



PRÉFET DE MAYOTTE

Recueil
des Actes Administratifs
de la Préfecture de Mayotte (RAA)

ÉDITION SPÉCIALE N° 44

Mois de : **MARS 2018**

DATE DE PARUTION : 12 MARS 2018

IMPORTANT

Le contenu intégral, des textes et/ou documents et plans annexés, peut être consulté auprès du service sous le timbre duquel la publication est réalisée

Conception & Diffusion : Bureau de la Coordination Interministérielle (raa@mayotte.pref.gouv.fr)

SOMMAIRE ÉDITION SPÉCIALE DU 12 MARS 2018

SECRETARIAT GÉNÉRAL	SIGNÉ LE	NBRE DE PAGES
ARRÊTÉ N° 2018-SG-147 PORTANT MANDATEMENT D'OFFICE D'UNE DÉPENSE OBLIGATOIRE SUR LE BUDGET 2018 DU DÉPARTEMENT DE MAYOTTE	7/03/2018	2
ARRÊTÉ N° 2018-SG-148 PORTANT MANDATEMENT D'OFFICE D'UNE DÉPENSE OBLIGATOIRE SUR LE BUDGET 2018 DU DÉPARTEMENT DE MAYOTTE	7/03/2018	3
DIRECTION DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE DE MAYOTTE		
ARRÊTÉ N° 66/SG/DJSCS PORTANT NOMINATION DE MONSIEUR PATRICK BONFILS, DIRECTEUR DE LA CAISSE DE RETRAITE DES FONCTIONNAIRES DE MAYOTTE (CRFM) ET ORDONNATEUR SECONDAIRE DÉLÉGUÉ	2/02/2018	2
AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ		
DÉCISION N° 026/ARS/2018 ACCORDANT À « SAS MAYDIA » L'AUTORISATION DE DÉLOCALISATION DE L'ACTIVITÉ DE SOINS DE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE SELON LA MODALITÉ D'HÉMODIALYSE EN UNITÉ DE DIALYSE MÉDICALISÉE ET D'AUTO DIALYSE DU SITE DE MAMOUDZOU (CHM) SUR LE SITE DE KAWENI	28/02/2018	2
AVIS DE CONSULTATION PORTANT SUR LE PROJET DE SANTÉ (PRS) RÉUNION-MAYOTTE 2018-2027	8/03/2018	317



PREFET DE MAYOTTE

Secrétariat Général

**Direction des Relations
avec les Collectivités Locales**

**Bureau des finances locales et de
l'environnement**

ARRETE N° 2018 – SG-147

Portant mandatement d'office d'une dépense obligatoire
sur le budget 2018 du Département de Mayotte

**LE PREFET DE MAYOTTE
CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MERITE**

- VU le Code général des collectivités territoriales, notamment son article L.1612-16 ;
- VU la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;
- VU loi n° 2010-1487 du 7 décembre 2010 relative au département de Mayotte ;
- VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004, modifié par le décret n° 2005-1621 du 22 décembre 2005, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;
- VU le décret du 06 mai 2016 portant nomination de Monsieur Frédéric VEAU, en qualité de préfet de Mayotte ;
- VU l'arrêté interministériel du 30 décembre 1982 portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et leurs délégués ;
- VU le décret du 15 juillet 2016 portant nomination de Monsieur Eric de WISPELAERE sous – préfet hors-classe, en qualité de secrétaire général de la préfecture de Mayotte ;
- VU l'arrêté préfectoral n°988 / SG/ 2017 du 19 septembre 2017 portant délégation de signature à Monsieur Eric de WISPELAERE, secrétaire général de la préfecture de Mayotte et organisant la suppléance des membres du corps préfectoral en cas d'absence du Secrétaire général ;
- VU la demande du 28 novembre 2017 de la Trésorerie de Paris en vue d'obtenir le mandatement d'office d'une somme de 1 530 € dû au titre à l'accès à BIP pour l'année 2016 ;
- VU la mise en demeure en date du 11 janvier 2018 adressée au Président du Conseil Départemental ;

Considérant que la mise en demeure n'a pas été suivie d'effet ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture ;

ARRETE

- Article 1^{er}. - Il est mandaté sur le budget 2018 du Département de Mayotte au profit de la Trésorerie de Paris la somme de 1 530 € (mille cinq cent trente euros) relative à l'accès à BIP pour l'année 2016.
- Article 2. - La dépense correspondante sera imputée à l'article 6231 du budget primitif 2018 du Département de Mayotte.
- Article 3. - Un recours pourra être formé contre cet arrêté, dans les deux mois suivant sa notification, auprès de Monsieur le Président du Tribunal Administratif de Mayotte.
- Article 4. - Le secrétaire général, le Président du conseil départemental et Madame le Payeur départemental sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Mayotte.

Fait à Mamoudzou, le

07 MAR. 2018



Le Préfet,
Le Préfet de Mayotte
Pour le Préfet et par délégation
le Secrétaire général
Eric de WISPELAERE

Copies :

Conseil départemental	2
Paierie départementale	2
Trésorerie de Paris	2
Recueil des actes administratifs	1



PRÉFET DE MAYOTTE

Secrétariat Général

**Direction des Relations
avec les Collectivités Locales**

**Bureau des finances locales et de
l'environnement**

ARRÊTE N° 2018 - SG-148

Portant mandatement d'office d'une dépense obligatoire
sur le budget 2018 du Département de Mayotte

LE PRÉFET DE MAYOTTE

Chevalier de l'ordre national du Mérite

- VU** la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;
- VU** la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU** loi n° 2010-1487 du 7 décembre 2010 relative au département de Mayotte ;
- VU** le Code général des collectivités territoriales (CGCT), notamment son article L. 1612-16 ;
- VU** le décret du 6 mai 2016 portant nomination de Monsieur Frédéric VEAU, en qualité de préfet de Mayotte ;
- VU** le décret du 15 juillet 2016 portant nomination de Monsieur Eric de WISPELAERE, sous-préfet hors classe, en qualité de secrétaire général ;
- VU** l'arrêté préfectoral n°988/SG/2017 du 19 septembre 2017 portant délégation de signature à Monsieur Eric de WISPELAERE, secrétaire général de la préfecture de Mayotte ;
- VU** l'arrêté interministériel du 30 décembre 1982 portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et leurs délégués ;
- VU** le courrier de CAREL Mutuelle en date du 27 octobre 2017 sollicitant le règlement par le Département de Mayotte de sa participation obligatoire à la constitution d'une épargne retraite complémentaire par rente viagère au profit de Madame Armamie ABDOUL WASSION, conseillère départementale, à compter du début de son mandat ;
- VU** la mise en demeure en date du 2 janvier 2018 adressée par le préfet de Mayotte au président du Conseil départemental de Mayotte ;

CONSIDÉRANT que la mise en demeure n'a pas été suivie d'effet ;

**Mandatement d'office sur le BP 2018 du Département de Mayotte
des cotisations CAREL Mutuelle de Mme Armamie ABDOUL WASSION**

La loi 92-108 du 3 février 1992, modifiée par la loi 2012-1404 du 17 décembre 2012, permet à tous les élus locaux percevant une indemnité de fonction de constituer une épargne retraite complémentaire par rente viagère, avec **participation obligatoire** de leur collectivité locale. **Les assemblées délibérantes n'ont pas à se prononcer sur le bien-fondé ou le montant de cette dépense** qui fait partie des dépenses obligatoires des collectivités et des EPCI.

Les cotisations de l'élu sont obligatoirement doublées par la participation de sa collectivité (art. L. 2321-2 du Code général des collectivités territoriales) dans la limite de 8 % de son indemnité brute de fonction (l'élu a la possibilité de cotiser à 4 %, 6 % ou 8 % de celle-ci).

Mme ABDOUL WASSION a adhéré au contrat de retraite complémentaire CAREL Mutuelle le 16/12/2015 avec un taux de cotisation de **8 % de son indemnité de fonction** et a demandé le rachat de ses cotisations rétroactives depuis le début de son mandat, à savoir le 1^{er} avril 2015.

Le Département de Mayotte doit régler à CAREL Mutuelle les cotisations patronales sur les indemnités de fonction de Mme ABDOUL WASSION du 01/04/2015 au 31/12/2017 calculées comme suit :

	Indemnités de fonction Montant annuel brut	Cotisations CAREL 8 % de l'IFB
Année 2015	14 997,74 €	1 199,82 €
Année 2016	20 131,74 €	1 610,54 €
Année 2017	20 426,92 €	1 634,15 €
TOTAL		4 444,51 €

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture ;

ARRÊTE :

- Article 1 :** Il est mandaté sur le budget 2018 du Département de Mayotte au profit de CAREL Mutuelle la somme de **4 444,51 € (quatre mille quatre cent quarante-quatre euros et cinquante et un centimes)** au titre de sa contribution obligatoire à la constitution de la retraite complémentaire de Madame Armamie ABDOUL WASSION, conseillère départementale, pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 décembre 2017.
- Article 2 :** La dépense correspondante sera imputée au chapitre 012 du budget primitif 2018 du Département de Mayotte.
- Article 3 :** Un recours pourra être formé contre cet arrêté, dans les deux mois suivant sa notification, auprès de Monsieur le Président du Tribunal Administratif de Mayotte.
- Article 4 :** Le secrétaire général, le président du Conseil départemental de Mayotte et le payeur départemental sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Mayotte.

Fait à Mamoudzou, le **07 MAR. 2018**



Copies :

Conseil départemental	2
Paierie départementale	2
CAREL Mutuelle	2
Recueil des actes administratifs	1



PRÉFET DE MAYOTTE

Secrétariat général

ARRÊTÉ N° 66 /SG/DJSCS du 2 février 2018

portant nomination de Monsieur Patrick BONFILS directeur de la caisse de retraite des fonctionnaires de Mayotte (CRFM) et ordonnateur secondaire délégué

**LE PRÉFET DE MAYOTTE
CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MERITE**

- VU la loi n°2010-1487 du 7 décembre 2010 relative au département de Mayotte ;
- VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements ;
- VU le décret du 06 mai 2016 du Président de la République Française portant nomination de M. Frédéric VEAU, en qualité de préfet de Mayotte ;
- VU le décret du 15 juillet 2016 portant nomination de monsieur Eric de WISPELAERE, sous- préfet hors classe, en qualité de secrétaire général de la préfecture de Mayotte ;
- VU le décret du 11 janvier 2017 portant nomination de monsieur Dominique FOSSAT, sous-préfet, en qualité de chargé de mission auprès du préfet de Mayotte ;
- VU l'arrêté préfectoral n°988/SG/2017 du 19 septembre 2017 portant délégation de signature à monsieur Eric de WISPELAERE, secrétaire général de la préfecture de Mayotte ;
- VU l'arrêté du 22 septembre 2017 portant nomination de monsieur Patrick BONFILS en qualité de directeur de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Mayotte à compter du 1^{er} octobre 2017 ;

SUR proposition du secrétaire général de la préfecture de Mayotte,

ARRÊTE

Article 1^{er} : l'article 10 de l'arrêté n°50/RG susvisé est complété comme suit :

Le directeur de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Patrick BONFILS, est nommé en qualité de directeur de la caisse de retraite des fonctionnaires de Mayotte et chargé de l'engagement et de l'ordonnement des dépenses afférentes au service de liquidation et de concession des pensions.

Article 2 : Il perçoit à ce titre une indemnité de responsabilité dont le montant est fixé par le conseil d'administration de la caisse de retraite.

Article 3 : Le secrétaire général de la préfecture de Mayotte, le directeur de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et le directeur régional des finances publiques de Mayotte sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de Mayotte.

Le Préfet



Frédéric VEAU

The image shows a blue ink signature of Frédéric VEAU written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'PREFECTURE DE MAYOTTE' at the top and 'MAYOTTE 97' at the bottom, with a star symbol on the right side. The signature is written in a cursive style.

Décision n° 026/ARS/2018

Accordant à « SAS MAYDIA » l'autorisation de délocalisation de l'activité de soins de traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extrarénale selon la modalité d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée et d'auto dialyse du site de MAMOUDZOU (CHM) sur le site de KAWENI

Le Directeur Général de l'Agence de Santé Océan Indien

- VU le code de la santé publique et notamment le titre 2 du livre premier de la sixième partie ;
- VU le Décret 2002-1197 du 23/09/2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale
- VU Arrêté du 31 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité « traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale »
- VU la Loi 2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 69 ;
- VU la loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; et notamment l'article 35 (I) ;
- VU le décret du 15 juillet 2015 portant nomination de Monsieur François MAURY en qualité de Directeur Général de l'Agence de Santé Océan Indien ;
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L.6122-1 et suivants, R.6122-23 et suivants, R.6122-37 et D.6122-38 ;
- VU la décision n°59/ARH/2008 courrier en date du 19 décembre 2008, portant autorisation d'une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique, à Mayotte, par la pratique de l'épuration extrarénale à Mayotte, selon la modalité d'hémodialyse en unité d'auto dialyse assisté, à la société SAS MAYDIA, 29, rue Archambaud à 97410 Saint Pierre;
- VU l'arrêté 149/2013 en date du 03 juin 2013, accordant à la société MAYDIA, l'autorisation d'ouvrir un centre de dialyse médicalisée au centre hospitalier de Mayotte (CHM) ;
- Vu l'arrêté N°10/ARS/2018 en date du 15/01/2018 accordant à la société MAYDIA le renouvellement de l'autorisation en vue d'exercer l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, selon la modalité d'hémodialyse en unité d'auto dialyse assisté, sur le site de MAMOUDZOU ;
- VU la demande de modification des conditions d'exécution de l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, selon les modalités d'hémodialyse en unité d'auto dialyse assistée et en unité de dialyse médicalisée, au sens du II de l'article D 6122-38 du Code de la Santé Publique, relative à la délocalisation des activités d'autodialyse et de dialyse médicalisée (UAD et UDM) du site du CHM vers Kaweni à Mamoudzou (Mayotte), en date du 28 février 2017, formulée par la directrice de « SAS MAYDIA » ;
- VU le courrier de l'ARS OI, en date du 18 avril 2017, déclarant recevable la demande de modification des conditions d'exécution de l'autorisation susvisée, au sens du II de l'article D 6122-38 du Code de la Santé Publique ;

CONSIDERANT que la demande de transfert permettra de se conformer au mieux aux exigences de qualité de prise en charge des patients en dialyse, du respect des normes réglementaires et, de pouvoir identifier notamment un espace de formation dédiée pour le personnel ;

CONSIDERANT que cette délocalisation pas d'obstacle réglementaire et s'avère opportune pour offrir de meilleures conditions de prise en charge (en termes de confort et de respect des conditions techniques de fonctionnement) pour les patients ayant recours aux trois modalités de dialyse (HDC, UDM, AD) même si l'opération de délocalisation ne concerne que l'UDM et l'AD. Elle permet par ailleurs d'augmenter la capacité d'accueil en HDC qui constitue la priorité actuelle de l'hémodialyse à Mayotte ;

DECIDE

ARTICLE 1 : d'autoriser la délocalisation de l'activité de soins de traitement de l'IRC par Epuration Extrarénale selon la modalité d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée et d'auto dialyse, sollicité par «SAS MAYDIA» *FINESS Juridique* : 97 040 725 0, de MAMOUDZOU (CHM) vers le site de dialyse dédié – ZI NEL à KAWENI 97 600.

ARTICLE 2 : Une visite de conformité sera réalisée dans les six mois au plus tard suivant la mise en œuvre de la délocalisation sur Kawéni, selon les modalités prévues à l'article D.6122-38 du code de la santé publique.

ARTICLE 3 : La présente décision, peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, dans un délai de deux mois suivant sa notification ou sa publication.

Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux, qui peut être formé devant le Tribunal Administratif de MAMOUDZOU, les Hauts du Jardin du Collège 97600 Mamoudzou dans le même délai suivant sa notification ou sa publication.

ARTICLE 4 : Le Directeur de la Délégation de l'île de MAYOTTE de l'Agence de Santé Océan Indien est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de MAYOTTE.

Fait à MAMOUDZOU, le 28 février 2018

Le Directeur Général

Le Directeur Général

François MAURY

AVIS DE CONSULTATION Portant sur le Projet de Santé (PRS) Réunion-Mayotte 2018-2027

1. EMETTEUR DE L'AVIS DE CONSULTATION

L'autorité émettrice de cet avis de consultation est :

Agence de Santé Océan Indien
2 bis Avenue Georges Brassens CS61002
97743 Saint Denis cedex 9
Représentée par son directeur général, François MAURY

2. OBJET DE LA CONSULTATION

L'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) soumet à la procédure de consultation pour avis le **Projet de Santé (PRS) Réunion-Mayotte 2018-2027**.

Conformément à l'article R.1434-1 du Code de la Santé Publique, le PRS Réunion-Mayotte 2018-2027 fait l'objet, avant son adoption, d'une **publication sous forme électronique**.

3. NATURE DU DOCUMENT SOUMIS A CONSULTATION

• Composition du document publié

Le document soumis à la consultation est le Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2027 publié dans son intégralité soit **huit composantes** qui sont les suivantes :

- Cadre d'orientations stratégiques (COS) 2018-2027 ;
- Schéma de Santé (SRS) Volet 1 Principes Transversaux Structurants 2018-2023 ;
- Schéma de Santé (SRS) Volet 2 Réunion 2018-2023 ;
- Schéma de Santé (SRS) Volet 3 Mayotte 2018-2023 ;
- Schéma de Santé (SRS) Volet 4 Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) 2018-2023 ;
- Schéma de Santé (SRS) Volet 5 Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) à La Réunion 2018-2023 ;
- Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) Volet 1 Réunion 2018-2023 ;
- Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) Volet 2 Mayotte 2018-2023.

• Modalités d'accès au document

Les composantes du Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2027, ainsi que les documents préparatoires (diagnostic de la situation sanitaire, évaluation et projection de la consommation de soins, ateliers), sont consultables sur le site internet de l'Agence de Santé Océan Indien à l'adresse suivante :

<https://www.ocean-indien.ars.sante.fr>

4. INSTANCES ET AUTORITES CONSULTEES

Conformément à l'article R.1431-1 du Code de la Santé Publique, les instances et autorités consultées sont :

- les préfets de La Réunion et de Mayotte ;
- les Conférences de Santé et de l'Autonomie (CSA) de La Réunion et de Mayotte ;
- les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de La Réunion et de Mayotte ;
- les collectivités territoriales de La Réunion et de Mayotte ;
- le Conseil de surveillance de l'Agence de Santé Océan Indien.

Un avis rendu par une collectivité territoriale doit être pris sous la forme d'une délibération et non sous la forme d'un simple avis du maire ou du président de la collectivité.

5. DELAI DE CONSULTATION

A compter de la présente publication de l'avis de consultation au recueil des actes administratifs de la Préfecture de La Réunion et au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Mayotte, les instances et autorités consultées disposent de **trois mois pour transmettre leur avis** à l'Agence de Santé Océan Indien.

6. PROCEDURE DE TRANSMISSION DES AVIS

Les instances et autorités consultées de La Réunion et de Mayotte et le Conseil de surveillance de l'Agence de Santé Océan Indien transmettent leur avis (éventuellement accompagnés de toute observation, remarque ou proposition) aux adresses suivantes :

- Soit sous forme électronique à l'adresse suivante :

ars-oi-prs@ars.sante.fr

- Soit par courrier adressé à :

Pour La Réunion :
Monsieur le directeur général
Agence de Santé Océan indien
2 bis avenue Georges Brassens - CS
61002
97743 Saint Denis cedex 9

Pour Mayotte :
Monsieur le directeur général
Agence de Santé Océan indien
Rue Mariazé - BP 410
97600 Mamoudzou

Cette transmission peut se faire selon tout moyen permettant d'établir une date certaine de réception.

7. ADOPTION

Le Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2027 sera arrêté par le directeur général de l'Agence de Santé Océan Indien après l'expiration du délai de consultation et après intégration éventuelle des observations, remarques et propositions formulées dans les avis reçus avant la même échéance.

Fait à Saint-Denis, le 8 mars 2018

Le Directeur général
de l'Agence de Santé Océan Indien


François MAURY



**Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2027
CADRE D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES**

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	3
1.	Un projet de santé deuxième génération.....	4
2.	Un projet de santé pour deux territoires : La Réunion et Mayotte.....	5
3.	Un projet de santé s’inscrivant dans le cadre de la stratégie de santé pour les Outre-Mer.....	6
4.	Une politique co-construite avec les acteurs de santé de La Réunion et de Mayotte	6
II.	DIAGNOSTIC DE LA SITUATION SANITAIRE A LA REUNION ET A MAYOTTE.....	7
1.	Diagnostic de la situation sanitaire à Mayotte.....	7
2.	Diagnostic de la situation sanitaire à La Réunion.....	10
III.	LE CADRE D’ORIENTATION STRATEGIQUE : 8 ENJEUX DE SANTE.....	12
1.	L’amélioration de la santé de la femme, du couple et de l’enfant.....	13
2.	La préservation de la santé des jeunes.....	15
3.	L’amélioration de la santé nutritionnelle.....	17
4.	La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées.....	19
5.	La prévention et la prise en charge des maladies chroniques.....	21
6.	La promotion et la protection de la santé mentale.....	23
7.	L’environnement au service de la santé.....	26
8.	Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire.....	28
IV.	SIX PRINCIPES TRANSVERSAUX STRUCTURANTS.....	30
1.	Des parcours fluides et sans rupture	31
2.	Une offre de santé accessible à tous.....	31

3.	La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie.....	32
4.	La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire.....	32
5.	La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local	33
6.	Un système de santé performant, innovant, s'appuyant sur la e-santé, la formation et la recherche.....	33
V.	ANNEXE	35
	Synthèse : enjeux de santé et objectifs généraux du cadre d'orientation stratégique.....	35
VI.	LEXIQUE	36

I. Introduction

Le Projet Régional de Santé (PRS) constitue la feuille de route de la politique de santé conduite par l'agence de santé Océan Indien pour les 10 années à venir. Elaboré en cohérence avec la stratégie nationale de santé et sa déclinaison outremer, il sert de référence aux acteurs de la santé à La Réunion et à Mayotte, et a pour objectifs l'amélioration de la santé des populations sur les deux territoires et la réduction des inégalités de santé.

Il concerne l'ensemble des activités et secteurs de la santé : la promotion et la prévention en santé, les soins de ville, les soins hospitaliers et les accompagnements médico-sociaux, la veille sanitaire et les risques environnementaux.

La complémentarité des politiques publiques au service des questions de santé, le renforcement des coopérations entre les deux îles, la prise en compte des déterminants de santé, le partage des priorités avec les partenaires institutionnels et les collectivités locales, sont désormais constitutifs de la politique de santé, et renouvelle la définition de cette dernière.

Le PRS 2 est composé de trois documents :

- un Cadre d'Orientation Stratégique (COS), fixant les grands objectifs de santé à atteindre dans les 10 ans,
- un Schéma Régional de Santé (SRS), portant des objectifs opérationnels, sur 5 ans, avec des volets distincts pour La Réunion et Mayotte
- un Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), avec des volets distincts pour La Réunion et Mayotte.

Il est complété d'une documentation comprenant :

- une note méthodologique rappelant les étapes et principes de son élaboration,
- un descriptif de l'état sanitaire de La Réunion et de Mayotte, synthétisant les principales données et études disponibles,
- une évaluation externe et un bilan du PRS précédent,
- un diagnostic partagé en santé
- une étude des taux de recours et de l'activité des autorisations de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation.

Le COS constitue le pilier de la politique de santé pour les 10 années à venir. Il doit donc être perçu comme une feuille de route stratégique et répondre aux ambitions suivantes :

- Etre partagé avec les principales institutions intervenant dans le champ de la santé, ou contribuant par leurs missions à la santé de la population.
- Prendre en compte les attentes exprimées par les acteurs de santé et qui ont émergé lors des phases d'élaboration.
- Etre approprié par les usagers, associés tout au long de sa construction, et qui sont mobilisés au sein de leurs espaces de vie et de travail, et sont les acteurs de leur santé.
- Enoncer des priorités garantissant la mobilisation ciblée de l'action publique, et donc l'affirmation de choix, au service de l'efficacité en santé. Ces priorités répondent à des enjeux clairement identifiés et justifiés.

L'Agence de Santé Océan Indien a intégré ces impératifs, selon une progression logique qui a permis, à partir du diagnostic de la situation sanitaire à Mayotte et à La Réunion, de définir les enjeux de ces territoires pour les 10 prochaines années et de faire émerger en retour des orientations stratégiques. Le COS pose également les grands principes organisateurs qui guideront les choix et la mise en œuvre des objectifs opérationnels inscrits au SRS et au PRAPS.

1. Un projet de santé deuxième génération

Le premier Projet de Santé (PRS 1) a marqué les débuts de l'ARS Océan indien, et son implantation dans le paysage sanitaire et institutionnel local, ouvrant de nouvelles perspectives pour la politique de santé à Mayotte et à La Réunion, et notamment un développement conséquent de l'offre de santé. L'exhaustivité du diagnostic réalisé, la qualité du travail de co-construction engagé, la diversité des actions entreprises ont permis à l'ARS et à l'ensemble de ses partenaires de disposer d'une feuille de route ambitieuse à décliner de 2012 à 2017.

Une évaluation externe du PRS 1 a été réalisée en 2016. Portant sur l'ensemble des étapes du PRS 1, de son élaboration jusqu'à son pilotage en passant par les conditions de sa mise en œuvre, les constats évaluatifs ont conduit à retenir quatre principes dans l'élaboration et la mise en œuvre du PRS 2 :

- Participation et co-construction :

A l'instar du PRS 1, l'association des partenaires institutionnels et des acteurs locaux de santé aux travaux du nouveau Projet de Santé est indispensable, à La Réunion et à Mayotte. Toutefois, la qualité des réalisations antérieures, les habitudes de travail en commun, le renforcement des collaborations, l'existence de programmes locaux toujours d'actualité ont naturellement incité l'Agence de Santé Océan Indien à retenir une démarche d'élaboration ciblée plutôt qu'une approche visant à embrasser avec exhaustivité l'ensemble du champ de la santé et de ses problématiques. La méthode employée a permis de passer au tamis de la concertation l'ensemble des problématiques traversant les territoires et de soutenir le travail de priorisation à partir de constats et d'arbitrages partagés.

Cette dynamique de concertation et de co-construction doit être poursuivie tout au long du déploiement du PRS 2. L'horizon de 10 ans, les avancées médicales et thérapeutiques, les modifications du cadre juridique et des politiques nationales, et les évolutions des modes de vie et des attentes de la population impliquera un travail d'évaluation et de révision à un rythme régulier.

- Inter-sectorialité :

La mobilisation de l'ensemble des politiques publiques autour des enjeux de santé constitue un des principaux défis de ce nouveau PRS : la santé est au croisement de déterminants sociaux et environnementaux, de comportements individuels et collectifs, de compétences de soins, d'équipements, qui échappent en grande partie aux seuls leviers maîtrisés par le système de santé.

Des initiatives existent déjà, qui ont pu organiser les passerelles entre différents secteurs de l'intervention publique (éducation, logement, alimentation ou cohésion sociale).

La qualité de l'environnement, l'aménagement du territoire, la promotion des activités physiques et d'une alimentation mesurée, sont autant de déterminants qui doivent trouver une juste place au sein du PRS. Le COS porte ainsi une approche systémique de la santé dont la mise en œuvre nécessitera

une politique intersectorielle coordonnée par l'ARS, mobilisant l'ensemble des politiques publiques, et, concomitamment l'ensemble des partenaires qui les pilotent.

- **Parcours de santé et prévention**

Le décloisonnement de l'offre de santé constituait déjà un enjeu majeur du PRS 1 : entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social, entre les acteurs de la prévention et les professionnels du soin....

Le PRS 2 doit poursuivre cette démarche au travers de l'organisation de parcours personnalisés de santé, garantissant la continuité des soins et des accompagnements, tout en facilitant l'autonomie des patients et la prévention tout au long de la vie.

Il a paru important d'identifier un certain nombre de publics ou de pathologies cibles justifiant une organisation prioritaire en parcours, et la mise en place de coordination de ces derniers.

L'approche par parcours conduit également à repenser la place de la prévention. Celle-ci ne doit pas constituer un axe à part, isolé, mais traverser l'ensemble des champs de la santé et leurs interventions, s'ancre dans la vie quotidienne des personnes mais aussi s'exercer à l'occasion et en complémentarité des soins.

- **Pragmatisme et priorisation**

Le précédent PRS était porté par une ambition d'exhaustivité, ce qui a pu obérer la vision stratégique et le pilotage de sa mise en œuvre.

Le PRS 2 prend donc clairement le parti de prioriser les objectifs et donc d'afficher des choix d'orientations des moyens et leviers de l'action publique.

Ce cadre d'orientation stratégique est donc volontairement resserré sur des priorités et se veut être directif dans ses formulations, précisant le sens dans lequel doivent aller les résultats attendus. Il rend compte des problématiques de santé dans leurs grandes lignes à Mayotte et à La Réunion. Il énonce des enjeux de santé priorités par l'Agence de Santé Océan Indien en lien avec ses partenaires et, in fine, s'engage sur des résultats à atteindre en termes d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités de santé à Mayotte et à La Réunion.

2. Un projet de santé pour deux territoires : La Réunion et Mayotte

L'Agence de Santé Océan Indien exerce ses compétences sur deux territoires distincts : La Réunion et Mayotte.

Les spécificités démographiques, la diversité des problématiques de santé rencontrées, les évolutions socio-économiques qui traversent chacun des deux territoires, impliquent, par nécessité, de tenir compte de toutes les hétérogénéités.

Pour autant, les grandes lignes stratégiques peuvent être partagées : la place à accorder à la prévention, la logique de parcours, une exposition aux risques infectieux, une insularité, et des problématiques de santé communes.

Au-delà, la coopération entre les deux îles est prometteuse pour le développement sanitaire de chacune.

Le cadre stratégique est commun : les ambitions ont été partagées. Néanmoins, les leviers d'action et objectifs opérationnels pouvant différer, le SRS et le PRAPS comporteront des volets propres à chacune des îles.

3. Un projet de santé s'inscrivant dans le cadre de la stratégie de santé pour les Outre-Mer

La stratégie de santé pour les Outre-Mer, présentée en mai 2016, propose une déclinaison de la stratégie nationale adaptée aux contextes ultra-marins.

Elle constitue une référence pour PRS, qui en reprend les priorités, orientations, et modalités opérationnelles de mise en œuvre, garantissant la cohérence et la lisibilité de la programmation publique.

4. Une politique co-construite avec les acteurs de santé de La Réunion et de Mayotte

L'élaboration du nouveau document stratégique prend appui sur une très forte concertation des acteurs et des usagers du système de santé. Elle a permis de disposer d'un diagnostic partagé, mais aussi de recueillir largement les propositions d'objectifs opérationnels.

A Mayotte, les thématiques structurantes suivantes sont ressorties :

- **L'amélioration de certains parcours de santé**, et notamment des jeunes,
- **L'amélioration de l'offre de santé** : le renforcement de la démographie des professionnels de santé reste le défi majeur à relever pour répondre aux besoins de la population,
- **L'action sur les déterminants de santé** : la responsabilisation de la population au travers de démarche de santé communautaire¹ est une demande forte, conjuguée à une exigence d'engagement et de coordination des pouvoirs publics.

A La Réunion, les débats ont retenu plus particulièrement les sujets suivants :

- **Usagers et parcours de santé**, avec une coordination soutenue des professionnels et un décloisonnement accélérés des approches sanitaires (hospitalières et ambulatoires), médico-sociales, sociales et préventives,
- **Accès à la santé**, tenant compte des contraintes géographiques, et de l'éloignement métropolitain, et de la persistance d'inégalités de santé,
- **Cadres de vie et déterminants de santé**, identifiés comme des sujets majeurs de l'amélioration de la santé de la population,
- **La santé des plus démunis**, en privilégiant le principe d'« aller vers » les publics et de les accompagner vers les soins et la prévention.

¹ La définition retenue par l'OMS en 1978 lors de la conférence internationale d'Alma-Ata désigne « un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté »

II. Diagnostic de la situation sanitaire à La Réunion et à Mayotte

1. Diagnostic de la situation sanitaire à Mayotte

➤ Contexte sociodémographique

Mayotte se distingue par le dynamisme de sa croissance démographique avec une évolution moyenne de plus de 2,7% par an. Elle est soutenue par un fort excédent des naissances sur les décès qui fait de Mayotte le département le plus jeune de France : 6 habitants sur 10 ont moins de 25 ans et les plus de 60 ans ne représentent que 4% de la population, soit 6 fois moins qu'en France métropolitaine.

En 2012, 84 600 étrangers, majoritairement comoriens, résidaient à Mayotte qu'ils y soient nés ou non. Entre 2007 et 2012, le nombre d'étrangers a augmenté moins vite que l'ensemble de la population (+ 12% contre + 14%). Ainsi, la part des étrangers se stabilise, sur cette période, autour de 40%. Mayotte demeure le département français où la part d'étrangers dans la population est la plus importante, devant la Guyane (35,5%). Près de 4 étrangers sur 10 sont des mineurs, nés à Mayotte.

Ces données, qui peuvent paraître éloignées de la perception des acteurs locaux, devraient être actualisées par le recensement général de la population mené par l'INSEE en 2017, donnant lieu, si besoin, à une actualisation du PRS.

La population de l'île est confrontée à de nombreuses problématiques socio-économiques dont la pauvreté, puisqu'en 2011, près de 84% de la population vivait avec des ressources en deçà du seuil de bas revenu. Selon l'INSEE, si le niveau de qualification tend à augmenter, plus de 73% de la population mahoraise n'avait pas de diplôme qualifiant en 2014. De même, le chômage concerne près de 20% de la population et touche particulièrement les jeunes dont le taux de chômage atteignait 46,5% en 2014. Cette situation est nourrie par l'importance de l'illettrisme qui touche 33% de la population contre 23% à La Réunion et 7% en France métropolitaine. Les femmes sont par ailleurs confrontées à de plus grandes difficultés : 63% d'entre elles ne maîtrisent pas les bases écrites du français contre 53% des hommes, ce qui ne peut que générer des difficultés de communication, en particulier pour suivre des recommandations dans le domaine de la santé, ou pour la compréhension des prescriptions médicales.

Par ailleurs, les problématiques liées à l'eau sont prégnantes ; une part importante de la population n'a pas accès aisément à l'eau potable. L'assainissement insuffisant, les mauvaises conditions d'hygiène et le climat tropical font que les infections à transmission féco-orale ont ainsi un fort risque d'évolution épidémique. L'habitat insalubre est visible dans toutes les localités de l'île. De plus, les deux tiers des logements sont surpeuplés. Ces conditions sont propices à l'émergence de plusieurs risques sanitaires.

De nombreuses zones non aménagées au regard des règles d'urbanisme et dépourvues d'accès aux services de base (eau, assainissement, électricité, voiries...) perdurent dans toutes les communes de l'île. De nombreux logements sont surpeuplés et insalubres, notamment dans les bidonvilles où les eaux stagnantes et les déchets sont insuffisamment évacués et traités. Les règles d'hygiène de base sont ignorées ou difficiles de mise en œuvre, notamment le lavage des mains au savon.

Les problématiques liées à l'eau de consommation sont très présentes : 25% des ménages sans accès à l'eau potable à l'intérieur du logement ou dans la cour, branchement de plusieurs logements sur un même compteur, pénuries d'eau en fin de saison sèche notamment du fait de réserves insuffisantes,

recours à des eaux non potables (rivière, puits, sources, eau de pluie...) pour les usages alimentaires (eau de boisson et préparation des repas)...

Ces conditions, associées à des mouvements de population importants en provenance des îles voisines et à un climat tropical, favorisent l'apparition et le développement de foyers de maladies hydriques ou à transmission féco-orale (hépatite A, fièvre typhoïde, leptospirose...), et augmentent sensiblement le potentiel épidémique des arboviroses (dengue, Chikungunya), du paludisme ou de la leptospirose.

L'espérance de vie à la naissance, comparativement à celle de France métropolitaine en 2014, est inférieure de 5 ans pour les hommes et de 7 à 8 ans pour les femmes. L'étude des causes de décès, à partir des certificats de décès 2008-2014, montre que les pathologies cardiaques, puis les cancers, se situent aux premiers rangs des causes de décès.

En dehors des soins liés à la maternité et à la naissance, ce sont les traitements antihypertenseurs (6 800 personnes) et le suivi du diabète (4 400 personnes) qui concentrent la grande part des prises en charge médicales à Mayotte selon les bases de l'Assurance Maladies en 2015. Les taux de recours aux soins de médecine et de chirurgie, même après standardisation, sont très inférieurs à ceux observés à La Réunion et sur l'ensemble du territoire français.

L'offre de soins est principalement organisée par le Centre Hospitalier de Mayotte qui se compose d'un site principal à Mamoudzou, de 4 centres de référence et de 13 centres de consultations. Le mode d'exercice libéral reste peu développé avec 9 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 92 en France métropolitaine en 2016. Les densités des professionnels de santé quel que soit le mode d'exercice, à Mayotte sont nettement inférieures à celles de la France métropolitaine à l'exception des sages-femmes (densité double). La différence est notamment très marquée pour les médecins spécialistes (4 fois inférieure à la France métropolitaine) et les masseurs-kinésithérapeutes (3 fois inférieure à la France métropolitaine).

Toutefois, toutes les personnes résidant à Mayotte ne sont pas affiliées à la Sécurité Sociale. Le système de protection sociale ne propose pas la CMU-C, ni l'AME, ni l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), mais permet un accès aux soins gratuit pour les résidents réguliers auprès du CH de Mayotte. Les non-affiliés sociaux doivent acquitter un prix forfaitaire pour les soins délivrés par l'hôpital, exigence écartée en cas de risque vital, épidémique, ou pour la maternité et les prises en charge pédiatriques. Cette persistance d'une couverture sociale incomplète freine le recours aux professionnels de santé libéraux, et limite le développement de l'offre de soins, dans un contexte de très forte pression migratoire.

➤ Forces, faiblesses, opportunités et menaces pour la santé à Mayotte

👍 FORCES 👍	👎 FAIBLESSES 👎
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une population jeune ▪ Une culture forte, riche et mobilisable à travers les communautés et les femmes ▪ Des structures sur lesquelles s'appuyer (le CHM, les réseau associatif) ▪ Une situation et une taille propice à la proximité, la collaboration (sur l'île et avec La Réunion), l'engagement et l'innovation ▪ La modernisation en cours : développement de l'éducation, départementalisation, CHM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un climat social complexe & conflictuel : inégalités sociales, précarité immigration non maîtrisée, alphabétisation & langues... ▪ Un environnement défavorable : urbanisation anarchique, accès à l'eau, problématiques nutritionnelles ▪ Une méconnaissance des besoins en santé ▪ Des manques forts dans l'offre de soins (ressources insuffisantes en PS, saturation du CHM, offre médico-sociale embryonnaire...) ▪ La couverture sociale défailante et insuffisante et la méconnaissance des droits ▪ Un manque d'implication / coordinations des politiques publiques
🚲 OPPORTUNITÉS 🚲	⚠️ MENACES ⚠️
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formation et le développement de l'offre éducative ▪ Les filières de formation des PS ▪ Des plans et projets lancés (PRS, SNS Outre-Mer, Fonds européens, GHT...) ▪ Les nouvelles technologies (e-santé, télémédecine, moyens de communication) ▪ Les engagements vis-à-vis de la CMU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La saturation de l'offre de soins ▪ La pression démographique ▪ L'incertitude des financements ▪ L'absence de leviers pour fidéliser les PS ▪ La persistance de risques infectieux ▪ Le développement des maladies chroniques ▪ La montée des addictions ▪ La dégradation du contexte social (citée en faiblesse)

La départementalisation en 2011 contribue à conférer à Mayotte un important potentiel de développement qui s'exprime à travers la modernisation des infrastructures publiques et la démocratisation de l'accès à l'éducation actuellement en cours (¼ de la population mahoraise n'avait pas de diplôme qualifiant en 2014). Enfin, le dimensionnement de l'île – 375 km², sa relative proximité géographique avec La Réunion sont autant de facteurs à mobiliser en matière de coopération et d'expérimentation d'innovations en santé.

L'importance des inégalités sociales et la prépondérance des problématiques environnementales (urbanisation anarchique et insalubrité de l'habitat, accès inégal à l'eau, qualité de l'alimentation) entretiennent une forte précarité pour une majorité de la population.

La coordination des politiques publiques est une priorité pour fédérer l'ensemble des acteurs autour de la santé et optimiser leurs actions. L'éducation à la santé représente, au regard de la situation, un axe fort d'amélioration. De même, la connaissance des droits, dans la mesure où la couverture sociale est jugée défailante et insuffisante, est à développer.

L'enrichissement des filières de formation aux professions de santé, la mise en œuvre de projets structurants, le renforcement de la démographie et l'attractivité pour les professionnels de santé, le déploiement des nouvelles technologies (e-santé, télémédecine, moyens de communication) sont des pistes d'amélioration de la santé de la population à Mayotte.

À l'inverse, la saturation d'une offre de soins insuffisante associée à la pression démographique et migratoire et à une fidélisation limitée des professionnels de santé, la persistance des risques infectieux et la montée des addictions et des maladies chroniques, dans un contexte de ressources limitées, sont autant de menaces à considérer.

2. Diagnostic de la situation sanitaire à La Réunion

➤ Contexte sociodémographique

Avec une croissance moyenne de 0,7% par an et une population estimée à 843 500 habitants en 2015, La Réunion est le 26^{ème} département français le plus peuplé. Cette démographie est due à un solde migratoire négatif qui équilibre l'accroissement naturel porté par une natalité dynamique : plus de 14 000 naissances par an depuis les années 2000.

Si La Réunion est un département jeune – près 40% de la population avait moins de 25 ans en 2013 – elle est maintenant confrontée aux prémices d'un vieillissement accéléré à l'horizon 2030 : le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler et l'âge moyen devrait donc augmenter de plus de 7 ans pour se situer à 40 ans. De même, le vieillissement démographique est accentué par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui est de 77 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes contre respectivement 78,7 ans et 85 ans en France métropolitaine en 2013. Outre une espérance de vie plus faible, les hommes accusent une surmortalité avec un taux standardisé de mortalité prématurée deux fois supérieur à celui des femmes.

