), dans l'attente de recrutements. L'accès à l'IRM est simplifié dans le secteur privé, mais se heurte au problème de la qualité de l'interprétation, rapporté par le service d'urologie du CHUM, les radiologues étant mal formés à la lecture très spécifique des IRM de la prostate.

Constats en Hématologie

Les constats formulés par la mission sont issus des observations et échanges avec le chef du service d'hématologie du CHUM à l'occasion d'une visite sur site le mardi 14 novembre 2023.

La prise en soins des hémopathies malignes est assurée par une unité spécifique au sein du service d'hématologie de PZQ, qui constitue l'unique lieu d'expertise de Martinique. La cytologie hématologique est assurée par les hématologistes biologiques et l'anatomopathologie est réalisée en collaboration avec Bordeaux. Les examens de génétique moléculaire sont assurés dans des laboratoires du secteur privé.

La vétusté des locaux, constatée par la mission lors de sa visite du site, impacte directement les capacités de soins, alors même que l'expertise est présente. Le service d'hématologie a rapporté à la mission que les anciennes chambres stériles n'étant plus aux normes et les travaux étant difficiles dans des locaux amiantés, l'unité ne peut plus assurer les traitements lourds des leucémies aiguës (phase d'induction) et les autogreffes pour les myélomes, qui sont transférés en France hexagonale. Pour pallier ce problème à court terme, le chef de service envisage la réinstallation de chambres stériles grâce à l'aménagement de locaux du service de réanimation. La reconstruction du service reste un projet à moyen-long terme et perçu comme incertain par les équipes.

Le suivi des patients ambulatoires (thérapies ciblées) est fait par les praticiens eux-mêmes, qui assurent une surveillance par mail et téléphone. Les demandes de consultations sont également reçues par mail et par téléphone. Le chef de service mentionne à la mission le besoin de recrutement d'un professionnel qui serait en capacité d'assurer cette mission de coordination pour décharger les médecins du service.

Le délai de rendez-vous est estimé par le chef de service à environ un mois, raccourci à une semaine en cas d'urgence. Du fait de l'absence d'offre alternative sur l'île, le chef de service constate que le service est partiellement saturé par des pathologies de faible gravité. Le service reçoit aussi des patients adressés depuis des îles voisines : la Guadeloupe, Sainte Lucie, Saint Martin, la Dominique.

L'équipe d'hématologie rapporte un nombre de cas de myélomes multiples anormalement élevé (environ 50 cas par an).

Constat en Digestif

Les constats formulés par la mission sont issus des observations et échanges avec, d'une part, le chef du service de chirurgie digestive, le chef du service d'hépatogastro-entérologie et le chef du service de médecine polyvalente du CHUM à l'occasion d'une visite sur site le mardi 14 novembre 2023, et d'autre part, avec le directeur général de la clinique Saint-Paul à l'occasion d'une visite sur site le mercredi 15 novembre 2023.

La description de la situation qui est faite par le service digestif à la mission est catastrophique, imputée par les équipes à un manque de gastroentérologues et à une offre d'endoscopies trop faible. La majorité des fibroscopies sont réalisés en ville, mais le nombre de perdus de vue est estimé comme considérable.

En conséquence, la majorité des patients sont vus à un stade tardif (estimé selon les professionnels du pôle à environ 50 % des cas en urgence dans un contexte d'occlusion ou de perforation).

La mission relève qu'au CHUM, les effectifs médicaux dans le domaine des pathologies digestives sont notablement insuffisants avec un gastroentérologue interventionnel, un radiologue interventionnel et deux chirurgiens digestifs, dont un spécialisé dans le cancer du pancréas. Le constat dressé par les professionnels est celui de prises en soins anormalement longues à toutes les étapes, avec des pertes de chances évidentes. L'accès à l'endoscopie est considéré comme étant particulièrement difficile au CHUM. Il est ainsi rapporté à la mission que plusieurs semaines sont nécessaires pour accéder à l'imagerie par scanner ou IRM, mais aussi à une simple biopsie hépatique. Il faut compter au moins 3 semaines pour le retour des comptes-rendus anatomopathologiques.