Les réunionnais vivent plus longtemps, mais ils restent confrontés à des problématiques socio-économiques majeures. En 2013, 42% des réunionnais étaient en situation de pauvreté contre 13,7% des métropolitains. Cette situation est aggravée par un chômage qui est 2 fois plus répandu qu'en France métropolitaine (22,4% de taux de chômage en 2016) et qui touche principalement les jeunes de moins de 25 ans non diplômés (44% des 15-24 ans sont au chômage). Malgré un niveau de qualification moyen à la hausse, 36 % des jeunes ayant terminé leurs études sortent du système scolaire sans qualification contre 19,4% en France métropolitaine. De plus, 22,6% des 16-65 ans ayant été scolarisés à La Réunion sont confrontés à l'illettrisme contre 7,4% en France métropolitaine en 2011.

Outre le diabète, qui représente la pathologie la plus fréquente avec un taux standardisé de 109,2‰ (contre 54,2‰ sur la France entière), La Réunion est particulièrement confrontée aux maladies cardio-neuro-vasculaires et aux pathologies respiratoires chroniques. Le recours aux soins en médecine dans les établissements sanitaires est équivalent au taux de recours métropolitain, légèrement inférieur en chirurgie mais supérieur en obstétrique.

En matière d'offre de soins, La Réunion compte 26 établissements de santé répartis en 34 structures dont 7 maternités. Depuis 2012, le département est doté d'un Centre Hospitalier Universitaire. L'offre ambulatoire mobilise 5 900 professionnels environ dans le secteur libéral, dont 2 200 professionnels médicaux et près de 3 700 professionnels paramédicaux. Globalement, les densités des professionnels de santé à La Réunion, malgré un accroissement constant, restent inférieures à celles observées en France métropolitaine sauf pour certains libéraux : médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes.

➤ Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la santé à La Réunion

 FORCES 	 FAIBLESSES 
 OPPORTUNITÉS 	 MENACES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un système de santé globalement satisfaisant : l'offre, des moyens conséquents, le CHU, l'observation en santé... ▪ La Réunion et sa population : un environnement favorable et attractif, une culture sociale solidaire (famille), une population jeune et riche en diversité ▪ Les acteurs de santé de l'île sur lesquels appuyer : proximité, dynamisme, innovation, amélioration permanente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les caractéristiques socio-économiques de l'île (précarité, illettrisme...) ▪ Les prévalences des maladies chroniques, conduites à risques & violences ▪ Des manques forts dans l'offre de soins : les PMI, le médico-social, les disparités sur le territoire... ▪ Des dispositifs complexes à lire pour les PS et les usagers ▪ Les risques sanitaires spécifiques à La Réunion (vs métropole) ▪ Un manque de mobilisation / coordination des politiques publiques ▪ La place insuffisante de la prévention ▪ Le manque de mesure des impacts (évaluations des actions menées)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Réunion, île laboratoire, laissant la place pour le numérique et l'innovation en santé ▪ Les coopérations en local (partenariats naissants) et régionales ▪ Des initiatives à concrétiser : la logique de parcours, le socle SI partagé, la recherche localisée et spécialisée à La Réunion, ▪ La mobilisation des usagers et des acteurs dans le cadre de la démocratie sanitaire ▪ Des plans et projets lancés (PRS 2, OIS, SNS Outre-Mer...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque d'anticipation des grandes tendances : vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, des risques émergents ▪ Déficit d'orientations stratégiques prospectives des politiques locales au regard de l'habitat, de l'eau,... ▪ Les changements environnementaux et les modes de vie : changement climatique, développement urbain (densité, sédentarité), développement de la décohabitation ▪ Evolution des comportements à risque, du manque d'implication des usagers dans leur santé ▪ La disponibilité des financements et la fragilisation des opérateurs ▪ L'asymétrie Réunion / Mayotte (mise en place du GHT, financement)

Au regard de son bassin géographique, le système de santé réunionnais est relativement mature et propose une offre de soins conséquente avec des filières de haute qualité dans le secteur public et le secteur privé. La qualité des infrastructures locales, la diversité des filières proposées, entretiennent l'attractivité de l'île auprès des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers.

La Réunion accuse toutefois un déficit d'équipement en structures médico-sociales, souligné par la croissance constante des besoins de prise en charge non-satisfaits.

Enfin, si l'insularité de La Réunion est source de risques environnementaux et épidémiologiques accrus, elle confère également au territoire la qualité de laboratoire propice à l'expérimentation de solutions innovantes pour affronter les futurs enjeux sociodémographiques (vieillesse de la population, sédentarité, évolution des modes de vie...).

III. Le cadre d'orientation stratégique : 8 enjeux de santé

L'examen de la situation sanitaire des deux îles, du bilan et de l'évaluation du projet régional de santé 2012-2017, ainsi que l'élaboration d'un diagnostic partagé avec les acteurs et les usagers de la santé, ont conduit à retenir huit enjeux pour les 10 prochaines années, sur lesquels des progrès sensibles sont attendus :

1. L'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant
2. La préservation de la santé des jeunes
3. L'amélioration de la santé nutritionnelle
4. La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées
5. La prévention et la prise en charge des maladies chroniques
6. La promotion et la protection de la santé mentale
7. L'environnement au service de la santé
8. Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire

1. L'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant

A Mayotte, l'offre de soins en périnatalité et en pédiatrie reste en deçà des standards nationaux, constituant une urgence du système de santé au regard de la natalité et de la précarité de la population. La forte progression, ces dernières années, du nombre de naissances est particulièrement préoccupante.

La Réunion accuse une surmortalité maternelle et infantile par rapport aux indicateurs métropolitains. De même, les naissances prématurées et les complications périnatales sont plus fréquentes.

➤ Les spécificités de Mayotte

Avec un indice conjoncturel de fécondité de 4,1 enfants par femme (2,0 en France métropolitaine en 2012), la natalité reste élevée dans le département. En 2015, 8 834 naissances ont été enregistrées par l'état civil dont 377 naissances de mères mineures, soit 4,3% des naissances. En 2016, le CH de Mayotte a pris en charge près de 9 500 accouchements.

Plusieurs enjeux sont ainsi à intégrer dans les réflexions : la consolidation des structures d'accueil, le développement des actions de dépistage et de prévention, la sécurisation de la prise en charge périnatale, le rôle et la capacité d'action de la PMI.

➤ Les spécificités de La Réunion

Avec 2,45 enfants par femme, l'indicateur conjoncturel de fécondité est stable depuis les années 1990 et reste plus élevé qu'en France métropolitaine. Les femmes à La Réunion présentent davantage de facteurs de risque pour leurs grossesses qu'en France métropolitaine.

Les grossesses des mineures sont surreprésentées : 3,3% des naissances totales contre 0,5% en France métropolitaine.

La mortalité infantile est préoccupante : sur la période 2005-2014, le taux de mortalité infantile moyen est de 7,3‰, soit le double du taux estimé en France métropolitaine à la même période (3,5‰). Les taux de mortinatalité, de mortalité périnatale et de mortalité néonatale sont également plus importants.

L'étude de la consommation de soins des femmes enceintes rend compte d'une entrée tardive dans le parcours de santé périnatale et d'un suivi insuffisant, malgré une offre de soins hospitalière et ambulatoire très développée.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La Réunion et Mayotte présentent une surmortalité maternelle et infantile. Les naissances prématurées et les complications mère-enfants sont aussi plus fréquentes sur ces deux territoires. Les facteurs de risque pesant sur les grossesses sont davantage représentés.</p> <p>Les troubles liés à l'alcoolisation fœtale semblent nettement plus fréquents à La Réunion, avec une mobilisation récente et coordonnée des pouvoirs publics.</p> <p>Le recours à l'IVG interroge également l'effectivité de l'accès et de la maîtrise de la contraception.</p> <p>Les violences intrafamiliales, surreprésentées, sont une atteinte forte et durable à la santé.</p> <p>L'ensemble de ces éléments, pour des populations jeunes, justifie d'agir fortement en faveur de la santé sexuelle et reproductive.</p> <p>Le parcours de la femme enceinte et du nouveau-né doit faire l'objet d'améliorations. Il importe notamment de mieux accompagner les grossesses à risque.</p> <p>Enfin, le parcours de l'enfant jusqu'à 6 ans doit faire l'objet d'actions spécifiques et tout particulièrement à Mayotte, notamment dans l'organisation des dépistages, la vaccination, et la prise en charge précoce des troubles nutritifs et du développement.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile 2. Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommes 3. Repérer, prévenir et prendre en charge les violences intrafamiliales 4. Dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant
Indicateurs de résultats
<p><i>Taux de mortalité infantile</i></p> <p><i>Taux de mortalité périnatale</i></p> <p><i>Taux de mortalité maternelle</i></p> <p><i>Part des femmes enceintes engageant leur suivi de grossesse au 3^{ème} trimestre</i></p> <p><i>Incidence du VIH et du VHB</i></p> <p><i>Part des grossesses chez des mineures</i></p> <p><i>Taux de recours à l'IVG</i></p> <p><i>Taux de couverture vaccinale pour les 11 vaccins obligatoires</i></p>

2. La préservation de la santé des jeunes

Les populations mahoraises et réunionnaises sont jeunes : la part des moins de 20 ans représente respectivement 54% et 37% de la population. Cette jeunesse présente un atout pour la santé future de la population, si elle est destinataire d'actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant l'adoption précoce de comportements favorables.

La précarité et les difficultés d'insertion sociale et économique se conjuguent à des comportements à risque, mettant en cause la santé des jeunes et favorisant le développement à terme de maladies chroniques.

➤ Les spécificités de Mayotte

Si les addictions à Mayotte sont encore peu documentées, les remontées des acteurs montrent que le phénomène existe : alcool, tabac, cannabis (« bangué »), drogues de synthèse.

Dans le cadre des interventions de la maison des adolescents, sur 2 087 jeunes rencontrés, 82% ont déclaré avoir été en présence d'alcool, de « bangué » ou de drogue de synthèse (« chimique »). La composition variable de cette dernière, combinant plusieurs principes psychoactifs dérivés, rend le diagnostic pour les professionnels de santé difficile au regard des symptômes développés par le consommateur.

➤ Les spécificités de La Réunion

L'alcool représente le produit psychoactif le plus consommé chez les jeunes de 17 ans, comme pour l'ensemble de la population. Les usages excessifs répétés dans l'année concernent 10% des jeunes à 17 ans lorsque l'usage régulier touche 5% des jeunes. L'alcool est de plus associé à de nombreux passages à l'acte (suicides, violences...), accidents du travail, et accidents de la route.

Les réunionnais de 15 à 30 ans sont également concernés par un tabagisme quotidien. De même, l'usage régulier de cannabis est en hausse (en 2014, 3% des 15-64 ans et 8% des jeunes de 17 ans).

Les addictions sans produits semblent également se développer. Une étude réalisée en 2010 auprès des étudiants à l'université de La Réunion estimait à 13% la part des étudiants concernés par un usage d'internet problématique ou à risque (sans différence entre les sexes).

Enfin, le passage à l'acte suicidaire représente un véritable problème de santé chez les jeunes réunionnais. En effet, sur les 750 hospitalisations annuelles pour tentative de suicide, 38% concernent les 15-24 ans.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La Réunion et Mayotte se caractérisent par la jeunesse de leur population, ce qui appelle une politique de santé innovante et en mesure de s'adresser à ce public parfois éloigné du système de santé ou de la préoccupation de sa santé. Cette situation est aggravée à Mayotte par une difficulté d'accès aux soins (insuffisance de la PMI, santé scolaire très déficitaire, offre de soins hospitalière et ambulatoire saturées, couverture sociale partielle).</p> <p>La diversité des problématiques rencontrées par la jeunesse nécessite la mobilisation de nombreux acteurs autour du parcours des jeunes, allant bien au-delà des seuls services de santé : familles et parents, éducation nationale, direction de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, collectivités locales, secteur associatif,...</p> <p>L'enjeu est éducatif et sanitaire, et constitue un investissement pour le futur de la santé et de nos sociétés.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none">1. Développer les compétences psychosociales² chez les jeunes2. Réduire les comportements à risque chez les jeunes3. Favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale
Indicateur de résultats
<p><i>Indicateur du score de bien être (ADRS)</i></p> <p><i>Part des jeunes de 16 ans avec consommation d'alcool</i></p> <p><i>Part des jeunes de 16 ans avec consommation de tabac</i></p> <p><i>Nombre d'hospitalisation pour tentatives de suicide chez les moins de 25 ans pour 1 000 habitants</i></p>

² Le développement des compétences psychosociales désigne, selon la définition de l'OMS, « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ».

3. L'amélioration de la santé nutritionnelle

Les deux îles sont confrontées à une explosion des maladies métaboliques, cardiovasculaires, et rénale fortement déterminées par les comportements nutritionnels. Ces problématiques ont également une résonance sociale, et s'inscrivent dans les mutations récentes de ces territoires.

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte connaît à la fois la sous-nutrition et la surnutrition : 7% des enfants souffrent de malnutrition aiguë et 32% des femmes présentent un indice de masse corporelle supérieur à 30, caractéristique du surpoids et de l'obésité.

Mayotte concentre donc tous les types de malnutrition (selon la définition de l'OMS).

- La situation nutritionnelle des enfants est surtout caractérisée par la persistance de formes modérées à sévères de dénutrition aiguë ou chronique :
- la malnutrition chronique concerne 6,4% des enfants < 4 ans, et 5,9% des 5-14 ans.
- la malnutrition aiguë concerne 7,5% des enfants moins de 4 ans

L'insuffisance pondérale (poids pour âge → peut refléter à la fois une malnutrition aiguë et chronique) concerne 10,6% des enfants de moins de 4 ans, et 8.6% des 5-14 ans.

Une enquête menée en 2015 chez les enfants de Grande Section de Pamandzi relève que 28. =,4 % des enfants avaient un IMC trop bas.

Les hospitalisations au Centre Hospitalier de Mayotte pour malnutrition aiguë chez les enfants restent une préoccupation constante des services de pédiatrie et de la PMI, et plusieurs épisodes de béri-béri ont été relevés ces dernières années.

Si en 2006, l'île semblait préservée de l'obésité infantile, l'accroissement des revenus des ménages et de l'accessibilité à des aliments gras et sucrés a probablement modifié les données.

En revanche, l'obésité des femmes adultes était déjà bien connue il y a 10 ans. En 2006 : 54% des femmes de 15-49 ans présentent un surpoids ou une obésité (respectivement 26,7% en surpoids et 27,3 en obésité). En 2008, l'étude Maydia met en évidence que cette prévalence augmente avec l'âge puisque on passe à environ 50% des femmes en obésité (auxquelles il faut ajouter 25% de surpoids) chez les femmes de 60-69 ans. Alors qu'à peine 8% des hommes sont touchés par l'obésité.

Concernant le diabète, on note une prévalence, chez les 30 à 69 ans de 10,5%, sans différence entre les sexes. Par ailleurs, 13,5% des plus de 30 ans étaient en stade pré-diabétique, et 1 diabétique sur 2 ignorait sa maladie au moment de l'enquête, quel que soit l'âge. Parmi les personnes diabétiques, 73% souffraient d'une hypertension artérielle.

On peut noter que le diabète gestationnel est important à Mayotte : il concernait environ 10% de la population féminine en 2016.

Les surcoûts liés à l'insularité, la persistance de la pauvreté, une offre alimentaire de qualité et de diversité insuffisantes sont des freins à l'accès à une alimentation saine. La nourriture consommée, pour une part importante de la population à Mayotte, se caractérise ainsi par un déficit en produits laitiers, calcium, fruits et légumes.

Pour résumer, on peut dire qu'à Mayotte, comme dans toutes les zones confrontées à une transition nutritionnelle, la coexistence simultanée dans la même communauté, voire dans les mêmes foyers, de

situations de dénutrition chez les enfants et d'obésité chez les mères constitue une difficulté supplémentaire.

➤ Les spécificités de La Réunion

Près de 4 réunionnais sur 10 sont en surcharge pondérale, obésité incluse. Cela touche davantage les moins de 45 ans qu'en métropole, et le surpoids concerne un quart des jeunes en classe de 6^{ème}. Autre différence notable par rapport à la France métropolitaine, les femmes sont davantage touchées par l'obésité que les hommes.

Bien que plus de 4 réunionnais sur 10 déclarent pratiquer une activité physique régulière, l'étude des habitudes alimentaires (DAAF, INSEE, 2015) mettait en évidence :

- une alimentation marquée par un excès de consommation de matières grasses, de produits et boissons sucrés ;
- une sous-consommation de fruits et légumes.

Ainsi, moins de 10% de la population réunionnaise suit les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS), à savoir 5 fruits ou légumes par jour, et 30% déclarent consommer des boissons sucrées au moins 4 fois par semaine, dont 20% tous les jours.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La nutrition est enjeu majeur de santé publique à La Réunion et à Mayotte, avec une mobilisation renouvelée des acteurs locaux autour du Programme régional Alimentation Activité Nutrition Santé (PRAANS) et de la conférence de consensus diabète 2016-2017, partageant les constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une persistance de situations de dénutrition et de retards de croissance à Mayotte, - d'une prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, - de comportements alimentaires éloignés des recommandations sanitaires - d'une offre alimentaire trop peu diversifiée à Mayotte - d'une activité physique insuffisante pour les personnes à risque nutritionnel. <p>La prévalence du diabète, de l'insuffisance rénale chronique (IRC), et des maladies cardiovasculaires (MCV) traduit cette défaillance de la nutrition dans les deux territoires, malgré une mobilisation accrue des pouvoirs publics et de la société civile.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévenir et prendre en charge les situations de dénutrition, notamment infantile 2. Ralentir la progression de l'obésité et du surpoids 3. Ralentir la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques
Indicateurs de résultats
<p><i>Taux de prévalence du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, et en classe de 6^{ème}</i></p> <p><i>Taux de patients avec diabète pharmacologiquement traité</i></p> <p><i>Nombre d'hospitalisation pour béri-béri sur 3 ans</i></p>

4. La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées

Les politiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées et promeuvent désormais l'inclusion sociale, le respect des choix de vie, le soutien à domicile ou en milieu ordinaire, et un accès à la prévention et à des soins adaptés.

En matière de prise en charge du handicap, La Réunion a vu son offre médico-sociale progresser, rattrapant partiellement le retard avec la métropole ; Mayotte est engagée dans le développement d'un secteur médico-social récent, avec encore des capacités limitées.

Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte démographique et social différents entre les deux territoires. Elles relèvent également des missions des départements, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale, mais aussi d'autres acteurs institutionnels (directions de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale ; directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Assurance Maladie).

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte a connu l'émergence nouvelle d'un secteur médico-social à destination des personnes handicapées, et dispose de six établissements ouverts aux enfants et adolescents et d'un établissement pour adultes, soit une offre de prise en charge du handicap très insuffisante, dans un contexte de pression démographique.

Le parcours des personnes en situation de handicap est à construire à Mayotte sur la base d'un diagnostic médical précoce et systématique, et par le développement des instances d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap et des prises en charge spécialisée.

La connaissance de la population en situation de handicap et de ses besoins est en cours de structuration, avec des enquêtes ponctuelles, et une observation à construire en routine à partir de l'activité de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Ce territoire doit également anticiper un vieillissement progressif de sa population, et répondre dès maintenant aux besoins de prévention, de soins et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, encore peu nombreuses.

➤ Les spécificités de La Réunion

La capacité d'accueil et d'accompagnement des enfants et des adultes en situation de handicap a fortement progressé, mais reste éloignée des taux d'équipement métropolitains, particulièrement pour les adultes.

Alors que le taux d'équipement est quasi-équivalent à celui de la métropole pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants soit 9,1 de places autorisées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 9,7 en France métropolitaine, l'écart chez les adultes reste quant à lui substantiel avec 5,9 places autorisées pour 1 000 habitants contre 10 en France métropolitaine.

La situation du secteur gérontologique diffère fortement, avec un vieillissement engagé (doublement des personnes âgées de plus de 60 ans à l'horizon 2030 avec une part de seniors dépendants estimée à environ 12%), et équipement en établissement entre 2 et 3 fois moindre qu'en France métropolitaine.

Entre 2013 et 2015, plus de 400 nouvelles admissions par an en ALD pour « maladie d'Alzheimer et autres démences » ont été enregistrées. Le nombre annuel d'admissions en ALD pour démences suit ainsi une tendance globale à la hausse en progressant de 14% entre 2013 et 2015. À l'horizon 2040, en prenant en compte les projections de l'INSEE, près de 20 000 personnes âgées pourraient être atteintes de démences sur l'île, toutes choses égales par ailleurs.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>Le vieillissement engagé de la population à La Réunion, et débutant à Mayotte, implique d'anticiper l'évolution nécessaire de l'offre sanitaire et médico-sociale pour faire face à un allongement de l'espérance de vie, des situations de dépendance lourde, un cumul de fragilités sociales et médicales, une augmentation des maladies chroniques et des troubles psychiques. Le repérage et la prévention de la perte d'autonomie sont à mobiliser fortement, pour limiter ou retarder les effets du vieillissement, et soutenir les aidants.</p> <p>Cette exigence répond à la demande sociale d'accompagnement des personnes dépendantes au plus près de leur lieu de vie, d'adaptation de leur environnement, et de conservation d'une vie sociale de qualité. La réponse institutionnelle, légitime dans certaines situations de grande dépendance et d'épuisement de l'entourage, ne pourra se développer à hauteur de ce défi démographique et économique ; une évolution de l'offre de soins et d'accompagnement est donc nécessaire.</p> <p>La mise en place de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé (2016), vise également à lutter contre les ruptures de parcours, à partir d'un changement des pratiques et des coopérations entre acteurs, autour du projet de vie de la personne en situation de handicap. Elle suppose une réorientation de la réponse médico-sociale, et un effort partagé pour rendre la société inclusive. Elle ne fait pas obstacle aux besoins de développement de l'offre médico-sociale à Mayotte, aujourd'hui marquée par son insuffisance.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévenir et retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées et les personnes handicapées 2. Soutenir l'inclusion sociale des personnes âgées et des personnes handicapées 3. Adapter les services de santé à l'évolution des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées
Indicateurs de résultats
<p><i>Nombre d'adultes maintenu en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton</i></p> <p><i>Taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissements spécialisés</i></p> <p><i>Part de l'offre de service dans les capacités médico-sociales pour enfants et adultes handicapés</i></p> <p><i>Age moyen d'entrée en GIR 1-2 et 3-4</i></p> <p><i>Part de personnes âgées porteuses d'une pathologie invalidante</i></p>

5. La prévention et la prise en charge des maladies chroniques

Si leur nature et leur ampleur sont insuffisamment documentées à Mayotte, les maladies chroniques³ à La Réunion représentent une part importante de la consommation de soins et touchent une part croissante de la population : diabète, cancers, maladies cardio-vasculaires et rénales, sans omettre les addictions.

Cette évolution épidémiologique appelle à une réorganisation du système de santé pour garantir une continuité et une adaptation des soins tout au long de la vie, renforcer la prévention de l'incidence de la maladie et de ses complications, lutter contre la désocialisation subie par les patients, et permettre à ces derniers d'être acteur de leur santé et de préserver leur autonomie.

➤ Les spécificités de Mayotte

La population de Mayotte n'est pas exempte de maladies métaboliques, cardiovasculaires et rénales. Les données relatives au surpoids et aux difficultés nutritionnelles laissent présager une explosion de ces dernières, et l'incidence des cancers se confirme.

La jeunesse de la population, et les problèmes de santé périnatale, ne doivent pas occulter cette évolution épidémiologique majeure pour laquelle les réponses de soins, de prévention, et d'accompagnement médico-social et éducatif sont encore très insuffisantes.

➤ Les spécificités de La Réunion

Au 31 décembre 2014, 134 660 réunionnais bénéficiaient de prestations au titre d'une affection de longue durée (ALD). Le diabète (45 540 personnes ; 34%), les affections cardiovasculaires (37 200 personnes ; 28%), les affections psychiatriques de longue durée (11 200 personnes ; 8%) et les tumeurs malignes (10 500 personnes ; 8%) représentent 78% des ALD.

Entre 2009 et 2014, le nombre d'admissions en ALD a augmenté de 2% en moyenne par an, soit une cinétique plus rapide que celle de l'ensemble de la population. Le nombre de bénéficiaires d'une ALD a ainsi progressé de près de 14% en 5 ans sur l'île. C'est le diabète qui contribue le plus à l'augmentation du nombre d'ALD à La Réunion (à hauteur de 50%).

La surmortalité liée à l'alcool, même si elle est en diminution, avec un profil épidémiologique contrasté de concentration de la consommation sur de gros buveurs, requiert d'accentuer, aux côtés de la prévention, les prises en charge ciblées, et l'accompagnement dans la durée de patients aux problématiques médico-sociales complexes.

³ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les maladies chroniques regroupent « *les affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, elles représentent la première cause de mortalité dans le monde.* »

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>Souvent associée au vieillissement progressif de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques appelle à une amélioration constante du dépistage et de la prise en charge précoce afin d'éviter les complications altérant la qualité de vie des personnes et consommatrices de ressources en santé.</p> <p>Ceci oblige à revoir les dispositifs de prévention, à renforcer la coordination des parcours de santé, et à encourager l'autonomie des patients.</p> <p>La réduction de l'incidence des maladies chroniques, et l'amélioration de leur prise en charge, concentrent une part importante des améliorations attendues de l'état de santé de la population, et requièrent dès lors une évolution des pratiques et des organisations, et une association plus forte de la société civile et des intervenants publics au-delà du seul champ sanitaire.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none">1. Eviter la survenue des maladies chroniques chez les personnes à risque2. Eviter ou ralentir la dégradation de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et préserver leur autonomie
Indicateurs de résultats
<p><i>Âge moyen d'entrée en dialyse</i></p> <p><i>Taux de participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, et du cancer colorectal</i></p> <p><i>Part des adultes fumeurs</i></p>

6. La promotion et la protection de la santé mentale

Les troubles psychiques concernent près d'un français sur quatre et représentent le second poste de dépenses de l'assurance maladie.

La santé mentale est retenue comme une des cinq priorités nationales dans la loi de modernisation de notre système de santé (2016), qui redéfinit le cadre de l'intervention régionale et locale en promouvant l'élaboration de diagnostics territoriaux de santé mentale (DTSM), de projets territoriaux de santé mentale, portés en pluridisciplinarité par les acteurs sanitaires et sociaux, et la création de communautés territoriales de santé mentale..

La santé mentale est aussi au rang des priorités de la déclinaison outremer de la stratégie nationale de santé.

La Réunion a engagé depuis 2016, avec l'appui de l'ANAP, un dispositif d'amélioration des parcours des adultes en santé mentale. Cette approche est en cours d'extension aux enfants et les adolescents.

Une communauté territoriale de santé mentale, la « Communauté Territoriale de Santé Mentale 974 », a été mise en place en juin 2017.

A La Réunion comme à Mayotte, les informations disponibles sur la santé mentale sont encore trop limitées. Elles concernent principalement les données de morbi-mortalité suicidaire ainsi que les taux de recours aux soins hospitaliers et ambulatoires en psychiatrie.

Les taux de recours à la psychiatrie, pour La Réunion, sont très inférieurs à la moyenne nationale. Cet écart est à mettre en parallèle avec un déficit d'équipements (lits et places par habitants), de psychiatres, et de financements (DAF par habitant à 70% de la moyenne nationale).

Aucune donnée n'existe sur les taux de recours à Mayotte, mais en fonction des équipements et de l'offre actuelle, on peut estimer le déficit de recours aux soins à plus de 80%.

Par ailleurs, la promotion de la santé mentale comme processus visant à renforcer la capacité des personnes (développement des compétences psychosociales) et des collectivités (conseils locaux de santé mentale) reste à développer pour favoriser l'environnement et le soutien des personnes présentant des troubles psychiques.

➤ Les spécificités de Mayotte

Les troubles mentaux figurent parmi les pathologies ayant eu le taux d'accroissement des soins hospitaliers parmi les plus importants entre 2011 et 2015 (16%).

Une observation continue en santé mentale, parallèlement au développement de l'offre de prévention et de soins, doit répondre à l'insuffisance des données et analyses.

Une enquête multicentrique (« santé mentale en population générale : image et réalité »), aujourd'hui engagée, est une première réponse.

Le dispositif actuel de soins est centralisé sur Mamoudzou, sur un modèle classique de secteur, avec des capacités particulièrement faibles au regard de la population à desservir.

Les capacités d'hospitalisation (10 lits) et des services sociaux et médicosociaux sont notoirement insuffisantes pour répondre aux besoins des patients atteints de pathologies psychiatriques, ou souffrants de handicap psychique. Par ailleurs, le turn-over des professionnels est important sur un fond de sous-effectif chronique.

En matière de services en santé, les enjeux portent sur l'enrichissement de l'offre (alternatives à l'hospitalisation, dispositifs innovants) et sur un renforcement des démarches de santé communautaire et de prévention.

La réponse ne pourra être uniquement quantitative, et devra satisfaire les exigences d'accessibilité et d'intégration dans la communauté, et de complémentarité des dispositifs de santé mentale.

➤ Les spécificités de La Réunion

Une analyse régionale des données de l'enquête Baromètre santé DOM 2014, a permis d'estimer la fréquence des troubles de l'humeur au sein de la population réunionnaise de 15 à 75 ans. Elle apporte des premiers éléments sur les profils ou les facteurs associés à ces troubles :

- la détresse psychologique au cours du dernier mois concernait près d'un quart des réunionnais,
- l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois touchait près de 10% des réunionnais,
- les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois concernaient 5% des réunionnais,
- 10% des réunionnais (moins de 1% au cours de l'année) ont tenté à leurs jours
- plus d'un quart des réunionnais (7% pour les 12 derniers mois) ont consommé des psychotropes au cours de leur vie.

Les travaux de l'ANAP sur le parcours de la population adulte en santé mentale ont permis d'orienter les priorités autour de 4 thématiques :

- l'évaluation des besoins d'accompagnements tout au long du parcours de santé et de vie des personnes en situation de handicap psychique,
- l'adaptation de l'offre aux besoins pour fluidifier les parcours des personnes avec des troubles psychiatriques et/ou un handicap psychique (volet sanitaire, social et médicosocial),
- les formations croisées et l'interconnaissance entre les acteurs du sanitaire, du social et du médicosocial et l'harmonisation des pratiques professionnelles,
- la coordination des acteurs.

Des actions concrètes ont été définies, voire engagées, et devront être consolidées dans le présent PRS et sa mise en œuvre.

Des travaux sur le volet enfants-adolescents sont en cours.

Des thématiques spécifiques restent à approfondir pour co-construire des réponses adaptées, alliant des compétences relevant du sanitaire, du social et du judiciaire : santé mentale des personnes âgées, prise en charge du handicap psychique, prises en charge complexes des adolescents.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
La prise en charge et l'accompagnement des troubles psychiatriques et du handicap psychique, à Mayotte et à La Réunion, se caractérisent par un sous-recours important dû à un déficit structurel de l'offre et des moyens.
Les caractéristiques démographiques, avec une population très jeune (plus de 40% de moins de 20 ans), évoluant dans un environnement social précaire, exposée aux consommations de produits psychoactifs, nécessite une réponse spécifique du PRS pour cette population à risque.

De même, le vieillissement de la population fait émerger des pathologies nouvelles pour lesquelles les réponses en géronto-psychiatrie sont insuffisamment définies et développées.

L'augmentation de la capacité des individus et des collectivités à faire face aux atteintes psychiques (compétences psychosociales, compétences parentales, bien-être à l'école ou au travail, lutte contre les stigmatisations des personnes en situation de handicap psychique,...) sont des pistes de développement pour le PRS.

Un processus positif doit être impulsé visant à renforcer la capacité des personnes à améliorer leur santé mentale, au-delà de la prise en charge nécessaire des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Parallèlement à cette démarche, l'ensemble des acteurs des territoires de La Réunion et de Mayotte s'accordent sur un objectif commun de renforcement de l'inclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques (scolarité, formation, emploi, logement, santé...)

A la Réunion, la mise en place d'une communauté territoriale de santé mentale – « Communauté Territoriale 974 » (CTSM974), et les travaux menés avec l'appui de l'ANAP depuis 2016 traduisent un dynamisme et un engagement des acteurs du sanitaire, du social et du médicosocial en faveur d'une approche pluridisciplinaire de l'accompagnement des personnes.

Le PRS oriente ses priorités dans la consolidation et le renforcement des travaux impulsés avec l'ANAP sur l'amélioration des parcours en psychiatrie et santé mentale. Il s'appuiera sur la communauté territoriale de santé mentale 974, pour établir le Diagnostic Territorial et le Projet Territorial de Santé Mentale.

Une démarche similaire doit être conduite à Mayotte, au-delà du déficit structurel appelant un effort de rattrapage en termes de moyens. Le Projet Territorial devra prendre en compte les spécificités socioculturelles de l'île et porter une approche en santé mentale communautaire.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Promouvoir le bien être mental, la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires
2. Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychique :
 - accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médicosociaux,
 - qualité de vie et inclusion sociale des personnes avec trouble psychique
3. Faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial

Indicateurs de résultats

Part de la population sus anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs

Nombre d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les + de 25 ans pour 1 000 habitants

7. L'environnement au service de la santé

Le risque environnemental est aujourd'hui considéré comme l'ensemble des facteurs pathogènes externes ayant un impact sur la santé (substances chimiques toxiques, radiations ionisantes, germes, microbes, parasites, etc...), par opposition aux facteurs internes (causes héréditaires, congénitales, fonctionnelles, lésionnelles, psychosomatiques, etc...).

La santé environnementale tend à réduire l'impact sanitaire :

- des conditions de vie personnelles ou professionnelles (expositions liées à l'habitat et/ou expositions professionnelles par exemple, nuisances tels que le bruit ou l'insalubrité),
- de la contamination biologique, chimique ou physique des milieux physiques (eau, air, sol, etc.), d'origine naturelle ou anthropique,
- des grandes variations environnementales (climat, biodiversité, etc.)

et à promouvoir un environnement favorable à la santé.

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte a connu une croissance très rapide de la construction : de 1978 à 2012, le nombre de résidences principales a été multiplié par 5,1, un rythme plus rapide que l'augmentation de la population qui, elle, a été multipliée par 5,5 pour passer de 47 200 à 256 000 habitants sur la période (INSEE, RGP 2017).

Les défrichements et occupations de terrain, sous la pression démographique et migratoire, ont raréfié et fragilisé les milieux naturels, avec une vulnérabilité des ressources en eau et des cours d'eau, une érosion accrue des sols, et une imperméabilisation croissante des surfaces générant des risques d'inondations et de glissement de terrain.

La maîtrise juridique du foncier et de la construction reste à parfaire.

L'habitat reste largement précaire, avec 37% des maisons individuelles en tôle contre 63% des constructions en dur (maisons ou immeubles collectifs), et sa qualité est significativement éloignée des standards nationaux : un tiers des habitations n'est doté des équipements de confort de base, seuls 28% des logements possèdent un point d'eau en intérieur, 59% ne disposent pas de toilettes à l'intérieur et 52% n'ont ni baignoire ni douche (INSEE, RGP 2012).

L'assainissement encore insuffisant, de mauvaises conditions d'hygiène et un climat tropical, favorise le risque d'évolution épidémique des infections à transmission féco-orale. Plusieurs foyers de fièvre typhoïde ont ainsi touché l'île au cours des dernières années.

Un programme d'installation de bornes fontaines monétiques dans les quartiers les plus précarisés a été initié au début des années 2000, permettant à la population d'avoir accès à l'eau potable, réponse minimale à des exigences sanitaires de base non satisfaites.

Des difficultés demeurent dans la collecte régulière et le traitement des déchets ménagers.

Des dépôts sauvages de débris attirent les rats et retiennent les eaux de pluie. Ils constituent ainsi les gîtes larvaires préférentiels des espèces de moustiques vecteurs d'arboviroses, et favorisent la transmission de la leptospirose.

Cette situation appelle une action résolue des aménageurs publics, et particulièrement des collectivités locales, et requiert le développement de programmes de promotion de l'hygiène auprès de la population.

➤ Les spécificités de La Réunion

La Réunion se distingue par sa géologie unique (volcan actif, intérieur de l'île escarpé...) et partage avec Mayotte une exposition aux risques climatiques qui soulèvent des enjeux forts en matière d'urbanisation raisonnée et d'aménagement du territoire.

Les politiques menées dans ces domaines induisent des impacts forts sur les déterminants de santé en influençant notamment la qualité et l'accessibilité à l'eau, les conditions de vie de la population, les niveaux de pollution.

Les communes accusent un retard significatif en infrastructures publiques d'adduction d'eau de consommation humaine ; moins de la moitié des réunionnais (48%) dispose à ce jour d'une eau de consommation traitée de façon adéquate. Pour les autres, la qualité d'eau n'est pas conforme aux exigences légales, ce qui se traduit par la présence intermittente, mais chronique, de matières en suspension particulièrement en période de sécheresse ou de fortes pluies.

L'incidence des gastro-entérites aiguës à La Réunion est ainsi deux fois supérieure à celle de France métropolitaine. Ceci est constitutif d'un risque sanitaire accru pour les personnes sensibles (immunodéprimés, personnes âgées, femmes enceintes, jeunes enfants...).

D'autres risques environnementaux sont insuffisamment maîtrisés : l'habitat, avec la persistance de logements indignes ou insalubres, l'amiante diffuse dans le bâti, l'exposition solaire, la qualité nutritionnelle de l'alimentation, la qualité de l'air intérieur et extérieur.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La prise en compte des déterminants environnementaux constitue un enjeu sanitaire majeur, certains risques de base (eaux, assainissement, logement) n'étant toujours pas sous contrôle.</p> <p>Au-delà de la limitation des impacts sanitaires de l'environnement, il s'agit également de promouvoir un urbanisme et un aménagement du territoire favorables à la santé, prenant en compte les évolutions climatiques, et une veille aux risques émergents.</p> <p>Cette priorité stratégique sera traduite dans les plans régionaux santé environnement en cours d'élaboration à Mayotte et à La Réunion, constituant une programmation de l'action publique, conduite par l'ARS et les DEAL, et devant largement mobiliser l'ensemble des institutions et des collectivités, et prendre appui sur une sensibilisation accrue de la population, notamment au travers d'approches en santé communautaire.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none">1. Assurer les conditions minimales de santé environnementale2. Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé3. Développer une culture commune en santé environnementale
Indicateurs de résultats
<p><i>Part des logements avec direct à l'eau potable (Mayotte)</i></p> <p><i>Part de la population disposant d'une eau de consommation de qualité sanitaire (Réunion)</i></p> <p><i>Concentration dans l'air des quatre principaux polluants (Réunion)</i></p>

8. Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire

La Réunion comme Mayotte sont des zones endémiques pour les maladies vectorielles transmises notamment par les moustiques.

L'augmentation des transports des biens et des personnes renforce globalement le risque d'impact et de dissémination d'agents pathogènes, comme l'illustrent les épisodes récents (dengue, chikungunya, paludisme). La veille sanitaire internationale, organisée entre les pays de la Communauté de l'Océan Indien, mérite d'être consolidée.

Une politique d'éducation aux bonnes pratiques semble indispensable pour dépasser le fatalisme et impliquer la population dans l'amélioration de son cadre environnemental.

Dans les deux îles, le risque vectoriel ne doit pas occulter d'autres incidences de pathologies infectieuses ou la menace des bactéries multi-résistantes.

La sécurité des soins, au travers des mobilisations des différentes vigilances, est aussi une attente sociale forte, qui repose sur l'ensemble des professionnels de santé.

Nos territoires ne sont pas exempts du risque « attentats », ou de catastrophes collectives, et l'offre de soins doit alors être en capacité de répondre à des situations exceptionnelles, dans un contexte d'insularité et d'éloignement du recours métropolitain.

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte est davantage exposée aux menaces sanitaires par la faiblesse de ses infrastructures de gestion et d'assainissement de l'eau et la jeunesse de sa politique environnementale. Ainsi, 14% des consultations aux urgences sont dues aux gastro-entérites et près de 100 cas de leptospirose sont diagnostiqués en moyenne chaque année.

De même, les pathologies infectieuses restent très présentes, malgré la transition épidémiologique largement engagée. Si l'incidence de la tuberculose est en baisse depuis 2000 (10,3 pour 100 000 habitants en 2010), elle reste supérieure à celle observée à La Réunion et en France métropolitaine (respectivement 5,6 cas et 8,1 cas pour 100 000 habitants en 2010). Le BCG reste recommandé à Mayotte.

Plus généralement, la couverture vaccinale est fragile, avec des périodes de carence de la PMI.

En matière de pathologie vectorielle, Mayotte a connu au cours des dernières années plusieurs épisodes de dengue. Depuis une épidémie de chikungunya en 2005 et 2006, aucune circulation active du virus n'a été identifiée depuis dans l'île.

Le paludisme n'a pas encore été éradiqué. Le virus est endémique dans l'archipel des Comores, les actions de lutte peinent à suivre l'urbanisation galopante et erratique de l'île, et une recrudescence des cas autochtones depuis 2016 est observée.

➤ Les spécificités de La Réunion

L'omniprésence du moustique *Aedes albopictus*, vecteur de nombreuses arboviroses (chikungunya, dengue, zika ...), maintient à un niveau permanent élevé le risque d'émergence d'une épidémie et

justifie les activités de lutte anti-vectorielle sur tout le territoire. La Réunion a été touchée par une épidémie massive de chikungunya en 2005-2006, qui a touché 38% de la population, puis en 2010, avec un épisode beaucoup plus modéré.

Depuis 2004 et après 27 ans sans détection, des circulations annuelles des différents sérotypes du virus de la dengue sont observées avec des épisodes épidémiques locaux modérés (2004, 2016). Cette circulation saisonnière mais régulière est révélatrice du risque épidémique lié à la dengue. Le paludisme a été éradiqué depuis près de 40 ans à La Réunion (1979) mais du fait de la présence d'un moustique compétent (*An. arabiensis*), une reprise de la transmission à partir de cas importés reste possible. Le dernier cas autochtone date de 2006. Une surveillance spécifique du paludisme est en place et mesure la diminution permanente de l'incidence du paludisme d'importation depuis 2001. Par ailleurs, le vecteur (moustique) est sous surveillance permanente afin de suivre les évolutions de sa distribution territoriale, discontinue sur le territoire.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La Réunion comme Mayotte sont des zones endémiques pour les maladies vectorielles.</p> <p>Les deux îles font face à une réalité de menaces épidémiques propres aux pays tropicaux et à des risques de catastrophes naturelles accrus pouvant déstabiliser l'offre de soins dans un contexte d'éloignement géographique. Ceci implique de conforter la capacité de gestion de crises, et de veille et sécurité sanitaire</p> <p>Les actions réalisées en matière de veille sanitaire doivent donc être poursuivies. L'expertise aujourd'hui développée par l'Agence de Santé Océan Indien et par ses partenaires peut favoriser la réalisation d'actions de coopération régionale. Enfin, la capacité de réponse du système de santé aux situations exceptionnelles doit être renforcée.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conforter la coopération régionale autour des enjeux de veille sanitaire 2. Consolider la capacité de veille et de vigilance du système de santé 3. Renforcer la capacité de réponse du système de santé à des situations exceptionnelles
Indicateurs de résultats
<p><i>Part des établissements de santé participant annuellement à des exercices AMAVI</i></p>

IV. Six principes transversaux structurants

Pour répondre aux 8 enjeux prioritaires précédemment identifiés, constitutifs d'orientations stratégiques, l'organisation du système de santé dans les 10 ans doit être guidée par six principes transversaux, mobilisés dans la déclinaison opérationnelle figurant dans les schémas et programmes :

1. Des parcours fluides et sans rupture
2. Une offre de santé accessible à tous
3. La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie
4. La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire
5. La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local
6. Un système de santé performant et innovant, s'appuyant sur la e-santé, la formation et la recherche

1. Des parcours fluides et sans rupture

La promotion des parcours de santé répond à l'exigence de coordination des intervenants selon une continuité et une complémentarité des soins et de la prévention, respectant les attentes des usagers, faisant application de référentiels de bonnes pratiques ou de qualité des prises en charge, et limitant les ruptures de soins.

Cette approche concorde avec les évolutions épidémiologiques, passant d'une prédominance des maladies infectieuses ou à cinétique courte à une forte prévalence des maladies chroniques, du handicap, et du vieillissement. Elle intègre les apports d'une prévention en santé, tout au long de la vie, et dès le premier âge.

Elle prend en compte un système de soins complexe, parfois peu lisible pour les usagers, ou les acteurs eux-mêmes, faisant appel à une multiplicité d'intervenants.

En ce sens, l'organisation de l'offre de santé autour de parcours suppose de :

- **Favoriser l'interconnaissance et renforcer la coordination opérationnelle entre les professionnels de santé** en poursuivant le déploiement d'outils de coordination numériques, notamment pour améliorer le lien ville-hôpital et renforcer la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social,
- **Renforcer les dispositifs de repérage précoce et d'orientation effective et appropriée**
- **Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux pour les parcours complexes**, au service des acteurs de santé, associant les intervenants sociaux et médico-sociaux, selon un schéma organisationnel intégré, lisible, non-redondant, maillant les territoires, allant de la coordination régionale aux coordinations de proximité, reconnaissant les spécificités de certains parcours, et favorisant la mutualisation des outils et des référentiels.

2. Une offre de santé accessible à tous

Une meilleure accessibilité aux soins repose avant tout sur la présence suffisante de ressources humaines en santé, et donc sur la formation des professionnels de santé, et l'attractivité des territoires pour ces derniers.

Le développement et l'adaptation des ressources humaines en santé devront permettre de faire face à un déficit avéré de professionnels de santé à Mayotte et à des fragilités plus concentrées sur les médecins spécialistes à La Réunion, et d'anticiper et accompagner les évolutions des métiers et des techniques thérapeutiques.

Le renforcement du maillage territorial et de la gradation des soins entre la ville et l'hôpital, et entre établissements de santé, ainsi que l'identification de filière de soins Réunion/Mayotte, participent à l'amélioration de l'accès aux soins. Il convient de privilégier le regroupement des activités à forte technicité médicale sur des aires de recrutement garantissant un volume d'activité nécessaire à la sécurité des pratiques, et de veiller à la disponibilité territoriale de l'offre de soins de proximité, limitant le recours hospitalier inadéquate et le risque de désinsertion sociale des patients.

L'encouragement à l'exercice partagé, et pluri-professionnel, doit permettre de consolider l'accès à une offre de soins de 1^{er} recours, en proximité, intégrant les enjeux de la prévention individuelle.

Enfin, l'accessibilité comprend également la réduction des inégalités sociales de santé, et ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la protection sociale, notamment à Mayotte, et sur les dispositifs d'accompagnement des personnes les plus démunies, ou vulnérables, vers les soins et la prévention.

L'accessibilité de la santé, et donc la réduction des inégalités sociales et territoriales, suppose de :

- **Soutenir le développement et l'adaptation des ressources humaines en santé**
- **Renforcer le maillage territorial de l'offre en santé, la gradation des soins,**
- **Développer et renforcer les filières de soins selon les besoins des populations, y compris entre La Réunion et Mayotte**
- **Garantir l'accès à la santé des personnes les plus démunies**

L'optimisation de l'offre de santé existante, et la promotion de l'accompagnement vers les dispositifs de droit commun, devront guider les choix locaux.

3. La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie

La prévention doit être fortement réinvestie dans tous les domaines de la santé : santé sexuelle, nutrition, maladies chroniques, autonomie et handicap, environnement, santé mentale, addictions...

Une culture commune de la prévention en santé doit être promue et irriguer l'ensemble des politiques de santé, en association avec les autres politiques publiques.

La prévention doit porter sur les conditions de vie et d'éducation, et s'intégrer aux soins tout au long des parcours de santé, particulièrement dans un contexte de prévalence accrue des maladies chroniques et de vieillissement de la population.

Elle doit faire appel :

- **au développement des compétences psychosociales**, en particulier chez les jeunes et dans le domaine de la parentalité,
- **à l'action à l'échelle locale**, selon des modalités garantissant la prise en compte de l'ensemble des déterminants, et la coordination des acteurs et institutions, au travers notamment de projets locaux en santé, d'ateliers santé-ville, de contrats locaux de santé, ou de contrats de ville,
- **à la mobilisation des réseaux sociaux et de la communication numérique,**
- **à la mobilisation des professionnels de santé.**

4. La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire

La santé communautaire constitue un des ressorts de mobilisation de la population, pour la rendre actrice de sa santé, et rendre effective les démarches de prévention.

Elle doit être réinvestie, tant à La Réunion qu'à Mayotte, comme levier de la politique de santé, et de réponse à l'attente de démocratie sanitaire.

Plus généralement, les droits des usagers, au niveau individuel et collectif, promus régulièrement par la législation en santé, doivent pouvoir s'exprimer pleinement au niveau régional et local, dans les instances de gouvernance, et lors de l'élaboration, de la mise en œuvre, et de l'évaluation de la politique de santé.

Pour répondre à ces exigences de démocratie sanitaire, il est retenu :

- **de systématiser l'association des usagers à tout projet de santé, depuis sa conception jusqu'à sa mise en œuvre,**
- **de soutenir l'expression des droits des usagers, et l'association de ces derniers aux démarches de qualité et de sécurité des soins,**
- **de mobiliser des programmes de santé communautaire au plus près des territoires,**
- **de renforcer la formation aux droits des usagers et à l'action communautaire en direction de l'ensemble des institutions et acteurs de santé.**

5. La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local

La résolution des problématiques de santé publique relève pour partie de la mobilisation de l'offre de soins, mais plus globalement de l'action sur l'ensemble des déterminants de santé et de l'association de la population à la définition et la mise en œuvre des solutions.

Les orientations stratégiques retenues illustrent cette nécessité d'une mobilisation de l'ensemble des leviers de l'action publique, au-delà du strict champ sanitaire.

Le morcellement des interventions, l'absence d'engagement dans la durée, la défaillance des partenariats et du pilotage, participent de l'inefficacité des actions en santé, et d'une désillusion de la population et des intervenants.

Une des conditions de l'efficacité de la politique de santé réside donc dans une meilleure coordination des politiques publiques et des acteurs publics, tant au niveau départemental avec la mise en cohérence des programmations et des priorités, qu'au niveau local avec la complémentarité des actions au plus près de la population.

Les services de l'Etat, les collectivités locales, les organismes de protection sociale doivent ainsi pouvoir s'engager aux côtés de l'Agence de Santé Océan Indien au travers :

- **d'instances renouvelées de coordination de l'action publique en faveur de la santé, au niveau régional/départemental et local**
- **d'outils de contractualisation, portant les engagements réciproques, construits autour de thématiques circonscrites et priorisées**
- **d'expérimentation de modalités d'intervention commune**
- **de rapprochement de leurs moyens sur des territoires ciblés de déploiement de programmes de santé, notamment communautaire.**

6. Un système de santé performant, innovant, s'appuyant sur la e-santé, la formation et la recherche

La performance du système de santé, liant les notions de qualité, de pertinence, et d'efficacité, est une exigence au regard des attentes de la population, des ambitions d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités en santé, et d'un financement reposant principalement sur des ressources budgétaires collectives.

Elle résulte également de la capacité à tester et déployer des innovations organisationnelles, ou thérapeutiques, et notamment à investir la e-santé.

Elle est dépendante de la qualité de la formation des professionnels de santé, et d'une recherche répondant aux enjeux épidémiologiques locaux.

Elle doit se fonder sur une observation en santé régulièrement mise à jour, et sur la diffusion de l'évaluation des politiques et programmes.

L'évolution du système de santé réunionnais et mahorais devra ainsi prendre appui sur :

- **une observation en santé poursuivie, et renforcée à Mayotte, et aux résultats partagés**
- **un soutien à l'innovation, et notamment en télémédecine et en e-santé, et le recours à l'expérimentation**
- **un développement de l'évaluation en santé,**
- **une recherche de pertinence des actes, des prises en charge, des accompagnements, et des parcours**
- **un adossement des choix publics aux données de la science et de la recherche, et un encouragement de cette dernière à s'investir sur les priorités locales de santé et à s'ouvrir à l'ensemble des acteurs de santé**
- **une formation initiale et continue des professionnels de santé.**

V. Annexe

Synthèse : enjeux de santé et objectifs généraux du cadre d'orientation stratégique

L'amélioration de la santé des femmes, des couples et des enfants	<ol style="list-style-type: none">1. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile2. Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommes3. Repérer, prévenir et prendre en charge des violences intrafamiliales4. Dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant
La préservation de la santé des jeunes	<ol style="list-style-type: none">5. Développer les compétences psychosociales chez les jeunes6. Réduire les comportements à risque chez les jeunes7. Favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale
La protection de la santé par l'amélioration de la nutrition	<ol style="list-style-type: none">8. Prévenir et prendre en charge les situations de dénutrition, notamment infantile9. Ralentir la progression de l'obésité et du surpoids10. Réduire la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques
La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées	<ol style="list-style-type: none">11. Prévenir et retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées et les personnes handicapées12. Soutenir l'inclusion sociale des personnes âgées et des personnes handicapées13. Adapter les services de santé à l'évolution des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées
La prévention et de la prise en charge des maladies chroniques	<ol style="list-style-type: none">14. Eviter la survenue des maladies chroniques chez les personnes à risque15. Eviter ou ralentir la dégradation de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et préserver leur autonomie
La promotion et la protection de la santé mentale	<ol style="list-style-type: none">16. Promouvoir le bien être mental et la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires17. Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychiques18. Faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial.
L'environnement au service de la santé	<ol style="list-style-type: none">19. Assurer les conditions minimales de santé environnementale20. Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé21. Développer une culture commune de la santé environnementale
Le renforcement de la veille sanitaire et de la capacité de réponse aux situations exceptionnelles en territoires insulaires	<ol style="list-style-type: none">22. Conforter la coopération régionale autour des enjeux de veille sanitaire23. Consolider la capacité de veille et de vigilance du système de santé24. Renforcer la capacité de réponse du système de santé à des situations exceptionnelles

VI. LEXIQUE

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé

ADRS : Adolescent Depression Rate Scale.

ALD : Affection Longue Durée

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

AMAVI :Afflux massif de victimes

AME : Aide médicale état

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COS : Cadre d'Orientations Stratégiques

CTSM : Communauté territoriale de santé mentale

DAF : Dotation annuelle de financement

DAAF : Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DEAL : Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DJSCS : Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

ESMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRC : Insuffisance rénale chronique

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MDPH :Maison départementale des personnes handicapées

OIIS : Océan indien Innovation santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de plus démunis

PRS : Projet Régional de Santé

PS : Professionnel de Santé

RGP : Recensement général de la population

SRS : Schéma Régional de Santé

SNS : Stratégie Nationale de Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PRAANS : Programme Régional Alimentation Activités Nutrition Santé

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



Schéma de Santé (SRS) 2018-2023
VOLET 1 - Principes transversaux structurants
Réunion - Mayotte

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

1. DES PARCOURS FLUIDES ET SANS RUPTURE.....	4
La notion de parcours de santé.....	5
Cadre juridique et politique de la coordination des parcours :.....	6
Schéma cible de la coordination des parcours à La Réunion et à Mayotte :.....	8
Précisions sur le schéma cible de la coordination graduée des parcours pour Mayotte :.....	10
2. UNE OFFRE DE SANTE ACCESSIBLE A TOUS	11
Renforcer l'accessibilité au 1er recours dans les écarts (La Réunion)	12
Soutenir l'accès au 2ème recours ambulatoire (La Réunion)	13
Garantir un maillage territorial et une accessibilité aux soins de 1er recours et au 2ème recours ambulatoire (Mayotte).....	14
Poursuivre le renforcement de l'attractivité pour les professionnels de santé et l'accès aux formations en santé (Mayotte).....	16
3. LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE	18
Renforcer les capacités d'action en prévention primaire	19
Coordonner l'action publique locale en matière de prévention.....	20
Intégrer la prévention dans les parcours de soins.....	22
4. LA MOBILISATION DES USAGERS ET LA PLACE DONNEE A LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	24
Soutenir les usagers du système de santé dans l'exercice de leurs droits.....	25
Associer les usagers à la gouvernance du système de santé.....	26
Développer les démarches en santé communautaire à Mayotte.....	27
5. LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES, ET DES ACTEURS PUBLICS, AU NIVEAU REGIONAL/DEPARTEMENTAL ET LOCAL.....	28
6. UN SYSTEME DE SANTE PERFORMANT ET INNOVANT, FAVORISANT LA E-SANTE, LA FORMATION ET LA RECHERCHE	29
Développer la recherche régionale en santé.....	30
Investir dans les systèmes d'information de santé et accompagner le développement de la filière e-santé et des technologies digitales.....	31
Adapter les Ressources Humaines aux besoins des activités sanitaires et médico-sociales.....	34
REPertoire DES SIGLES.....	36

Ce volet du SRS précise, sur un mode opérationnel, les principes transversaux retenus dans le Cadre d'Orientations Stratégiques pour l'évolution du système de santé à La Réunion et à Mayotte.

Sauf précision d'application différenciée à La Réunion ou à Mayotte, il vaut pour les deux territoires.

Pour répondre aux enjeux prioritaires identifiés dans le cadre d'orientations stratégiques, six principes transversaux structurants guideront l'évolution du système de santé à La Réunion et à Mayotte, et la mise en œuvre des objectifs opérationnels du schéma de santé et de ses programmes, pour la période 2018-2023 :

1. Des parcours fluides et sans rupture
2. Une offre de santé accessible à tous
3. La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie
4. La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire
5. La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local
6. Un système de santé performant et innovant, favorisant la e-santé, la formation et la recherche

1. Des parcours fluides et sans rupture

La promotion des parcours de santé recouvre l'exigence de coordination des intervenants selon une continuité et une complémentarité des soins et de la prévention, respectant les attentes des usagers, faisant application de référentiels de bonnes pratiques ou de qualité des prises en charge, et limitant les ruptures de soins.

Cette approche répond aux évolutions épidémiologiques, d'une prédominance des maladies infectieuses ou à cinétique courte à une forte prévalence des maladies chroniques, du handicap, et du vieillissement. Elle intègre les apports d'une prévention en santé, tout au long de la vie, et dès les premiers âges.

Elle s'inscrit dans un système de soins, parfois peu lisible pour les usagers, ou les acteurs eux-mêmes, faisant appel à une multiplicité d'intervenants.

En ce sens, le système de santé doit :

- **Favoriser l'interconnaissance et renforcer la coordination opérationnelle entre les professionnels de santé** en poursuivant le déploiement d'outils de coordination numériques, notamment pour améliorer le lien ville-hôpital et renforcer la coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux,
- **Renforcer les dispositifs de repérage précoce et d'orientation effective et appropriée,**
- **Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux pour les parcours complexes,** au service des acteurs de santé, associant les intervenants sociaux et médico-sociaux, selon un schéma organisationnel intégré, lisible, non-redondant, maillant les territoires, allant de la coordination régionale aux coordinations de proximité, reconnaissant les spécificités de certains parcours, et favorisant la mutualisation des outils et référentiels.

La notion de parcours de santé

L'organisation de parcours de santé doit permettre d'assurer la continuité des prises en charge et accompagnements, l'accès à une prévention individuelle adaptée, évitant ainsi les ruptures de prise en charge, limitant les pertes de chance, retardant les complications, et favorisant l'autonomie et l'insertion sociale notamment dans le cas de maladies chroniques, de handicap ou de vieillissement avec dépendance.

Selon la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier de 2016, « les parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ».

Les étapes clés du parcours sont les suivantes :



Les premières étapes de prévention, repérage et dépistage du parcours requièrent :

- une connaissance fine des facteurs de risque par les professionnels de santé
- l'appropriation des outils de prévention par les professionnels et les usagers
- une adaptation éventuelle des critères de repérage au regard de l'épidémiologie locale
- des stratégies de communication permettant de rendre les individus acteurs de leur santé.

Aux étapes de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement, l'anticipation de certaines difficultés peut éviter des ruptures de parcours :

- retards au diagnostic, délais d'accès à une expertise spécialisée
- diagnostics et/ou orientations inappropriés
- insuffisances de l'articulation du 1^{er} recours avec les établissements de santé
- défaut de coopération entre professionnels de santé
- difficultés médico-sociales ou sociales du patient.

La continuité du parcours dans la durée doit être facilitée par :

- une éducation thérapeutique aux étapes de l'évolution de la maladie
- une coordination identifiée et disposant d'outils adaptés et partagés
- un appui à la prise en charge des situations complexes.

Les parcours de santé reposent sur des référentiels produits par l'HAS et les sociétés savantes ; ils s'attachent à assurer les bons soins et les bons accompagnements, par les bons professionnels, établissements ou services, selon un principe de pertinence des soins.

Ils requièrent l'information et le consentement des patients, et doivent être adaptés aux souhaits et à la capacité d'autonomie de ces derniers.

Ils sont personnalisés, co-construits entre les professionnels de santé, et entre ces derniers et les patients, pluridisciplinaires, assurant une gradation du recours aux soins, et privilégiant la proximité.

Leurs mises en œuvre font l'objet d'évaluations locales, partagées avec les professionnels de santé, utilisant des études, des extractions du système national des données de santé (SNDS), ou l'identification de patients traceurs.

Cadre juridique et politique de la coordination des parcours :

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la compétence du médecin traitant, la plupart du temps généraliste de ville, pour coordonner les soins, hors épisode d'hospitalisation.

L'organisation des parcours de santé participe de la politique de santé menée en région, sous l'autorité de l'ARS.

Reconnaissant que des parcours de soins peuvent présenter des complexités, dès lors qu'ils font appel à l'intervention concertée de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, elle promeut la mise à disposition de fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes, organisées par les ARS à partir des initiatives des acteurs de santé.

Le recours à ces fonctions est initié par le médecin traitant, ou un autre médecin en lien avec lui.

Le décret 2016-919 du 4 juillet 2016 définit trois groupes de fonctions d'appui à la coordination :

- 1) l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire, via un guichet intégré
- 2) l'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient :
 - évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations;
 - appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle;
 - planification de la prise en charge, suivi et programmation des interventions auprès du patient, dont organisation des admissions et sorties des établissements,
 - appui à la coordination des interventions autour du patient
- 3) le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, et notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels.

L'organisation de ces fonctions peut se faire au travers d'une « plate-forme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes » (PTA). Cette dernière doit alors proposer à terme l'ensemble des fonctions, indépendamment de l'âge, de la pathologie ou du handicap du patient, soit en propre, soit par délégation à des composantes.

La PTA dispose d'un système d'information unique, accessible aux professionnels.

Son projet est validé par l'ARS, sous la forme d'une convention, outil de régulation de la PTA par l'autorité sanitaire.

Cette organisation des fonctions d'appui en PTA ne met pas fin aux autres formes de coordination précédemment promues (réseaux de santé, MAIA, PAERPA, maisons de santé pluriprofessionnelles...) ; ces dernières doivent s'intégrer comme composante de la PTA, ou être elles-mêmes porteuses d'une PTA, reconnue par l'ARS, et assurant alors, au-delà de leur orientation initiale, l'ensemble des fonctions pour tous les patients d'un territoire.

Parallèlement la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a reconnu le caractère collectif, pluri professionnel, de la prise en charge des patients assurée par une équipe de soins (« un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou

de prévention de la perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes »), associant des professionnels du champ social et médico-social qui partagent les informations nécessaires à la continuité des soins et à la coordination de la prise en charge.

Une gradation des équipes de soins du 1^{er} recours, selon le degré de formalisation de leur organisation, est posée :

- l'équipe de soins, constituée des professionnels intervenant sur prescription du médecin traitant ; il n'y a pas de formalisation particulière, l'équipe est constituée de fait autour de chaque patient à partir des soins prescrits par le médecin traitant ;
- l'équipe de soins primaires (ESP), constituée par plusieurs professionnels de santé assurant des soins du 1^{er} recours, dont au moins un médecin généraliste, et souhaitant améliorer le parcours de leurs patients ; le territoire d'action est celui de la patientèle partagée ; un projet décrivant l'organisation et les thématiques privilégiées peut donner lieu à contractualisation avec l'ARS ; la formalisation de l'ESP peut se faire notamment par la constitution d'une maison de santé pluri-professionnelle ou d'un centre de santé ;
- la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) regroupant des professionnels de santé, sociaux, et médico-sociaux, y compris MSP, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, et professionnels du 2nd recours, autour d'une approche populationnelle visant à organiser la réponse aux besoins de santé d'un territoire selon un principe de coresponsabilité territoriale et populationnelle ; un projet de santé soutient la contractualisation avec l'ARS (contrat territorial de santé), ouvrant des financements complémentaires ; la forme juridique de la CPTS est à l'appréciation de ses membres.

Schéma cible de la coordination des parcours à La Réunion et à Mayotte :

Il est retenu le principe que La Réunion et Mayotte disposent, chacun, d'une PTA unique, couvrant la totalité de leur territoire, apte à répondre progressivement à l'ensemble des demandes d'appui pour toutes les pathologies, âges et handicaps, disposant chacune d'un système d'information unique, et animatrice chacune d'un guichet intégré qui facilite la saisine par les professionnels de santé.

Ces deux PTA seront constituées par les professionnels et opérateurs de santé, et associeront à leur construction et gouvernance à minima les réseaux de santé et les MAIA.

La répartition des missions au sein de la PTA, et entre ses composantes, doit permettre de répondre à :

- des impératifs de proximité géographique : sollicitation et soutien aux équipes de soins primaires, communautés professionnelles de territoire, maison de santé, pôle de santé, équipes médico-sociales diverses, lorsque que ces organisations de coordination de parcours existent ;
- des impératifs de spécialité dans l'évaluation, la concertation pluridisciplinaire, la planification et le suivi des interventions, et la coordination d'appui ou gestion de cas : si la pathologie ou l'état de santé requiert une technicité particulière ou relève d'un champ identifié et circonscrit de référence (cancérologie), et/ou des compétences spécifiques d'accompagnement dans la coordination (handicap, vieillissement avec perte d'autonomie...).

Ce principe de subsidiarité ne doit pas faire obstacle à la production et à l'utilisation d'outils génériques d'appui à la coordination, maîtrisés par la PTA (ROR, dossier de RCP, dossier de coordination, vue 360°), et portés par un système d'information unique, et utilisés à tous les niveaux territoriaux et thématiques de coordination, y compris en dehors du champ de la PTA.

Le schéma cible est donc le suivant :

- une PTA régionale (Réunion) ou départementale (Mayotte), généraliste, accessible à l'ensemble des professionnels de santé, constituant un guichet intégré, déployant des outils régionaux communs de coordination, et offrant une coordination des parcours complexes
- un recours à des coordinations spécialisées, en subsidiarité de l'équipe de coordination propre de la PTA, reposant sur les réseaux de santé et les MAIA, associés sous forme de composantes à la PTA, et utilisant les outils régionaux communs
- une coordination locale des parcours, autour des professionnels de santé de 1^{er} recours, à partir des organisations d'exercice coordonné (Maisons de santé, Equipe de Soins Primaires, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), en veillant à l'utilisation des outils partagés régionaux.

Les réseaux de santé, composantes de la PTA, devront plus particulièrement investir le troisième groupe de fonctions prévu au décret 2016-919 du 4 juillet 2016 afin de soutenir les bonnes pratiques de soins, et le partage des référentiels entre les professionnels de santé.

Les équipes de soins primaires (ESP) sont librement constituées par les professionnels de santé du 1^{er} recours, partageant la préoccupation de la coordination de leurs interventions auprès d'une patientèle commune, de préférence sur des territoires de grande proximité (quartier). Le critère territorial est recommandé, plutôt que celui de la thématique de santé, afin d'éviter à un professionnel de devoir participer à plusieurs EPS, complexifiant d'autant son exercice.

Elles pourront bénéficier de financement de l'ARS, dans le cadre d'une contractualisation portant sur leur participation à la mise en œuvre de certaines priorités régionales de santé, comme par exemple le dépistage des maladies métaboliques, la participation à des projets de prévention individualisés, la mise

en œuvre d'un programme régional d'éducation thérapeutique du patient, ou l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et l'organisation en conséquence des soins de 1^{er} recours

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), répondant à une mission populationnelle, doivent s'organiser sur une assise géographique plus large, infrarégionale ou infradépartementale.

L'ARS conditionne la contractualisation avec les CPTS aux critères suivants :

- la desserte d'un territoire de projet cohérent en termes de bassin de vie et de disponibilité minimale de ressources diversifiées de santé
- l'absence de chevauchement des territoires des CPTS
- l'intégration des EPS et ESMS dans le fonctionnement et la gouvernance des CPTS
- l'association au sein de la CPTS d'acteurs du 2nd recours
- la prise en charge a minima de certaines thématiques d'intérêt régional dans une liste à définir ; pourraient notamment y figurer les parcours de santé prioritaires, dont la périnatalité, l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, la santé mentale...
- l'inscription des activités des CPTS dans les travaux régionaux des réseaux de santé, et dans la coordination des parcours structurée par la PTA, et l'adoption des outils de cette dernière.

Précisions sur le schéma cible de la coordination graduée des parcours pour Mayotte :

Le schéma général retenu doit être adapté à la situation de Mayotte, où le Centre Hospitalier délivre l'essentiel des soins de 1^{er} recours, même si une offre de soins libérale tend à se développer, et que les infirmiers libéraux sont des acteurs de première ligne engagés dans la continuité des soins et des accompagnements au domicile des patients.

Une gradation territoriale de l'organisation de la coordination des parcours et des soins est retenue :

- En proximité (niveau 1), des équipes de soins primaires (ESP) autour d'une patientèle partagée, sur un bassin de vie et de desserte cohérent, garantissant un maillage du territoire sans chevauchement (libéraux regroupés en MSP, structures d'exercice coordonné, centres de consultation), pouvant associer les centres de consultations et centres de PMI ; le projet de santé devra organiser la complémentarité des interventions et le partage des données de santé nécessaires à des parcours de soins continus et coordonnés ;
- Les Communautés professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (niveau 2) autour de projets de santé intégrant les dimensions de prévention et promotion de la santé, et portant l'orientation des patients, des modalités de coordination des parcours et de la permanence des soins, dans une approche populationnelle d'organisation territoriale de la réponse aux besoins de santé.

Les CPTS devront intégrer a minima les équipes de soins primaires (ESP), les centres de consultations ou de référence, les centres de PMI, et associer les réseaux de santé ; la participation d'acteurs du 2nd recours est souhaitable.

Les CPTS seront portées selon une organisation à définir localement, en fonction des initiatives des libéraux et autres opérateurs de santé, en veillant à une couverture à terme de l'ensemble du territoire, et en intégrant la dynamique de santé communautaire.

- La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) à la coordination des parcours complexes (niveau 3), compétente pour tout Mayotte, sur un échelon départemental, permettant :
 - o de produire des référentiels de coordination et répertoires opérationnels de ressources, actualisés et accessibles à l'ensemble des professionnels de santé
 - o d'outiller et soutenir le lien ville/hôpital notamment pour les dossiers de sorties des patients,
 - o d'harmoniser les protocoles de santé,
 - o de produire et mettre à disposition les outils de coordination,
 - o d'assurer l'articulation des réseaux / professionnels de santé libéraux / centres de consultations et de références / PMI / structures médico-sociales / éducation nationale dans la prise en charge de la coordination des parcours,
 - o d'organiser le retour / partage d'expériences sur la coordination des cas complexes.

Cette PTA devra garantir, par sa gouvernance, l'association de l'ensemble des opérateurs locaux de santé.

En complémentarité, l'accent devra être mis sur l'association de l'offre ambulatoire aux projets portés par les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.

2. Une offre de santé accessible à tous

Une meilleure accessibilité aux soins repose en premier lieu sur la présence suffisante de ressources humaines en santé, et donc sur la formation des professionnels de santé, et l'attractivité des territoires pour ces derniers.

Le développement et l'adaptation des ressources humaines en santé devront permettre de faire face à un déficit avéré de professionnels de santé à Mayotte, et à des fragilités plus concentrées pour les médecins spécialistes à La Réunion.

Ils doivent également anticiper et accompagner les évolutions des métiers et des techniques thérapeutiques.

Le renforcement du maillage territorial et de la gradation des soins entre la ville et l'hôpital, et entre établissements de santé, ainsi que l'identification de filières de soins Réunion/Mayotte, participent également de l'accès aux soins. Il convient donc de privilégier le regroupement des activités à forte technicité médicale sur des aires de recrutement garantissant un volume d'activité nécessaire à la sécurité des pratiques, et de veiller à la disponibilité territoriale de l'offre de soins de proximité, limitant le recours hospitalier inadéquate et le risque de désinsertion sociale des patients, notamment pour ceux souffrant de maladies chroniques, en situation de handicap, ou de la dépendance liée à l'âge.

L'encouragement à l'exercice partagé, et pluri-professionnel, doit permettre de consolider l'accès à une offre de soins courant, en proximité.

L'accessibilité concerne également la réduction des obstacles sociaux à la santé, en considération des inégalités sociales de santé et de populations confrontées à la précarité, et ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la protection sociale, notamment à Mayotte, et sur les dispositifs d'accompagnement vers les soins et la prévention des personnes les plus démunies.

Le système de santé doit veiller :

- **au développement et à l'adaptation des ressources humaines en santé**
- **au maillage territorial de l'offre en santé, à la gradation des soins**
- **à l'identification de filières de soins selon les besoins des populations, y compris entre La Réunion et Mayotte**
- **à l'accès à la santé des personnes les plus démunies**

L'optimisation de l'offre de santé existante, et la promotion de l'accompagnement vers les dispositifs de droit commun, devront guider les choix locaux.

Traduction pour La Réunion	
1.	Renforcer l'accessibilité au 1 ^{er} recours dans les écarts
2.	Soutenir l'accès au 2 ^{ème} recours ambulatoire, en articulation avec le 1 ^{er} recours
Traduction pour Mayotte	
3.	Garantir un maillage territorial et une accessibilité pour tous aux soins de 1 ^{er} recours, et au 2 ^{ème} recours
4.	Poursuivre le renforcement de l'attractivité pour les professionnels de santé et l'accès aux formations en santé

Renforcer l'accessibilité au 1er recours dans les écarts (La Réunion)

Eléments de contexte
<p>95 % des Réunionnais sont à moins de 10 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proche. Les patients consultent peu en dehors de leur territoire de résidence en 1^{er} recours: seulement 5 % se font soigner en dehors de leur bassin de vie (au sens des quatre microrégions).</p> <p>Cette situation favorable est nuancée par une plus faible densité de médecins généralistes dans l'Est, le Sud et les écarts, justifiant une attention à la bonne répartition territoriale des professionnels de santé du 1^{er} recours.</p> <p>La Réunion comporte 23 communes classées en zone de montagne selon les critères de la loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne.</p> <p>10% des Réunionnais vivent à plus de 30 minutes des urgences, essentiellement dans les écarts, avec des regroupements d'habitants permettant rarement de disposer d'une continuité de peuplement suffisant pour l'installation d'un médecin généraliste.</p> <p>Un hélismur, programmé dans le présent SRS – Volet Réunion, devrait conforter l'accès aux soins urgents en journée.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Identification des zones concernées par un vieillissement à terme des médecins généralistes libéraux, avec risque de basculement en zone fragile ou sous-dotée2. Mobilisation des dispositifs légaux et conventionnels de soutien à l'installation et au maintien des professionnels de santé libéraux, notamment au travers de la révision du zonage3. Accompagnements complémentaires régionaux pour encourager la création de structures d'exercice coordonné (maison de santé pluri professionnelle, centres de santé), dans les zones fragiles ou sous-dotées4. Aides régionales à l'installation, avec le soutien des collectivités locales, dans les zones à présence médicale fragile pour prévenir le basculement en zone sous-dotée5. Incitation des médecins exerçant ou résidant dans les écarts à être correspondants du SAMU, et mise en place de formations en rapport6. Soutien à l'exercice mixte libéral / salarié en établissements de santé, pour favoriser la couverture des zones fragiles ou sous-dotées7. Consolidation de la couverture médicale et soignante de Mafate, portée par le CHU (SAMU) au titre de sa mission de service public de santé8. Elaboration d'un projet de santé pour Cilaos, associant les professionnels libéraux, le CHU, le secteur social et médico-social, et les acteurs de la prévention, pour garantir la permanence des soins et répondre en proximité aux besoins de soins et d'accompagnement de la population du cirque
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Pacte territoire santé▪ Plan égal accès aux soins
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">▪ CGSS▪ Collectivités locales▪ Professionnels de santé libéraux▪ CHU (SAMU)

Soutenir l'accès au 2ème recours ambulatoire (La Réunion)

Éléments de contexte
<p>Si la démographie réunionnaise des spécialistes s'est fortement améliorée sur les 10 dernières années, avec une stabilité de la part de l'exercice libéral, elle connaît encore plusieurs fragilités :</p> <ul style="list-style-type: none">- la densité de médecins spécialistes reste en retrait des moyennes métropolitaines,- certaines spécialités sont en forte tension, avec une avancée en âge des professionnels annonçant des prises de retraite sans certitude de remplacement,- certains territoires (Nord et Est) sont déficitaires par rapport à la moyenne régionale,- les délais d'obtention de rendez-vous, souvent comparables à ceux mesurés en métropole, sont néanmoins longs, se comptant parfois en mois. <p>La structure de l'offre hospitalière, avec un secteur privé développé et dynamique, est un élément de stabilisation et d'attraction pour des médecins spécialistes libéraux, avec toutefois une concentration sur les centres villes des grandes communes.</p> <p>Le regroupement en URPS, et en inter-URPS, est favorable à des initiatives communes aux différents professionnels de santé.</p> <p>Les protocoles de coopération entre professionnels de santé restent peu développés, alors que des besoins existent à l'exemple de l'ophtalmologie pour l'accès aux soins.</p> <p>L'analyse des parcours montre que la complémentarité et la gradation du recours entre médecins généralistes, autres spécialistes, et autres professionnels de santé, restent insuffisante.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Accompagnement des projets d'exercice coordonné associant des médecins spécialistes2. Promotion des consultations avancées de médecins spécialistes, au sein des structures d'exercice coordonné3. Déploiement des protocoles de coopération entre professionnels de santé4. Encouragement à l'exercice mixte libéral/salarié pour les médecins spécialistes5. Plaidoyer sur la cotation des actes des spécialistes et l'abaissement de la fiscalité locale (octroi de mer) sur les produits et équipements de santé6. Définition de règles d'adressage entre professionnels de santé dans le cadre de l'organisation des parcours de santé régionalement prioritaires7. Déploiement de la téléconsultation et de la télé-expertise à partir des structures d'exercice coordonné
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Pacte territoire santé▪ Plan égal accès aux soins
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">▪ CGSS▪ Collectivités locales▪ Professionnels de santé libéraux

Garantir un maillage territorial et une accessibilité aux soins de 1er recours et au 2ème recours ambulatoire (Mayotte)

Éléments de contexte

Le premier recours repose principalement sur le CH de Mayotte, au travers des centres de référence et des centres de consultation, la PMI devant assurer le suivi des femmes enceintes jusqu'au 3ème trimestre de grossesses, hors grossesses pathologiques, et des enfants de 0 à 6 ans hors prises en charge spécialisées des enfants.

Les professionnels de santé libéraux sont en nombre limité, avec quelques premières organisations d'exercice coordonné, dans un contexte général de très faible densité des professionnels de santé.

L'absence d'organisation de transports collectifs, à l'exception des taxis coûteux pour la population, le faible niveau d'équipement des ménages en voiture, et des infrastructures routières saturées, renforcent la nécessité d'un maillage de proximité de l'offre de soins.

En l'absence d'application à Mayotte des dispositifs nationaux de protection sociale minimale (CMUC, ACS, AME), le recours aux soins est fortement orienté vers le CHM qui garantit la gratuité des prises en charge pour les assurés sociaux, et pour les non-assurés sociaux lorsque pour ces derniers les soins concernent les femmes enceintes, les enfants, et les patients pour lesquels le défaut entraînerait une altération grave et durable de l'état de santé, ou qui sont liés à la prévention des maladies transmissibles graves.

La coexistence, et le développement parallèle, d'une offre de soins de libérale et des capacités de soins ambulatoire du CHM doivent être réaffirmés au moins pour les 5 prochaines années, le modèle métropolitain étant inadapté au contexte local.

Actions et Leviers d'action

1. Réaffirmation du rôle des centres de consultations et des centres de référence dans l'exercice, en proximité, de l'ensemble des missions attendues du 1^{er} recours (diagnostic, orientation, traitement ; suivi des patients et coordination des parcours ; relais des politiques de santé publique en matière de prévention, dépistage et éducation à la santé) autour d'un projet territorial de santé :
 - Analyse territoriale de la couverture médicale et soignante, pour cibler les centres de consultations ou de référence prioritaires
 - Révision des plages d'ouverture, réservation de certaines plages à l'accueil sur rendez-vous
 - Renforcement des compétences et effectifs médicaux et soignants
 - Schéma cible d'accès à l'imagerie et aux analyses biomédicales dans les centres de consultations et centres de référence
 - Développement des compétences de coordination de parcours
 - Accueil de projets de prévention et promotion de la santé, et d'éducation thérapeutique du patient
 - Informatisation des centres, et développement du recueil d'activité
 - Evolution à envisager vers des centres de santé
 - Intégration de la télémédecine
2. Poursuite du soutien à l'exercice coordonné des professionnels libéraux, avec des projets de santé intégrant notamment les priorités locales de santé, l'ETP et l'accueil d'étudiants en santé

3. Remise à niveau des capacités de soins et de prévention de la PMI dans le cadre du protocole Etat/Département, en complémentarité et avec l'appui du CHM
4. Evolution du carnet de santé vers un outil sécurisé et communiquant entre les professionnels de santé (libéraux, PMI, centres de consultation ou de référence, services d'hospitalisation), et confortant le lien ville-hôpital
5. Maintien et formations des médecins correspondants du SAMU dans les centres de consultations ou de référence, et ouverture de cette mission aux médecins libéraux
6. Définition et organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA)
7. Téléconsultations et la télé-expertises, à partir des centres de consultation ou de référence, et des structures d'exercice coordonné
8. Renforcement des spécialités médicales du CHM
9. Mission sur place des centres ressources et de référence positionnés à La Réunion
10. Mise en place d'une organisation pérenne de missions sur place de spécialistes libéraux de La Réunion ou de métropole pour des périodes de consultations programmées
11. Identification et déploiement des protocoles de coopération nécessaires entre professionnels de santé
12. Application des dispositions de type « pratiques avancées »

Lien programmes ou plans d'action existants

- Pacte territoire santé
- Plan égal accès aux soins
- Plan attractivité Mayotte

Acteurs associés

- CHM
- Département (PMI)
- Professionnels de santé libéraux
- URPS et Ordres professionnels
- MSP
- Etablissements de santé de La Réunion et de métropole
- GCS TESIS
- CSSM

Poursuivre le renforcement de l'attractivité pour les professionnels de santé et l'accès aux formations en santé (Mayotte)

Éléments de contexte

Les densités de professionnels de santé à Mayotte sont très faibles, tant en exercice libéral que salarié. Les nouvelles installations compensent à peine les départs, sans même être au niveau de la croissance démographique.

Les services publics faisant appel à des professionnels de santé (CHM, PMI, Vice-Rectorat), connaissent un turn over massif, avec une proportion élevée de postes vacants.

Le « Plan d'action en faveur de l'attractivité de Mayotte pour les professionnels de santé », figurant dans les engagements de la feuille de route Océan Indien de la Stratégie Nationale de Santé pour les outre-mer, doit être poursuivi.

Il doit mobiliser les différents acteurs du territoire, en veillant à une action concertée et coordonnée, et en évitant les concurrences entre employeurs.

Actions et Leviers d'action

1. Installation d'un groupe de travail « attractivité », transversal et interministériel, ayant notamment pour mission l'harmonisation des pratiques de recrutement, la communication sur l'exercice à Mayotte, ainsi que le portage politique des mesures d'attractivité
2. Promotion de Mayotte comme destination d'exercice et d'installation auprès des professionnels de santé :
 - Stratégie de communication sur l'exercice à Mayotte, mobilisant internet et les réseaux sociaux
 - Accueil des internes et des stagiaires en santé, stages d'internat couplés CHM/cabinet de ville, sécurisation des conditions d'accueil
 - Intégration de Mayotte dans les maquettes d'internat
 - Ouverture de Mayotte comme terrain de stage pour la formation de sages-femmes de La Réunion
3. Soutien à l'installation et à l'exercice des professionnels de santé :
 - Maintien de Mayotte en intégralité dans les dispositifs de lutte contre les déserts médicaux
 - Guichet unique d'information et d'aide à l'installation
 - Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) pour l'installation hospitalière ou en ville
 - Extension du CESP à d'autres professions de santé
 - Poursuite et évaluation des dispositifs locaux de soutien à l'installation des professionnels de santé libéraux
 - Révision des modalités de fidélisation des professionnels de santé du CHM
 - Ouverture des centres de consultation et de référence à l'exercice mixte
 - Exercice médical partagé entre La Réunion et Mayotte (libéral, et hospitalier)
 - Carrières hospitalières partagées pour les médecins entre La Réunion et Mayotte
4. Accès aux métiers de la santé :
 - Formation scolaire et universitaire favorisant l'accès aux études de santé des jeunes mahorais (classe préparatoire, licence en santé)
 - Ouverture de la voie d'accès aux études médicale via la licence

<ul style="list-style-type: none"> • Extension des capacités de l'IFSI • Formation promotionnelle pour les personnels du CHM • Aides du Conseil Départemental à la mobilité et aux études favorisant le retour en exercice à Mayotte des étudiants mahorais <p>5. Développement de la recherche médicale sur le territoire comme levier d'attractivité pour les professionnels de santé, notamment libéraux.</p>
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacte territoire santé ▪ Plan égal accès aux soins ▪ Plan attractivité Mayotte
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CSSM ▪ Département ▪ Vice-rectorat ▪ CHM ▪ CUFR ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Ordres professionnels ▪ URPS ▪ CHU de La Réunion ▪ MSP et autres structures d'exercice coordonné

3. La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie

La prévention et la promotion de la santé tout au long de la vie constituent le premier axe de la stratégie nationale de santé 2018 – 2022. Les actions de prévention comprennent « l'ensemble des actions qui permettent soit de prévenir la survenue des problèmes de santé (prévention primaire), soit de les détecter précocement et d'éviter leur aggravation (prévention secondaire), soit encore de pallier leurs conséquences ou complications (prévention tertiaire) ».