La mission note qu'à l'opposé, le secteur privé dispose de capacités de diagnostic significatives, faisant ainsi de la clinique Saint-Paul le centre de diagnostic le plus important de l'île. La clinique estime réaliser près de 120 colectomies par an. La clinique dispose d'une unité ambulatoire qui réalise chaque année 900 examens de coloscopie environ. Les délais anatomopathologiques (l'activité est réalisée en lien avec le laboratoire du Patio de Cluny) sont, selon la direction de la clinique Saint-Paul, raisonnables et rapportés être de l'ordre de 2 à 3 semaines (incluant les données de biologie moléculaire). La clinique dispose par ailleurs de trois infirmières diplômées d'Etat (IDE) spécialisées en stomathérapie. La chirurgie digestive est actuellement portée par un seul chirurgien, un second venant de partir. Environ 120 colectomies sont réalisées par an à la clinique Saint-Paul. La clinique envisage un projet d'extension pour accroître ses capacités opératoires. Les patients traités par radiothérapie sont adressés au CHUM par le secrétariat de la clinique. Les délais de prise en traitement sont décrits à la mission comme étant longs.

Constats en Pédiatrie

Les constats formulés par la mission sont issus des observations et échanges avec les médecins et le chef du service de pédiatrie et l'encadrement du pôle MFME du CHUM à l'occasion d'une visite sur site le mardi 14 novembre 2023, d'une part, et d'autre part avec le responsable de l'unité de pharmacotechnie du CHUM à l'occasion d'une visioconférence le 15 décembre 2023.

Le soin des enfants atteints de cancer se heurte à la limite des seuils d'activité¹⁸. Les pathologies observées localement sont hématologiques, en premier lieu des leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) et des lymphomes de haut grade, et des tumeurs solides, en majorité neurologiques. Cette répartition est habituelle.

Le diagnostic et le traitement initial des enfants suivis au CHUM sont faits dans des centres hexagonaux. L'anatomopathologie est assurée principalement par l'Institut Gustave Roussy, l'hôpital Robert Debré et l'hôpital Trousseau. Le délai de diagnostic est estimé à 10 - 15 jours. Le diagnostic hématologique est porté localement avec un délai similaire.

Par la suite, une partie des chimiothérapies, essentiellement de faible intensité, est administrée au CHUM.

Selon les affirmations du chef du service, suite à l'obtention d'une autorisation dérogatoire de l'ARS pour la réalisation de chimiothérapies (**délivrance d'une autorisation démentie par l'ARS**), le service a entamé en 2022 la structuration d'une unité d'oncologie pédiatrique, comportant deux « chambres stériles » (l'installation de deux flux laminaires était prévue pour la fin 2023). Cette

¹⁸Le nombre d'enfants relevant de l'oncopédiatrie pris en charge chaque année est d'environ 15 à la Martinique, 15 en Guyane, 15 en Guadeloupe et d'environ 5 à Sainte Lucie et à la Dominique confondues.

première phase permettrait l'administration de chimiothérapies de faible intensité pour les patients atteints de tumeurs cérébrales. Par la suite, une autorisation est espérée pour pouvoir réaliser tout type de traitement, y compris les inductions de leucémies aiguës.

Selon les données communiquées par la pharmacie du CHUM, environ 4% des 18 000 (soit 720) préparations de cytostatiques annuelles ont été prescrites par le service de pédiatrie. Parmi ces chimiothérapies, on note la réalisation de chimiothérapies d'induction et de consolidation du protocole FRALLE pour les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL), ainsi que de méthotrexate à forte dose pour des ostéosarcomes. Ces traitements, qui dérogent aux règles établies avec les établissements hexagonaux, semblent, selon les explications recueillies par la mission auprès du service de pédiatrie et de la pharmacie du CHUM, concerner des enfants de nationalité étrangère (Dominique et Sainte Lucie) qui n'ont pas la possibilité d'être transférés en hexagone.

Avec l'accueil potentiel de 45 à 55 nouveaux patients originaires de la région caribéenne par an, le projet de « centre Caraïbéen de traitement des cancers de l'enfant » reste à l'état de projet. **La détention d'une autorisation dérogatoire pour le traitement médical des cancers chez l'enfant, avancée par le service de pédiatrie, a été infirmée par l'ARS.** Par ailleurs, il ne semble pas exister de convention d'établissement associé entre le service de pédiatrie du CHUM et les établissements de l'Hexagone qui accueillent les enfants du service (en dehors d'un document adressé tardivement à la mission, non daté et non signé impliquant Gustave Roussy).

Préconisations

Pour ces services de spécialité, la mission formule les préconisations spécifiques suivantes.

49 Optimiser le fonctionnement des blocs opératoires d'urologie

Il est crucial de mettre l'accent sur le recrutement d'anesthésistes afin de pouvoir optimiser le taux d'occupation des blocs et de donner un accès à la curiethérapie aux patients pouvant en bénéficier.

50 Rénover rapidement les locaux du service d'hématologie

La mission préconise de mettre à disposition du service d'hématologie, à court terme, des locaux avec des chambres stériles aux normes afin de pouvoir traiter les patients sur place.

51 Structurer l'oncopédiatrie au CHUM via un statut de site associé

[A court terme]

La qualification des professionnels ainsi que la qualité des traitements ne semblent pas poser de problème. Une RCP avec les établissements hexagonaux est organisée de façon hebdomadaire, qui permet d'organiser la délégation de tâches par lesdits établissements.

Cependant, un certain nombre d'enfants semblent être traités en dehors des règles habituelles. Il s'agirait a priori de ressortissants étrangers, susceptibles de recevoir des chimiothérapies lourdes, notamment des inductions de LAL.

Pour sécuriser l'ensemble, il paraît donc indispensable, dans un premier temps, d'établir des conventions avec les centres hexagonaux pour obtenir le statut d'établissement associé. Cela concerne aussi bien les enfants disposant d'une prise en charge, que les enfants de nationalité étrangère n'en bénéficiant actuellement pas.

52 Envisager une collaboration régionale pour une autorisation en pédiatrie

[A moyen terme]

Dans un second temps, la mission suggère d'entreprendre avec la Guyane et la Guadeloupe un travail en collaboration pour constituer conjointement la masse critique suffisante, pour organiser des RCP et pour structurer un réseau formalisé d'oncologie pédiatrique avec lesdits établissements, afin d'obtenir le statut de centre autorisé de traitement des cancers de l'enfant.

Résumé des préconisations

- 53 Accélérer le déploiement du dossier patient partagé
- 54 Renforcer les fonctions de secrétariat médical
- 55 Assurer la coordination entre les services et tout au long des parcours
- 56 Identifier un point de contact pour chaque patient

Constats

Dans le cadre des échanges avec les professionnels, de ville et hospitaliers, et les représentants d'usagers, la mission fait le constat de l'absence de « parcours patient » et du faible niveau de coordination entre les acteurs impliqués dans la prise en soins, au centre de laquelle se trouve le CHUM. Le manque de proactivité du GIP-PROM est pointé, notamment de la part des professionnels de ville qui soulignent les difficultés à assurer l'orientation des patients (voir thématique 1).

La lettre de mission adressée par l'ARS au GIP-PROM en date du 15 novembre 2023 rappelle la priorité à donner à la coordination des parcours, appelant le GIP-PROM à « collaborer étroitement avec le CHUM pour assurer une prise en charge coordonnée des patients » et « à renforcer les liens entre les institutions hospitalières et les professionnels de santé en ville pour assurer la continuité des soins ». Au sein du GIP-PROM, la mission de coordination médicale a été confiée à un médecin cancérologue, ancien chef du pôle de cancérologie du CHUM. Il est assisté par une équipe d'IDEC et de secrétaires dédiées à la coordination des parcours. Le GIP-PROM signale éprouver des difficultés à s'investir en matière de coordination du fait de résistances de la part des acteurs, notamment du CHUM.