Ces trois niveaux de prévention doivent être intégrés aux parcours de soins, devenant des parcours de santé, particulièrement dans un contexte de prévalence accrue des maladies chroniques, de handicap et de vieillissement de la population

Une culture commune de la prévention en santé doit être promue et irriguer l'ensemble des politiques de santé, en association avec les autres politiques publiques.

Deux modes d'intervention complémentaires sont à promouvoir

- des actions populationnelles coordonnées et territorialisées de promotion de la santé par la mobilisation conjointe des collectivités territoriales, des services publics, et de l'ensemble des politiques publiques, et par l'application de démarches de santé communautaire
- des actions de prévention individualisées avec un renforcement du rôle des médecins traitants, des équipes de soins primaires, et globalement du 1^{er} recours dans le cadre de pratiques cliniques préventives (vaccination, repérage, dépistage ; prévention secondaire et tertiaire).

La prévention doit ainsi faire appel :

- **au développement des compétences psychosociales**, en particulier chez les jeunes et dans le domaine de la parentalité,
- **à l'action à l'échelle locale**, selon des modalités de santé communautaire garantissant la prise en compte de l'ensemble des déterminants, et la coordination des acteurs et institutions, au travers notamment de projets locaux en santé, d'ateliers santé-ville, de contrats locaux de santé, ou de contrats de ville,
- **à la mobilisation des réseaux sociaux et de la communication numérique,**
- **à la mobilisation des professionnels de santé.**

Traduction pour La Réunion et Mayotte

1. Renforcer les capacités d'action en prévention
2. Coordonner l'action publique locale en matière de prévention primaire
3. Intégrer la prévention dans les parcours de soins

Renforcer les capacités d'action en prévention primaire

Éléments de contexte
<p>Les projets de prévention en santé rencontrent plusieurs écueils :</p> <ul style="list-style-type: none">– des financements annuels n'apportant pas aux opérateurs la sécurité nécessaire à l'engagement de long terme– un turn over des professionnels, surtout à Mayotte– l'organisation d'événementiels ou de campagne de communication non-coordonnées entre opérateurs ou avec les pouvoirs publics– une dispersion territoriale des soutiens– une insuffisante évaluation et valorisation des résultats obtenus– un recours limité à des expérimentations assurant un renouvellement des approches et méthodes– une faible inscription dans des démarches territoriales mobilisant les dynamiques d'animation sociale, de démarches communautaires, ou d'organisation du cadre de vie
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Formation des acteurs sanitaires et sociaux aux enjeux et méthodes de prévention en santé, à la conduite de projet en santé publique, et à l'intervention en santé communautaire2. Appui au montage de projet et à la gestion associative à Mayotte3. Renforcement des opérateurs de prévention/promotion de la santé de 2^{ème} ligne (type IREPS ou réseaux de santé thématiques) en capacité d'accompagner les promoteurs, d'évaluer les projets, et de capitaliser et diffuser les bonnes pratiques4. Consolidation des opérateurs de prévention par la poursuite et l'extension de la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens, assurant une lisibilité des soutiens, une capacité d'adaptation des programmes d'action aux orientations des politiques locales de santé, et une sécurisation de la gestion et de la gouvernance5. Investissement du parcours éducatif en santé au sein des établissements scolaires, et accent sur le développement des compétences psycho-sociales des jeunes6. Evaluation des projets de prévention et mise à disposition d'indicateurs soutenant la performance des actions7. Recours à des expérimentations, avec évaluation et capitalisation des résultats8. Investissement du numérique et des réseaux sociaux9. Promotion des démarches de santé communautaire10. Valorisation de la prévention par les pairs, et du recours aux patients experts
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Stratégie nationale de santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">▪ Organismes de protection sociale▪ Services de l'Etat▪ Collectivités locales▪ Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

Coordonner l'action publique locale en matière de prévention

Éléments de contexte

La santé résulte à la fois des caractéristiques biologiques personnelles, des comportements individuels, des conditions de vie (éducation, habitat, alimentation, travail, environnement, sport et activité physique, déplacements, protection sociale...), et de l'accessibilité et de la qualité des soins. Ce caractère multifactoriel place la santé aux croisements de différentes politiques publiques, qui ne sont pas toutes du strict champ sanitaire mais qui contribuent directement ou indirectement à l'état de santé de la population.

A ce titre, la stratégie nationale de santé retient que la promotion de la santé repose sur la convergence et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé, au-delà de la nécessaire mais insuffisante éducation pour la santé.

Au travers de coordinations territoriales, les collectivités locales, les associations et les services déconcentrés de l'Etat sont à même d'assurer un continuum de prévention, de l'école au domicile ou au travail. Evitant la dispersion des financements, le morcellement dans le temps des actions, l'éparpillement géographique des interventions, ils se donnent ainsi les moyens de faire évoluer effectivement les comportements et les environnements de santé. Ce faisant, ils rejoignent les attentes d'une santé communautaire, responsabilisant les habitants et acteurs d'un territoire, et redonnent de l'efficacité à l'action publique sans nécessairement mobiliser de moyens supplémentaires conséquents.

L'approche territorialisée, à partir d'expérimentations, resserrée sur des thématiques partagées, semble plus prometteuse que l'adoption de larges programmes de santé sans modification réelle des modes d'interventions des pouvoirs publics. Elle implique l'identification des compétences mobilisables, le partage des données d'observation en santé et de leurs analyses, la production de référentiels, l'élaboration d'appels à projet conjoints, la contractualisation locale, la réorientation des dispositifs publics sur des quartiers prioritaires, et l'évaluation des projets et programmes mis en œuvre et leur partage.

Actions et Leviers d'action

1. Fonctionnement régulier des commissions de coordination des politiques publiques, permettant de fédérer dans une seule instance l'action des pouvoirs publics et d'éviter la multiplication des autres comités
2. Rapprochement de la médecine scolaire, des services de santé universitaires, de la médecine du travail, autour d'objectifs partagés de promotion de la santé
3. Mobilisation ciblée des pouvoirs publics autour de plans d'action thématiques : addiction, santé nutritionnelle, exposition à l'alcool in utero, prévention du vieillissement, santé sexuelle...
4. Démarche ciblée de conférence de consensus
5. Appels à projet commun
6. Ciblage de quartiers, avec réorientation des dispositifs et leviers des pouvoirs publics dans des projets en santé communautaire
7. Contractualisation et animation locale pluri partenariale : contrats locaux de santé (dont le périmètre communal ou intercommunal devra être redéfini), ateliers santé ville, conseils

locaux de santé mentale...
8. Partage des programmes d'études, des données de santé, et des évaluations des projets de prévention et promotion de la santé
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organismes de protection sociale ▪ Organisme de protection complémentaire (Mutualité) ▪ Services de l'Etat ▪ Collectivités locales

Intégrer la prévention dans les parcours de soins

Éléments de contexte
<p>La prévention en santé est indissociable des démarches de soins, ces dernières comprenant nombre d'actes de prévention individuelle (dépistage et diagnostic, vaccination, actions d'éducation thérapeutique...), particulièrement dans la perspective d'une prévention tout au long de la vie, et de la prise en compte des maladies chroniques, du handicap et de la perte d'autonomie.</p> <p>La contribution à la prévention de tous les professionnels de santé doit être réaffirmée.</p> <p>Le 1^{er} recours peut ainsi mieux promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé, et repérer les risques et fragilités, tant au cours de la phase d'interrogatoire que de la phase d'examen clinique du patient.</p> <p>Les Equipes de Soins Primaires, les Maisons Pluriprofessionnelles de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, mais également les centres de consultations et référence pour Mayotte, ont vocation à inclure dans leur projet de santé un volet « promotion de la santé », faisant appel aux actes de soins : consultations préventives, générales ou thématiques, pratiques cliniques préventives (« counselling », dépistage, médication préventive...).</p> <p>La conférence de consensus diabète 2016-2017 a produit un référentiel distinguant les apports et motifs de recours au dépistage individuel (ou opportuniste) et au dépistage communautaire, exigeant la réorientation du patient vers son médecin traitant et vers une offre de prévention individualisée. Cette démarche, qui lie la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, les approches collectives, et l'inscription ou la réinscription des patients dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant, est à appliquer et à étendre.</p> <p>Une communication sur l'importance de réaliser précocement des dépistages doit inciter les usagers à consulter leur médecin traitant ou leur dentiste de façon proactive.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Projet de santé des structures d'exercice coordonnée et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)2. Encouragement à la vaccination3. Consultations préventives, avec ciblage des publics4. Repérage des personnes en écart des parcours de soins et sensibilisation au rapprochement du médecin traitant5. Déploiement de l'Education Thérapeutique du Patient :<ul style="list-style-type: none">• une ETP de proximité, visant les pathologies diabétiques, rénales et cardiovasculaires, pour des accompagnements en première intention ou en reprise, mise en œuvre par les associations, les professionnels de santé libéraux voire les établissements de santé, à partir de programmes labellisés régionaux portés par une structure de gestion, chargée du suivi du programme, de son déploiement, du recrutement et de la supervision des intervenants en santé, et de l'orientation des patients (première expérimentation à conduire sur l'ETP diabète)• une ETP territorialisée, dispensée par des structures coordonnées de soins (MSP ou pôles de santé, communautés professionnelles territoriales de santé), voire des établissements de santé, permettant de mobiliser une plus grande pluridisciplinarité, et des ressources éducatives complémentaires ;

<ul style="list-style-type: none"> • une ETP de recours, en établissement de santé, orientée vers les maladies rares ou à faibles effectifs. <ol style="list-style-type: none"> 6. Dépistages communautaires, à destination de territoires ou publics fragilisés, garantissant l'orientation vers une prévention individualisée et le 1^{er} recours, et selon des techniques validées et peu onéreuses 7. Campagne d'information sur l'intérêt des dépistages individuels (ou opportunistes) auprès des médecins traitants, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et infirmiers 8. Animation régionale des professionnels de santé autour des recommandations et protocoles de dépistage, prévention, et prise en charge, à partir des associations et réseaux thématiques, des comités techniques régionaux, PTA
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de Santé ▪ Politique régionale de déploiement de l'ETP ▪ Conférence de consensus diabète ▪ Plan d'action SAF
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CGSS ▪ CSSM ▪ Organisme de protection complémentaire (Mutualité) ▪ URPS ▪ Associations et réseaux de santé ▪ Professionnels de santé libéraux

4. La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire

La santé communautaire¹ constitue un ressort de mobilisation de la population, pour la rendre actrice de sa santé. Elle doit être réinvestie, tant à La Réunion qu'à Mayotte, comme levier de la politique de santé, et réponse à l'attente de démocratie sanitaire.

Plus généralement, la Stratégie Nationale de santé réaffirme le rôle des usagers « *comme acteurs de leur parcours de santé et l'association des citoyens à la gouvernance du système de santé* » ; les droits des usagers, au niveau individuel et collectif, promus par la législation en santé, doivent pouvoir s'exercer pleinement au niveau régional et local, dans les instances de gouvernance, et lors de l'élaboration, de la mise en œuvre, et de l'évaluation de la politique de santé.

Pour répondre à ces exigences de démocratie sanitaire, il est retenu :

- **de systématiser l'association des usagers à tout projet de santé, depuis sa conception jusqu'à sa mise en œuvre,**
- **de soutenir l'expression des droits des usagers, et l'association de ces derniers aux démarches de qualité et de sécurité des soins,**
- **de mobiliser des programmes de santé communautaire au plus près des territoires,**
- **de renforcer la formation aux droits des usagers et à l'action communautaire en direction de l'ensemble des institutions et acteurs de santé.**

Traduction pour La Réunion et Mayotte

1. Soutenir les usagers du système de santé dans l'exercice de leurs droits
2. Associer les usagers à la gouvernance du système de santé
3. Développer les démarches en santé communautaire à Mayotte

¹ La définition retenue par l'OMS en 1978 lors de la conférence internationale d'Alma-Ata désigne « *un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté* »

Soutenir les usagers du système de santé dans l'exercice de leurs droits

Éléments de contexte
<p>Pour servir l'ambition « de donner les moyens à chaque citoyen de trouver, d'évaluer et d'utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche », il est nécessaire de faciliter la symétrie des informations en s'appuyant sur des pratiques professionnelles renouvelées et sur les nouvelles technologies.</p> <p>Chaque citoyen doit pouvoir accéder aux différents supports d'information concernant non seulement ses droits, mais aussi les données médicales le concernant.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Portail OIIS Ma santé, Mes Données de Santé et le DMP2. Documentation sur les droits des usagers à l'accueil des établissements de santé, dans les cabinets libéraux et les établissements et services sociaux et médico-sociaux3. Utilisation du Facile à Lire et à Comprendre (FALC)4. Pratique des questionnaires de satisfaction5. Renforcement des maisons des usagers comme espace visible et pérenne au sein des établissements de santé, avec une permanence de représentants des usagers désormais formés9. Organisation de journées annuelles des droits des usagers par les associations représentatives10. Formation des professionnels de santé aux droits des usagers et à la culture de décision partagée entre soignants et patients11. Patients experts
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Stratégie nationale de Santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">▪ France Asso Santé (UNAASS) - URAASS Océan Indien, associations d'usagers, de familles▪ Ordres professionnels▪ URPS▪ Etablissements de santé▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Associer les usagers à la gouvernance du système de santé

Éléments de contexte
<p>Les usagers sont membres de plusieurs instances de gouvernance du système de santé en région, ou au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux : conférence de santé et de l'autonomie, conseil de surveillance de l'ARS, conseil de surveillance des établissements publics de santé, commissions des usagers, conseils de la vie sociale ...</p> <p>La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé la représentation collective des usagers, et son indépendance, via l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (France Asso Santé) et de ses délégations régionales, qui disposent d'une autonomie de financement pour leur fonctionnement courant et la formation de leurs membres.</p> <p>Afin de mieux associer la population à la gouvernance du système de santé et à la construction des politiques de santé, l'ARS OI souhaite renforcer sa communication sur les dispositifs existants en mobilisant la commission spécialisée droits des usagers en tant que relais privilégié.</p> <p>Plus généralement, les représentants d'usagers doivent être systématiquement associés dans le pilotage et l'évaluation des projets et programmes en santé.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Commissions des Droits des Usagers au sein des établissements de santé, et synthèse régionale des rapports2. Conseils de la Vie Sociale (CVS), en établissements et services sociaux et médico-sociaux, et synthèse des rapports3. Traitement des plaintes et réclamations adressées à l'ARS, et synthèse régionale annuelle4. Rapport annuel sur les droits des usagers (CSA de La Réunion et CSA de Mayotte)5. Création d'une commission spécialisée des droits des usagers au sein de la CSA de Mayotte6. Installation et fonctionnement régulier de l'espace de réflexion éthique Réunion-Mayotte7. Organisation de débats publics8. Représentation systématique des usagers dans les instances thématiques régionales9. Représentation systématique des usagers dans la valorisation de l'observation en santé, et l'évaluation des actions en santé
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Stratégie nationale de Santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">▪ France Asso Santé (UNAASS) - URAASS Océan Indien- Associations d'usagers, de familles▪ Ordres professionnels▪ URPS▪ Etablissements de santé▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Développer les démarches en santé communautaire à Mayotte

Description
<p>La santé communautaire recherche l'implication directe des membres d'une communauté géographique ou sociale dans l'amélioration de leur santé par la définition de leurs besoins et priorités, et la mise en place des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.</p> <p>A Mayotte, cette approche a été déployée dans les années 1990-2000 dans une optique de prise en compte des spécificités sociologiques et culturelles de l'île. Un réseau de « relais communautaires » recrutés au sein des communautés intervenait sur des problématiques d'éducation à la santé et d'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – animatrices sanitaires de quartier recrutées parmi les mères de familles, formées à l'aide à domicile, à l'aide des agents de santé, à l'éducation à la santé, et à la surveillance épidémiologique. – agents de santé rattachés aux dispensaires intervenant auprès des populations – éducatrices en santé rattachées à la PMI pratiquant également des démarches d'aller-vers et d'intervention de proximité. <p>Cette approche s'est depuis perdue.</p> <p>En considération des bouleversements sociaux en cours à Mayotte, de la limitation des ressources en santé du territoire, de l'impact des conditions de vie souvent précaires sur la santé de la population, et des attentes fortes vis-à-vis de la promotion de la santé, les acteurs locaux se rejoignent sur l'impératif de rendre les habitants acteurs de leur santé, et de réinvestir, en complément de la structuration et du développement de l'offre de soins, les démarche en santé communautaire. Ces dernières devront structurer l'ensemble des projets de prévention.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none"> 1. Effectuer un état des lieux et une cartographie des acteurs associatifs, locaux et informels intervenant en santé à Mayotte ainsi qu'un état de l'art des études existantes sur la santé communautaire 2. Former les acteurs locaux à la santé communautaire 3. Renforcer l'échelon local et communal en vue d'une mobilisation communautaire en santé : mise en œuvre des ateliers santé ville, appui aux communes en termes d'ingénierie projet, formation des élus locaux, adaptation des méthodologies d'élaboration des diagnostics de santé 4. Structurer le pilotage de la démarche communautaire en santé : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier un point focal de la santé communautaire à Mayotte pour mener les actions de mobilisation communautaire et coordonner l'ensemble des acteurs du territoire autour des enjeux de santé. • Consulter les usagers aux travers des méthodologies adaptées (focus groups, entretiens, etc.)
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAPS Mayotte
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communes, CCAS, élus locaux ▪ Département (PMI, travailleurs sociaux) ▪ Associations

5. La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local

La résolution des problématiques de santé publique relève pour partie de la mobilisation de l'offre de soins, mais plus globalement de l'action sur l'ensemble des déterminants de santé et de l'association de la population à la définition et la mise en œuvre des solutions.

Les orientations stratégiques retenues illustrent cette nécessité d'une mobilisation de l'ensemble des leviers de l'action publique, au-delà du strict champ sanitaire.

Le morcellement des interventions, l'absence d'engagement dans la durée, la défaillance des partenariats et du pilotage, nuisent à l'efficacité des actions en santé, et génère une désillusion de la population et des intervenants.

Une des conditions d'une politique de santé performante réside donc dans une meilleure coordination des politiques publiques et des acteurs publics, tant au niveau régional avec la mise en cohérence des programmations et des priorités, qu'au niveau local avec la complémentarité des actions.

Les services de l'Etat, les collectivités locales, et particulièrement les conseils départementaux et les communes, les organismes de protection sociale doivent ainsi pouvoir s'engager aux côtés de l'Agence de Santé Océan Indien au travers :

- **d'instances renouvelées de coordination de l'action publique en faveur de la santé, au niveau régional/départemental et local (révision des CCPP)**
- **d'outils de contractualisation, portant les engagements réciproques, construit autour de thématiques circonscrites et priorisées**
- **d'expérimentation de modalités d'intervention commune**
- **de rapprochement de leurs moyens sur des territoires ciblés de déploiement de programmes de santé.**

6. Un système de santé performant et innovant, favorisant la e-santé, la formation et la recherche

La performance du système de santé, liant les notions de qualité, d'efficacité, de pertinence, d'efficience, est une exigence au regard des attentes de la population, des ambitions d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités en santé, et d'un financement reposant principalement sur des ressources budgétaires collectives, aujourd'hui contraintes.

Elle résulte également de la capacité à tester et déployer des innovations organisationnelles, ou thérapeutiques, et notamment à investir la e-santé.

Elle est dépendante de la qualité de la formation des professionnels de santé, et d'une recherche répondant aux enjeux épidémiologiques locaux.

Elle doit se fonder sur une observation en santé régulièrement mise à jour, et sur la diffusion de l'évaluation des politiques et programmes.

Le système de santé réunionnais et mahorais devra ainsi prendre appui sur :

- **Une observation en santé poursuivie, renforcée, et aux résultats partagés**
- **Un soutien à l'innovation, et notamment en télémédecine et e-santé, et le recours à l'expérimentation**
- **Un développement de l'évaluation en santé,**
- **Une recherche de pertinence des actes, prises en charge, accompagnements, et parcours**
- **Un adossement des choix publics aux données de la science et de la recherche, et un encouragement de cette dernière à s'investir sur les priorités locales de santé et à s'ouvrir à l'ensemble des acteurs de santé**
- **Une formation continue des professionnels de santé, mobilisant prioritairement les associations locales.**

Traduction pour La Réunion et Mayotte

1. Développer la recherche régionale en santé
2. Investir dans les systèmes d'information de santé et accompagner le développement de la filière e-santé et des technologies digitales
3. Adapter les Ressources Humaines aux besoins des activités sanitaires et médico-sociales

Développer la recherche régionale en santé

Éléments de contexte
<p>L'ambition de l'ARS OI est de contribuer à l'émergence progressive d'un Espace de Recherche et d'Innovation dans la zone océan Indien, fédérant et mutualisant des ressources, des équipements et des compétences contribuant à répondre aux enjeux sanitaires.</p> <p>Il s'agit d'accroître le potentiel de la recherche en santé et biotechnologies dans la zone Océan Indien, améliorant ainsi la compétitivité des équipes et leur capacité de réponse aux appels à projets régionaux, nationaux, européens et internationaux.</p> <p>La recherche en santé à La Réunion, avec notamment la création récente de la plateforme CYROI (2009), de l'UFR de Santé (2011), et du Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion (2012), connaît aujourd'hui un développement dynamique. Une étape est franchie avec la labellisation de deux Unités Mixtes de Recherche INSERM à La Réunion, concernant deux thématiques prioritaires de santé publique : les maladies métaboliques (diabète, accident vasculaire cérébral...) et les maladies infectieuses (chikungunya, dengue, paludisme, arbovirus, leptospirose...).</p> <p>A Mayotte, le CUFR peut constituer un premier appui à la recherche, avec la mobilisation attendue de l'ensemble du champ local de la santé.</p> <p>L'ARS OI soutient le principe de « continuum » de la recherche visant à créer un lien fort entre la recherche préclinique et la recherche clinique, grâce à une politique cohérente de thématiques de santé publique prioritaires, et une identification des rôles et responsabilités respectives de chacun des acteurs.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Installation, avec la délégation régionale à la recherche et à la technologie, la préfecture, le rectorat, et la région, d'une coordination régionale de la recherche en santé, favorisant la cohérence de l'action publique locale2. Accompagnement des projets de recherche collaboratifs menés par des organismes de recherche portant sur les priorités affirmées régionalement telles que les maladies chroniques, les maladies infectieuses, la périnatalité, la santé mentale, et les maladies vectorielles3. Expérimentations et recherches-actions en matière de prévention (dynamiques comportementales, perceptions des risques..), en bénéficiant de l'appui méthodologique et l'expertise de l'EHESP, de l'Agence Nationale de Santé Publique France ,et des autres agences nationales de santé4. Participation des médecins et professionnels de santé libéraux dans les programmes de recherche clinique.
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Stratégie nationale de Santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">▪ DRTT▪ Conseil Régional Université de La Réunion▪ CHU, et autres établissements de santé▪ CUFR▪ CYROI▪ URPS

Investir dans les systèmes d'information de santé et accompagner le développement de la filière e-santé et des technologies digitales

Éléments de contexte

La révolution « numérique » symbolisée par les usages de l'internet n'est pas tant porteuse d'innovations technologiques que de transformations sociétales et notamment dans le champ de la santé.

L'usage du numérique en santé suppose d'être vigilant au respect du consentement du patient, à la sécurité de l'hébergement et de l'accès aux données de santé, dans un cadre juridique aujourd'hui renforcé et garant de l'autonomie, de la responsabilité et de la déontologie du professionnel de santé.

Son déploiement en santé exige de définir au préalable les organisations de soins, d'associer les utilisateurs aux développements des applications, et de veiller à ce que les outils proposés soient simples, sécurisés, interopérables, et intégrés aux outils métiers.

La stratégie nationale e-santé 2020 lancée en juillet 2016 accompagne le système de santé dans le virage numérique. Basée sur la concertation avec les acteurs de santé et les représentants des usagers, elle s'articule autour de deux axes :

- l'accompagnement des établissements de santé, du secteur médico-social et des professionnels libéraux dans la mise en œuvre, au niveau régional, de solutions urbanisées, interopérables de sécurisation de leur système d'informations, de peuplement de référentiels (patients, professionnels de santé, structures..), d'échange et de partage des données de santé, d'aide et d'appui aux organisations, de pilotage médico-économique, et d'aide et d'appui à la coordination
- le développement de l'e-santé, de la santé connectée et de la télémédecine articulé autour de quatre priorités :
 - Simplifier les démarches administratives des patients et leur donner accès aux informations de santé qui les concernent et outiller la démocratie sanitaire à l'aide d'une plateforme numérique facilitant la consultation et la participation des usagers
 - Rendre le patient acteur de sa santé en lui permettant de comprendre sa ou ses pathologies afin d'améliorer sa prise en charge et donc sa guérison, en évitant la dispersion de l'information entre les différents acteurs de sa prise en charge
 - Encourager la co-innovation entre professionnels de santé, citoyens et acteurs économiques par le lancement d'appels à projet dédiés à l'e-santé ou le développement de *living labs* associant les utilisateurs à la définition de la médecine de demain, et prenant soin d'accompagner les médecins traitants dans leur nouveau rôle de conseillers du partage et de l'échange des données de santé
 - Accompagner le développement de solutions numériques qui permettront d'améliorer l'accès aux soins (lisibilité de l'offre de soins, géolocalisation d'un professionnel de santé, admission, prise de rendez-vous en ligne, etc.).

Pour la déclinaison opérationnelle de cette stratégie, l'ARS s'appuie sur le Groupement de Coopération Sanitaire TESIS, associant à sa gouvernance l'ensemble des offreurs de soins, auquel elle délègue tout ou partie de la maîtrise d'ouvrage régionale. Certaines actions de la stratégie nationale e-santé 2020 sont déjà engagées depuis 2012, impliquant les systèmes d'information en santé et le programme Hôpital Numérique.

Plusieurs autres réalisations sont à mettre au crédit de ce groupement et de l'ARS OI :

- Data Center agréé « hébergeur de données de santé »
- Réseau privé régional (R2S) utilisé par les acteurs de santé et du secteur MS de la Réunion et de Mayotte
- Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)
- Offre régionale de messagerie sécurisée
- Entrepôt de données de santé, alimenté par les établissements de santé qui permet la dématérialisation des comptes rendus d'hospitalisation et leur envoi automatisé à la médecine de ville, avec extension en cours à l'imagerie en ville et aux laboratoires de biologie médicale
- Dossier communicant en cancérologie (DCC) pour la coordination de la prise en charge des cancers
- Serveur régional d'identité
- Dossier unique de l'Usager Médico-Social commun à la quasi-totalité des structures de La Réunion
- Dispositif de téléAVC sur la base d'une plateforme régionale de télémédecine
- Expérimentation de télésurveillance du diabète et de l'insuffisance cardiaque chronique
- Expérimentation de télé-expertise dans le cadre de dépistages de la rétinopathie diabétique.

Le projet Océan Indien Innovation Santé (OIS) a été retenu dans le cadre de l'appel à projets « Territoire de Soins Numérique ». Il vise le développement d'organisations et d'outils innovants, favorisant l'accès à la prévention, la coordination des parcours de soins, la coopération des professionnels de santé et l'autonomie des patients pour les maladies chroniques, priorités régionales de santé. Il concerne en première intention quatre maladies chroniques (diabète, IRC, ICC, AVC) à très forte prévalence à La Réunion, mais aussi à Mayotte, en proposant des services à forte dimension technologique :

- Information, prévention et promotion de la santé
 - Portail Web pour les professionnels « OIS Pro » permettant d'accéder aux outils numériques de coordination des parcours, de partager les données de santé des patients, et d'avoir une information sur les pathologies, l'offre de santé, et les alertes sanitaires
 - Portail Web pour les usagers « OIS ma santé » permettant d'accéder aux données de santé personnelles, et à des outils numériques d'information et de prise en charge individuelle de sa santé
- structure et outil d'appui à la coordination des patients en situation de complexité
 - Plateforme d'appui à la coordination territoriale « OIS Appui » et SI régional pour l'appui à la coordination (OIS 360).
- Catalogue d'outils visant à faciliter les conditions d'exercice des professionnels de santé visant à libérer du temps médical.
 - Service d'aide à la gestion de cabinets,
 - Logiciels de gestion de cabinet compatibles OIS
 - Coffre-fort numérique
 - Package matériel
- Outil de business intelligence BigData régional en santé visant à mieux connaître l'état et les problématiques épidémiologique de la population de l'OI
- Un espace de travail, La Ruche e-santé, dédié aux membres du GCS et qui a vocation à

développer des techniques de facilitation graphique et organisationnelle pour accompagner les projets de transformation.

Dans le cadre du présent schéma, ces projets seront poursuivis, tandis qu'un programme dédié à la e-santé élaboré sur la base des priorités de la stratégie nationale d'e-santé viendra renforcer la politique d'innovation de l'ARSOI. Ils devront intégrer les déploiements attendus de la télémédecine et du DMP.

Actions et Leviers d'action

1. Elaboration d'un Programme des Systèmes d'Information et de la e-santé
2. CPOM du GCS TESIS, assurant la maîtrise d'ouvrage régionale en e-santé, et associant l'ensemble des offreurs de soins
3. Mise en œuvre de solutions technologiques sécurisées d'échange et de partage des données de santé entre les différents acteurs de la prise en charge
4. Mise en production d'outils permettant l'accès simplifié et sécurisé des patients à leurs données de santé en lien avec le DMP
5. Accompagnement des porteurs de projets relatifs à l'amélioration de l'accès aux soins
6. Maintenance et développement des portails OIIS

Lien programmes ou plans d'action existants

- Stratégie nationale de Santé
- Stratégie nationale e-santé 2020

Acteurs associés

- Etablissements de santé
- ESMS
- Professionnels de santé libéraux
- URPS et ordres professionnels
- Associations d'usagers

Adapter les Ressources Humaines aux besoins des activités sanitaires et médico-sociales

Les formations initiales comme les formations continues constituent un levier de performance, tant du point de vue de la capacité du système de santé à répondre aux besoins spécifiques à chaque territoire, que de l'adéquation des savoir-faire avec des exigences et des conditions d'exercice en pleine évolution.

Le partage d'une vision régionale stratégique et prospective avec les acteurs de la formation permettrait d'agir sur la démographie des professionnels dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), ainsi que sur la mise en œuvre d'une culture pluri professionnelle et de nouveaux modes d'exercice dans le cadre des parcours.

Le cursus de formation médicale de l'Océan Indien, basé à La Réunion, reste partiel et un étroit partenariat est engagé avec la subdivision de l'Aquitaine. Les trois premières années de formation après la PACES (Numéris Clausus 108) sont dispensées par l'UFR santé. La subdivision Océan Indien connaît une autonomisation progressive liée à la création récente du CHU de La Réunion et de l'UFR Santé en 2012. Chaque semestre, environ 430 internes sont en formation.

L'offre de formation paramédicale initiale est composée de 18 instituts proposant 13 filières de formation paramédicale. Ces instituts sont portés par le CHU de La Réunion, et dans une moindre proportion par 2 associations et l'Education Nationale. Plus de 500 places offertes, dont 218 places pour infirmier, 25 pour psychomotricien et 20 pour masseur kinésithérapeute, sont fixées par des quotas ministériels.

A Mayotte, quatre formations initiales paramédicales sont dispensées par les instituts d'étude en santé portés par le CH : aide-soignant, auxiliaire de puéricultrice, infirmier et puéricultrice. 70 places sont ouvertes, dont 25 places infirmier, et 15 pour chacune des autres formations.

Au total, ce sont 1 200 étudiants ou élèves qui sont inscrits annuellement dans les instituts de formation en santé de l'Océan Indien.

Le champ de la formation professionnelle est de la compétence première de la Région pour La Réunion et du Département pour Mayotte, avec un rôle croissant de l'Université.

Actions et Leviers d'action

1. Mobilisation du volet observation du Schéma régional des formations sanitaires et sociales pour soutenir l'adaptation de la formation initiale (Réunion)
2. Positionnement du comité régional de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) comme instance coordonnant la GPEC médicale et paramédicale (Réunion, avec extension à prévoir pour Mayotte)
3. Développement de l'offre de formation à Mayotte, et de l'accès aux métiers de la santé (cf. supra)
4. Renforcement des apprentissages par simulation afin de garantir la maîtrise des processus et des gestes métier par les futurs professionnels : « jamais la première fois sur le patient »
5. Soutien de l'Institut Régional du Management en Santé Océan Indien (IRMSOI), dans son orientation universitaire et professionnelle, et comme pôle d'animation régionale des réflexions et échanges sur le management du système de santé
6. Diversification de l'offre de formation continue qualifiante sur les priorités régionales de santé,

7. Déploiement des formations aux pratiques avancées
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Région (Réunion) ▪ Département (Mayotte) ▪ Université de La Réunion ▪ CUFR de Mayotte ▪ Instituts de formation

REPERTOIRE DES SIGLES

A

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

AME : aide médicale de l'Etat

ARS OI : agence régionale de santé de l'Océan Indien

AVC : accident vasculaire cérébral

C

CCAS: centre communal d'action social

CCPP: commission de coordination des politiques publiques

CGSS : caisse générale de sécurité sociale

CHM : centre hospitalier de Mayotte

CHU : centre hospitalier universitaire

CMUC: couverture maladie universelle complémentaire

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CSA : conférence de Santé et de l'Autonomie

CSSM : caisse de sécurité sociale de Mayotte

CYROI :cyclotron Réunion Océan Indien

CUFR : centre universitaire de formation et de recherche

D

DCC : dossier communicant en cancérologie

DMP : dossier médical partagé

DRTT:délégation régionale à la recherche et à la technologie

E

EHESP : école des hautes études en santé publique

ESP : équipe de soins primaires

ESMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux

ETP : éducation thérapeutique du patient

F

FALC : facile à lire et à comprendre

G

GCS : groupement de coopération sanitaire

GCS TESIS : groupement de coopération télémédecine, échanges et systèmes d'information en santé

GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

H

HAS : haute autorité en santé

I

ICC: insuffisance cardiaque chronique

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IRC : insuffisance rénale chronique

IREPS : instance Régionale d'Education et de Promotion Santé

IRMSOI : institut régional de management en santé océan indien

M

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

O

OIIS : Océan Indien Innovation Santé

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

P

PACES : première année commune aux études de santé

PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PDSA : permanence des soins ambulatoire

PMI : protection maternelle et infantile

PRAPS : programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PRS : projet régional de santé

PTA: plateforme territorial d'appui

R

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

ROR :répertoire opérationnel des ressources

R2S :réseau régional santé social

S

SAF : syndrome d'alcoolisation fœtale

SAMU : service d'aide médicale urgente

SNDS : système national des données de santé

SRS : schéma régional de santé

U

UFR : unité de formation et de recherche

UNAASS : union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

URAASS : union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé

URPS : union régionale des professionnels de santé



Schéma de Santé (SRS) 2018-2023
VOLET 2 - REUNION

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

L'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA FEMME, DU COUPLE ET DE L'ENFANT3

1. Consolider la prévention collective et individuelle, et la qualité et effectivité de certaines prises en charge, au service d'un parcours de santé sexuelle 5
2. Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements familiaux et prévenir la reproduction générationnelle 7
3. Répondre aux besoins spécifiques de certains publics 9
4. Favoriser le dépistage précoce des grossesses à haut risque 10
5. Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement 11
6. Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé 12
7. Inciter les femmes ménopausées à s'inscrire dans un parcours de santé associant prévention et soins 13
8. Permettre à tous les enfants de bénéficier d'une prévention précoce et d'un dépistage aux âges clés de leur développement 14
9. Fluidifier les parcours de santé des enfants ayant des troubles du langage et des apprentissages 16
10. Organiser le parcours de santé des enfants asthmatiques 17
11. Optimiser le parcours de soin des enfants et adolescents victimes de traumatismes graves 18
12. Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux 19

LA PRESERVATION DE LA SANTE DES JEUNES.....21

13. Développer des approches innovantes et adaptées en prévention et éducation pour la santé 22
14. Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle et améliorer le parcours de santé sexuelle 24
15. Prévenir, repérer et prendre en charge la souffrance psychique et les tentatives de suicide 26
16. Prévenir les conduites addictives, repérer et prendre en charge les jeunes ayant des conduites à risque 27
17. Améliorer l'accès à la santé des jeunes les plus vulnérables 28

L'AMELIORATION DE LA SANTE NUTRITIONNELLE.....29

18. Améliorer les connaissances sur les comportements alimentaires 30
19. Promouvoir les repères nutritionnels, et les comportements nutritionnels adaptés 31
20. Structurer l'offre en Sport-Santé 32
21. Enrichir les modalités de dépistage des troubles de la nutrition, et les prises en charge de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adulte 33
22. Envisager l'extension des missions du Centre Spécialisé de l'Obésité à l'ensemble des problématiques nutritionnelles 35

LA QUALITE DE VIE ET LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES36

23. Améliorer le repérage, le dépistage, et la prise en charge précoce du handicap 38

24.	Adapter l'offre médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes handicapées.	39
25.	Promouvoir l'autonomie et l'inclusion des personnes handicapées	40
26.	Améliorer l'accès à la santé des personnes handicapées.....	41
27.	Améliorer la connaissance épidémiologique des publics âgés et de leurs aidants	42
28.	Préserver le capital santé des personnes autonomes de plus de 55 ans	43
29.	Structurer le repérage précoce de la perte d'autonomie	44
30.	Faciliter l'accès à une offre de diagnostic neurodégénératif et la prise en charge	45
31.	Adapter les réponses aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs aidants ..	46
32.	Poursuivre le déploiement du guichet intégré de la MAIA, composante de la PTA	48
LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES		49
33.	Parcours « diabète »	50
34.	Parcours « insuffisance rénale chronique (IRC) »	52
35.	Parcours « insuffisance cardiaque chronique (ICC) »	55
36.	Parcours « accidents vasculaires cérébraux »	57
37.	Parcours « maladies cancéreuses »	59
38.	Parcours « addictions »	62
LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE MENTALE.....		65
39.	Prévenir les maladies mentales et renforcer l'acceptation sociale des personnes atteintes	66
40.	Prévenir les conduites suicidaires	67
41.	Assurer les conditions d'un repérage et d'un diagnostic précoce des troubles psychiques	68
42.	Enrichir les modalités de prise en charge des troubles psychiques	69
43.	Améliorer la fluidité des parcours	70
44.	Améliorer les conditions de vie et l'inclusion sociale des personnes avec troubles psychiques.....	71
45.	Développer les connaissances et les compétences partagées en santé mentale	73
L'ENVIRONNEMENT AU SERVICE DE LA SANTE.....		74
LE RENFORCEMENT DE LA VEILLE SANITAIRE ET DE LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES EN TERRITOIRE INSULAIRE.....		75
46.	Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien	76
47.	Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte	77
48.	Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance	79
49.	Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité	81
REPERTOIRE DES SIGLES.....		82

L'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA FEMME, DU COUPLE ET DE L'ENFANT

Description
<p>Les indicateurs relatifs à la santé de la femme à La Réunion sont en décalage défavorable avec la métropole avec un taux élevé de recours à l'interruption volontaire de grossesse, une forte proportion de grossesses de mineures, une entrée tardive dans le parcours prénatal malgré la fréquence élevée de facteurs de risque et de comorbidités et une surmortalité maternelle (28.2/100 000 naissances vivantes versus 9.2 sur la période 2010-2012). Ces résultats soulignent les difficultés rencontrées par les femmes dans la maîtrise de leur fécondité, et dans leur suivi prénatal et questionnent l'offre de prévention et de soin mise en place.</p> <p>Dans ce contexte, il importe de mieux connaître les représentations et les comportements des femmes de façon à pouvoir ajuster l'offre de santé à leurs réels besoins, de renforcer la cohérence des différents parcours de santé tout au long de leur vie.</p> <p>L'incidence élevée de certaines infections sexuellement transmissibles (syphilis, chlamydioses, gonococcies) et la problématique des grossesses des mineures, persistante depuis plus de 20 ans, particulièrement chez les 15 ans et moins, incitent à renouveler la prévention et la promotion de la santé sexuelle, en intégrant les sujets des violences sexuelles et de l'inceste.</p> <p>Concernant les enfants, la période infantile est marquée par des taux plus élevés de prématurité et d'hypotrophie, une mortalité périnatale plus élevée qu'en métropole, composée pour les deux tiers de la mortalité néonatale. Les résultats de la recherche action en cours, confiée au CHU de La Réunion, devront apporter des éclairages sur les mesures à mettre en place.</p> <p>Des efforts sont à déployer pour que tous les enfants puissent bénéficier d'un dépistage systématique et exhaustif aux âges clés (naissance, 2 ans, 3-4 ans, 6 ans et 12 ans) et d'un accès facilité au diagnostic et à la prise en charge dans le cadre de parcours de santé bien identifiés pour les troubles du langage et des apprentissages, le surpoids et l'obésité ainsi que l'asthme.</p> <p>Pour l'enfant comme pour la femme, la construction et la mise en cohérence des parcours de santé se feront en lien avec les professionnels de santé du 1er recours, dont les innovations organisationnelles seront attendues (complémentarités d'exercice, coopération avec les services de protection maternelle et infantile et de planification familiale, la santé scolaire, les établissements de santé, les structures médico-sociales et les réseaux de santé).</p>
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
<ol style="list-style-type: none">I. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantileII. Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommesIII. Repérer, prévenir et prendre en charge les violences intrafamilialesIV. Dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant
Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion
<ol style="list-style-type: none">1. Consolider la prévention collective et individuelle, et la qualité et effectivité de certaines prises en charge, au service d'un parcours de santé sexuelle2. Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements familiaux et prévenir la transmission générationnelle

3. Répondre aux besoins spécifiques de certains publics
4. Favoriser le dépistage précoce des grossesses à haut risque
5. Réduire la part évitable des événements indésirables graves à la naissance
6. Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé
7. Inciter les femmes ménopausées à s'inscrire dans un parcours de santé associant prévention et soins
8. Permettre à tous les enfants de bénéficier d'une prévention précoce et d'un dépistage aux âges clés de leur développement
9. Organiser le parcours de santé des enfants ayant des troubles du langage et des apprentissages
10. Organiser le parcours de santé des enfants asthmatiques
11. Optimiser le parcours de santé des enfants et adolescents victimes de polytraumatismes graves
12. Conduire une stratégie régionale de vaccination adaptée aux besoins locaux

1. Consolider la prévention collective et individuelle, et la qualité et effectivité de certaines prises en charge, au service d'un parcours de santé sexuelle

Éléments de contexte
<p>La santé sexuelle et reproductive est fortement investie à La Réunion, tant en prévention qu'en offre de soin :</p> <ul style="list-style-type: none">- trois centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Cegidd) ont vu le jour depuis 2009- une démarche initiée par l'ARS en 2012, et associant le Rectorat, le Département, la Région et les acteurs associatifs et hospitaliers autour de la prévention des grossesses précoces, de l'intervention ciblée sur certains établissements scolaires, d'une charte commune, et de référentiels communs d'intervention- une offre d'IVG étoffée grâce à la mobilisation des médecins libéraux pour les IVG en ville <p>Cependant, l'offre départementale de planification familiale reste fragile.</p> <p>Le recours au suivi gynécologique de prévention est inégal selon les âges et les zones géographiques.</p> <p>Le taux de réalisation des frottis cervico-utérins, qui est de 63% chez les femmes de 25 à 49 ans, n'est plus que de 35% chez les femmes de 50 ans et plus (la fréquence de recours est la plus basse dans les zones Nord et surtout Est).</p> <p>L'évolution des taux de recours à l'IVG depuis 2001, la proportion d'IVG répétées (42% Réunion versus 33% métropole, cf. DREES Juin 2017) et la part des naissances de mères mineures depuis 1994 témoignent des difficultés persistantes des jeunes filles et des femmes à maîtriser leur fécondité. La part des mères mineures de 15 ans et moins oscille autour d'une centaine par an et ce, malgré les actions d'éducation à la sexualité déployées dans les établissements scolaires. Ces difficultés semblent davantage accentuées dans la zone Est, au vu de la fréquence particulièrement élevée des grossesses de mères mineures.</p> <p>L'incidence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) (Chlamydiae, Gonocoques) est plus élevée à La Réunion qu'en métropole, non seulement parmi les publics ayant des comportements à risque mais aussi en population générale, avec une augmentation des cas de syphilis, dont syphilis congénitale, rapportés par les professionnels de santé.</p> <p>Ces signaux, ainsi que la persistance d'indicateurs régionaux éloignés des standards nationaux, conduisent à une nécessaire révision de la politique de promotion et prévention en santé sexuelle et reproductive.</p> <p>Cet objectif vise à proposer aux femmes et aux couples un véritable parcours de santé sexuelle, combinant les interventions de prévention collective à des offres de consultations de prévention individuelle intégrant les dépistages et prolongeant la prévention par les soins (prise en charge des IST, maîtrise de la fécondité, préservation de la fertilité).</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. évaluation externe du dispositif de prévention des risques sexuels en milieu scolaire mis en place depuis 20122. Stratégie de communication sur la santé sexuelle adaptée aux besoins locaux et relayée par des actions de proximité3. Expérimentation d'approches territorialisées et intégrées de prévention et de soin en santé sexuelle et reproductive

4. Harmonisation des parcours d'IVG des mineures et des femmes en ville et dans les établissements de santé
5. Stratégie vaccinale vis-à-vis du HPV à destination des praticiens du 1^{er} recours
6. Plaidoyer auprès du Département pour ajuster les services de planification familiale aux besoins des jeunes filles et des femmes
7. Identification d'une filière régionale de diagnostic et de traitement de l'endométriose
8. Consolidation du système régional de veille et d'alerte sur les infections sexuellement transmissibles
9. Harmonisation des pratiques entre les deux centres d'assistance médicale à la procréation.