Des trajectoires de patients chaotiques, trop souvent caractérisées par une annonce de la maladie avant passage du dossier en RCP, un temps d'annonce pas toujours respecté, un début de parcours via les urgences ou la médecine conventionnelle sans compétence en oncologie sur site, ou encore une orientation vers les soins palliatifs ou de support dans l'urgence. A cela s'ajoute, une fois le patient entré dans la filière de soins, l'absence d'une planification systématique des rendez-vous, laissant, selon des propos rapportés à la mission à plusieurs reprises, tant par les associations que par les professionnels eux-mêmes, les patients « livrés à eux-mêmes ». Alors que la situation sociale d'une part importante de la population est marquée par des fragilités, la coordination des parcours et la structuration de l'accompagnement des patients sont essentiels pour limiter le renoncement au soin.

Le lien entre les services de spécialité et l'oncologie médicale au sein du CHUM semble difficile, du fait des problèmes liés à la séparation entre les sites distincts et aux difficultés récurrentes de joignabilité de l'oncologie, signalées à la mission par les différents services de spécialité.

Les conditions d'accès à une information partagée entre les sites et services du CHUM reste à installer, y compris sur le plan informatique. Les différentes entités n'utilisent en effet pas tous les mêmes logiciels. Le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) a été longtemps mis en suspens pour des raisons de sécurité, et si le déploiement du dossier médical partagé (DMP) a à présent repris à une échelle territoriale (au-delà du seul CHUM), les dossiers papiers côtoient actuellement les dossiers informatisés, selon les services. Il en résulte de réelles difficultés à avoir une vision globale et partagée du dossier patient. L'absence de coordination des parcours ne permet pas de garantir la continuité des soins.

Préconisations

53 Accélérer le déploiement du dossier patient partagé

Le déploiement du dossier patient partagé doit être une priorité pour permettre aux acteurs, à chaque étape du parcours, d'avoir accès à tous les éléments du dossier patient, a minima en intra hospitalier.

La mission préconise de prioriser dès à présent le déploiement d'une solution permettant un dossier médical global. Une solution basée sur le logiciel Hopital Manager est espérée pour la fin 2024.

54 Renforcer les fonctions de secrétariat médical

Afin d'éviter les ruptures de parcours, il est essentiel d'assurer la joignabilité des différents services. Les secrétariats médicaux doivent être renforcés pour assurer les prises de rendez-vous, sécuriser le parcours patient, assurer la diffusion des informations vers les correspondants de ville.

C'est également à cette condition que le service rendu par la « CHUM line » pour assurer le lien avec la ville et le privé pourra être amélioré (voir thématique 5).

La mission précise qu'elle n'a pas eu d'entretien avec les responsables ou équipes des secrétariats médicaux du CHUM. Cependant, les témoignages qui nous ont été rapportés font état de personnels dont les qualifications ne répondent pas aux enjeux.

55 Assurer la coordination entre les services et tout au long des parcours

Cette coordination concerne tout d'abord les parcours diagnostiques. Elle serait confiée à des personnels dédiés, formés et sanctuarisés dans leurs postes. De profils soignants ou non, ces agents devraient assurer le suivi de tous les patients

avec un examen positif, notamment de ceux qui ont des prélèvements à visée anatomopathologique afin de s'assurer des délais du parcours, de la bonne constitution du dossier RCP et de l'effectivité de la mise en traitement. Ces profils seraient en lien avec le 3C et la cellule de suivi du GIP-PROM.

La mission préconise par ailleurs de s'appuyer sur une équipe établie, composée de profils de type IDEC, ou IPA, afin d'assurer une fonction claire de coordination du parcours de soins et fluidifier le lien entre les différents services autant que de besoin. Cette équipe sanctuarisée permettrait un appui au niveau du dispositif d'annonce mais aussi et surtout une réelle articulation entre toutes les étapes du parcours. Ces personnels de coordination d'oncologie seront en interface étroite avec ceux intervenant dans le parcours diagnostique.

56 Identifier un point de contact pour chaque patient

Afin de limiter les perdus de vue, il est essentiel que chaque patient puisse avoir et identifier un point de contact, joignable tout au long de son parcours. L'appui sur les profils d'infirmière de coordination permettra d'accompagner le patient, de l'informer, l'orienter, et d'éviter les pertes de vue et le retour du patient par les urgences faute de point d'entrée identifié.

Résumé des préconisations**57 Questionner et recadrer le projet d'Institut caribéen d'imagerie nucléaire****Constats**

Grâce à d'importants fonds européens (63 millions d'euros), le CHUM a mis en service un nouveau bâtiment sur PZQ, qui accueille un cyclotron, un service de médecine nucléaire (1 TEP IRM, 2 TEP scanners dont 1 dit « grand champ ») et des locaux de radiopharmacie (gérée par un pharmacien, le Dr Padoin), qui constituent l'Institut Caribéen d'Imagerie Nucléaire (ICIN). L'ICIN conserve également l'équipement pour réaliser des scintigraphies à la recherche d'embolies pulmonaires. Le Pr Fard a la responsabilité du nouveau Pôle Médecine Nucléaire au CHUM.

Selon le Pr Fard, le cyclotron de type « industriel » permettrait la fabrication de 700 doses par jour de tous les isotopes utilisables. Le Pr Fard reconnaît que le cyclotron sera déficitaire compte tenu de sa capacité potentielle à produire 700 doses par jour, les besoins n'étant que locaux. Aucune collaboration sérieuse ne semble avoir été envisagée avec les îles ou pays voisins de la Martinique. Le Pr Fard reconnaît également qu'un seul des deux TEP scanner aurait pu satisfaire les besoins de la population.

Lors de la visite de la mission, les locaux étaient équipés mais non fonctionnels encore. L'IRM était en panne, après réalisation de cinq premiers examens réalisés sans TEP et un remplacement de carte électronique était prévu.

Le projet porté par le Pr Fard consiste à assurer toutes les imageries du cancer par TEP scanner, quel que soit le type de tumeur. A simple titre indicatif, parmi les indications qui ont été confirmées à la mission pour le TEP au FDG figurent les cancers du rein, de la vessie, du testicule, les sarcomes et le myélome. Les non-indications seraient les tumeurs « qui ne fixent pas », sans que la mission ait pu obtenir une définition de ces tumeurs. L'indication de TEP relève, toujours selon le Pr Fard, du ressort des RCP. Le Pr Fard n'est pas radiologue, même s'il affirme posséder un Diplôme d'Université de radiologie (qui à notre connaissance ne confère pas le droit d'exercice de la spécialité). Il a prévu de réaliser sur place, lui-même avec l'aide d'un radiologue à temps partiel, près de 80 % des lectures des imageries scanner et IRM - les 20 % des cas restant seront lus en téléexpertise par le Docteur Yves Roche, radiologue à la clinique Sainte Marie.

Le Pr Fard envisage une imagerie couplée en 30 minutes pour le cancer de la prostate incluant un TEP PSMA couplé à un TDM injecté et un TEP IRM. Ce projet aurait reçu l'accord des urologues du CHUM. Il invoque un protocole immuno-TEP prévoyant l'injection d'anticorps marqués au Zirconium. Ces études, de son point de vue, ne nécessitent pas un cadre d'essai thérapeutique ce qui mériterait confirmation par l'ANSM.

L'ICIN apparaît surdimensionné pour la population de l'île, tant en ce qui est des capacités de production d'isotopes radioactifs par le cyclotron, que de nombre de machines TEP installées.

Le déséquilibre est flagrant en termes d'investissement entre les différentes techniques d'imagerie, avec en parallèle un service de radiologie conventionnelle du CHUM totalement indispensable mais sous-doté en personnel.

Préconisations

57 Questionner et recadrer le projet d'Institut caribéen d'imagerie nucléaire

Contrairement aux affirmations du Pr Fard, l'imagerie par TEP scanner et TEP IRM possède des spécificités et ses indications, même si elles se recoupent souvent, ne sauraient se substituer à toutes celles du scanner et de l'IRM. Pour certaines tumeurs, le TEP scanner, même s'il peut être parfois prometteur, n'est pas en mesure de se substituer à l'imagerie par scanner ou par IRM (tumeurs testiculaires non séminomateuses, myélome, cancer du rein, sarcome, etc.). **La mission insiste donc sur l'importance de ne pas considérer le projet d'ICIN comme une solution de remplacement de l'imagerie conventionnelle.** Tous les patients ne sauraient être à terme orientés sans distinction vers l'imagerie nucléaire, il sera nécessaire de définir clairement les indications ou contre-indications.