Lien programmes ou plans d'action existants

- Stratégie nationale de santé sexuelle

Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département (PMI) ▪ Communes ▪ Education nationale ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Associations œuvrant dans le champ de la santé sexuelle ▪ Etablissements de santé ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé ▪ Corevih Réunion-Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

2. Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements familiaux et prévenir la reproduction générationnelle

Eléments de contexte	
<p>Le dépistage et le soin aux victimes de violences conjugales ou parentales constituent déjà un acte de prévention de la répétition des dysfonctionnements familiaux.</p> <p>La prise en charge des victimes est actuellement assurée par les unités de psychotrauma, qui desservent les 4 zones de proximité de La Réunion, et dépendent de l'EPSMR et du pôle de santé mentale du CHU Site Sud. Elles travaillent avec les associations d'aide aux victimes, mais collaborent peu avec les professionnels de santé somaticiens.</p> <p>Les médecins généralistes ont un rôle primordial dans le dépistage puisque plus de 95% des enfants et adolescents de moins de 18 ans ont consulté leur médecin traitant au moins 1 fois par an sur les trois dernières années.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation des professionnels du 1er recours, notamment des médecins traitants, au dépistage des victimes de violences intrafamiliales en consultation, en portant une attention particulière à l'enfant et à l'adolescent 2. Intégration du dépistage des violences sexuelles dans les bonnes pratiques de prise en charge des IVG et des grossesses des mineures 3. Constitution et diffusion d'un répertoire opérationnel des ressources afin de faciliter l'orientation des enfants et des adultes dépistés 4. Protocole de partage d'informations préoccupantes entre les acteurs du social, de l'éducatif et les médecins traitants 5. Fluidification du parcours des victimes (enfants et adultes) entre les unités médico-judiciaires et les unités de psychotrauma 6. Réduction du délai d'accès à la 1^{ère} consultation de psychotrauma 7. Référentiels régionaux de prise en charge pluridisciplinaire des victimes, l'un pour l'enfant et l'autre pour l'adulte 8. Association de la prise en charge somatique au suivi psychologique dans l'accompagnement des victimes 9. Retours d'expérience entre les équipes médico-judiciaires, les équipes de psychotrauma et les professionnels libéraux 10. Expérimentation de programme de prévention à l'école primaire 11. Soutien aux projets de recherche clinique sur les violences intrafamiliales à La Réunion 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propositions d'actions de la CNCDH dans son avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs dans les Outre-mer du 21/11/2017 ▪ Stratégie nationale de santé sexuelle ▪ 1^{er} plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département (PMI, ASE) ▪ Justice ▪ Education nationale ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Unités de psychotrauma ▪ Unités médico-judiciaires ▪ Associations d'aide aux victimes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants, adolescents ▪ Femmes et hommes

▪ Equipes de recherche	
------------------------	--

3. Répondre aux besoins spécifiques de certains publics

Eléments de contexte	
<p>La santé sexuelle de certaines populations reste insuffisamment abordée, du fait du handicap, du vieillissement, ou de la maladie. Ces freins concernent également les personnes transsexuelles dans l'accès à des prises en charge adaptées.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégration de la santé sexuelle et reproductive dans les programmes d'éducation thérapeutique et dans les projets personnalisés de soins des patients atteints de maladies chroniques 2. Formation des personnels des établissements médico-sociaux et des aidants à la prise en compte de la sexualité des personnes âgées et personnes handicapées 3. Développement d'une offre de consultations de sexologie adaptées aux personnes de plus de 60 ans dans les CEGIDD 4. Amélioration de la lisibilité du parcours de santé des personnes transsexuelles à La Réunion en lien avec des centres identifiés en métropole 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé sexuelle ▪ Propositions d'action de la CNCDH dans son avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs dans les Outre-mer du 21/11/2017 ▪ Plan cancer 3 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COREVIH ▪ CEGIDD ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique ▪ Associations œuvrant dans le champ de la santé sexuelle ▪ Association de personnes âgées et de personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients porteurs de maladies chroniques ▪ Personnes âgées de plus de 60 ans ▪ Personnes handicapées ▪ Personnes transsexuelles

4. Favoriser le dépistage précoce des grossesses à haut risque

Eléments de contexte	
<p>L'INSERM a montré qu'un suivi prénatal non optimal est retrouvé dans 19% des décès pour causes obstétricales directes. Pour les femmes ayant des maladies chroniques, un suivi prénatal non optimal intervient dans 38% des décès pour causes obstétricales indirectes (cf. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle 2010-2012, INSERM Santé Publique France, Septembre 2017). Le screening des parcours de soins des femmes ayant des maladies chroniques a même permis de retrouver une prise en charge pré-conceptionnelle non optimale dans 26% des décès pour causes indirectes.</p> <p>En 2013, alors que les femmes enceintes à la Réunion ont plus fréquemment des facteurs de risque et des comorbidités qu'en métropole, elles sont seulement 43% à entrer dans le suivi prénatal au 1er trimestre de grossesse. 10% d'entre elles ont eu leur 1^{ère} consultation prénatale seulement au 3^{ème} trimestre de grossesse (cf. Etude descriptive du parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion, BVS n°35. Août 2017).</p> <p>Les femmes résidant dans l'Est sont les plus nombreuses à accéder tardivement au suivi prénatal.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des freins et des motivations des femmes dans le choix de leur parcours prénatal, avec une focale sur la zone Est 2. Stratégie de communication sur la santé périnatale, en mettant l'accent sur l'intérêt du suivi pré-conceptionnel pour les femmes ayant des facteurs de risque et des comorbidités (maladies chroniques, surpoids et obésité, addictions), sur l'intérêt du suivi prénatal précoce pour toutes les femmes 3. Innovations organisationnelles en ville et à l'hôpital inspirées du modèle du « Prima facie » pour le dépistage précoce des grossesses à haut risque et leur suivi coordonné 4. Référentiel de suivi des grossesses à haut risque, commun à la ville et à l'hôpital 5. Diagnostic prénatal tant sur le versant maternel que sur le versant foetal 6. Formation des professionnels de santé à la consultation d'annonce dans le cadre du diagnostic prénatal 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé ▪ Préconisations du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (septembre 2017) ▪ Plan d'action régional et expérimental de prévention et de prise en charge de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Département (PMI) ▪ Caisse d'Allocations Familiales ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Maternités publiques et privées ▪ Réseau périnatal Réunion ▪ Registre des malformations congénitales de La Réunion ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes en âge de procréer

5. Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement

Eléments de contexte	
<p>Selon l'INSERM (Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle 2010-2012. Inserm Santé Publique France. Septembre 2017), le taux de mortalité maternelle à La Réunion était le triple du taux métropolitain sur la période 2010-2012. Il n'a pas varié par rapport à la période 2007-2009 même s'il était le plus bas de tous les DOM. En raison de la faiblesse des effectifs et de l'absence de données complètes pour 28% des dossiers de mort maternelle des DOM, l'INSERM n'a pas pu individualiser les déterminants propres à La Réunion.</p> <p>Les résultats nationaux montrent que les causes obstétricales directes (hémorragies obstétricales, embolies amniotiques, éclampsies) ont représenté 2/3 des décès. Parmi ces décès, 75% sont considérés comme évitables en raison de soins jugés comme non optimaux. La totalité des décès par hémorragies obstétricales a été considérée comme évitable ainsi que les ¾ des éclampsies, et plus de la moitié des embolies amniotiques et pulmonaires.</p> <p>Les causes obstétricales indirectes (complications cardiovasculaires, AVC, infections, maladies existantes) ont représenté le tiers restant des décès. Parmi ces décès, 55% sont considérés comme évitables.</p> <p>Le taux de mortalité infantile à La Réunion est le double de la métropole.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Etude sur la mortalité infantile à La Réunion (RAMIR) 2. Programme pluriannuel d'audits cliniques ciblés en obstétrique et néonatalogie (CPOM établissements de santé) 3. Coopération public - privé pour la mise en place d'un 2ème site d'embolisation utérine 4. Examens post mortem de la mère et de l'enfant 5. Poursuite et évaluation des actions de formation par simulation en périnatalité 6. Synthèse régionale annuelle des revues de morbi-mortalité en périnatalité 7. Etude de la faisabilité d'une plate-forme commune d'exploitation et d'analyse des données en santé périnatale avec l'Ile-de-France 8. Formation des professionnels de la naissance à la bientraitance des femmes 9. Stratégie régionale de communication sur la périnatalité 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé ▪ Préconisations du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle dans son rapport de septembre 2017 ▪ Etude RAMIR 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Maternités publiques et privées ▪ Réseau périnatal Réunion ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes en âge de procréer

6. Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé

Eléments de contexte	
<p>Alors que le suivi prénatal est structuré par un référentiel HAS, le suivi post natal se résume à 1 consultation post natale à réaliser dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement pour toutes les femmes.</p> <p>Les femmes majeures, ayant accouché sans complication d'un enfant unique ne nécessitant pas de prise en charge particulière, ont la possibilité de recourir, outre à la PMI, au dispositif PRADO proposé par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les mères mineures et les femmes majeures ayant un accouchement compliqué ou des enfants multiples, ou dont l'enfant nécessite une prise en charge particulière, il n'existe pas de dispositif post natal organisé autre que la PMI.</p> <p>L'INSERM fait état au niveau national de 12% de morts maternelles tardives (entre 42 jours et 1 an après accouchement).</p> <p>Cet objectif vise à proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé sur la base d'un référentiel régional à construire et sur une durée d'un an après l'accouchement.</p> <p>Il contribuera également au dépistage et à la prise en charge précoces des difficultés maternelles (troubles de l'humeur, de l'attachement, de la statique pelvienne) et à la planification du suivi des pathologies exprimées ou exacerbées en période périnatale.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Référentiel de suivi post natal pour toutes les femmes. 2. Expérimentation et évaluation de programmes de suivi post natal des femmes ayant eu un diabète gestationnel 3. Sensibilisation des femmes sur l'intérêt de leur propre suivi post natal, indépendamment du suivi de leurs enfants 4. Label qualité et bientraitance proposé par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) 5. Etude du parcours post natal des femmes dans chaque zone de proximité 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Département (PMI) ▪ Caisse d'Allocations Familiales ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Maternités publiques et privées ▪ Réseau périnatal Réunion ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes en âge de procréer

7. Inciter les femmes ménopausées à s'inscrire dans un parcours de santé associant prévention et soins

Eléments de contexte	
<p>Les derniers résultats de l'étude nationale ESTEBAN¹ montrent une diminution importante de l'activité physique chez les femmes entre 2006 et 2015, tous âges confondus et plus particulièrement chez celles âgées de 40 à 54 ans, alors qu'elle s'accroît chez l'homme sur la même période. La décroissance de l'activité physique, laquelle est connue pour être bénéfique à la santé, est ainsi très marquée au moment où les femmes perdent le bénéfice protecteur des hormones féminines.</p> <p>Par ailleurs, il est constaté une très nette diminution du taux de recours au frottis cervico-vaginal au-delà de 50 ans.</p> <p>Les femmes semblent insuffisamment informées des risques liés à la ménopause et doivent être incitée à s'inscrire dans un parcours de santé adapté à leurs nouveaux besoins. L'offre de prise en charge les troubles de la statique pelvienne (incontinences urinaire et anale) qui tendent à s'aggraver avec la ménopause, et dont il est difficile de faire part, est peu structurée et connue.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie de communication ciblant les femmes ménopausées pour les inciter à s'inscrire dans un parcours de santé associant prévention et soin 2. Soutien à l'émergence d'offres de soin dédiées à la ménopause 3. Expérimentations, pour les femmes dépistées comme étant particulièrement à risque, d'actions territorialisées de prévention proposant des ateliers mixtes, à la fois culinaires et d'activité physique adaptée 4. Clarification de la filière de diagnostic et de traitement des troubles de la statique pelvienne de la ménopause en ville et à l'hôpital 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan cancer 3 ▪ PNNS 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Collectivités 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes ≥ 50 ans

¹ Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) 2014—2016. Université Paris 13 et Santé Publique France. Septembre 2017.

8. Permettre à tous les enfants de bénéficier d'une prévention précoce et d'un dépistage aux âges clés de leur développement

Éléments de contexte

L'explosion des maladies chroniques a conduit l'UNICEF puis l'OMS à reconnaître que la période des 1 000 premiers jours, allant de la conception aux 2 ans de l'enfant, constitue une fenêtre interventionnelle de choix, pour des raisons d'opportunité sociale et de vulnérabilité biologique, afin de favoriser la bonne croissance, la santé, et le développement comportemental, émotionnel, cognitif et langagier de l'enfant.

A La Réunion, la prévalence des maladies chroniques de l'enfant ainsi que des troubles du langage et des apprentissages amène à élargir la fenêtre des 1 000 premiers jours aux 6 ans de l'enfant, englobant ainsi la petite enfance.

Bien que la nécessité des dépistages précoces soit réaffirmée par le Haut Conseil de Santé Publique en 1997, les examens systématiques de dépistage ne sont actuellement pas réalisés pour tous les enfants.

A la naissance, le taux de dépistage de la surdité neonatale n'est pas encore optimal et le parcours de l'enfant du dépistage en maternité à la confirmation diagnostique n'est pas suffisamment tracé.

A l'âge de 2 ans, la proportion d'enfants, pourtant suivis à 95% par les médecins traitants, ayant eu une consultation obligatoire complète du 24^{ème} mois n'est pas connue, puisque seulement 13% de certificats du 24^{ème} mois sont retournés à la PMI.

A l'âge de 3-4 ans, seulement 3 enfants sur 4 ont bénéficié du dépistage infirmier effectué par la PMI en petite section de maternelle, et 1 enfant sur 2 est ensuite revu par un médecin. En grande section de maternelle, ils ne sont plus que 58% à être examinés par les médecins scolaires.

Actions et Leviers d'action

1. Stratégie de communication accessible et compréhensible par tous sur les repères de développement de l'enfant et sur ses besoins pour grandir
2. Cohérence des messages des professionnels à destination de la mère et de l'enfant
3. Consolidation du dépistage néonatal notamment de la surdité et de la traçabilité du parcours de l'enfant du dépistage au diagnostic en cas de tests non concluants
4. Soutien aux médecins traitants dans la réalisation des objectifs de santé publique de l'enfant et dans le retour à la PMI des certificats de santé du 24^{ème} mois
5. Plaidoyer auprès du Département pour que 100% des enfants de 3-4 ans b n fici nt d'un dépistage exhaustif en petite section de maternelle par les services de PMI
6. Mobilisation de la médecine scolaire pour que 100% des enfants de 5-6 ans b n fici nt d'un dépistage exhaustif intégrant les troubles du langage et des apprentissages, en lien avec les médecins traitants de l'enfant, ou via le médecin de ville
7. Expérimentation auprès des praticiens du 1^{er} recours d'actions territorialisées de prévention précoce intégrées au suivi post natal des mamans et au parcours vaccinal des enfants
8. Soutien aux projets de recherche interventionnelle sur les déterminants de santé des troubles du développement de l'enfant

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ PRAPS 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département (PMI) ▪ Rectorat ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Caisse d'Allocations Familiales ▪ Maternités publiques et privées ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Professionnels de la petite enfance ▪ Communes ▪ Associations et réseaux ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Petite enfance

9. Fluidifier les parcours de santé des enfants ayant des troubles du langage et des apprentissages

Eléments de contexte	
<p>Selon les données de dépistage de la PMI, et du SNIIRAM sur les actes facturés par les orthophonistes libéraux, les troubles du langage oral concernent 12% à 15% des enfants de 3-4 ans.</p> <p>A 6 ans, la proportion d'enfants ayant des troubles des apprentissages atteint 27% selon les résultats de dépistage par les médecins scolaires.</p> <p>A la sortie du système scolaire, 30% des jeunes de 17 ans et plus présentent des difficultés avec l'écrit aux Journées de Défense et de Citoyenneté à La Réunion contre 9,6% en métropole.</p> <p>L'enjeu est de consolider la filière de dépistage, diagnostic et de traitement précoce des troubles du langage et des apprentissages afin de pouvoir réduire les inégalités sociales de santé.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Information des familles sur les étapes d'acquisition du langage et des apprentissages et sur la détection des signaux faibles par des repères simples et faciles à mémoriser 2. Formation des médecins traitants sur le dépistage et la prise en charge des troubles du langage et des apprentissages de l'enfant 3. Valorisation du rôle et de la place du médecin traitant de l'enfant dans le dépistage, l'orientation et le suivi des troubles du langage et des apprentissages en consultations de routine 4. Innovations organisationnelles du 1^{er} recours basées sur des projets de santé ciblant les troubles du développement de l'enfant 5. Clarification du parcours de l'enfant ayant des troubles du langage et des apprentissages entre les différentes modalités de prise en charge (ville, CMPP, CMPEA, centre de référence). 6. Harmonisation et complémentarité des modalités d'accueil et de fonctionnement des CMPP et CMPEA en tant que structures de recours 7. Mise en place du Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages au CHU de La Réunion 8. Mise à disposition des parents et des professionnels du 1^{er} recours d'un répertoire opérationnel des ressources 9. Information des parents et professionnels du 1^{er} recours des modalités d'attribution des aides de la MDPH pour des enfants porteurs de troubles « dys » 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé ▪ Recommandations de bonnes pratiques de la HAS (décembre 2017) : Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ Département (PMI) ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Réseaux de santé ▪ CMPP ▪ CMPEA ▪ CRTLA ▪ MDPH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Petite enfance

10. Organiser le parcours de santé des enfants asthmatiques

Description	
<p>A La Réunion, la petite enfance est particulièrement touchée par l'asthme puisque 14,2% des enfants de grande section maternelle déclarent avoir un asthme traité en 2012-2013 contre 9,4% en métropole.</p> <p>La prévalence déclarée décroît ensuite avec l'âge avec 11,5% des enfants en CM2 et 7,3% des adolescents de 3ème contre 6,7% et 6,3% en métropole (Les maladies de l'appareil respiratoire à La Réunion, ORS Réunion, Mars 2017).</p> <p>Cette pathologie donne lieu à une reconnaissance en affection de longue durée pour 9,4% des enfants de moins de 6 ans, 8,2% de 7 à 12 ans et 4,8% de 13 à 18 ans.</p> <p>Les difficultés de prise en charge conduisent à une moyenne de 2 700 passages annuels aux urgences hospitalières, dont 64% concernent les enfants et adolescents de moins de 5 ans. La part des enfants de moins de 5 ans représente 37% des recours aux urgences. L'asthme aigu grave constitue un quart des motifs d'hospitalisation pour asthme.</p> <p>Cet objectif vise à améliorer la prise en charge en ville, avec le soutien à l'expérimentation de projets d'actes éducatifs ponctuels en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille, et au déploiement du dispositif de conseillers en environnement intérieur ou conseillers habitat et santé.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réduction de l'exposition des enfants au tabagisme des adultes ainsi qu'aux aérosols insecticides, aux moisissures et allergènes de l'environnement à domicile 2. Identification de médecins libéraux spécialisés dans la prise en charge de l'asthme, pouvant venir en appui du 1^{er} recours 3. Expérimentation d'une gradation de l'éducation thérapeutique selon les profils des patients 4. Déploiement régional du dispositif de conseillers habitat et santé 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRSE 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHU ▪ Atmo Réunion (Observatoire Régional de l'Air) ▪ Réseaux ▪ Professionnels de santé libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants

11. Optimiser le parcours de soin des enfants et adolescents victimes de traumatismes graves

Description	
<p>Selon les données fournies par les urgences hospitalières (BEH 01/03/2011), les accidents de la vie courante sont moins fréquents à La Réunion qu'en métropole (taux d'incidence standardisé égal à 4,3% versus 7,5% des passages aux urgences hospitalières) et concernent dans 28% des cas des enfants de moins de 10 ans. Ces accidents surviennent lors des jeux et loisirs dans 36% des cas et lors de la marche et à l'école dans 28% des cas. Les lieux de survenue sont majoritairement le domicile, les aires de jeux et terrains de sports et la route. Environ 58% des accidents vus aux urgences donnent lieu à des suivis en consultations externes, et 14% à des hospitalisations.</p> <p>La proportion d'accidents graves nécessitant un séjour en réanimation pédiatrique suivi de séjour en médecine physique de réadaptation spécialisée n'est actuellement pas connue.</p> <p>La réduction de la morbi-mortalité passe par des actions de prévention mais aussi par l'optimisation du parcours de soin, dès la phase pré hospitalière, afin d'orienter l'enfant et l'adolescent victime de polytraumatismes graves vers la structure la plus adaptée de prise en charge en évitant les transferts secondaires.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Expérimentation d'actions de prévention des accidents de la vie courante à domicile, à l'école et dans les espaces de loisirs 2. Définition de critères de gravité de l'enfant polytraumatisé tenant compte du terrain, des variables physiologiques, de la cinétique accidentelle, des lésions anatomiques, et de l'existence d'une réanimation pré hospitalière 3. Protocole de prise en charge pré-hospitalière pédiatrique 4. Création d'un « trauma center » pédiatrique concentrant, outre la chirurgie viscérale et orthopédique, les spécialités de neurochirurgie, de chirurgie vasculaire et de radiologie interventionnelle 5. Renforcement dans la zone Sud de la prise en charge en médecine physique et de réadaptation pour les enfants et adolescents victimes de polytraumatismes graves, par coopération avec l'Hôpital d'Enfants, disposant des reconnaissances de spécialités de SSR pédiatriques 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablissements de santé avec services d'urgence (CHU, CHGM, GHER) ▪ SAMU ▪ Etablissements de SSR pédiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mineurs

12. Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux

Éléments de contexte

Selon les résultats de la dernière enquête de couverture vaccinale menée en population générale en 2009 (Enquête de couverture vaccinale à La Réunion en 2009, ORS Réunion, Mars 2010) à partir des carnets de santé et certificats de vaccination, La Réunion avait de très bons taux de couverture vis-à-vis de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite (DTP - 96%) chez les enfants de moins de 6 ans. Les taux de rappel étaient toutefois insuffisants chez les grands enfants (79% des 7-8 ans), les adolescents (85% des 14-15 ans) et les adultes (68% des 19-28 ans). Vis-à-vis de la coqueluche et de *Haemophilus influenzae*, la couverture était également très bonne chez les enfants de moins de 6 ans, avec un meilleur maintien pour la coqueluche à 7-8 ans (97%) que pour *Haemophilus influenzae* (86%). La protection vis-à-vis de la coqueluche concernait moins d'un jeune adulte sur 2.

La couverture ROR (rougeole, oreillons, rubéole) se révélait insuffisante chez les moins de 6 ans (76%) mais meilleure chez le grand enfant et l'adolescent (94%).

Seulement 76% des enfants étaient vaccinés contre le pneumocoque.

La protection contre l'hépatite B concernait 69% des enfants de moins de 6 ans et 78% des 14-15 ans, niveau supérieur à la métropole.

Les enquêtes suivantes de 2012-2013 (DREES et DEGESCO. BVS thématique « La couverture vaccinale à La Réunion ». Novembre 2016) menées en grande section de maternelle à La Réunion confirment les très bons taux de 2009 pour le DTP et une nette amélioration de la couverture vis-à-vis de la coqueluche et de *Haemophilus influenzae* (93 à 96%). Cela peut s'expliquer par le recours élargi aux vaccins pentavalents. La protection vis-à-vis du pneumocoque s'améliore mais reste insuffisante (83%) et celle vis-à-vis du méningocoque est très basse (31%). Concernant le ROR, le taux de 1ère injection est très bon (98%) mais celui de la 2ème injection s'avère encore insuffisant (85%). La couverture contre l'hépatite B se maintient à 68% chez les 5-6 ans.

La vaccination par le BCG (tuberculose) n'est plus obligatoire depuis 2007. Elle reste fortement recommandée en Ile-de-France, en Guyane et à Mayotte. A La Réunion, l'indication vaccinale est posée au cas par cas. Elle relève des missions des centres de lutte antituberculeuse rattachés au CHU de La Réunion et au CHGM, dont les modalités de fonctionnement restent toutefois variables.

Pour ce qui est de la protection vis-à-vis du papillomavirus (HPV), les données de remboursement des vaccins par l'assurance maladie ont concerné environ 10% des jeunes filles de 11-14 ans à La Réunion.

A compter de janvier 2018, l'application à La Réunion de l'obligation vaccinale ne devrait pas soulever de difficultés particulières pour le DTP, la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae* dans la petite enfance. En revanche, des efforts devront être déployés pour les valences liées au pneumocoque, au méningocoque, à l'hépatite B et pour la 2ème injection du ROR chez les enfants ainsi que pour le rappel de la coqueluche chez les adultes jeunes. Le contexte est globalement favorable grâce à la forte implication des médecins libéraux (Perceptions et pratiques des professionnels de santé à l'égard de la vaccination des enfants de moins de 6 ans à La Réunion. ORS Réunion. Juin 2011) principaux vacinateurs, et à une adhésion à la vaccination de 3 Réunionnais sur 4 (Connaissances, opinions et comportements de la population réunionnaise à l'égard de la vaccination, ORS Réunion, Septembre 2017).

Cet objectif vise à consolider les acquis vaccinaux, à soutenir les praticiens du 1^{er} recours dans la mise en œuvre de l'obligation vaccinale étendue aux 11 vaccins et à mieux informer les Réunionnais, notamment ceux qui questionnent l'intérêt vaccinal, sur les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination. Il s'attache aussi à diversifier l'offre vaccinale pour la rendre plus accessible aux publics cibles.

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation continue en vaccinologie des praticiens du 1^{er} recours 2. Diversification des modalités d'information des Réunionnais sur la vaccination en lien avec les praticiens du 1^{er} recours, la PMI, la santé scolaire et universitaire et la médecine du travail 3. Expérimentation, par les centres de vaccination, d'offre vaccinale en maternité pour la femme et le couple (vaccination antigrippale en consultation prénatale et mise à jour des vaccinations dont la vaccination anti-coqueluche en suite de couches) mais aussi pour les personnels travaillant en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie 4. Protocole régional de vaccination par le BCG 5. Enquête de couverture vaccinale en population générale 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Département (PMI) ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Santé scolaire ▪ Santé au travail ▪ SUMPPS ▪ Centres de lutte antituberculeuse ▪ Centres de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants ▪ Parents ▪ Population générale

LA PRESERVATION DE LA SANTE DES JEUNES

Description
<p>L'environnement social (éducatif et familial), les habitudes de vie et le niveau d'autonomie et de responsabilité conditionnent durablement leur état de santé de chaque jeune, immédiatement et à l'âge adulte. Alors qu'une bonne santé est un facteur de réussite scolaire et d'insertion sociale, les écarts entre les jeunes apparaissent, parfois dès la petite enfance.</p> <p>A l'instar de l'enfance, l'adolescence est également une phase primordiale pour l'acquisition des compétences psychosociales en raison de l'importance que prennent à cet âge des comportements préjudiciables à leur santé, la notion de risque étant peu assimilée. De plus, certains jeunes se trouvent en situation de vulnérabilités sociales et sanitaires, qui accentue leur fragilité (« décrocheurs scolaires », jeunes suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse, jeunes en situation d'insertion, ...) et appelle une action renforcée.</p> <p>L'objectif du Projet de santé Réunion Mayotte est donc de maintenir ou améliorer le bien-être des jeunes, de lutter contre les inégalités sociales et territoriales, et de créer un environnement épanouissant.</p> <p>Pour répondre à ce défi, les actions engagées doivent permettre aux jeunes d'acquérir et maîtriser des connaissances, de développer des capacités nécessaires à leur construction et à faire des choix responsables en matière de santé, à s'orienter dans le système de santé et d'accéder facilement à une prise en charge adaptée. Cela ne peut se faire qu'en mobilisant les jeunes eux-mêmes, et l'ensemble des acteurs qui interagissent dans leurs parcours de vie et de santé.</p>
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
<p>V. Développer les compétences psychosociales chez les jeunes</p> <p>VI. Réduire les comportements à risque chez les jeunes</p> <p>VII. Favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale</p>
Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion
<p>13. Développer des approches innovantes et adaptées en prévention et éducation pour la santé</p> <p>14. Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle et améliorer le parcours de santé sexuelle</p> <p>15. Prévenir, repérer et prendre en charge la souffrance psychique et les tentatives de suicide</p> <p>16. Prévenir les conduites addictives, repérer et prendre en charge les jeunes ayant des conduites à risque</p> <p>17. Améliorer l'accès à la santé des jeunes les plus vulnérables</p>

13. Développer des approches innovantes et adaptées en prévention et éducation pour la santé

Éléments de contexte

La prévention auprès des jeunes couvre tous les champs et prend en compte tous les moments de la vie du jeune dans son contexte. Elle est donc complexe et nécessairement multidimensionnelle et globale.

Un des enjeux de la politique en faveur des jeunes est de favoriser le développement de leurs compétences individuelles. Il s'agit de permettre à chacun d'eux de prendre des décisions éclairées et responsables, et d'adopter des comportements favorables à leur santé tout au long de leur vie.

Ces compétences individuelles, ou compétences psychosociales, constituent la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être lui permettant de répondre aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Elles sont désormais reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être sur lequel il est possible d'intervenir efficacement. Leur apprentissage s'opère avant tout au sein de la famille et de son entourage, mais aussi à l'école qui joue un rôle majeur.

La relation aux parents a également une grande influence sur le développement des jeunes. Optimisées, les habiletés et conduites parentales influent positivement sur l'estime de soi, le développement cognitif et le comportement des jeunes, tout au long de leur vie, et notamment à l'adolescence.

Il convient donc d'agir simultanément sur le développement des compétences psychosociales des jeunes et le renforcement des compétences éducatives des adultes référents. Des programmes sont déjà mis en œuvre à La Réunion, notamment en milieu scolaire ; il est nécessaire de les soutenir davantage et d'expérimenter de nouvelles approches en faveur des jeunes et de leur entourage familial ou éducatif.

Les modes de vie et les comportements des jeunes évoluant, il faut adapter et rénover les interventions de prévention pour répondre au mieux à leurs besoins et garantir l'efficacité des actions menées. L'e-santé représente ainsi une opportunité pour les adolescents d'accéder à une information scientifique et médicale fiable, de mieux comprendre comment s'orienter dans le parcours de santé et de devenir de véritables acteurs de leur santé.

Actions et Leviers d'action

1. Mise en œuvre de programmes validés de développement des compétences psychosociales des adolescents en milieu scolaire et hors milieu scolaire
2. Renforcement des compétences des parents en mettant à leur disposition des outils adaptés, et en s'appuyant sur les dispositifs existants
3. Mise en œuvre du parcours éducatif en santé au collège et au lycée
4. Expérimentation, à définir avec le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, d'un centre de santé en milieu universitaire avec une équipe de soins primaires sur chacun des campus :
 - a) Offre de consultation de médecine générale et spécialisée
 - b) Ateliers de gestion non médicamenteuse du stress et des troubles du sommeil
 - c) Ateliers d'activité physique adaptée
 - d) Offre d'accompagnement par une assistante sociale coordonnée avec l'équipe de soins

5. Prévention collective par des étudiants formés en relais santé sur les 2 campus en s'appuyant sur les associations étudiantes
6. Identification et mise en œuvre des programmes de prévention et d'éducation à la santé ayant fait leur preuve et permettant d'aller vers les jeunes notamment les plus éloignés du système de santé
7. Développement de services et outils éducatifs numériques intégrant les modes de communication, d'appropriation des connaissances et les comportements spécifiques des jeunes

Lien programmes ou plans d'action existants

- Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP)
- Programme d'actions du REAAP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents)
- Parcours éducatif en santé
- Programme de réussite éducative
- Contrats de ville et contrats locaux de santé
- Programme OIIS

Acteurs associés

- Education nationale
- Conseil départemental
- Communes
- Caisse d'Allocations Familiales
- Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
- IREPS
- Structures œuvrant dans le champ de la santé, de la jeunesse, et du soutien à la parentalité

Population cible

- Enfants
- Adolescents
- Etudiants
- Parents
- Professionnels de la santé, du social et de l'éducation

14. Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle et améliorer le parcours de santé sexuelle

Eléments de contexte	
<p>L'information et l'éducation sont primordiales pour améliorer le niveau de connaissance des jeunes mais également faire évoluer les attitudes, les comportements et les compétences.</p> <p>Depuis 2012, la démarche de prévention en santé sexuelle en faveur des jeunes en milieu scolaire se caractérise par une territorialisation et une formation des intervenants ainsi qu'une programmation d'actions dans des établissements scolaires prioritaires par le Rectorat. Les interventions se font sur la base d'une charte. Toutefois, la persistance d'indicateurs régionaux éloignés des standards nationaux justifie une revue de la politique de promotion et prévention en santé sexuelle.</p> <p>L'évolution des naissances de mères mineures et des taux de recours à l'IVG ainsi que la proportion d'IVG répétées témoignent des difficultés rencontrées par les jeunes filles dans la maîtrise de leur fécondité. Même si l'offre de prise en charge des IVG s'est étoffée ces dernières années grâce à la forte implication des médecins libéraux, il n'existe pas de référentiel régional permettant d'harmoniser les parcours en pré et post IVG en direction des mineures.</p> <p>La structuration d'un parcours de santé affective et sexuelle à destination des adolescents et jeunes adultes devrait permettre de répondre aux besoins spécifiques de ce public à une période structurante pour la vie.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Meilleure connaissance des déterminants des grossesses chez les mineures 2. Evaluation externe du dispositif de prévention mis en place depuis 2012 et rénovation des programmes d'intervention en milieu scolaire 3. Expérimentation d'approches davantage territorialisées et intégrées, associant prévention et soin dans une logique de parcours de santé sexuelle 4. Accès des jeunes en situation de handicap aux actions de dépistage et aux consultations de prévention en ville et à l'hôpital 5. Incitation des jeunes à recourir, auprès de leur médecin traitant, à la nouvelle consultation de contraception et de prévention des IST qui leur est destinée 6. Coordination des professionnels de santé du 1^{er} recours et des CeGIDD dans l'offre de services en direction des jeunes 7. Plaidoyer auprès du Département pour ajuster les services de planification familiale aux besoins des jeunes filles 8. Amélioration des parcours des mineures en demande d'IVG, en ville et dans les établissements de santé 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé sexuelle 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ Département (PMI) ▪ Communes ▪ Associations œuvrant dans le champ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolescents ▪ Jeunes adultes

<p>de la santé sexuelle</p> <ul style="list-style-type: none">▪ CeGIDD▪ Centres d'orthogénie▪ Professionnels de santé libéraux▪ Etablissements et services médico-sociaux▪ Missions locales▪ Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé▪ COREVIH Réunion-Mayotte▪ Réseaux	
--	--

15. Prévenir, repérer et prendre en charge la souffrance psychique et les tentatives de suicide

Eléments de contexte	
<p>La jeunesse apparaît souvent comme une période enviable de la vie et pourtant de nombreux jeunes sont confrontés à des difficultés d'ordre psychique. Or une mauvaise santé mentale peut avoir des effets importants sur la santé générale et le développement des adolescents, et est associée à de graves conséquences sur le plan sanitaire et social.</p> <p>La dépression est la première maladie chez les 15-24 ans et le suicide représente la deuxième cause de mortalité. Le passage à l'acte suicidaire représente un véritable problème de santé chez les jeunes réunionnais. En effet, sur les 750 hospitalisations annuelles pour tentatives de suicide, 38% concernent les 15-24 ans.</p> <p>Cette tendance est aggravée par l'environnement social réunionnais plus souvent marqué par la violence physique ou psychologique.</p> <p>Pour ces adolescents et jeunes adultes en situation de mal être ou de souffrance psychique, les objectifs consistent à intervenir le plus en amont possible, à faciliter l'accès à des soins spécifiques de qualité et à réduire la durée des parcours en santé mentale pour éviter les ruptures.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilisation des jeunes et de leur entourage aux troubles psychiques qui peuvent apparaître à l'adolescence 2. Information des jeunes et de leur entourage sur les professionnels et structures, ressources en matière de soutien, d'écoute et de soins 3. Repérage des signaux faibles de maltraitance, de souffrance psychique et de risque suicidaire par les professionnels et par les jeunes eux-mêmes et leur entourage 4. Formation des professionnels de santé et de l'éducation au repérage du risque suicidaire et à la gestion de crise 5. Organisation d'un accès rapide à un diagnostic précoce des troubles psychiques 6. Développement de l'offre d'hospitalisation psychiatrique pour les adolescents, à partir de 12 ans 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet territorial de santé mentale ▪ Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ▪ Programme OIIS ▪ Dispositif Vigilans 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ Département ▪ Communauté territoriale de santé mentale (CTSM 974) ▪ Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé ▪ Missions locales ▪ Structures œuvrant dans le champ de la prévention et de la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolescents ▪ Jeunes adultes ▪ Parents et entourage ▪ Professionnels intervenant dans le parcours de santé et éducatif des jeunes

16. Prévenir les conduites addictives, repérer et prendre en charge les jeunes ayant des conduites à risque

Eléments de contexte	
<p>Les consommations problématiques de substances psychoactives (alcool, tabac, zamal et autres drogues) constituent l'essentiel des préoccupations concernant les addictions des jeunes de 13-25 ans, même si les addictions sans produit (écrans, jeux vidéo) constituent des sujets émergents qu'il ne faut pas occulter.</p> <p>La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure et de dommages subséquents. Prévenir les premières consommations excessives d'alcool et les usages des produits illicites chez les jeunes, améliorer le repérage des usages à risque et agir avant qu'une addiction ne s'installe constituent donc un enjeu majeur de santé publique.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmes innovants de prévention des addictions dans une approche globale des conduites à risque (addictions aux produits psychotropes et addictions sans substances) 2. Co-construction et expérimentation sur le territoire Ouest de la démarche d'intervention précoce avec l'ensemble des acteurs concernés, avec évaluation de l'impact et extension 3. Développement de l'offre de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sur l'ensemble de l'île 4. Accès à l'information et à la formation sur les addictions pour les professionnels intervenant auprès des jeunes (formation continue, modules d'autoformation accessibles en ligne, etc.) 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé ▪ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives ▪ Programme national de réduction du tabagisme ▪ Programme Moi(s) sans tabac ▪ Dispositif des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture ▪ Education nationale ▪ DJSCS ▪ PJJ ▪ Département, Communes ▪ Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé ▪ Etablissements de santé ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Missions locales ▪ Maisons des adolescents ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Réseaux de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes ▪ Jeunes ayant des pratiques addictives avec ou sans produit