Par ailleurs, la mission alerte sur le fait qu'une utilisation des scanners et de l'IRM pour des visées diagnostiques (sans injection de matériel radioactif mais avec injection d'iode ou de gadolinium), ne peut être envisagée sans la présence d'un médecin qualifié en radiologie. A cet égard il est nécessaire que l'ARS s'assure que le Pr Fard dispose de la qualification nécessaire – techniquement et légalement.

La mission appelle plus largement à rationaliser les décisions d'investissement sur le territoire, pour éviter les usages concurrents de ressources rares (financières, humaines, immobilières), au profit de projets qui ne répondent pas aux besoins prioritaires de la population et au détriment d'autres usages plus nécessaires.

Résumé des préconisations

58 Recentrer les missions du GIP-PROM autour de sa fonction de DSRC

59 Structurer un ou des 3C de plein exercice et intra établissement

Constats

Les structures réglementaires requises pour les autorisations de traitement des cancers ne sont pas toutes représentées en Martinique selon le schéma organisationnel habituel.

La mission fait le constat que les glissements de tâches entre acteurs sont source d'une coordination sous optimale.

Structure atypique construite sur les bases d'un réseau régional de cancérologie (RRC), le GIP-PROM cumule un certain nombre de fonctions et de missions, dont celles de dispositif spécifique régional du cancer (DSRC), de plusieurs centres de coordination en cancérologie (3C) pour le CHUM et la clinique privée, d'unité de coordination en oncogériatrie (UCOG), de centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

L'absence de 3C au CHUM et dans le secteur privé, suite au déplacement de tâches vers le GIP-PROM, a été source d'un désinvestissement des acteurs locaux de la structuration du parcours patient et du circuit de prise en charge. La prise de conscience du besoin fondamental de structure organisationnelle au sein de l'établissement a conduit la direction du CHUM à mettre en place un « comité cancer », dont le champ de compétences recoupe peu ou prou celui d'un 3C.

Préconisations

La mission préconise une réorganisation des structures existantes.

58 Recentrer les missions du GIP-PROM autour de sa fonction de DSRC

Ce point a fait l'objet d'une explication détaillée au sein de la thématique 1.

59 Structurer un ou des 3C de plein exercice et intra établissement

La mission préconise l'installation d'un centre de coordination en cancérologie (3C) de plein exercice, distinct du GIP-PROM et au sein même du CHUM, pour garantir l'implication des acteurs hospitalier dans une démarche d'amélioration de leurs organisations et fonctionnements. La structuration d'un 3C à partir du « comité cancer » au CHUM et d'un 3C dans le secteur privé est une option. La mise en place d'un 3C commun aux établissements publics et privés en est une autre.

Les 3C sont les acteurs centraux de la coordination en soins oncologiques, dédiés aux travaux d'évaluation et de suivi de la qualité. Leur implémentation au sein des établissements joue un rôle majeur pour installer une culture de qualité et d'amélioration continue au cœur des équipes soignantes. L'Institut national du cancer a souhaité faire évoluer les missions des 3C et les positionner clairement comme des « cellules qualité » dédiées à la cancérologie, chargés d'organiser des points réguliers avec les équipes de soins, les directions d'établissements, ainsi que les commissions médicales d'établissement. Ils sont chargés de diffuser les bonnes pratiques, d'animer la démarche qualité et de garantir les critères transversaux de qualité et les critères spécifiques par autorisation demandée.

Ces 3C suivront les règles organisationnelles et de fonctionnement récemment actualisées et publiées par l'Institut national du cancer. Un travail important des 3C consistera à s'assurer du bon fonctionnement des RCP, du respect des délais et de l'exhaustivité des prises en charge (accès aux examens d'imagerie, fiabilité du circuit des comptes rendus anatomopathologiques, délais d'accès au plateau chirurgical, d'oncologie médicale et d'oncologie radiothérapie, repérage des patients perdus de vue, etc.) ainsi que du recueil des données d'activité.