17. Améliorer l'accès à la santé des jeunes les plus vulnérables

Eléments de contexte	
<p>Si les tous les adolescents et jeunes adultes sont concernés par les différents axes de la préservation de la santé des jeunes, le développement d'une approche spécifique s'avère nécessaire pour prendre en compte les besoins particuliers des jeunes en situation de vulnérabilité. Qu'il s'agisse des jeunes de 16-25 ans sortis du système scolaire et sans emploi, des jeunes mineurs sous main de justice et des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, on constate pour tous une plus grande fragilité sociale et la présence d'inégalités de santé ou d'accès aux soins.</p> <p>Ces difficultés de santé s'ajoutent à des parcours de vie parfois chaotiques et constituent bien souvent un frein au projet éducatif et à l'insertion sociale et professionnelle.</p> <p>L'objectif du Projet de santé est de favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour concourir à améliorer la qualité de vie de ces jeunes, leur bien-être et leur autonomie. Il s'agit d'améliorer la santé globale, y compris santé mentale, de ces jeunes et de contribuer à la réussite de leur projet de vie en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant leur prise en charge, dans une approche de promotion de la santé.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actions de promotion de la santé tout au long du parcours éducatif ou d'insertion 2. Repérage et dépistage ciblés (addictions, souffrance psychique, IST...) et accompagnement dédiés vers les soins 3. Renforcement des capacités d'action en santé des missions locales 4. Organisation pour les jeunes sous main de justice, de la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice 5. Coopérations formalisées entre les acteurs de santé et les professionnels de l'insertion et de la PJJ 6. Formations sur les thématiques de santé aux professionnels de l'insertion et de la PJJ 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Note du 1er février 2013 sur la démarche PJJ promotrice de santé et la convention cadre de partenariat DGS/DPJJ du 25/04/17 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Education nationale ▪ Département ▪ PJJ ▪ DJSCS ▪ DIECCTE ▪ Missions locales ▪ Ecole de la 2ème chance ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements et services médico-sociaux ▪ Structures œuvrant dans le champ de l'insertion et de la PJJ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes sous main de justice ▪ Jeunes en difficultés d'insertion sociale, familiale, professionnelle

L'AMELIORATION DE LA SANTE NUTRITIONNELLE

Description
<p>La nutrition, comprenant à la fois l'alimentation et l'activité physique, est enjeu majeur de santé publique à La Réunion, avec une mobilisation renouvelée des acteurs locaux autour du PRAANS et de la conférence de consensus diabète (2016-2017), partageant les constats :</p> <ul style="list-style-type: none">– d'une prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité,– de comportements alimentaires éloignés des recommandations sanitaires– d'une offre alimentaire trop peu diversifiée– d'une activité physique insuffisante pour les personnes à risque nutritionnel– d'une prise en charge tardive et insuffisante des maladies nutritionnelles et métaboliques et de leurs facteurs de risque. <p>La prévalence du diabète, de l'IRC, et des maladies cardiovasculaires traduit cette défaillance de la santé nutritionnelle, malgré une mobilisation accrue des pouvoirs publics et de la société civile.</p>
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
<p>VIII. Prévenir et prendre en charge les situations de dénutrition, notamment infantile</p> <p>IX. Ralentir la progression de l'obésité et du surpoids</p> <p>X. Ralentir la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques</p>
Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion
<p>18. Améliorer les connaissances sur les comportements alimentaires</p> <p>19. Promouvoir les repères nutritionnels, et les comportements nutritionnels adaptés</p> <p>20. Structurer l'offre en Sport-Santé</p> <p>21. Enrichir les modalités de dépistage liées aux troubles de la nutrition, et de prise en charge de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adulte</p> <p>22. Envisager l'extension de missions du Centre Spécialisé de l'Obésité à l'ensemble des problématiques nutritionnelles</p>

18. Améliorer les connaissances sur les comportements alimentaires

Éléments de contexte	
<p>Les liens entre l'alimentation et l'apparition de certaines maladies, comme les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires ou les cancers, sont établis. La prévention de ces maladies impliquent de connaître précisément les habitudes alimentaires de la population, afin d'agir à la fois sur l'offre alimentaire et sur les comportements.</p>	
Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA) 2. Etude sur les usages, pratiques et représentations de l'alimentation 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme National Nutrition Santé ▪ PRAANS ▪ Référentiels de la conférence de consensus diabète 2016-2017 ▪ PRSE 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DAAF ▪ DJSCS ▪ Université de La Réunion ▪ CHU de la Réunion ORS ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

19. Promouvoir les repères nutritionnels, et les comportements nutritionnels adaptés

Eléments de contexte	
<p>L'acquisition des repères nutritionnels doit permettre à chacun de pouvoir adapter son alimentation dans un objectif de préservation de sa santé.</p> <p>Adoptés dès l'enfance, avec l'aide de l'entourage, et tout au long de la vie, des comportements alimentaires sains alliant plaisir et équilibre, ainsi qu'une activité physique régulière, constituent la meilleure des préventions des maladies métaboliques et nutritionnelles.</p> <p>Elaborés au niveau national, ces repères nutritionnels sont aujourd'hui mal connus du grand public à La Réunion.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie de communication à destination du grand public sur les repères nutritionnels 2. Formation des médecins traitants aux repères nutritionnels 3. Actions de prévention territorialisées et intersectorielles dans les quartiers 4. Programmes d'éducation nutritionnelle en faveur des enfants et de leurs parents au sein des quartiers prioritaires et en milieu scolaire 5. Programmes de promotion de la pratique d'une activité physique régulière auprès des adolescents, notamment les jeunes filles en surpoids 6. Renforcement de l'éducation physique et sportive à l'école primaire, au collège et au lycée 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Programme National Nutrition Santé ▪ Référentiels de la conférence de consensus sur le diabète (2016-2017) ▪ Expérimentation nationale sur l'obésité infantile ▪ Expérimentation nationale sur la prévention du diabète chez l'adulte 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ DAAF ▪ DJSCS ▪ Département ▪ Collectivités locales ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ IREPS ▪ Réseaux de santé ▪ Associations œuvrant dans le domaine de la nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes ▪ Population générale ▪ Personnes en situation de vulnérabilité

20. Structurer l'offre en Sport-Santé

Description	
<p>L'activité physique contribue à la réduction des risques de survenue ou récurrence de maladies chroniques (diabète de type 2, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires, cancer). Elle fait partie intégrante, avec l'alimentation, de la santé nutritionnelle.</p> <p>La loi de modernisation de notre système de santé prévoit d'accroître le recours aux activités physiques comme thérapeutique non médicamenteuse à destination des patients en Affection de Longue Durée et de développer la prescription de l'activité physique par les médecins traitants. Néanmoins, l'offre de sport-santé tend à se développer sans garantie de qualité des accompagnements proposés.</p> <p>Cette activité physique se doit d'être adaptée aux capacités fonctionnelles, aux risques médicaux liées aux affections des patients, et aux bénéfices attendus. L'offre de sport sur ordonnance doit pouvoir trouver des relais labellisés en proximité sur l'ensemble du territoire.</p> <p>En outre, la pratique d'une activité physique adaptée pour tous est soutenue dans le Plan Régional Sport-Santé-Bien Etre à La Réunion (DJSCS).</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilisation des médecins traitants à la prescription du sport-santé pour les patients en ALD 2. Labellisation des activités de sport-santé bien-être (SSBE) sur l'ensemble du territoire 3. Référentiel de formation des professionnels du sport-santé 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Programme National Nutrition Santé ▪ Plan régional Sport-Santé-Bien-être ▪ Loi de modernisation de notre système de santé (loi n° 2016-41) du 26 janvier 2016 (article 144) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DJSCS ▪ DAAF ▪ URPS kinésithérapeutes ▪ Fédérations sportives ▪ Université de La Réunion ▪ CREPS ▪ Collectivités locales ▪ IREPS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes présentant des risques ▪ Personnes atteintes de maladies chroniques

21. Enrichir les modalités de dépistage des troubles de la nutrition, et les prises en charge de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adulte

Éléments de contexte

L'obésité et le surpoids concernent 40% de la population réunionnaise au global, et en particulier 20% des enfants de grande section de maternelle. Le problème s'accroît à l'adolescence, puisque ce taux est de 29% chez les enfants de 12 ans. Chez les enfants, les enquêtes réalisées en milieu scolaire montrent que 12 à 27% des jeunes entre 5 et 15 ans sont en surcharge pondérale (surpoids et obésité). Hormis la classe d'âge des 5-6 ans, cette prévalence est supérieure à la moyenne métropolitaine.

Il convient donc d'enrichir les modalités de dépistage et de prise en charge de ces troubles.

L'enjeu est donc de proposer aux adultes comme aux enfants et à leurs parents des parcours structurés, plus simples et fluides dans chaque zone de proximité au travers d'un plan d'action régional de lutte contre l'obésité tant infantile qu'adulte, fondé sur des éléments de preuve de l'efficacité des actions.

Les médecins traitants ont un rôle prépondérant dans le dépistage des maladies liées à la nutrition, telles que l'obésité, mais aussi les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie).

L'Education Thérapeutique de l'enfant et de l'adulte en surpoids ou obèse doit être plus efficace et accessible sur le territoire.

Actions et Leviers d'action

1. Mise en place d'un cahier des charges pour le suivi des enfants à risque de 3 à 12 ans par le médecin traitant en lien avec le réseau pédiatrique 974 :
 - a) Qualité des consultations de suivi de l'obésité (CSO)
 - b) Qualité du suivi annuel des courbes de corpulence
2. Formation des médecins à la prise en charge du surpoids et l'obésité
3. Déploiement à La Réunion de l'expérimentation nationale pour les enfants de 3-8 ans à risque d'obésité, et stratégie régionale de prévention précoce de l'obésité pédiatrique
4. Consolidation de la filière obésité et pathologies nutritionnelles adultes et enfants :
 - a) Renforcement des articulations entre 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} recours
 - b) Amélioration du suivi après chirurgie bariatrique
5. Déploiement de l'expérimentation nationale de prévention du diabète chez l'adulte pré-diabétique et les femmes ayant connu un diabète gestationnel
6. Disposition d'une offre hospitalière de recours en endocrinologie dans chaque zone de proximité (médecine)
7. Rénovation des programmes d'Education Thérapeutique du Patient
8. Evaluation de la plus-value de l'offre saisonnière de SSR pédiatriques dans le parcours de soin de l'enfant et de la famille

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Programme National Nutrition Santé ▪ Expérimentation nationale de prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans ▪ Expérimentation nationale de prévention du diabète chez l'adulte pré-diabétique et les femmes ayant connu un diabète gestationnel ▪ Plan régional Sport Santé Bien-Etre ▪ Référentiel de prévention primaire de la conférence de consensus diabète (2016-2017) ▪ Programmes territoriaux de prévention « Nutrition Diabète » ▪ Programme d'actions du Plan régional alimentation ▪ Contrats de ville et contrats locaux de santé ▪ Semaine de la Fraich'attitude 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ DAAF ▪ DJSCS ▪ Education nationale ▪ Département (PMI) ▪ Communes ▪ Centre Spécialisé Obésité sévère ▪ Etablissements de santé ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Associations et réseaux dans le champ de la santé, de l'activité physique et de la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants de 0 à 18 ans ▪ Adultes ▪ Parents

22. Envisager l'extension des missions du Centre Spécialisé de l'Obésité à l'ensemble des problématiques nutritionnelles

Eléments de contexte	
<p>La mise en place du Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) Réunion Mayotte a été une première étape dans l'organisation régionale d'une prise en charge des personnes souffrant d'obésité. Il doit pouvoir répondre à l'ensemble de ses missions pour La Réunion et Mayotte : coordination des parcours et organisation de la filière, organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), recours pour les prises en charge complexe.</p> <p>Compte tenu de l'enjeu sanitaire régional, tant pour La Réunion que pour Mayotte, et des recommandations du Haut Conseil de Santé Publique sur le futur Programme National Nutrition Santé 2017-2021, une extension de ses missions à l'ensemble des problématiques nutritionnelles sur les deux îles doit être envisagée : dénutrition des enfants à Mayotte, dénutrition des personnes âgées, troubles des conduites alimentaires.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gradation et structuration de la filière de prise en charge des maladies liées à la nutrition, y compris des Troubles des Conduites Alimentaires, avec le centre spécialisé de la nutrition comme niveau de référence 2. Implication des associations dans le fonctionnement du CSO 3. Organisation de RCP avec mise en place de Plans Personnalisés de Soins 4. Diffusion auprès des SAMU, SMUR et services d'urgence de recommandations pour une prise en charge somatique et psychiatrique des personnes en situation nutritionnelle critique 5. Promotion de « OIIS pro » comme plateforme de coopération entre les différents niveaux de recours ville/hôpital 6. Information du grand public sur les ressources médicales, associatives et sociales en matière de prise en charge des maladies liées à la nutrition 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Programme National Nutrition Santé ▪ Conférence de consensus sur le diabète (2016-2017) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DAAF ▪ DJSCS ▪ CHU de La Réunion ▪ Etablissements de santé de La Réunion et de Mayotte ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Fédérations sportives ▪ Collectivités locales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants de 0 à 18 ans ▪ Parents ▪ Adultes

LA QUALITE DE VIE ET LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

Description

Les politiques en faveur des personnes en situation de handicap et de personnes âgées en perte d'autonomie promeuvent l'inclusion sociale, le respect des choix de vie, le soutien à domicile et en milieu ordinaire, et un accès à la prévention et à des soins adaptés.

La MDPH comptabilise 43 338 personnes reconnues handicapées au 31/12/2015, soit 5,1% de la population réunionnaise, la plupart ne relevant pas d'un accompagnement médico-social spécifique. Les types de handicap évoluent : diminution de la trisomie 21, augmentation de la reconnaissance des troubles du spectre autistique et du handicap psychique, compensation de plus en plus efficace des déficiences auditives.

L'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées modifie les besoins d'accompagnement, y compris pour les aidants.

La Réunion a quasiment rattrapé la métropole s'agissant des taux d'équipement pour enfants et adolescents (9,1 places pour 1 000 jeunes pour La Réunion contre 9,7 en métropole), le rattrapage sur le secteur adulte est à poursuivre. En effet, le taux d'équipement adulte à La Réunion reste inférieur de plus de 4 points à celui de la métropole (5,9 contre 10,1).

La démarche « une réponse accompagnée pour tous » poursuit le mouvement de fond engagé depuis la loi du 11 février 2005, et vise une meilleure individualisation des accompagnements, et une plus forte coordination des intervenants, dans un objectif de désinstitutionalisation et d'une société plus inclusive, appelant la mobilisation de tous les acteurs locaux (scolarisation, insertion professionnelle, logement, transports, prévention de l'isolement et accès à une vie sociale...).

La situation sociodémographique des personnes âgées a fortement évolué ces dernières années, les plus de 60 ans devant représenter un quart de la population réunionnaise en 2030 (contre 15,6% en 2016). Le vieillissement de la population pose de nombreux défis, tels que la préservation de l'autonomie, la disposition d'un environnement favorable à la santé, le maintien du lien social, la réponse à la grande dépendance, le soutien des aidants.

En 2016, 14 937 personnes bénéficiaient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, dont 88% sont à domicile, contre 56% en métropole. Cette prééminence du domicile doit rendre attentif à la situation des aidants.

Concernant les maladies neurodégénératives, trois consultations mémoire hospitalières bénéficient d'un financement dédié, avec des délais d'attente longs (5 à 7 mois). Il n'existe pas de centre mémoire ressource. Une Unité Cognitive Comportementale, implantée au CHU site Sud (Le Tampon), dispose de 6 lits. Un programme d'Education Thérapeutique du Patient est autorisé depuis fin 2016.

Outre le fonctionnement de cinq accueils de jour sur l'île, l'hébergement temporaire reste une modalité de répit peu utilisée (reste à charge pour les familles, complexité de l'admission).

La prise en charge à temps complet est assurée par 21 établissements pour personnes âgées, dont 16 sont médicalisés (EHPAD), et deux unités de soins de longue durée, soit un taux d'équipement de 44 lits d'EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 125 en métropole.

Ces établissements d'accueil affichent une liste d'attente régionale de 606 personnes au 30 mai 2017 ; 250 places sont en cours d'ouverture d'ici 2019.

Sur le versant gériatrique, l'offre est composée de quatre courts séjours gériatriques, trois SSR

spécialisés et d'une unité cognitivo-comportementale. Chacun de sites hospitaliers d'accueil des urgences dispose d'une équipe mobile gériatrie. Les deux HAD couvrent tout le département et assurent la prise en charge de patients âgés.

Trois équipes mobiles de psychogériatries sont attachées aux établissements de santé (CHU, EPMSR) sur le Nord Est, l'Ouest et le Sud.

La loi de préparation de la société au vieillissement de la population a permis la mise en place de la conférence des financeurs, réunissant la CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE, l'ARS et le Département dans une coordination de leurs soutiens aux actions de prévention de la perte d'autonomie.

La conjugaison d'un meilleur dépistage et du vieillissement implique de poursuivre l'effort de rattrapage engagé précédemment tout en adaptant l'offre sanitaire et médico-sociale à des besoins qui évoluent : allongement de l'espérance de vie et des situations de dépendance lourde, cumul de fragilités sociales et médicales, augmentation des maladies chroniques, augmentation des troubles psychiques. Aussi, la prévention et le repérage de la perte d'autonomie constituent un axe fort d'intervention qui nécessite la mobilisation d'une pluralité d'acteurs.

L'offre sanitaire et médico-sociale devra s'adapter aux besoins d'une population âgée et handicapée en progression.

Objectifs généraux à 10 ans Réunion et Mayotte

- XI. Prévenir et retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées et les personnes handicapées
- XII. Soutenir l'inclusion sociale des personnes âgées et des personnes handicapées
- XIII. Adapter les services de santé à l'évolution des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées

Objectifs opérationnels à 5 ans (PH) Réunion

- 23. Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoce du handicap
- 24. Adapter l'offre médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes handicapées
- 25. Promouvoir l'autonomie et l'inclusion des personnes handicapées
- 26. Favoriser l'accès à la santé des personnes handicapées

Objectifs opérationnels à 5 ans (PA) Réunion

- 27. Améliorer la connaissance épidémiologique des publics âgés et de leurs aidants
- 28. Préserver le capital santé des personnes autonomes de plus de 55 ans
- 29. Structurer le repérage précoce de la perte d'autonomie
- 30. Faciliter l'accès à une offre de diagnostic neuro-dégénératif et à la prise en charge
- 31. Adapter les réponses aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs aidants
- 32. Poursuivre le déploiement du guichet intégré de la MAIA, composante de la PTA

23. Améliorer le repérage, le dépistage, et la prise en charge précoce du handicap

Éléments de contexte	
<p>L'amélioration de la prise en charge des enfants handicapés passe par une structuration du parcours de prise en charge et une gradation du dispositif de repérage, de diagnostic et de prise en charge précoces des enfants handicapés.</p> <p>La réduction des listes d'attente, et surtout des délais d'accès à une première prise en charge après diagnostic, doit permettre de prévenir l'accroissement du handicap et de mettre en place une compensation efficace.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation des acteurs à la détection des signaux faibles : famille, PMI, médecine scolaire, professionnels de santé du 1er recours... 2. Protocole d'orientation des enfants vers les CAMSP et CMPP 3. Optimisation des capacités de prise en charge précoce dans les CAMSP et CMPP 4. Mise en place d'expertises de niveau 3, et articulation des trois niveaux d'expertise 5. Développement de la guidance parentale, intégrée à la prise en charge médico-sociale des enfants 6. Procédure accélérée pour les cas jugés prioritaires sur la base d'une grille d'évaluation 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une réponse accompagnée pour tous 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education Nationale ▪ Département (PMI) ▪ MDPH ▪ ESMS ▪ Professionnels de santé libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants en situation de handicap ▪ Parents

24. Adapter l'offre médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes handicapées

Éléments de contexte	
<p>Dans le cadre de la démarche une « Réponse Accompagnée Pour Tous », l'offre doit évoluer pour répondre aux besoins et aux aspirations des personnes en situation de handicap et de leurs proches : passer d'une logique de places à une logique de parcours, structurés autour de la personne handicapée, et favorisant l'inclusion en milieu ordinaire ; mise en synergie des ressources d'accompagnement et de compensation sur un territoire.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Promotion de dispositifs assurant un accompagnement et une prise en charge individualisée, variables dans le temps : plateforme de service, pôles de compétence et de prestations externalisées, relayage, accueil séquentiel, accueil temporaire 2. Convention territoriale inter-associative et multi-partenaire entre organismes gestionnaires d'ESMS d'un même territoire de proximité 3. Structuration de l'offre, par territoire, sur le principe d'un panier de biens et services avec les trois niveaux de recours 4. Soutien aux aidants : guidance parentale, formation des aidants, répit 5. Développement de la polyvalence des services 6. Harmonisation des outils et des critères d'admission en ESMS 7. Promotion de réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes (PHV) sur la base des travaux menés sur le territoire 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarche une « Réponse Accompagnée Pour Tous » ▪ Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre ▪ 3ème et 4ème plans Autisme 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ Département ▪ MDPH ▪ ESMS ▪ Professionnels de santé libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes handicapées

25. Promouvoir l'autonomie et l'inclusion des personnes handicapées

Éléments de contexte	
L'accès et le maintien des personnes handicapées au milieu ordinaire se heurtent à nombre de barrières (transport, accessibilité, scolarisation, formation, logement, emploi etc.) qui doivent faire l'objet d'actions correctives en lien avec l'ensemble des acteurs sur le territoire.	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispositifs innovants et expérimentaux favorisant l'accès et le maintien en milieu ordinaire 2. Dispositifs de scolarisation en milieu ordinaire ou semi-ordinaire : unités d'enseignement externalisées, ULIS-SESSAD, inclusions partielles en classe ordinaire 3. Formation des enseignants à la prise en compte du handicap en milieu scolaire et professionnalisation des AESH 4. Dispositifs favorisant l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire : dispositif emploi accompagné, dispositif prékap'R ... 5. Collaboration sur le logement inclusif avec les bailleurs sociaux, les communes et les associations 6. Accès aux activités physiques adaptées, activités et pratiques culturelles et artistiques 7. Prise en compte de la dimension affective et sexuelle dans les accompagnements 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH) ▪ Programme Sport / Santé ▪ PDALHPD (Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ Département ▪ DIECCTE ▪ AGEFIPH / FIPHFP ▪ DJSCS ▪ Service Public de l'Emploi ▪ ESMS ▪ Bailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes handicapées

26. Améliorer l'accès à la santé des personnes handicapées

Eléments de contexte	
<p>Les personnes en situation de handicap ont des indicateurs de santé globalement inférieurs à la population générale, avec un retard dans le diagnostic et la prise en charge, et une difficulté à faire reconnaître leurs besoins de santé au-delà de leur handicap. Or, malgré les différentes prises de conscience, et notamment la charte Romain Jacob, les freins restent nombreux et interrogent l'ensemble de l'accessibilité de notre système de santé, et l'effectivité des droits reconnus aux patients.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement d'un réseau de professionnels libéraux sensibilisés à la prise en charge du handicap ; encouragement des professionnels en exercice coordonné à développer des pratiques d'accessibilité à la santé des personnes handicapées, et notamment des consultations dédiées 2. Intégration de la prévention et de l'accès aux soins dans les projets individualisés d'accompagnement en ESMS 3. Organisation de consultations spécialisées dédiées aux personnes handicapées 4. Protocole spécifique d'accueil aux urgences et dans les centres de référence et centres de consultation 5. Organisation de consultations de prévention bucco-dentaire, gynécologique, colorectale et sénologique dans les ESMS 6. Intégration du handicap dans les projets de prévention et de promotion de la santé 7. Organisation de prises en charge adaptées sur les plateaux techniques de chirurgie bucco-dentaire 8. Structuration des liens entre l'HAD et les ESMS 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charte Romain Jacob 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ PTA ▪ Professionnels libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes handicapées

27. Améliorer la connaissance épidémiologique des publics âgés et de leurs aidants

Eléments de contexte	
<p>Au regard de la perspective de vieillissement de la population, d'une situation épidémiologique originale en comparaison des données nationales, et de la spécificité d'un maintien à domicile plus marqué, la connaissance de l'état de santé des personnes âgées, de leur environnement, de leurs aspirations et besoins, mais aussi des modes d'accompagnement et des solidarités de proximité est une nécessité pour l'orientation des politiques publiques menées localement et les prises en charge. Plusieurs travaux de recherche sont engagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - adaptation des tests neurologiques au contexte local (CHU) - projet de cohorte, permettant d'appréhender la corrélation entre les maladies chroniques à forte prévalence à La Réunion et le vieillissement - étude sur l'état de santé des personnes âgées à domicile, croisé avec leurs caractérisations sociales, via les médecins généralistes. <p>Ces exemples de travaux témoignent d'un intérêt local pour la recherche sur le vieillissement, démarche à soutenir.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutien aux travaux de recherche permettant d'éclairer l'épidémiologie locale du vieillissement, et les besoins des personnes âgées 2. Labellisation d'un centre mémoire ressource recherche au CHU de La Réunion 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ DRRT ▪ Région ▪ Département ▪ Université de La Réunion ▪ CHU Réunion ▪ Observatoire Régional de la Santé Océan Indien ▪ Equipes de recherche ▪ URPS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées ▪ Aidants

28. Préserver le capital santé des personnes autonomes de plus de 55 ans

Élément de contexte	
<p>La conférence des financeurs, associant l'ARS, la Caisse Générale de Sécurité Sociale et le Département est installée suite à la loi de préparation de la société au vieillissement. Elle structure ainsi progressivement le déploiement d'une prévention collective et individuelle de la perte d'autonomie liée au vieillissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement d'une offre de prévention territorialisée à destination des personnes de 55 ans et plus, autonomes mais en risque ou en situation de fragilité - création d'un environnement favorable à la santé et à la préservation de l'autonomie <p>Ces interventions s'inscrivent dans un contexte de vieillissement démographique annoncé et d'une faiblesse numérique de l'offre d'hébergement médicalisé, renforçant le besoin d'une prévention efficace de la dépendance liée à l'âge.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement de projets d'actions collectives de prévention, en lien avec le programme de la conférence des financeurs 2. Structuration de l'offre d'activité physique adaptée à destination des personnes âgées 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme coordonné d'actions de la conférence des financeurs ▪ Programme Alimentation Activité physique Nutrition Santé (PRAANS) ▪ Programme Villes Amies des Aînés ▪ Programme ATOUT Age ▪ Contrats locaux de santé ▪ Contrats de ville 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ DJSCS ▪ Département ▪ GIE VA ▪ Mutualité de La Réunion ▪ Communes ▪ Association œuvrant dans le champ de la santé, du social, des loisirs et du sport ▪ EHPA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes de plus de 55 ans autonomes ▪ Personnes classés en GIR 5 et 6

29. Structurer le repérage précoce de la perte d'autonomie

Éléments de contexte	
<p>Le repérage des signaux faibles, annonciateurs d'un risque de perte d'autonomie, est peu développé, et le signalement peu organisé. Or l'identification précoce des fragilités des personnes âgées doit permettre de déployer une stratégie d'accompagnement et de prévention, retardant la perte d'autonomie.</p> <p>Une grille locale de repérage est en cours de construction par les équipes gériatriques du CHU avec le soutien de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (GIE VA), avec une ambition de large diffusion et appropriation.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Co-construction d'un outil de repérage des fragilités du sujet âgé par les experts et les membres de la MAIA 2. Déploiement de la grille de repérage sur l'ensemble du territoire avec l'appui de la conférence des financeurs 3. Soutien à l'émergence de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) portant le repérage de la perte d'autonomie 4. Formation des professionnels au repérage des signaux faibles 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grille FRAGGIR et programme CNAMTS pour les GIR 5 et 6 ▪ Programme de la conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Département ▪ GIE VA ▪ CHU ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ PTA ▪ MAIA ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes de plus de 55 ans autonomes ▪ Personnes classées en GIR 5 et 6

30. Faciliter l'accès à une offre de diagnostic neurodégénératif et la prise en charge

Eléments de contexte	
<p>L'accès au diagnostic des maladies neurodégénératives, en premier lieu Alzheimer et Parkinson chez les personnes âgées, repose sur quatre consultations mémoires hospitalières, dont 2 sont labellisées, pour une activité totale de 1 549 patients diagnostiqués en 2016, avec des délais d'attente longs (5 à 7 mois).</p> <p>L'orientation, la définition et la mise en œuvre d'un plan personnalisé d'accompagnement après l'annonce du diagnostic sont encore peu formalisées.</p> <p>La ressource repérage/diagnostic des professionnels de santé libéraux est peu mobilisée, et insuffisamment articulée avec l'offre hospitalière.</p> <p>Un premier programme d'ETP « maladies neurodégénératives », intervenant après l'annonce du diagnostic, a été autorisé et financé.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Structuration sur le territoire de l'offre de diagnostic neurodégénératif : <ol style="list-style-type: none"> a) Sensibilisation des médecins traitants au repérage/dépistage des troubles neurodégénératifs b) Révision du fonctionnement et renforcement des consultations mémoire hospitalières c) Mise en place de consultations mémoire libérales, articulées avec la filière hospitalière d) Protocole garantissant la définition et la mise en œuvre d'un plan personnalisé de soins et d'accompagnement en aval du diagnostic e) Développement de l'adressage aux programmes d'ETP 2. Développement de l'offre de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles du comportement : <ol style="list-style-type: none"> a) Redéfinition du rôle des UCC et UHR b) Identification complémentaire, le cas échéant, d'unités de soins aigus pour des patients avec troubles du comportement perturbateurs, au sein des courts séjours gériatriques c) Clarification des rôles et modalités d'intervention des équipes mobiles de géro-psycho-geriatrie 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PMND 2014 - 2019 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département ▪ Etablissements de santé ▪ EHPAD ▪ URPS ▪ EHPA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées

31. Adapter les réponses aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs aidants

Éléments de contexte
<p>Face à l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dépendantes à la Réunion et compte tenu de la place prépondérante du domicile comme principal lieu de résidence, il convient d'apporter des réponses souples et innovantes aux familles concernées.</p> <p>Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes suppose :</p> <ul style="list-style-type: none">- la prise en compte des aidants, avec des dispositifs de soutien, de répit, d'accueil et d'hébergement temporaire, ou de suppléance à domicile- l'adaptation du logement et la disposition de logements intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD- un accompagnement de qualité à la fin de vie. <p>De nombreuses structures hébergent aujourd'hui des personnes âgées dépendantes, ou des personnes handicapées, en dehors des autorisations administratives requises, et sans qu'une régulation de ces activités, relevant notamment des compétences du Conseil Départemental, n'ait pu être mise en œuvre, au-delà de la gestion ponctuelle de certains signalements. Une démarche interinstitutionnelle de règlement de cette situation doit être engagée dans l'intérêt de la protection des personnes ainsi hébergées.</p> <p>L'offre d'EHPAD est en augmentation progressive (3 nouveaux EHPAD ont posé leur première pierre en 2017 pour une capacité nouvelle de 254 places). Un besoin conséquent reste cependant à couvrir, aussi bien en hébergement permanent que temporaire, comme l'atteste l'importance des listes d'attente. Cette modalité d'accueil et de prise en charge reste préférentiellement réservée aux situations de lourde dépendance ou de dépassement des possibilités de maintien à domicile.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Dispositif partagé de suivi des demandes et orientations des personnes âgées2. Harmonisation des politiques d'admission en établissements et services pour personnes âgées3. Développement de l'offre d'hébergement intermédiaire entre l'EHPAD et le domicile :<ul style="list-style-type: none">• Habitats partagés pour les Personnes Handicapées Vieillissantes• Maisons d'accueillants familiaux et familles d'accueil salariées• Habitats groupés• EHPAD à domicile• Résidences service• Petites unités de vie• Résidences autonomie4. Développement de l'offre de services à domicile :<ul style="list-style-type: none">• Expérimentation d'IDE de nuit en SSIAD• Expérimentation d'un partenariat SSIAD – HAD• Création d'un SPASAD• Promotion des gérontechnologies• Développement de solutions innovantes pour l'administration sécurisée de médicaments au domicile des personnes âgées5. Développement de l'offre de répit pour les aidants :<ul style="list-style-type: none">• Expérimentations de relaying sur chaque territoire• Lieux d'accueil innovants pour les personnes âgées portés par les communes

<ul style="list-style-type: none"> • Hébergement temporaire en EHPAD • Accueil de jour en EHPAD avec des espaces dédiés • Une plateforme de répit repos par territoire • Une maison des aidants par territoire • Une offre de formation pour les aidants <p>6. Evaluation des publics accueillis en pension de famille non agréées et élaboration de préconisations en vue d'une reconnaissance ou d'une labellisation de ces lieux d'accueil par le département</p> <p>7. Augmentation des capacités d'accueil en hébergement et service médico-social pour personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création de places supplémentaires en EHPAD, • Création d'une USLD dans la zone Ouest, • Développement des capacités des SSIAD, • Extension de l'UCC du Tampon, et identification d'une UCC dans chaque zone • Amélioration de l'accès aux soins somatiques en EHPAD via les téléconsultations. <p>8. Ouverture des EHPAD sur l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation aux programmes de recherche universitaires ; • Soutien à la création de projets intergénérationnels, culturels, et sociaux • Mutualisation de compétences et de moyens (formations croisées, personnels communs...) 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PMND 2014 - 2019 ▪ Schéma départemental social et médico-social 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ DJSCS ▪ GIPSAP ▪ CCAS ▪ ESMS, dont EHPAD/EHPA ▪ HAD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées

32. Poursuivre le déploiement du guichet intégré de la MAIA, composante de la PTA

Éléments de contexte	
<p>La coordination et la mobilisation des intervenants autour des cas complexes, c'est-à-dire des personnes âgées en situation de grande dépendance à domicile, sont actuellement assurées par les gestionnaires de cas de la MAIA.</p> <p>Cette dernière a vocation à intégrer le schéma régional cible de coordination des parcours de santé en devant une composante de la PTA et en adoptant le SI commun.</p> <p>Une cartographie détaillée des prestations offertes et des publics accueillis par chaque EHPAD a été élaborée par les MAIA (via l'annuaire partagé et le référentiel des missions).</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Création d'un outil informatique de gestion des demandes d'admission et d'orientation s'appuyant sur le ROR et le référentiel des missions des MAIA 2. Expérimentation de réunions de concertation pluri disciplinaires sur chaque zone de proximité 3. Développement de l'outil d'évaluation multidimensionnel en articulation avec OIIS 360 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme OIIS ▪ PMND 2014-2019 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PTA ▪ MAIA ▪ CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE ▪ Département ▪ Communes ▪ GCS TESIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées

LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Éléments de contexte

Souvent associée au vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques appelle à une amélioration constante du dépistage et de la prise en charge précoce afin de prévenir les complications altérant la qualité de vie des patients, et consommatrices de ressources en santé.

Elle justifie de revoir les dispositifs de prévention, de renforcer la coordination des parcours de santé, et de favoriser l'autonomie des patients.

Les maladies chroniques concentrent l'essentiel des gains de santé désormais attendus, et requiert dès lors une évolution des pratiques et des organisations de santé, et une association plus forte de la société civile et des intervenants publics hors du seul champ sanitaire.

Objectifs généraux à 10 ans Réunion et Mayotte

- XIV. Eviter la survenue des maladies chroniques chez les personnes à risque
- XV. Eviter ou ralentir la dégradation de l'état de santé des personnes atteintes des maladies chroniques et préserver leur autonomie

Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion

Organiser les 6 parcours prioritaires dans une logique de prévention, de repérage précoce et d'orientation vers un projet de santé personnalisé, construit avec l'utilisateur et mobilisant des professionnels coordonnés :

- 33. Parcours de santé « diabète »
- 34. Parcours de santé « insuffisance rénale chronique »
- 35. Parcours de santé « insuffisance cardiaque chronique »
- 36. Parcours de santé « d'accidents vasculaires cérébraux »
- 37. Parcours de santé « maladies cancéreuses »
- 38. Parcours de santé « addictions »

33. Parcours « diabète »

Éléments de contexte

A La Réunion, près d'une personne sur dix bénéficie d'un traitement médicamenteux contre le diabète, soit deux fois plus que le niveau national.

Plus de 4 200 personnes sont admises chaque année en ALD. Toutefois, la part des personnes ignorant leur statut hyper-glycémique reste importante : 1/3 selon l'enquête REDIA datant de 1999.

Le diabète est une pathologie majoritairement prise en charge par les soins de premier recours en lien étroit avec la médecine de second recours spécialisée en ville et en établissements de santé.

Une conférence de consensus, conduite par l'ARS Océan Indien en 2016-2017, a renouvelé la mobilisation et le partenariat autour de cette maladie, priorité régionale reconnue, et définit des référentiels désormais applicables.

Le projet OIIS a engagé la structuration d'une coordination des parcours de santé, à partir de cette pathologie.

Actions et leviers d'actions

1. Prévenir et retarder l'apparition du diabète du type 2
 - a) Sensibilisation de la population à l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une pratique régulière de l'activité physique
 - b) Formation continue sur les maladies métaboliques à destination des professionnels du 1^{er} recours
 - c) Actions en proximité de repérage et de dépistage des maladies métaboliques et orientation vers un programme de prévention
 - d) Expérimentation nationale de prévention du diabète de type 2 chez les personnes pré-diabétiques ou ayant présenté un antécédent de diabète gestationnel
 - e) Animation régionale de l'observation du diabète
2. Réduire les complications évolutives du diabète
 - a) Plans Personnalisés de Soins adaptés au diabète, comme outil de coordination
 - b) Dépistage en proximité de la rétinopathie diabétique par un dispositif de télé-médecine dans les zones moins couvertes en recours spécialisé
 - c) Promotion du dispositif commun de dépistage de la rétinopathie diabétique en ville
 - d) Télé-expertise pour la prise en charge des neuropathies diabétiques (pied diabétique)
3. Accompagner la personne diabétique vers une plus grande autonomie dans la gestion au quotidien de la maladie
 - a) Nouvelle offre d'ETP populationnelle afin de couvrir 80% des patients nouvellement diagnostiqués avec diabète
 - b) Promotion du service d'accompagnement SOPHIA
 - c) Promotion du portail patient « OIIS ma santé »

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référentiels de la conférence consensus diabète 2016-2017 ▪ Expérimentation de prévention de diabète de type 2 2017-2021 ▪ Programme alimentation, activité physique, nutrition, santé (PRAANS) ▪ Service d'accompagnement SOPHIA de l'assurance maladie 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ DAF ▪ DJSCS ▪ Education Nationale ▪ Mutualité de La Réunion ▪ Etablissements de santé ▪ Médecins traitants ▪ Endocrinologues ▪ Diététiciens, infirmiers, pharmaciens ▪ PTA ▪ Observatoire Régional de la Santé Océan Indien ▪ GCS TESIS ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes présentant un diabète de type 1 ou 1 ▪ Personnes à haut risque de diabète ▪ Femmes ayant développé un diabète gestationnel

34. Parcours « insuffisance rénale chronique (IRC) »

Éléments de contexte

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée est presque 2 fois et demi supérieure à celle observée en métropole, quatre fois supérieure lorsqu'il s'agit de dialyse, avec un taux d'incidence multiplié par 2,2 (Source REIN, La Réunion).

La fréquence élevée du diabète et de l'hypertension artérielle (HTA), qui représentent plus de 60% des causes de la survenue de la maladie rénale chronique, expliquent grandement cette situation.

Le dépistage et la prise en charge sont aujourd'hui encore trop tardifs : une fois sur trois, la première dialyse s'effectue en urgence, avec un usage du cathéter plus fréquent qu'en métropole. Un patient sur cinq démarrant la dialyse en urgence n'a pas bénéficié de suivi néphrologique, en contradiction avec les recommandations de bonnes pratiques.

L'offre de soins de suppléance garantit aujourd'hui un maillage complet du territoire, à l'exception du cirque de Cilaos.

Les techniques de suppléance proposées au patient ne sont pas assez diversifiées. Elles privilégient à 94% l'hémodialyse. La dialyse péritonéale ne représente que 6%, contre 11% au plan national, des prises en charge.

La greffe rénale préemptive (la personne est transplantée avant d'avoir recours à la dialyse) est très peu développée. Le rapport patients greffés/patients dialysés est de 0,27 à La Réunion contre 0,7 au niveau national. Le taux de patients inscrits sur la liste d'attente de transplantation rénale est 3 fois plus faible qu'en métropole, assorti d'un délai d'attente plus long.

Les efforts doivent donc porter sur la prise en charge en amont du stade de suppléance afin d'éviter la survenue de la maladie rénale chronique (MRC), sinon retarder la dégradation de la fonction rénale, ou mieux préparer à la suppléance. La diversification des modalités de suppléance à La Réunion constitue également une priorité.

En aval, la consolidation de la filière de transplantation rénale est essentielle. Elle passe par la sécurisation pérenne des activités de prélèvements et de greffe, par la diversification des origines des greffons (utilisation des greffons à critères élargis, mise en place de la catégorie III de Maastricht) et par l'utilisation optimale des greffons prélevés sur place, en sachant qu'en même temps La Réunion est prioritaire dans le dispositif national d'attribution des greffons nationaux en raison de sa forte prévalence de patients fortement immunisés en liste d'attente.

Le projet OIS a engagé la structuration d'une coordination des parcours de santé, à partir de cette pathologie.