Résumé des préconisations

60 Mettre en conformité l'offre de transport du CHUM avec ses autorisations

Constats

Le sujet des transports est problématique en Martinique, qui souffre du manque de solutions de transports en commun et d'un engorgement de ses axes routiers. Il a été désigné comme un frein à la qualité des prises en soins et des parcours tant par les professionnels de santé libéraux et hospitaliers que par les élus et responsables politiques locaux. Les durées de trajet sont importantes pour les patients se rendant sur leur lieu de soins. Beaucoup de patients sont également isolés socialement et ne peuvent donc se déplacer facilement, notamment dans la zone nord de l'île, plus isolée encore. Par ailleurs, l'unité de pharmacotechnie du CHUM a signalé à la mission que les délais d'acheminement des préparations de traitements médicamenteux systémiques du cancer au service d'oncologie médicale est régulièrement perturbé et retardé du fait de l'insuffisance de l'offre de transport intra-CHUM.

La mission constate que l'offre de transport médicalisée disponible sur l'île est optimisable, afin de répondre au mieux à ces spécificités.

Le CHUM dispose actuellement de six autorisations de transports, et devrait ainsi être équipé de six ambulances afin d'assurer le transport des patients. Le CHUM ne dispose cependant que de trois véhicules effectivement opérationnels à date de la visite de la mission. Les transports intra-CHUM sont ainsi défaillants alors même que l'éclatement de l'établissement sur différents sites parfois éloignés impose des déplacements (de patients, de médicaments) réguliers, qui se doivent d'être aussi fluides que possible.

Préconisations

60 Mettre en conformité l'offre du CHUM avec ses autorisations de transport

La structuration du parcours de soins de qualité sur l'île ne saurait se faire sans embarquer la dimension des transports, essentielle à l'accès aux soins, pour permettre d'éviter les ruptures de parcours et le renoncement aux soins.

La mise en conformité du CHUM avec ses autorisations de transports est une solution activable immédiatement, qui implique une flotte de véhicules dont le nombre doit doubler à très court terme.

Annexe : Planning de rencontres de la mission

	Lundi 13/11	Mardi 14/11	Mercredi 15/ 11	Jeudi 16/11	Vendredi 17/11
Matinée	Rencontre : ARS Lieu : ARS	Rencontre : Direction générale / Présidence de la CME du CHUM Lieu : CHUM, site PZQ	Rencontre : Service d'urologie Lieu : CHUM, site de Mangot Vulcin	Rencontre : Grands élus + patients experts Lieu : ARS	Rencontre : ARS Lieu : ARS
		Rencontre : Service d'hématologie Lieu : CHUM, site PZQ	Rencontre : Direction générale de la clinique Saint-Paul Lieu : Clinique Saint-Paul		
	Rencontre : Séquence Cancer en présence de Mme Firmin Le Bodo Lieu : ARS	Rencontre : Service d'oncologie Lieu : CHUM, site de Clarac	Rencontre : ICIN Lieu : CHUM, site PZQ	Rencontre : Collectivité territoriale de Martinique Lieu : ARS	
		Rencontre : Service de radiothérapie Lieu : CHUM, site de Clarac	Rencontre : Clinique de la Tour Lieu : ARS		
Après-midi	Rencontre : GIP-PROM Lieu : ARS	Rencontre : Service de gynécologie Lieu : CHUM, site MFNE	Rencontre : IRESP + CD Ligue contre le cancer + GIP-PROM + CRSA + animateurs de PIC Lieu : CHUM, site PZQ	Rencontre : USP du CHUM + EMSP du CHUM + DAC Lieu : ARS	
	Rencontre : CGSS-DRSM Lieu : ARS				
	Rencontre : DRCI + EMRC Lieu : ARS	Rencontre : Service hépato-gastro-entérologie Lieu : CHUM, site PZQ	Rencontre : Radiologues libéraux + URML Lieu : ARS (visio)	Rencontre : GIP-PROM Lieu : ARS	
	Rencontre : Service d'Hématologie Biologique du CHUM + Centre de pathologie du Patio de Cluny + Laboratoire d'analyses médicales Cerballiance Lieu : ARS	Rencontre : Radiologues libéraux Lieu : ARS (visio)			

Institut national du cancer
52 avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
Fax +33 (1) 41 10 50 20