Actions et leviers d'action

1. Prévention de l'entrée dans la maladie rénale chronique (MRC) :
 - a) Promotion d'habitudes de vie favorables à la santé pour réduire les facteurs de risque liés au mode de vie, au diabète et à l'hypertension artérielle
 - b) Repérage des personnes à risque de maladie rénale chronique (diabète et HTA) à partir :
 - d'une auto évaluation avec un questionnaire de repérage avancé sur le site OIS Ma Santé
 - d'une évaluation par un professionnel de santé des facteurs de risque individuels
 - c) Dépistage précoce et de meilleure qualité de la MRC par les professionnels de

santé des 1^{er} et 2^{eme} recours grâce à des actions de sensibilisation portant sur :

- le dépistage systématique de la MRC chez les patients hypertendus au même titre que le patient diabétique (action de l'Assurance Maladie)
 - le recours aux nouvelles techniques d'évaluation de la fonction rénale par EFR
 - le repérage systématique de la qualité du jet urinaire lors des visites de contrôle obligatoires des jeunes enfants réalisées par les médecins généralistes, les sages-femmes, les pédiatres
 - la coordination interprofessionnelle via l'utilisation d'outils numériques de communication entre médecins traitants, néphrologues et biologistes
- d) Prévention de la dégradation de la fonction rénale, notamment par l'expérimentation « amélioration du parcours IRC en pré-suppléance » :
- Sensibilisation et formation des professionnels de santé à la néphro - protection
 - Facilitation de l'entrée précoce dans le parcours de santé : annonce du diagnostic, coordination de la prise en charge, ETP
 - Généralisation de l'utilisation du Plan Personnalisé de Soins

2. Renforcer l'autonomie et améliorer la qualité de vie du patient au stade de la suppléance via :

- a) Poursuite de la greffe rénale avec un objectif de 50 par an :
- Sécurisation pérenne des activités de prélèvements et de greffe
 - Diversification des greffons (greffons à critères élargis, catégorie III de Maastricht)
 - Augmentation de la part de greffes préemptives
 - Augmentation du nombre de bilan pré greffe formalisé à 15ml de DFG en vue d'une inscription sur liste d'attente
 - Promotion de l'inscription sur liste d'attente de la greffe auprès des patients via une meilleure concertation des professionnels de santé et une communication sur les résultats de la greffe ;
 - Amélioration du suivi post-greffe avec l'ensemble des professionnels de santé
- b) Développement de la dialyse hors centre :
- Augmentation des prises en charge hors centre à J 90
 - Développement de la dialyse à domicile
 - Amélioration de la coordination entre néphrologues et généralistes
 - Renforcement de la filière pédiatrique de dialyse péritonéale au CHU
- c) Développement d'une offre de suppléance alliant qualité, sécurité et confort avec :
- Systématisation du recours aux soins de support : psychologue, diététicien et assistante sociale à minima, podologue...
 - Limitation de la capacité des centres d'hémodialyse à 28 postes y compris les postes de replis
 - Développement de l'accompagnement médico-social en fin de vie des patients

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Expérimentation régionale « amélioration du parcours du patient IRC » ▪ Programmes OIIS ▪ Plan greffe ▪ Convention médicale (dépistage de la MRC chez le patient HTA) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Réseaux ▪ PTA ▪ GCS TESIS ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes à risque du fait d'un diabète ou d'une MCV ▪ Patients atteints d'une MRC

35. Parcours « insuffisance cardiaque chronique (ICC) »

Eléments de contexte
<p>Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont la première cause directe de décès à La Réunion (1 décès sur 4). Près de 22 600 Réunionnais sont en ALD pour maladies cardiovasculaires au 31/12/2014. Le taux de mortalité prématurée est près de 2 fois plus élevé qu'en métropole, du fait des facteurs de risques comme le diabète, l'obésité, l'hypertension, le tabac, l'alcool. Toutefois, cette mortalité est globalement en baisse, quel que soit le sexe, à l'instar du national.</p> <p>L'insuffisance cardiaque chronique est une complication fréquente des maladies cardio-vasculaires. La prévalence de l'insuffisance cardiaque a augmenté ces dernières années, en raison de l'amélioration des traitements des troubles cardiaques et du prolongement de l'espérance de vie des personnes atteintes.</p> <p>Près de 1 400 patients sont en ALD pour insuffisance cardiaque au 31/12/2014 à La Réunion. La mortalité prématurée est 3 fois plus élevée chez les femmes par rapport à la métropole (période 2011-2013). En 2014, plus de 1 500 personnes ont été hospitalisées pour ICC et 36% ont dû être ré-hospitalisées pour absence de stabilisation de leur état clinique dans un délai moyen de 137 jours.</p> <p>Le projet OIS a engagé la structuration d'une coordination des parcours de santé, à partir de cette pathologie.</p>
Actions et leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Prévenir l'apparition des maladies cardio-vasculaires :<ol style="list-style-type: none">a) Sensibilisation des médecins traitants et de la médecine du travail au repérage des facteurs de risque : diabète, troubles du métabolisme des lipides et hypertension artérielleb) Campagne annuelle de sensibilisation chez les hommes et les femmes de plus de 45 ans ayant moins d'une visite par an chez leur médecin traitant2. Réduire la fréquence des décompensations de l'ICC traitées en urgence :<ol style="list-style-type: none">a) Développement d'une offre d'ETP territorialisée en ambulatoireb) Mise en place d'outils de coordination entre cardiologue et équipes de soins primaires : réunions de concertation pluridisciplinaires et Plan Personnalisé de Soins adapté à l'ICC,c) Intervention de la plateforme territoriale d'appui OIS pour les patients complexes,3. Améliorer le chemin clinique du patient en établissement hospitalier :<ol style="list-style-type: none">a) Organisation d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque pluridisciplinaire dans les services de cardiologieb) Renforcement des capacités d'accueil en SSR cardiologique4. Réduire la fréquence des ré-hospitalisations :<ol style="list-style-type: none">a) Amélioration de l'articulation entre 1^{er} et 2^{ème} recours dans la phase de suivi post-hospitalisationb) Amélioration des conditions de retour à domicile à travers la promotion du service PRADO ICC (CNAMTS)c) Promotion de la télé-cardiologie, en particulier pour les patients porteurs de défibrillateur cardiaque implantable

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRADO ICC (CNAMTS) ▪ Programme OIIS 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ PTA ▪ Cardiologues ▪ Médecins Traitants ▪ Etablissements de santé ▪ Infirmiers ▪ Pharmaciens ▪ GCS TESIS ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adultes hors parcours de santé ▪ Patients en ALD pour maladie cardiaque

36. Parcours « accidents vasculaires cérébraux »

Éléments de contexte

En raison de la fréquence des facteurs de risque vasculaires et métaboliques, la population de La Réunion est particulièrement exposée à l'AVC : l'incidence de la maladie est une fois et demie plus élevée que la moyenne nationale, avec une tendance à l'accroissement du fait du vieillissement de la population ; le taux de mortalité est deux fois plus élevé, avec une diminution engagée, à l'instar de la métropole.

La prise en charge de l'AVC exige la mise en place d'une filière dédiée, structurée, lisible, rapidement accessible, faisant appel à des acteurs formés qui doivent accompagner et soutenir le patient jusqu'à son retour à domicile, ou son entrée en établissement médico-social. Elle exige également le suivi rigoureux de la maladie chronique sous-jacente, afin d'éviter la survenue d'un nouvel accident aigu.

La prévention et l'équilibre des facteurs de risque constituent les meilleurs moyens de réduire le nombre d'AVC, leur mortalité et leurs conséquences en termes de handicap.

A La Réunion, la prise en charge s'organise autour des deux unités neuro-vasculaires du CHU (Nord et Sud) accueillant 62% des victimes d'AVC, dans le cadre de deux filières identifiées : la filière nord-est et la filière sud-ouest, regroupant chacune l'ensemble des acteurs concernés (SAMU, établissements dotés de services d'accueil des urgences, établissements de SSR, établissements d'HAD, secteur libéral et médico-social). L'outil TéléAVC devrait permettre de disposer d'une expertise. Des sites de consultations pluri-professionnelles post AVC ont été identifiés sur chacune des zones.

Actions et Leviers d'action

1. Prévention et dépistage des maladies neuro-cardiovasculaires :
 - a) Prévention des facteurs de risque des maladies neuro-cardiovasculaires via la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé
 - b) Repérage par auto-évaluation sur le portail « OIIS ma santé » des personnes à haut risque
 - c) Mise en œuvre d'évaluations des personnes à haut risque par le médecin traitant
2. Information sur les signes d'alerte de l'AVC (plaquettes, numérique, campagnes TV et radio, journées nationales et mondiales)
3. Orientation systématique des AVC (AVC constitués, AIT) à la phase aiguë vers une UNV :
 - a) Organisation de la filière pré hospitalière de prise en charge des patients AVC, incluant l'accès à la thrombolyse et à la thrombectomie
 - b) Poursuite de la structuration des filières de prise en charge des AVC et des AIT
 - Accès à l'IRM H24
 - Renforcement des capacités d'accueil des 2 UNV du CHU
 - Développement du Télé-AVC
 - Traitement des demandes d'avis de Mayotte
 - c) Optimisation des temps de transferts inter-hospitaliers vers les UNV (Héli-SMUR, TIIH, ambulances privées etc.)
 - d) Identification du CHU site Sud comme Centre de Recours Régional AVC
4. Rapprochement géographique des patients après passage en UNV :

<ul style="list-style-type: none"> a) Organisation de la continuité des prises en charge entre d'une part les UNV du Nord et du Sud, et d'autre part le GHER et le CHGM b) Pour chaque établissement de proximité ne disposant pas d'une UNV (GHER, CHGM) : <ul style="list-style-type: none"> - accès à des professionnels de la rééducation - mise en place d'une équipe pluridisciplinaire formée - recours H24 à une expertise neuro-vasculaire mobile ou par télé-expertise <p>5. Coordination de tous les intervenants médicaux et médico-sociaux pour l'amélioration de la prise en charge à domicile après la phase initiale hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Réalisation de la consultation post AVC pour 100% des patients b) Promotion du programme d'aide de retour à domicile PRADO AVC c) Mobilisation de la PTA OIIS Appui pour les cas complexes d) Promotion de la rééducation post-AVC précoce et intense sur les plateaux techniques en établissement SSR ou en ville e) Identification de masseurs kinésithérapeutes référents pour l'AVC venant en soutien méthodologique de leurs confrères f) Mobilisation des orthophonistes pour la rééducation cognitive et du langage <p>6. Accompagnement à domicile des patients et de leurs familles :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Diffusion d'un guide d'aide à l'orientation portant sur les conséquences sociales, professionnelles et familiales de la maladie b) Développement de l'ETP neuro-vasculaire, intégrant les thématiques de la fatigue post AVC, du risque de dépression, et des troubles sexuels c) Formation des aidants professionnels, familiaux et amicaux d) Expérimentation d'un dispositif d'équipe mobile pluridisciplinaire d'accompagnement des personnes en situation complexe 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Plan AVC ▪ PRADO AVC ▪ Programme OIIS 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PTA ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Etablissements de santé, dont CHU ▪ Masseurs Kinésithérapeutes libéraux ▪ Orthophonistes libéraux ▪ Professionnels du 1^{er} recours ▪ MDPH ▪ Etablissements et services médicaux-sociaux ▪ Transporteurs sanitaires ▪ GCS TESIS ▪ Equipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes à risque cardio-neurovasculaire ▪ Patients victimes d'AVC ▪ Familles et aidants

37. Parcours « maladies cancéreuses »

Eléments de contexte
<p>La mise en œuvre du troisième Plan Cancer devrait assurer une réduction des risques de cancer, un dépistage précoce et une prise en charge de qualité équivalente à celle de la métropole. Tributaire de l'éloignement de la métropole, La Réunion doit également disposer des moyens techniques de prise en charge.</p> <p>Les services d'oncologie ont intégré le recours aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), y compris avec des services métropolitains par visioconférences. La réalisation et la traçabilité dans le dossier médical de la consultation d'annonce paramédicale doivent encore progresser ; cette consultation initie le Plan Personnalisé de Soins (PPS), encore trop rarement mobilisé.</p> <p>Le rapprochement des modalités de prises en charge au plus près du lieu de vie du patient, y compris à son domicile, est à rechercher, en veillant à éviter la dispersion des plateaux chirurgicaux afin de garantir la disposition d'équipes expérimentées, au-delà de la seule considération des seuils réglementaires d'activité.</p> <p>Si La Réunion bénéficie maintenant d'un nombre suffisant d'appareils d'imagerie pour assurer des dépistages et des bilans dans un délai très court, l'accès aux traitements les plus performants en radiothérapie peut être freiné par le coût d'acquisition des équipements.</p> <p>L'accessibilité aux soins de support pour les patients et leur famille, en progrès constant, continue d'être portée dans une optique aussi bien de remise en forme que de prévention d'un second cancer, notamment via le sport et la diététique nutritionnelle.</p>
Actions et leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Prévention des risques de cancer :<ol style="list-style-type: none">a) Promotion des habitudes de vie et des environnements favorables à la santé : réduction de la consommation d'alcool et de tabac, santé nutritionnelle, risque solaire notamment pour les enfants scolarisésb) Vaccination anti-HPVc) Prévention des cancers liés au travail ou à l'environnement : cancer de la plèvre, cancer de la vessied) Réduction des risques de second cancer par l'accès aux soins de support et la mise en place du PPS2. Accès plus précoces aux diagnostics :<ol style="list-style-type: none">a) Dépistage organisé du cancer du sein : développement de la mammographie numériséeb) Dépistage du cancer du col utérin chez les femmes de 25 à 65 ans :<ul style="list-style-type: none">– Renforcement de la promotion du dépistage organisé auprès des femmes de 25 à 65 ans– Augmentation du taux de dépistage en ville avec le contrôle de tranches d'âge des femmes dépistées– Partage des résultats par les laboratoires d'anatomo-pathologie avec Run Dépistagesc) Amélioration de la couverture par le dépistage du cancer colorectal3. Qualité et la sécurité des prises en charge :<ol style="list-style-type: none">a) Mise en œuvre des étapes règlementaires du Plan cancer dans tous les services :

- Réalisation et traçabilité de la consultation d’annonce paramédicale
 - Traçabilité automatique des conclusions de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)
 - Systématisation du Plan Personnalisé de Soins (PPS) lors de l’annonce paramédicale
 - Systématisation des comptes rendus médicaux dans le DCC à chaque étape du parcours de traitement du cancer
 - Adaptation du DCC aux spécialités d’organe et pré-remplissage automatique à partir du dossier patient hospitalisé
- b) Réduction des délais d’attente pour le bilan de l’étendue de la maladie cancéreuse : mise en œuvre d’un deuxième puis d’un troisième TEP Scan
- c) Réalisation des bilans des cancers de la prostate : équipement pour utilisation de la choline marquée au F18
- d) Positionnement des HAD sur la chimiothérapie à domicile
- e) Promotion de la chirurgie carcinologie ambulatoire
- f) Développement de la radiologie interventionnelle
- g) Renforcement de la radiothérapie :
- Disposition d’un accélérateur supplémentaire sur l’une des deux implantations autorisées, en fonction de la saturation des équipements existants
 - Renforcement de l’équipe de radiothérapie au CHU
4. Accès aux traitements les plus performants à La Réunion
- a) Soutien aux innovations thérapeutiques
 - b) Accès aux consultations d’oncogénétique
 - c) Médecine personnalisée avec l’équipement adapté d’un laboratoire de biologie moléculaire
 - d) Allogreffe pour les patients atteints de cancers hématologiques
5. Parcours de soins personnalisés et coordonnés
- a) Soins de support dans tous les services d’oncologie et hors établissement de santé
 - Spécialistes du traitement de la douleur
 - Kinésithérapeutes
 - Diététiciens
 - Psychologues
 - Sexologues
 - Socio-esthéticiens
 - Activité Physique Adaptée (APA)
 - Assistance sociale
 - Préservation de la fertilité
 - b) Renforcement des capacités des équipes mobiles en soins palliatifs
 - c) Intégration et coordination des parcours par la PTA

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan cancer ▪ PRSE ▪ Plan Régional Santé au travail (PRST) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PTA ▪ ONCORUN ▪ Run Dépistages ▪ Etablissements de santé ▪ Médecins traitants ▪ Associations et acteurs de la prévention ▪ Laboratoires d'anatomopathologie ▪ Laboratoires de biologie moléculaire ▪ Ligue contre le cancer et associations de patients ▪ GCS TESIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale ▪ Patients

38. Parcours « addictions »

Éléments de contexte
<p>Les addictions se caractérisent à La Réunion par :</p> <ul style="list-style-type: none">- une surmortalité liée à l'alcool, dans un contexte de consommation globale en population générale moindre qu'au niveau national, traduisant la concentration sur un nombre limité de « gros buveurs »- une exposition marquée aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF ou SAF) et qui a donné lieu à la définition d'un plan d'action régional- la prédominance de la consommation de tabac, cannabis (zamal), et médicaments détournés de leurs usages sur les autres produits- l'évolution constante des consommations et addictions sans produits, avec une précocité des pratiques moindre qu'en métropole. <p>La prise en charge doit s'appuyer sur l'amélioration du maillage territorial, aussi par la proposition d'une offre graduée de la filière hospitalière que par la mobilisation des établissements et services médico-sociaux spécialisés qui doivent aller au-devant des personnes en addiction, leur proposer un accompagnement global, et les soutenir sur la durée. Les équipes mobiles et les consultations avancées doivent permettre de renforcer le maillage de proximité.</p>
Actions et leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Observation des conduites addictives et des publics concernés :<ol style="list-style-type: none">a) Disposition de moyens locaux d'analyse de la composition des produits en circulationb) Dispositifs SINTES et TREND face à l'émergence de nouvelles substances addictives2. Prévention des conduites addictives et repérage précoce des personnes avec conduites à risque :<ol style="list-style-type: none">a) Programmes de développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et des compétences éducatives des parentsb) Programmes de prévention des pratiques addictives : produits licites, illicites et sans substance, chez les jeunesc) Plan régional de prévention et de prise en charge du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF)d) Expérimentation sur le territoire Ouest d'une stratégie de repérage global et d'intervention précoce co-construite avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs, et extension éventuelle aux autres territoires dans un second tempse) Mise en œuvre et pilotage de la charte d'engagement des pouvoirs publics et professionnels contre l'usage nocif ou abusif d'alcoolf) Plaidoyer contre le régime dérogatoire outremer sur la fiscalité sur l'alcoolg) Reprise des actions nationales de lutte contre le tabac (« Moi(s) sans tabac »)3. Amélioration de la prise en charge des addictions et de la continuité des parcours de santé :<ol style="list-style-type: none">a) Sensibilisation et formations des professionnels de santé libéraux et hospitaliers à la prise en charge des addictionsb) Réorganisation de l'offre hospitalière selon les 3 niveaux définis par la circulaire addictologie de 2008 impliquant une offre de niveau 1 complète (consultations, ELSA sevrage simple) à partir d'un établissement disposant d'un service

<p>d'urgence</p> <p>c) Réorganisation du maillage de l'offre des CSAPA sur le territoire Ouest autour de 2 pôles à La Possession et au Port</p> <p>d) Développement de « l'aller vers » :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mise en place de consultations avancées par les professionnels des CSAPA dans les communes non couvertes, notamment au sein des structures d'exercice coordonné – Renforcement des interventions des équipes mobiles des CSAPA – Coordination par territoire des missions des équipes mobiles d'addictologie, SAF et de psychiatrie-précarité <p>e) Coordination territoriale des prises en charge des comorbidités psychiatriques et addictologiques entre CSAPA, CMP et services hospitaliers d'addictologie</p> <p>f) Inscription des CSAPA dans la coordination des parcours de santé des patients avec addiction, en complémentarité des professionnels libéraux, dans le cadre de la PTA</p> <p>g) Elaboration d'un référentiel des missions de chaque acteur du parcours : entrée, prise en charge, accompagnement</p> <p>h) Mise en place d'une continuité de prise en charge des patients entre les passages aux urgences et les CSAPA</p> <p>i) Elaboration de modalités spécifiques d'accompagnement des addictions sans produit</p> <p>j) Renouvellement du volet « prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire » dans le cadre des conventions santé-justice</p> <p>4. Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives :</p> <p>a) Programme de « prescription accompagnée d'Artane » porté par le réseau SAOME, sous réserve de validation nationale</p> <p>b) Création d'un CAARUD, ou d'une fonction CAARUD, sur les territoires qui en sont dépourvus en lien avec le CSAPA du territoire</p>	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Circulaire addictologie de 2008 ▪ Plan régional de prévention et de prise en charge du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale 	
Acteurs associé	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture ▪ DJSCS ▪ PJJ ▪ Education nationale ▪ Département et collectivités ▪ OFDT ▪ MILDECA ▪ Etablissements de santé ▪ CSAPA, CAARUD, CJC ▪ PTA ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Maisons des adolescents ▪ Réseaux de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes à conduite addictive avec ou sans produit ▪ Jeunes ▪ Population générale

<ul style="list-style-type: none">▪ Services pénitentiaires▪ GCS TESIS	
---	--

LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE MENTALE

Éléments de contexte

La prise en charge et l'accompagnement des troubles psychiques et du handicap psychique à la Réunion se caractérisent par un sous-recours important, dû à un déficit structurel de l'offre et des moyens.

Les caractéristiques sociodémographiques constituent des fragilités vis à vis de la santé mentale :

- population très jeune (plus de 40% de la population à moins de 20 ans), évoluant dans un environnement social défavorisé, avec consommation de produits psychoactifs
- indicateurs sociaux dégradés
- vieillissement de la population, faisant émerger des pathologies nouvelles.

L'ARS souhaite impulser un processus positif visant à renforcer :

- la capacité des personnes à améliorer leur santé mentale, au-delà de la prise en charge nécessaire des personnes atteintes de troubles psychiatriques
- l'inclusion sociale personnes atteintes de troubles psychiatriques (scolarisation, emploi, logement, vie sociale).

La mise en place d'une Communauté Territoriale de Santé Mentale – « Communauté Territoriale 974 » (CTSM 974), et les travaux menés avec l'appui de l'ANAP en 2016-2017 traduisent un dynamisme et un engagement des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social en faveur d'une approche pluridisciplinaire de l'accompagnement des parcours des personnes concernées.

La CTSM 974 sera l'instance de réalisation du Diagnostic Territorial et d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale, en conformité avec PRS.

Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte

- XVI. Promouvoir le bien être mental et la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires
- XVII. Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychique :
- accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médicosociaux
 - qualité de vie et inclusion sociale des personnes avec trouble psychique
- XVIII. Faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial

Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion

39. Prévenir les maladies mentales et renforcer l'acceptation sociale des personnes atteintes
40. Prévenir les conduites suicidaires
41. Assurer les conditions d'un repérage et d'un diagnostic précoce des troubles psychiques
42. Enrichir les modalités de prise en charge des troubles psychiques
43. Améliorer la fluidité des parcours de soins
44. Améliorer les conditions de vie et l'inclusion sociale des personnes avec troubles psychiques
45. Développer les connaissances et les compétences partagées en santé mentale

39. Prévenir les maladies mentales et renforcer l'acceptation sociale des personnes atteintes

Éléments de contexte	
<p>Promouvoir la santé mentale, c'est développer des conditions de vie favorables à la santé et au bien-être, c'est donc agir pour le lien social et le respect des droits de chacun. C'est aussi participer à la prévention précoce de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques, développer l'information et la lutte contre la stigmatisation et les inégalités d'accès aux soins.</p> <p>Alors que les problèmes de santé mentale prennent de plus en plus d'importance dans la société (au travail, à l'école, lors des accidents de la vie), les professionnels de la psychiatrie ne sont pas les seuls à apporter des réponses. Professionnels de santé, de l'éducation, du social, usagers, proches, élus locaux jouent tous un rôle important.</p> <p>Si certaines pathologies font l'objet de campagnes de sensibilisation régulières, il n'en est pas de même pour les troubles psychiques. Depuis quelques années, le regard change peu à peu, grâce notamment aux médias (télévision, radio, presse) qui évoquent régulièrement certains troubles psychiques et leur traitement, comme la dépression, les troubles anxieux et les troubles alimentaires. Pourtant, les préjugés négatifs perdurent. Ils génèrent une forte stigmatisation des patients, de leur entourage et du système de soins. C'est un obstacle important aux actions de prévention et à l'accès aux soins.</p> <p>Il est donc nécessaire d'agir pour promouvoir le bien-être mental et mieux faire comprendre la santé mentale et les troubles psychiques.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programme de l'Education Nationale de développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et parcours éducatif en santé 2. Programme de renforcement des habilités parentales 3. Développement des Conseils Locaux de Santé Mentale 4. Campagne de sensibilisation du grand public contre la stigmatisation et la discrimination liées aux troubles psychiques 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé ▪ Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) ▪ Parcours éducatif en santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education Nationale ▪ Collectivités ▪ Conseils locaux de santé mentale ▪ Communauté territoriale de santé mentale (CTSM 974) ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements et services médico-sociaux ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Médias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale ▪ Jeunes ▪ Parents

40. Prévenir les conduites suicidaires

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none">1. Formations des professionnels du 1er recours au repérage du risque suicidaire2. Organisation des complémentarités entre les lignes d'écoutes téléphoniques, les associations d'accueil et les réseaux de prise en charge et de soins3. Mise en place de possibilités de re-contact des personnes ayant fait une tentative de suicide	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none">▪ Dispositif Vigilans	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none">▪ Education Nationale▪ Etablissements de santé▪ Médecins généralistes▪ Professionnels de santé libéraux▪ Conseils locaux de santé mentale▪ ESMS▪ Lieux de détentions▪ Communauté territoriale de santé mentale (CTSM 974)	<ul style="list-style-type: none">▪ Personnes en situation à risque

41. Assurer les conditions d'un repérage et d'un diagnostic précoce des troubles psychiques

Éléments de contexte	
<p>Deux acteurs assurent un rôle essentiel dans le repérage et le dépistage précoce : la santé scolaire et le médecin généraliste, qui doivent avoir une bonne lisibilité des dispositifs, et pouvoir s'appuyer sur un accès facilité au 1er recours spécialisé (CMP, CMPP, psychiatres libéraux).</p> <p>Les délais d'attente pour un premier contact peuvent aller de 6 mois dans les CMP à 2 ans dans certains CMPP.</p> <p>Deux structures de soins se partagent la mission de diagnostic précoce pour les enfants les CMPP (médicosocial) et les CMPEA (sanitaire psychiatrique). Le premier est davantage orienté vers sur les troubles des apprentissages, le second vers les troubles du comportement et les pathologies psychiatriques. Les organisations actuelles favorisent la confusion entre ces deux types d'opérateurs ; une redéfinition des orientations et des coopérations doit être conduite.</p> <p>Le repérage et le diagnostic précoce doit assurer l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables : personnes en situations de précarité, parents durant la période périnatal, adolescents, les personnes âgées.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réorganisation de la répartition des missions de manière spécifique et complémentaire entre CMPEA et CMPP 2. Réorganisation interne des CMPEA, CMPP et CMP, pour un premier rendez-vous à 1 mois, et un projet de soins ou de réorientation à 3 mois 3. Consolidation des équipes périnatales de liaison, et des équipes mobiles pour les publics en situation de précarité de l'EPSMR et du CHU 4. Développement de réponses ambulatoires spécifiques pour les adolescents et les personnes âgées 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CMPP ▪ CMPEA ▪ CMP ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ CTSM 974 ▪ Etablissements et service sociaux et médico-sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale ▪ Jeunes ▪ Parents ▪ Personnes âgées

42. Enrichir les modalités de prise en charge des troubles psychiques

Eléments de contexte	
<p>La Réunion se caractérise par un déficit important de l'offre en psychiatrie publique et libérale par rapport aux moyennes nationales. L'offre de psychiatrie hospitalière privée apporte une réponse adaptée à des pathologies dépressives, et favorisent un ancrage de psychiatres libéraux.</p> <p>Les difficultés d'accès au premier recours spécialisé, CMP pour les adultes, CMPEA et CMPP pour les enfants, amènent à interroger l'organisation de la filière et la mobilisation d'autres ressources de soins.</p> <p>L'unité Vanille (10 lits) située à l'EPSMR, est la seule possibilité d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie pour La Réunion et Mayotte. Tout en restant dans les orientations du collège national de pédopsychiatrie, qui recommande que le recours à l'hospitalisation complète ne soit envisagé qu'après échec de toutes les autres possibilités de prise en charge, cette offre d'hospitalisation complète apparaît insuffisante.</p> <p>Les adolescents en situation de crise avec troubles du comportement à forte prédominance sociale, et sans pathologie psychiatrique, sont souvent hospitalisés, par défaut, en pédiatrie dans un environnement inadapté à la résolution de leurs problèmes.</p> <p>La prise en charge des adolescents et des jeunes adultes en hospitalisation privée pour les dépressions, phobies scolaires, tentatives de suicides, anorexies ne sont pour l'instant accessibles qu'à partir de 16 ans.</p> <p>La pénurie de psychiatres implique de développer de nouvelles organisations des soins et de la permanence des soins.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement d'une offre d'hospitalisation psychiatrique privée adulte complémentaire et assurant un maillage territorial 2. Extension des capacités d'hospitalisation psychiatrique privée à l'accueil des jeunes dès 12 ans, dans le cadre de projet de soins dédiés adolescents – jeunes adultes 3. Disposition d'une capacité d'hospitalisation de jour en détention 4. Organisation d'un relai des CMPP et CMPEA avec des psychologues libéraux pour des suivis en psychologie de courte durée 5. Extension capacitaire de l'unité vanille (hospitalisation complète en pédopsychiatrie) 6. Création d'un lieu de prise en charge adapté aux situations de crise chez des adolescents avec troubles du comportement sans pathologie psychiatrique 7. Développement de la téléconsultation et télé-expertise psychiatrique, notamment au sein des ESMS en complément des équipes mobiles de psychiatrie, et des centres de détention 8. Promotion des thérapies non médicamenteuses 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CTSM 974 ▪ Psychiatres libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Administration pénitentiaire ▪ ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants ▪ Adolescents ▪ Personnes âgées ▪ Personnes en situation de précarité ▪ Personnes sous main de justice

43. Améliorer la fluidité des parcours

Éléments de contexte	
<p>Les travaux sur le parcours en santé mentale, conduit avec l'appui de l'ANAP, ont conclu à une redéfinition du rôle pivot des CMP. Des logigrammes ont été élaborés et validés par les différentes instances hospitalières.</p> <p>Un travail identique et complémentaire a été fait pour le recours aux urgences. Le champ de la prise en charge des enfants et des jeunes reste à aborder.</p> <p>La coordination entre les prises en charge psychiatriques et addictologiques reste faible, malgré les nombreuses comorbidités.</p> <p>L'objectif de structurer l'offre sociale et médicosociale pour fluidifier les parcours des personnes avec handicap psychique est décliné dans la partie « la qualité de vie et la santé des personnes handicapées et des personnes âgées ».</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réorganisation extrahospitalière autour d'un CMP-pivot par secteur de santé mentale, selon les conclusions des travaux ANAP 2. Redéfinition des procédures d'orientation vers les urgences, selon les conclusions des travaux ANAP 3. Extension à la prise en charge des jeunes des travaux sur l'organisation des parcours, à l'instar de l'approche déjà développée avec l'ANAP pour les adultes 4. Renforcement de la coordination et de la complémentarité des interventions sanitaires, sociales et médicosociales : <ol style="list-style-type: none"> a. Recours à la PTA OIIS Appui b. Développement des prises en charge partagées entre établissements hospitaliers, médicaux-sociaux sur le modèle de la « Réponse accompagnée pour tous » 5. Coordination des prises en charge des comorbidités psychiatriques et addictologiques entre CSAPAS, CMP et les services hospitaliers d'addictologie 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CTSM 974 ▪ ESMS ▪ Etablissements de santé ▪ MDPH ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ PTA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients

44. Améliorer les conditions de vie et l'inclusion sociale des personnes avec troubles psychiques

Description
<p>L'OMS recommande d'accompagner et de prendre en charge les personnes souffrantes de troubles psychiques et/ou de handicaps psychiques au plus près de leur lieu de vie.</p> <p>Pour favoriser cette inclusion, les services de psychiatrie doivent recentrer leurs missions de soins vers des programmes de réhabilitation en privilégiant le travail de réhabilitation sociale dans l'environnement et le milieu de vie réel de la personne, et en soutenant les programmes d'accès au logement.</p> <p>Dans les établissements de santé, la cohabitation de patients en hospitalisation libre et hospitalisation sous contrainte au sein des unités hospitalières publiques posent des difficultés de respect des droits des patients, et de surveillance.</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques concernant le recours aux chambres d'isolement et aux traitements par contentions doivent être mises en œuvre.</p> <p>La durée moyenne de vie des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou de handicaps psychiques est largement réduite par rapport à la population générale. L'accès aux soins somatiques pour ce public est souvent difficile.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Renforcement de l'offre de réhabilitation psycho-sociale au niveau des CMP2. Favoriser le développement et la cohérence des services d'accompagnement à domicile en capacité et en polyvalence3. Structuration de l'offre de soins ambulatoire autour du projet de création d'une centaine de places de maisons relais de la DJSCS4. Accroissement de l'accueil de personnes en situation de handicap psychique en ESAT5. Création de nouveaux Groupements d'Entraide Mutuelle en handicap psychique6. Réorganisation des conditions d'hospitalisation complète pour assurer la libre circulation des patients et le respect des droits des patients en hospitalisation libre ; révision des organisations de la surveillance des patients en hospitalisation sous contrainte7. Identification, au sein de l'hospitalisation publique, d'une unité de soins intensifs, à recrutement Réunion-Mayotte, pour la prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte et requérant une prise en charge et/ou une surveillance renforcées8. Développement des capacités d'alternatives à l'hospitalisation complète (accueil familial thérapeutique, appartements de coordination thérapeutique...)9. Fluidification des parcours en hospitalisation de jour10. Développement des accueillants familiaux pour les handicapés psychiques avec formation
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Charte Romain Jacob▪ Stratégie Nationale de santé▪ PDALPD

Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département ▪ DJSCS ▪ CTSM 974 ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Accueillants familiaux ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ GEM ▪ Associations de patients 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients

45. Développer les connaissances et les compétences partagées en santé mentale

Description	
<p>Les travaux sur les parcours en santé mentale, avec l'appui de l'ANAP, ont souligné le manque de culture commune entre les professionnels de la santé, du social et du médical social. Ce déficit est source d'incompréhensions et rend difficile les prises en charge partagées. Un cahier des charges de formations croisées a été établi et mis à disposition des différents OCPA.</p> <p>La HAS et l'ANAP diffusent régulièrement de guides de bonnes pratiques concernant les pathologies psychiatriques et l'amélioration du parcours en santé Mentale.</p> <p>Les données du RIM-Psy sont difficilement exploitables du fait d'un manque de traçabilité et de déclaration des activités dans les dossiers médicaux et dans le PMSI-psy. Ce déficit de rétro-informations et d'indicateurs nuit à l'appréciation quantitative et qualitative et à la valorisation des activités en psychiatrie.</p> <p>L'état de santé mentale de la population réunionnaise, les représentations de la maladie psychiatrique, et le recours aux soins ou aux thérapies alternatives sont encore insuffisamment documentés.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formations croisées des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social pour développer l'interconnaissance et l'appropriation partagée des référentiels de bonnes pratiques 2. Renforcement et exploitation du recueil d'activité des établissements de santé 3. Soutien à la recherche en santé mentale 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CTSM 974 ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Université ▪ IRTS et instituts de formation ▪ OPCA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionnels de santé

L'ENVIRONNEMENT AU SERVICE DE LA SANTE

Description	
<p>Le risque environnemental est aujourd'hui considéré comme l'ensemble des facteurs pathogènes externes ayant un impact sur la santé (substances chimiques toxiques, radiations ionisantes, germes, microbes, parasites, etc.), par opposition aux facteurs internes (causes héréditaires, congénitales, fonctionnelles, lésionnelles, psychosomatiques, etc.).</p> <p>La santé environnementale tend à réduire l'impact sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none">- des conditions de vie personnelles ou professionnelles (expositions liées à l'habitat et/ou expositions professionnelles par exemple, nuisances tels que le bruit ou l'insalubrité),- de la contamination biologique, chimique ou physique des milieux physiques (eau, air, sol, etc.), d'origine naturelle ou anthropique,- des grandes variations environnementales (climat, biodiversité, etc.)- et à promouvoir un environnement favorable à la santé. <p>Le cadre d'orientations stratégiques a retenu trois objectifs généraux, qui seront déclinés dans les Projets Régionaux Santé Environnement (PRSE) de La Réunion et de Mayotte, démarche associant l'ARS, les DEAL, et les collectivités locales.</p> <p>Pour La Réunion, 5 axes stratégiques structurent ainsi le PRSE :</p> <ul style="list-style-type: none">- alimentation et eau,- habitat et espaces intérieurs,- cadre de vie et espace extérieurs,- culture commune en santé environnementale,- établissement recevant de jeunes publics, <p>et trois principes d'actions :</p> <ul style="list-style-type: none">- protéger la santé des nouvelles générations,- agir sur les risques émergents, notamment ceux liés à l'utilisation des pesticides,- promouvoir des dynamiques territoriales en partenariat avec les collectivités locales. <p>Au-delà de l'identification d'actions prioritaires dans un document dédié, facilitant l'appropriation et le partage avec d'autres acteurs publics, l'enjeu de la santé environnementale réside :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'une part dans la capacité de mobilisation du système de santé dans la prévention et la prise en charge des risques environnementaux (exemple du risque solaire et de la prévention des cancers de la peau, ou de la qualité de l'air intérieur et troubles respiratoires, traités dans le présent SRS),- d'autre part dans la contribution des opérateurs de santé à limiter les impacts environnementaux sur la santé de leurs usagers ou de la population (ex : exposition à une eau de qualité potable intermittente, présence d'amiante dans le bâti ...). <p>Ces orientations sont détaillées dans le PRSE et le PRS.</p>	
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte	
XIX.	Assurer les conditions minimales de santé environnementale
XX.	Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé
XXI.	Développer une culture commune de la santé environnementale

LE RENFORCEMENT DE LA VEILLE SANITAIRE ET DE LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES EN TERRITOIRE INSULAIRE

Description	
<p>La Réunion, comme Mayotte, est un territoire où les risques sanitaires sont omniprésents, favorisés par un climat tropical humide, une exposition internationale, par la précarité des conditions générales d'habitat et de vie, et un retard en équipements et infrastructures. La réflexion sur l'évolution du système de santé ne peut faire l'économie d'une prise en compte du caractère insulaire, et notamment de l'éloignement du recours métropolitain, et des risques sanitaires et environnementaux auxquels ce département est confronté.</p> <p>Cette situation implique de conforter la capacité de veille et la sécurité sanitaire, et la capacité de prévention et de gestion de crises, en prenant en compte l'inscription régionale et zonale du département.</p> <p>Les actions réalisées en matière de veille sanitaire depuis le précédent PRS doivent être poursuivies, et le renforcement de la capacité de réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles doit rester une priorité de ce nouveau projet de santé.</p>	
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte	
XXII.	Conforter la coopération régionale autour des enjeux de veille sanitaire
XXIII.	Consolider la capacité de veille et de vigilance du système de santé
XXIV.	Renforcer la capacité de réponse du système de santé à des situations exceptionnelles
Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion	
46.	Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien
47.	Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte
48.	Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance
49.	Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité

46. Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien

Eléments de contexte	
<p>La veille sanitaire internationale, notamment dans sa composante régionale, est un maillon essentiel à l'anticipation et à la préparation de la riposte.</p> <p>Le réseau SEGA, porté par la Commission de l'Océan Indien sur financement de l'AFD, a permis de développer ces dernières années des capacités de détection précoce de phénomènes épidémiques émergents au niveau régional, par l'accompagnement technique et financier des pays de la zone (Madagascar, Union des Comores, Seychelles, Ile Maurice, Réunion-France), la formation de personnels dédiés, le renforcement des capacités laboratoires et d'investigation, et enfin l'harmonisation autant que possible des méthodes de surveillance et des indicateurs sanitaires.</p> <p>Cette démarche ambitieuse et innovante permet aujourd'hui de s'appuyer à La Réunion et à Mayotte sur une veille sanitaire développée dans les pays voisins et dont les résultats sont connus et partagés en temps réel, ouvrant la possibilité aux acteurs de santé locaux de préparer la riposte dès l'apparition dans un ou plusieurs pays voisin(s) d'un évènement sanitaire susceptible de représenter une menace pour La Réunion et Mayotte.</p> <p>Le projet SEGA contribue également à l'accompagnement des pays membres à se préparer à faire face à de telles menaces. Si ce projet est aujourd'hui un outil pleinement opérationnel qui présente une vraie plus-value dans le dispositif de veille sanitaire, il a vocation à être non seulement conforté et pérennisé, mais également renforcé à la fois sur la surveillance de certaines pathologies endémiques ou émergentes peu étudiées et insuffisamment connues, mais aussi sur le développement coordonné de dispositifs de contrôle sanitaire aux frontières et de préparation de la riposte à l'échelle régionale.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilisation de la Commission de l'Océan Indien et de l'AFD pour garantir le développement et la pérennisation du réseau régional de veille sanitaire 2. Participation de La Réunion et de Mayotte au partage des données de surveillance à l'échelle régionale et intégration de ces informations dans les stratégies locales de veille sanitaire et de préparation à la riposte 3. Développement au sein du réseau régional des capacités de détection et de surveillance des risques émergents (résistance bactérienne aux antibiotiques, zoonoses, grippe,...) 4. Contribution aux travaux à l'échelle régionale de préparation des territoires à la réponse aux situations de crise sanitaire 5. Evolution des stratégies de contrôle sanitaire aux frontières à la Réunion et à Mayotte, en lien avec les outils de surveillance développés à l'échelle régionale 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet-programme réseau COI/SEGA 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRE OI / Santé Publique France ▪ Réseau COI/SEGA ▪ CIRAD (Réseau Animal Risk) ▪ AFD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Populations de La Réunion et de Mayotte

47. Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte

Éléments de contexte

La Réunion et Mayotte connaissent une exposition marquée aux risques, notamment infectieux émergents ou non, nécessitant une approche coordonnée de la surveillance et de la gestion des signaux sanitaires. L'ARS OI assure, au niveau de ses deux points focaux régionaux, l'un à La Réunion et l'autre à Mayotte, la réception de l'ensemble des signaux sanitaires (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés de maladies, événements indésirables graves au sein des établissements de santé, menaces diverses etc.), et la définition des mesures de gestion. Le dispositif est coordonné au sein d'une plateforme de veille sanitaire Réunion/Mayotte, et bénéficie de l'appui de la Cellule de Santé Publique France en région (Cire OI) en matière de surveillance de l'état de santé de la population et d'évaluation des événements sanitaires.

Cette organisation repose avant tout sur la mobilisation des acteurs de santé pour le signalement des événements sanitaires susceptibles de représenter une menace et leur participation aux systèmes de surveillance et de vigilance, mobilisation sans laquelle les dispositifs de veille et de réponse seraient inopérants.

La pérennisation et le développement de tels dispositifs passent nécessairement par la promotion auprès des acteurs de santé de la culture du signalement et de leur participation aux systèmes de surveillance et de vigilance, afin de garantir des capacités de veille sanitaire et de riposte toujours plus performantes.

Enfin, les territoires doivent se doter de capacités de riposte pour faire face à des risques émergents grandissants à l'échelle régionale et internationale.

Actions et Leviers d'action

1. Promotion auprès des acteurs de santé de la culture du signalement et de leur participation aux systèmes de surveillance :
 - Création d'outils de communication
 - Animation de réseaux
 - Promotion du portail de signalements et des outils numériques de signalements
 - Rétro-information régulière : bulletins, points épidémiologiques, alertes, réunions et journées régionales de veille sanitaire, sites internet dédiés (plateforme OIIS)
2. Coordination des systèmes de vigilances des risques liés aux soins :
 - Mise en place et animation du réseau régional des structures de vigilance et d'appui (RREVA)
 - Mise à niveau et réorganisation progressive de la couverture territoriale des vigilances
 - Coordination de la réception et de la gestion des signaux issus des vigilances autour des points focaux régionaux : Réunion et Mayotte
 - Développement d'une structure régionale d'appui auprès des acteurs de la santé sur les risques liés aux soins
3. Développement des capacités de riposte pour faire face aux risques émergents
 - Renforcer la capacité à détecter précocement tout risque émergent, notamment par l'optimisation des capacités analytiques des laboratoires orientées, en fonction des alertes sanitaires régionales ou internationales

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir un dispositif opérationnel de lutte anti vectorielle performant pour répondre aux enjeux de la menace vectorielle ▪ Développer des capacités opérationnelles de riposte face aux risques émergents 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRE OI / Santé Publique France ▪ Systèmes de vigilance – Réseau RREVA ▪ Structure régionale d’appui 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acteurs de santé

48. Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance

Eléments de contexte
<p>L'émergence des bactéries multirésistantes (BMR) est un défi sanitaire des prochaines décennies qui est, pour partie, favorisé par la mondialisation des échanges intercontinentaux. Comme le rappelle la stratégie nationale de santé, « l'incidence en France en 2012 des infections à bactéries multirésistantes a été évaluée à 158 000 cas dont 16 000 infections invasives (bactériémies et méningites) dont 12 500 cas mortels et 2 700 pour les infections invasives ».</p> <p>Compte tenu du faible développement de nouvelles molécules antibactériennes, le maintien du niveau d'efficacité des antibiotiques existants constitue un enjeu de santé majeur, en particulier pour les antibiotiques de dernier recours.</p> <p>La Réunion et Mayotte sont particulièrement exposées au risque d'émergence de résistances bactériennes, un risque accentué par la prise en charge régulière de patients en provenance des îles voisines où ce phénomène semble encore plus important. En 2014, Réunion-Mayotte était une des régions avec les taux les plus élevés d'entérobactéries multirésistantes, et ce taux continue d'augmenter de façon plus marquée qu'en métropole. De même, la consommation totale d'antibiotique tous établissements confondus positionnent Réunion-Mayotte en 2ème position des régions les plus consommatrices d'antibiotiques (Réseau ATB-Raisin 2014). Le développement de l'antibiorésistance étant lié à une consommation d'antibiotiques non maîtrisée et à une contamination secondaire de l'environnement, un travail de fond doit être mené pour faire évoluer les pratiques dans le domaine médical, afin de diminuer les prescriptions inutiles d'antibiothérapie.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Renforcement de la mise en œuvre des précautions standard pour tout soin, lieu patient et professionnels2. Mise en œuvre des recommandations du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) en milieu hospitalier, notamment la réévaluation systématique du traitement antibiotique à 48h, la prise d'avis d'un infectiologue en cas de traitement inopérant3. Renforcement et coordination de la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de la résistance aux antibiotiques en santé humaine et animale4. Développement des capacités analytiques (génotypage des souches) pour mieux investiguer et gérer les épidémies communautaires ou intra-hospitalières5. Mise en place d'un conseil en antibiothérapie en médecine de ville et à l'hôpital et animation/formation des réseaux de professionnels à l'utilisation graduée des antibiotiques6. Promotion de l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) facilitant la mise en route du traitement approprié7. Promotion de traitements alternatifs en médecine humaine et animale
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ PROPIAS▪ Plan Ecoantibio 2017-2021 en médecine vétérinaire▪ Plan de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHU /CHM ▪ CPIAS ▪ Médecins généralistes ▪ Sociétés savantes ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements médico-sociaux ▪ Etablissements pharmaceutiques ▪ OMEDIT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acteurs du système de santé ▪ Usagers

49. Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité

Description	
<p>Le contexte de crises sanitaires en France ces dernières années, qu'elles soient liées aux attentats ou encore à des alertes sanitaires internationales récentes telles qu'Ebola ou Zika, a montré l'importance d'une forte implication dans la préparation du système de santé à faire face à des situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif national ORSAN.</p> <p>Ce domaine d'activité connaît un accroissement constant de son périmètre et de la mobilisation de ses acteurs. Il est d'autant plus important à la Réunion et à Mayotte où l'insularité et l'éloignement avec la métropole impliquent une préparation encore plus poussée pour pouvoir d'une part, gérer localement, au moins dans les premiers temps, une éventuelle crise sanitaire de grande ampleur avec des moyens pré-positionnés sur place et d'autre part être en capacité d'intégrer et de coordonner la mobilisation de ressources et de renforts extérieurs. L'enjeu de construction ou de renforcement des organisations de gestion de crise est d'autant plus prégnant dans sa dimension zonale Réunion/Mayotte du fait de la fragilité du système de santé de Mayotte qui implique de pouvoir mobiliser celui de la Réunion en appui selon des dispositifs à concevoir et à exercer.</p> <p>Compte tenu de la diversité des thématiques nationales à décliner localement, bien souvent selon des organisations spécifiques adaptées aux contextes locaux, il conviendra de décliner cette planification dans la durée selon une priorisation à définir localement.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Déclinaison à la Réunion et à Mayotte du dispositif ORSAN dans ses différentes composantes, avec une priorisation sur les volets "Attentat – Afflux Massif de Victimes (AMAVI)" et "Risque Épidémique – Vaccination (EPI-VAC)" 2. Elaboration de la planification de mobilisation des ressources sanitaires, dans sa composante zonale Réunion/Mayotte, puis départementales (Réunion et Mayotte). 3. Promotion et accompagnement des établissements dans l'écriture, l'actualisation régulière et la mise en œuvre : <ol style="list-style-type: none"> a) des plans de sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux b) des plans blancs des établissements de santé et plans bleu des établissements médico-sociaux 4. Conception ou participation à des exercices de crises à l'échelle départementale et zonale 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ORSAN 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture et EMZ ▪ Etablissements de santé et médico-sociaux ▪ Etablissements pharmaceutiques ▪ Santé Publique France ▪ Pompiers, forces de l'ordre, militaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acteurs du système de santé (établissements, professionnels de santé, pompiers,...)

REPERTOIRE DES SIGLES

A

AESH : accompagnant d'élèves en situation de handicap

AFD : agence française de développement

AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AIT : accident ischémique transitoire

ALD : affections de longue durée

AMAVI : afflux massif de victimes

ANAP : agence nationale d'appui à la performance

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

ATB-Raisin (réseau) : surveillance nationale de la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé

AVC : accident vasculaire cérébral

B

BCG : bacille de Calmette et Guérin

BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire

BMR : bactéries multirésistantes

BVS : bulletin de veille sanitaire

C

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CAMSP : centres d'action médico-sociale précoce

CCAS : centre communal d'action sociale

CEGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CHGM : centre hospitalier Gabriel Martin

CHU : centre hospitalier universitaire

CIRAD : centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement

CIRE OI : cellule interrégionale d'épidémiologie Océan Indien

CJC :

CLSM : conseils locaux de santé mentale

CM2 : cours moyen 2e année

CMP : centre médico psychologique

CMPEA : centre médico psychologique enfant et adolescent

CMPP : centres médico-psycho-pédagogiques

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNCDH : commission nationale consultative des droits de l'homme

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

COI : commission de l'Océan Indien

COREVIH : coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

CPIAS : centre de prévention des infections associées aux soins

CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CREPS : centres de ressources, d'expertise et de performance sportive

CRTLA : centre de référence des troubles du langage et des apprentissages

CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSO : centre spécialisé de l'obésité sévère

CTSM : Communauté territoriale de santé mentale

D

DAAF : direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

DCC : dossier communiquant en cancérologie

DEAL : direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DEGESCO : direction générale de l'enseignement scolaire

DFG : débit de filtration glomérulaire

DGS : direction générale de la santé

DIECCTE : directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DJSCS : direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DOM : département d'outre-mer

DPJJ : direction de la protection judiciaire de la jeunesse

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRRT : délégations régionales à la recherche et à la technologie

DTP : diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

E

EHPA : établissements hébergeant des personnes âgées

EHPAD : établissements pour personnes âgées dépendantes

EMZ : Etat -major de zones

EPI-VAC : epidemiology and vaccinology

EPSMR : établissement public de santé mentale de la réunion

ESAT : établissements et services d'aide par le travail

ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux

ETP : éducation thérapeutique du patient

F

FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

G

GCS TESIS : groupement de coopération télémedecine, échanges et systèmes d'information en santé

GEM : groupe d'entraide mutuelle

GHER : groupe hospitalier est Réunion

GIE VA : groupement d'intérêt économique vieillissement actif

GIPSAP : groupement d'intérêt public dédié au développement des services à la personne

GIR : groupes iso-ressources

H

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HPV : human papilloma virus

HTA : hypertension artérielle

I

ICC : insuffisance cardiaque chronique

IDE : infirmier diplômé d'état

INCA : individuelle nationale des consommations alimentaires

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IRC : insuffisance rénale chronique

IRCT : insuffisance rénale chronique terminale

IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion santé

IRM : imagerie par résonance magnétique

IRTS : institut de formation en travail social

IST : infections sexuellement transmissibles

IVG : interruption volontaire de grossesse

M

MAIA : maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MCV : maladies cardio-vasculaires

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MRC : maladie rénale chronique

O

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

OIIS : océan indien innovation santé

OMEDIT : observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

OMS : organisation mondiale de la santé

ORS : observatoire régional de santé

ORSAN : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

P

PA : personnes âgées

PDALHPD : plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

PDALPD : plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées

PH : personnes handicapées

PHV : personnes handicapées vieillissantes

PJJ : protection judiciaire de la jeunesse

PMI : protection maternelle et infantile

PMND : plan maladies neuro-dégénératives

PMSI : Programme de médicalisation du système d'information

PNNS : programme national nutrition santé

PPS : plan personnalisé de soins

PRAANS : programme alimentation activités nutrition santé

PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile

PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRITH : plan régional d'insertion des travailleurs handicapés

PROPIAS : programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

PRS : projet régional de santé

PRSE : plan régional santé environnement

PRST : plan régional santé au travail

PSFP : programme de soutien aux familles et à la parentalité

PTA : plateforme territoriale d'appui

R

RAMIR : recherche-action sur la mortalité infantile à la Réunion

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

REAAP : réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

REIN : réseau épidémiologie et information en néphrologie

RIM -psy: Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie

ROR : rougeole, oreillons, rubéole

ROR : rougeole-oreillons-rubéole

ROR : répertoire opérationnel ressource

RREVA : réseau régional des structures de vigilance et d'appui

S

SAF : syndrome d'alcoolisation fœtale

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAOME : santé addiction outre-mer

SAVS : services d'accompagnement à la vie sociale

SEGA : surveillance épidémiologique et de gestion des alertes

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SINTES : système d'identification national des toxiques et substances

SISM : semaine d'information sur la santé mentale

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SRS : schéma régional de santé

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

SUMPPS : service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

T

TCAF : troubles causés par l'alcoolisation fœtale

TEP : tomographe à émission de positons

TREND : tendances récentes et nouvelles drogues

TROD : tests rapides d'orientation diagnostique

U

UCC : unité cognitivo-comportementale

UHR : unités d'hébergement renforcé

ULIS : unité localisée d'inclusion scolaire

UNICEF : united nations international children's emergency fund

UNV : unités neuro vasculaire

URPS : unions régionales des professionnels de santé

USLD : unités de soins de longue durée



Schéma de Santé (SRS) 2018-2023
VOLET 3 - MAYOTTE

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

L'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA FEMME, DU COUPLE ET DE L'ENFANT4

1. Renforcer le suivi prénatal de 1 ^{er} recours (PMI et secteur libéral) et consolider le relais par les maternités.....	5
2. Structurer le diagnostic prénatal et la prise en charge des grossesses à risque.....	6
3. Sécuriser l'accouchement, la naissance, et le suivi post-natal.....	7
4. Renforcer et sécuriser les prises en charge en néonatalogie.....	8
5. Prévenir, dépister et renforcer la prise en charge des personnes exposées aux infections sexuellement transmissibles, hépatites et VIH.....	9
6. Garantir l'accès des femmes et des hommes aux méthodes de contraception de leur choix	10
7. Repérer, dépister et prendre en charge les violences conjugales ou intrafamiliales, dont les violences sexuelles.....	11
8. Améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par un dispositif adapté de prévention et de soins.....	12
9. Prévenir la malnutrition infantile et prendre en charge les enfants atteints.....	13

LA PRESERVATION DE LA SANTE DES JEUNES..... 14

10. Renforcer la santé des enfants et des adolescents scolarisés.....	15
11. Renforcer la santé des adolescents et jeunes adultes en difficulté.....	17
12. Développer des interventions innovantes à destination des jeunes et soutenir les acteurs et projets.....	18

L'AMELIORATION DE LA SANTE NUTRITIONNELLE..... 19

13. Améliorer les connaissances en santé nutritionnelle.....	20
14. Favoriser la prévention primaire nutritionnelle.....	21
15. Favoriser l'activité physique.....	22
16. Prévenir les carences alimentaires et la sous-nutrition des enfants et des jeunes.....	23
17. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques liées à la nutrition : le diabète et l'obésité.....	24

LA QUALITE DE VIE ET LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES 25

18. Améliorer le repérage et le dépistage précoce du handicap.....	26
19. Adapter la prise en charge médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes handicapées.....	27
20. Favoriser l'accès à la santé des personnes handicapées.....	29
21. Améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées et le repérage de leurs fragilités ..	30
22. Expérimenter et innover en faveur du soutien à domicile des personnes âgées.....	31
23. Développer l'offre de diagnostic des troubles cognitifs et psycho-comportementaux.....	32

LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES 33

24. Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires.	34
25. Construire un parcours de santé pour les patients diabétiques.....	35
26. Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cancéreuses.....	36

27.	Construire des parcours de santé pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux	38
28.	Prévenir et prendre en charge les conduites addictives.....	39
LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE MENTALE.....		41
29.	Enrichir les connaissances sur la santé mentale et développer une prévention de proximité en santé mentale.....	42
30.	Renforcer les capacités de prise en charge psychiatrique en veillant à leur intégration dans l'offre globale de soins	43
L'ENVIRONNEMENT AU SERVICE DE LA SANTE.....		45
31.	Améliorer l'accès à l'eau potable et à un assainissement adapté.....	46
32.	Limiter les risques sanitaires liés à l'habitat.....	47
33.	Faire évoluer les plans de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques et développer la lutte anti-vectorielle.....	48
LE RENFORCEMENT DE LA VEILLE SANITAIRE ET DE LA REPOSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES EN TERRITOIRE INSULAIRE.....		49
34.	Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien	50
35.	Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte.....	51
36.	Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance	53
37.	Garantir une couverture vaccinale protectrice pour la population.....	55
38.	Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité et les difficultés d'accès aux soins spécifiques à Mayotte.....	56
REPERTOIRE DES SIGLES.....		57

L'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA FEMME, DU COUPLE ET DE L'ENFANT

Description
<p>Mayotte connaît un fort dynamisme démographique, avec une population jeune, confrontée à des conditions quotidiennes précaires et des évolutions majeures des modes de vie. Cette situation influe sur la santé des femmes et des couples, et particulièrement sur leur santé sexuelle, et sur la santé des enfants, dans un contexte de saturation de l'offre de soins périnatale, et de difficultés récurrentes de la PMI dans l'exercice de ses missions.</p> <p>Un plan périnatale 2015-2018 avait été défini par l'ARS Océan indien pour faire évoluer l'organisation de la prise en charge des femmes enceintes et des nourrissons, en définissant la répartition des interventions entre les services de PMI, le CH de Mayotte, et les sages-femmes libérales, et en promouvant une organisation graduée de la prise en charge de la naissance sur le territoire.</p> <p>L'augmentation majeure des naissances (+45% entre 2013 et 2017, soit 9 674 naissances en 2017) renforce la nécessité de l'application de ce plan d'actions.</p> <p>La population des 0-6 ans représente plus de 48 000 enfants, soit plus de 20% de la population, en forte augmentation. Les problèmes de santé survenant à la naissance et dans la petite enfance engagent le potentiel de développement physique, sensoriel et psychomoteur de l'enfant. La prévention, le dépistage et les prises en charge précoces pour les enfants de 0-6 ans sont très insuffisamment développés à Mayotte.</p>
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
<ol style="list-style-type: none">I. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantileII. Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommesIII. Repérer, prévenir et prendre en charge les violences intrafamilialesIV. Dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant
Objectifs opérationnels à 5 ans Mayotte
<ol style="list-style-type: none">1. Renforcer le suivi prénatal de 1^{er} recours (PMI et secteur libéral) et consolider le relais par les maternités2. Structurer le diagnostic prénatal et la prise en charge des grossesses à risque3. Sécuriser l'accouchement, la naissance et le suivi post-natal4. Renforcer et sécuriser les prises en charge en néonatalogie5. Prévenir, dépister et renforcer la prise en charge des personnes exposées aux infections sexuellement transmissibles, hépatites et VIH6. Garantir l'accès des femmes et des hommes aux méthodes de contraception de leur choix7. Repérer, dépister et prendre en charge les violences conjugales, ou intrafamiliales, dont les violences sexuelles8. Améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants de 0-6 ans par un dispositif adapté de prévention et de soins9. Prévenir la malnutrition infantile et prendre en charge les enfants atteints

1. Renforcer le suivi prénatal de 1^{er} recours (PMI et secteur libéral) et consolider le relais par les maternités

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise à niveau de l'offre de consultations prénatales en PMI (équipements, programme de rénovation des locaux, mise à niveau des effectifs, formation) 2. Mise en place d'outils partagés (dossier commun, informatisation...) 3. Actualisation des protocoles d'intégration dans le parcours de soins 4. Information des femmes sur l'intérêt du suivi précoce de la grossesse et de l'accouchement en maternité 5. Consolidation de la filière de prise en charge graduée des grossesses selon le risque (application du logigramme d'orientation) 6. Projets de santé périnatale dans les structures d'exercice coordonné en ville, et mobilisation des sages-femmes libérales 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan périnatalité Mayotte 2015-2018 : Actions 1.1 à 1.4 et 2.1 à 2.2 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture de Mayotte (programme FEDER) ▪ Département (PMI) ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Réseau Répéma ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Associations santé et social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes en âge de procréer

2. Structurer le diagnostic prénatal et la prise en charge des grossesses à risque

Eléments de contexte	
<p>Le recours aux consultations prénatales est tardif pour des motifs d'accessibilité géographique et économique, et des facteurs culturels.</p> <p>L'accès au diagnostic prénatal spécialisé ne peut se faire qu'au centre Hospitalier de Mamoudzou, après dépistage dans les maternités périphériques ou en cabinet libéral.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Répertoire opérationnel des professionnels en échographie obstétricale et fœtale 2. Ouverture d'une unité fonctionnelle de diagnostic prénatal au CH de Mayotte en lien avec le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) du CHU de La Réunion devant évoluer vers un CPDPN Océan indien 3. Concertation sur les grossesses à risque entre pédiatres et obstétriciens 4. Surveillance à domicile des grossesses à risque, notamment par le recours aux sages-femmes libérales 5. Télémédecine (échographe en réseau, transfert d'images, télé-expertise, ..) 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan périnatalité Mayotte 2015-2018 : Actions 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 8.2, 9.1 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CHU de La Réunion (CPDPN) ▪ Département (PMI) ▪ Réseau Répéma ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Associations santé et social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes enceintes ▪ Nouveau-nés

3. Sécuriser l'accouchement, la naissance, et le suivi post-natal

Éléments de contexte	
<p>Les quatre maternités périphériques fonctionnent uniquement avec des sages-femmes ; les urgences obstétricales et le recours au plateau technique de la maternité centrale mobilise un transport sanitaire intra-hospitalier à conforter.</p> <p>L'ensemble de l'offre obstétricale est saturée (croissance des accouchements, et insuffisance des effectifs).</p> <p>L'activité de soins en gynécologie-obstétrique ne bénéficie pas d'une autorisation administrative, en raison de la non-conformité aux normes prévues par les textes réglementaires.</p> <p>Les visites de sortie des nouveau-nés sont insuffisantes dans les maternités.</p> <p>Les équipes médicales et soignantes font preuve de motivation et souhaitent faire évoluer les pratiques y compris par des protocoles de coopération ; le CESU propose des formations aux techniques de réanimation. Des pédiatres sont engagés dans le développement de consultations en centres de référence et centres de consultation.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réorganisation territoriale et gradation des maternités dans le cadre du projet de restructuration du CH de Mayotte 2. Maintien, dans l'attente de la restructuration du CH de Mayotte, des maternités périphériques installées dans les centres de référence pour les accouchements sans risque 3. Sécurisation des transferts entre les maternités périphériques et la maternité centrale de Mamoudzou 24H/24 (ambulance et équipage dédié, sage-femme partenaire du SMUR, développement des compétences des équipages en obstétrique et réanimation..) 4. Télémédecine (télésurveillance, ...) entre la maternité centrale et les maternités périphériques 5. Evaluation de l'intérêt de la mise en place d'un SMUR en néonatalogie 6. Protocoles renforcés, notamment pour l'hémorragie post-partum (HPP) et la pose de la ventouse de Kiwi (PVK) 7. Amélioration des conditions techniques de fonctionnement des secteurs obstétricaux et de la présence de pédiatres en salle de naissances 8. Généralisation du dépistage néonatal des cinq maladies obligatoires et de celui de la surdité permanente néonatale 9. Organisation des visites de sortie et le suivi post-natal des nouveau-nés fragiles 10. Diffusion du carnet de santé avec la production des certificats de santé de l'enfant 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan périnatalité 2015-2018 : Actions 5.1 à 5.4 et 6.1 à 6.2, 8.3 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Département (PMI, SDIS) ▪ CHU de La Réunion ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes enceintes ▪ Nouveau-nés

4. Renforcer et sécuriser les prises en charge en néonatalogie

Éléments de contexte	
<p>Le service assurant la réanimation néonatale est en suractivité, et ne dispose pas d'une autorisation administrative au regard des normes. Il rencontre des difficultés de couverture des effectifs, en nombre et qualification. Certaines activités mériteraient d'être évaluées et revues (nutrition parentérale, prescription, conservation lait maternel ...).</p> <p>Le suivi des prématurés et des nouveau-nés fragiles en post-hospitalisation reste insuffisant.</p> <p>La motivation des équipes est reconnue, avec la disposition de locaux équipés, et une expérience certaines dans les activités de réanimation ; le partage de postes avec le CHU de La Réunion est un appui à consolider.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise aux normes du service de néonatalogie/soins intensifs/réanimation néonatale 2. Protocole de transfert in utéro, et de nouveau-nés avec leur mère, vers le CHU de La Réunion 3. Sécurisation des prescriptions en néonatalogie par leur informatisation et leur évaluation 4. Programme adapté de maîtrise des infections nosocomiales 5. Recrutement de personnels expérimentés (puéricultrices) et développement des compétences 6. Organisation du suivi post-natal des nouveau-nés fragiles 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan périnatalité 2015-2018 : Actions 7.1 à 7.5 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Centre Hospitalo-Universitaire de La Réunion ▪ Département (PMI) ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes enceintes ▪ Nouveau-nés fragiles, prématurés ▪ Enfants

5. Prévenir, dépister et renforcer la prise en charge des personnes exposées aux infections sexuellement transmissibles, hépatites et VIH

Eléments de contexte	
<p>Des actions de prévention comportementale et biomédicale, de dépistage et de traitement spécifique au VIH sont conduites, tout en renforçant la réduction de l'exposition aux autres Infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes.</p> <p>Le département de Mayotte se situe dans une zone de moyenne d'endémicité vis-à-vis de l'hépatite B pour laquelle la vaccination reste la mesure la plus efficace en matière de prévention.</p> <p>Les leviers d'actions prioritairement visés concernent les dispositifs de dépistage pour les populations les plus exposées, la formation des professionnels et la coordination des acteurs de la santé et de prévention.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidation du système de surveillance en matière d'IST, d'hépatites et de VIH, et mise à disposition régulière de données chiffrées 2. Amélioration du dispositif de dépistage en veillant à son accessibilité territoriale 3. Renforcement des équipes compétentes en infectiologie au Centre Hospitalier de Mayotte et travail en réseau avec les professionnels libéraux et les structures de santé 4. Diversification de la prévention et accessibilité des moyens de prévention (préservatifs, PrEP, vaccination contre l'hépatite B et contre le papillomavirus HPV, ..) 5. Développement de l'éducation à la vie affective et sexuelle, notamment dans le système scolaire 6. Renforcement de l'intervention sur le territoire de Mayotte de la coordination régionale de lutte contre le VIH et les hépatites (COREVIH Réunion-Mayotte) 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan santé sexuelle (stratégie nationale en santé sexuelle) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CHU de La Réunion ▪ Département (PMI) ▪ Professionnels libéraux ▪ Education Nationale ▪ Associations santé et social ▪ usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale ▪ Jeunes

6. Garantir l'accès des femmes et des hommes aux méthodes de contraception de leur choix

Éléments de contexte	
<p>Dans un contexte de forte natalité, le taux de recours à la contraception à Mayotte reste peu documenté mais la contraception orale semble la plus fréquemment utilisée par les femmes.</p> <p>Le taux d'interruption volontaires de grossesse (IVG) est très supérieur à la moyenne nationale et la contraception d'urgence est fortement utilisée.</p> <p>Une cinquantaine de grossesses chez les moins de 15 ans est relevée chaque année chez les moins de 15 ans.</p> <p>La prévention devrait s'inscrire dans une stratégie globale, mobilisant l'ensemble de la population, et notamment les jeunes, et les hommes, et intégrant la problématique des violences conjugales et familiales.</p> <p>Les missions de planifications familiales de la PMI doivent être effectives.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposition d'un état des lieux des pratiques contraceptives, du recours à l'IVG et des grossesses précoces non-désirées 2. Accès effectif à la contraception par une disposition en proximité des missions de planification familiale 3. Promotion du choix du contraceptif adapté 4. Accès à l'IVG médicamenteuse par une offre renforcée en centres de consultation, centres de référence, et chez les professionnels libéraux du 1^{er} recours 5. Accès au numéro vert IVG à Mayotte 6. Information et communication sur la contraception et la protection des IST ; supports adaptés d'information en santé sexuelle et reproductive 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan santé sexuelle (stratégie nationale en santé sexuelle) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département (PMI) ▪ Education nationale ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Association santé social ▪ Observatoire Régional de la Santé Océan Indien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes et Hommes ▪ Jeunes

7. Repérer, dépister et prendre en charge les violences conjugales ou intrafamiliales, dont les violences sexuelles

Éléments de contexte	
<p>Une enquête auprès des femmes consultantes en 2015 a décrit l'importance des phénomènes de violences envers les femmes (19,2% de violences physiques, et 12,4% de violences sexuelles). Le Centre Hospitalier de Mayotte a récemment mis en place un dispositif de prise en charge des victimes d'agressions sexuelles, de très jeunes filles en majorité.</p> <p>Si la protection des mineurs et des femmes face aux violences conjugales et familiales relève du pilotage du Département, cette problématique constitue un enjeu de santé publique, nécessitant une action partenariale résolue.</p> <p>Une attention spécifique doit être portée à l'inceste et aux maltraitances infantiles et des jeunes adolescentes.</p> <p>Le CRAVS Océan Indien, porté par l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR), intervient régulièrement à Mayotte.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposition des connaissances sur des violences conjugales et intrafamiliales 2. Renforcement des capacités de repérage et de dépistage, et du dispositif de remontée des informations préoccupantes sur les violences intrafamiliales et les maltraitances infantiles 3. Formation des professionnels au dépistage des violences conjugales et familiales 4. Organisation de la prise en charge psycho-traumatologique d'urgence, avec intervention de la médecine légale, et suivi thérapeutique 5. Renforcement de la prise en charge et du suivi des auteurs de violences sexuelles 6. Information sur le rappel à la loi et les dispositifs d'aide aux victimes 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan santé sexuelle (stratégie nationale en santé sexuelle) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département (PMI, ASE) ▪ Education nationale ▪ Justice ▪ Délégation aux droits des Femmes ▪ ORS Océan Indien ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Centre Hospitalo-Universitaire de La Réunion ▪ EPSMR (CRAVS Océan indien) ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Associations santé social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale ▪ Couples ▪ Femmes ▪ Enfants ▪ Professionnels santé social

8. Améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par un dispositif adapté de prévention et de soins

Éléments de contexte	
<p>Les enfants de 0-6 ans représentent environ 20% de la population à Mayotte. Le contexte socio-économique de grande précarité (faiblesse des ressources, illettrisme, couverture sociale déficiente, logement inadapté ou indigne..) pour une grande majorité des foyers fragilise le développement des enfants et l'accompagnement parental.</p> <p>La prévention, et le dépistage, devraient favoriser une prise en charge précoce des troubles ou situations mettant en cause le développement des enfants.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise à niveau du service de protection maternelle et infantile à Mayotte, en capacité d'assurer les missions de consultations médicales, de prévention, et de vaccination, et de planification familiale 2. Enquête de couverture vaccinale 3. Plan de rattrapage vaccinal 4. Diffusion du carnet de santé de l'enfant 5. Organisation de filières de dépistage et de prise en charge des troubles sensoriels (et des troubles du langage et/ou de l'apprentissage), en mobilisant l'appui des ressources hospitalières et médico-sociales de La Réunion 6. Surveillance épidémiologique des enfants de 0- 6 ans 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département (PMI) ▪ ORS ▪ ANSP ▪ Centre Hospitalo-Universitaire de La Réunion ▪ Secteur médico-social ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Caisse de sécurité Sociale de mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants de 0-6ans

9. Prévenir la malnutrition infantile et prendre en charge les enfants atteints

Voir objectif dédié dans « L'amélioration de la santé nutritionnelle »

LA PRESERVATION DE LA SANTE DES JEUNES

Description
<p>Mayotte se caractérise par la jeunesse de sa population, ce qui appelle une politique de santé innovante et en mesure de s'adresser à ce public parfois éloigné du système de santé ou de la préoccupation de sa santé.</p> <p>L'insuffisance de la PMI, la santé scolaire très déficitaire, la saturation de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire, la couverture sociale incomplète rajoutent à la difficulté d'accès à la santé.</p> <p>La diversité des problématiques rencontrées par la jeunesse nécessite la mobilisation de nombreux acteurs, allant bien au-delà des seuls services de santé : familles et parents, éducation nationale, direction de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, collectivités locales, secteur associatif,...</p> <p>L'enjeu est éducatif et sanitaire ; il constitue un investissement pour le futur de la santé et de notre société.</p>
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
<p>V. Développer les compétences psychosociales chez les jeunes</p> <p>VI. Réduire les comportements à risque chez les jeunes</p> <p>VII. Favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale</p>
Objectifs opérationnels à 5 ans Mayotte
<p>10. Renforcer la santé des enfants et des adolescents scolarisés</p> <p>11. Renforcer la santé des adolescents et jeunes adultes en difficulté</p> <p>12. Développer des interventions innovantes à destination des jeunes et soutenir les acteurs et projets</p>

10. Renforcer la santé des enfants et des adolescents scolarisés

Eléments de contexte	
<p>La santé scolaire est très déficitaire (2 médecins pour plus de 100 000 élèves) et ne peut répondre à ses missions, dans un contexte général de difficulté d'accès aux soins pour l'ensemble de la population.</p> <p>De nombreux enfants et jeunes ne disposent pas d'une alimentation suffisante en quantité et qualité. Des difficultés de santé sont identifiées par l'Education nationale comme un frein effectif aux apprentissages (vue, ouïe), sans pouvoir disposer actuellement de moyens de dépistage et de prise en charge.</p> <p>L'école constitue néanmoins un espace à investir pour le repérage et l'orientation vers les soins, et pour le développement des compétences psycho-sociales permettant aux enfants et adolescents d'adopter durablement des comportements de préservation de leur santé, notamment dans les champs de la sexualité et de la vie affective, des addictions, de la nutrition, et des violences.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Connaissance de la santé des enfants et adolescents (bilan par classes d'âge) 2. Accompagnement à la parentalité en veillant à l'intégration d'un volet « santé » dans les programmes 3. Mobilisation des événements périscolaires pour sensibiliser les parents à la santé des jeunes 4. Plaidoyer pour un renforcement de la santé scolaire 5. Elaboration d'un cadre d'intervention pour permettre aux professionnels de santé de l'île de réaliser des bilans et des dépistages chez les enfants scolarisés 6. Systématisation des bilans dentaires, et soins préventifs de la carie 7. Construction d'un parcours de dépistage des difficultés de santé des élèves et de prise en charge ORL, ophtalmologique et dentaire 8. Mise en place d'un Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé au Centre Universitaire de Formation et de Recherche 9. Accès des étudiants à une complémentaire santé 10. Déploiement du parcours éducatif en santé, promu par l'Education Nationale 11. Formation des intervenants scolaires aux questions de santé et intégration dans les enseignements 12. Identification d'une filière de repérage, diagnostic et prise en charge des troubles sensorielles et troubles des apprentissages, en faisant appel aux soutiens des structures de La Réunion 13. Mobilisation des communes sur la prévention à destination des jeunes, notamment sur les sujets de nutrition (restauration scolaire, activité physiques) et de la santé sexuelle, au travers des Ateliers Santé Ville, des Contrats Locaux de Santé, et Contrats de Ville 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parcours éducatifs en santé (Education Nationale) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes du premier et second degré ▪ Etudiants

<ul style="list-style-type: none">▪ Département▪ Centre Universitaire de Formation et de Recherche (CUFR)▪ Centre Hospitalier de Mayotte▪ Professionnels de santé libéraux▪ Associations santé social	
---	--

11. Renforcer la santé des adolescents et jeunes adultes en difficulté

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmes de prévention, en favorisant le recours à l'éducation par les pairs 2. Espaces santé (point santé jeunes) de proximité en lien avec la Maison des adolescents et CEMEA 3. Mobilisation des équipes des missions locales, points info jeunes, et centre info jeunes, sur des projets de santé alliant prévention et accès aux soins 4. Politique de la ville : Contrats locaux de santé, CLSPD, programme de lutte contre les addictions 5. Soutien de l'accès à la santé des jeunes sous main de justice, dépistages bucco-dentaire, ateliers en partenariat sur la vie affective et sexuelle, et sur la lutte contre les addictions 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé ▪ PJJ Promotrice de santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education Nationale ▪ CUFR ▪ DJSCS ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Bus UFSBD ▪ Maison des adolescents – CEMEA - IREPS ▪ Collectivités locales ▪ Associations santé social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes en difficulté

12. Développer des interventions innovantes à destination des jeunes et soutenir les acteurs et projets

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none">1. Disposition d'une observation de la santé des jeunes2. Outils d'intervention adaptés aux spécificités et à la culture de Mayotte3. Ouverture de lignes d'info-santé sur les thématiques santé4. Investissement d'internet et des réseaux sociaux5. Référentiels de bonnes pratiques au travers de l'évaluation des projets déployés et promotion d'échange entre les promoteurs	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none">▪ Stratégie nationale de santé▪ PRAPS	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none">▪ Education nationale▪ CUFR▪ DJSCS▪ Collectivités locales▪ Associations santé sociale▪ ORS	<ul style="list-style-type: none">• Jeunes de 6 à 25 ans

L'AMELIORATION DE LA SANTE NUTRITIONNELLE

Description

La nutrition est un enjeu majeur de santé publique à Mayotte, avec une mobilisation renouvelée des acteurs locaux autour du PRAANS et de la conférence de consensus diabète (2016-2017), partageant les constats :

- d'une prévalence élevée de la surcharge pondérale et de l'obésité, ainsi que des pathologies liées à la nutrition, notamment le diabète (mais aussi l'IRC et les maladies cardio-vasculaires)
- d'une persistance de situation de dénutrition et de retard de croissance
- de comportements alimentaires éloignés des recommandations sanitaires
- d'une offre alimentaire trop peu diversifiée
- d'une activité physique insuffisante

Depuis 2006 (Nutrimay) et 2008 (Maydia), aucune étude n'est venue éclairer la situation de la nutrition sur l'ensemble du département et concernant l'ensemble de la population, et il n'y a aujourd'hui que des données partielles. (soit géographiquement, étude sur une commune ou un quartier, soit sur une partie seulement de la population, les enfants en Grande Section de maternelle par exemple). De nombreuses incertitudes perdurent sur la prévalence de l'obésité et du diabète, l'évolution des pratiques alimentaires et sportives, le gradient social de l'obésité, les comportements et représentations, et la caractérisation des situations persistantes de sous-nutrition.

A Mayotte, comme dans toutes les zones confrontées à une transition nutritionnelle, la coexistence simultanée dans la même communauté, voire dans les mêmes foyers, de situations de dénutrition chez les enfants et d'obésité chez les mères constitue une difficulté supplémentaire. En revanche, cela permet de déterminer un ciblage des actions vers les femmes jeunes, enceintes et allaitantes.

Les femmes jeunes, enceintes et/ou allaitantes, les enfants et jeunes doivent donc être privilégiés en terme de prévention.

Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte

- VIII. Prévenir et prendre en charge les situations de dénutrition, notamment infantile
- IX. Ralentir la progression de l'obésité et du surpoids
- X. Ralentir la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques

Objectifs opérationnels à 5 ans - Mayotte

- 13. Améliorer les connaissances en santé nutritionnelle
- 14. Favoriser la prévention primaire nutritionnelle
- 15. Favoriser l'activité physique
- 16. Prévenir les carences alimentaires et la sous-nutrition des enfants et des jeunes
- 17. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques liées à la nutrition : le diabète et l'obésité

13. Améliorer les connaissances en santé nutritionnelle

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enquête baromètre Santé (ANSP) intégrant ENTRED 3 2. Intervention du Centre Spécialisé Obésité Réunion –Mayotte (CHU de La Réunion), sur la caractérisation des obésités à Mayotte, et le lien avec le diabète 3. Actualisation des données épidémiologiques relatives à l'obésité, au diabète, et à la sous-nutrition, en intégrant les approches sociales et comportementales 4. Enquêtes périodiques en milieu scolaire sur échantillon 5. Enquêtes de consommation et d'habitudes alimentaires 6. Analyses périodiques du PMSI sur le recours hospitalier pour cause de béri-béri 7. Etude de l'alimentation des femmes enceintes et leur situation vitaminique 8. Production périodique d'un tableau de bord ORS nutrition/obésité/diabète 9. Animation par l'ORS Océan Indien, conformément aux conclusions de la conférence de consensus diabète 2016-2017, du partage des données et études entre acteurs locaux pour l'appropriation et l'analyse des résultats 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PNNS et PRAANS ▪ Conférence de consensus diabète 2016-2017 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ORS ▪ Santé Publique France (ANSP) ▪ Education nationale ▪ DAAF ▪ CHU (CSO) 	<p>Toute la population du Département</p> <p>Une attention particulière sera portée aux femmes de 16 -30 ans.</p>

14. Favoriser la prévention primaire nutritionnelle

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement d'une culture commune de la nutrition : <ol style="list-style-type: none"> a. Formation des acteurs et intervenants locaux à la nutrition et à l'intervention en santé communautaire b. Animation de groupes de suivi et d'échange sur les projets, pratiques, et résultats c. Inscription des formations dans des projets à l'échelle communale, en retenant une approche expérimentale avant généralisation d. Disposition de référents qualifiés « nutrition » et « santé communautaire » auprès des intervenants 2. Evaluation de la portée des projets de communication et de sensibilisation jusqu'alors mis en œuvre 3. Adaptation des messages et outils de prévention nutritionnelle à la culture, aux pratiques culinaires, aux traditions et événements religieux, et à l'offre alimentaire locale 4. Labellisation des outils de prévention et de sensibilisation 5. Projets de santé communautaire, sur des quartiers ciblés, garantissant l'association de la population, l'action dans la durée, et la mobilisation concertée et convergente des partenaires sur l'ensemble des déterminants de la santé nutritionnelle (cf. conclusions de la conférence de consensus diabète 2016-2017) 6. Mobilisation de l'économie sociale et solidaire sur des projets de santé nutritionnelle 7. Valorisation des productions locales (agriculture, agroalimentaire, pêche) et labellisation des produits de qualité nutritionnelle 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PNNS et PRAANS ▪ Conférence de consensus diabète 2016-2017 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture ▪ DJSCS ▪ DAAF ▪ Mairies ▪ CRESS ▪ Associations santé, social, culture, et du sport 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

15. Favoriser l'activité physique

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Communication autour du concept « sport-santé » 2. Recensement et information sur l'offre de Sport-Santé 3. Labellisation des offres locales de sport-santé 4. Encouragement de la pratique sportive régulière : prix d'adhésion aux clubs sportifs, mixité sociale et de genre, valorisation des sports traditionnels, disposition d'équipements sportifs de proximité via la contractualisation avec les communes et les projets d'urbanisme 5. Sensibilisation des pratiquants sportifs aux enjeux d'une alimentation équilibrée par la mise à disposition de ressources d'information et de référents qualifiés 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ PSSBE 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DJSCS ▪ Mairies ▪ CROS (coordinateur PSSBE) ▪ Fédérations sportives ▪ UFOLEP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

16. Prévenir les carences alimentaires et la sous-nutrition des enfants et des jeunes

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement et coordination du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge des malnutritions aiguës sévères et modérées pour établir un parcours de soins associant l'ensemble des partenaires et intervenants 2. Développement de la restauration collective (établissements scolaires, crèches...) en favorisant la mise en place des actions de sensibilisation, d'éducation, de participation collective et communautaire autour de la restauration 3. Intégration de la prévention nutritionnelle dans les actions de soutien à la parentalité, en prenant en compte les dimensions culturelles de la grossesse et des premières années de vie 4. Accès à la supplémentation vitaminique systématique des femmes enceintes 5. Renforcement des dispositifs d'aide alimentaire et d'épiceries sociales pour prévenir la sous-nutrition 6. Mobilisation des expériences d'autres départements et d'autres pays en santé communautaire pour la lutte contre la sous-nutrition 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Plan départemental pour la restauration scolaire 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture ▪ DJSCS ▪ Education nationale ▪ Département (PMI) ▪ Mairies ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Associations santé, social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants de 0 à 12 ans, avec une attention particulière sur la fenêtre des 1.000 jours (femmes enceintes + enfants <2 ans)

17. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques liées à la nutrition : le diabète et l'obésité

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement de la sensibilisation de la population au diagnostic du diabète, en veillant à dédramatiser la maladie et à faire connaître les indicateurs de risque 2. Amélioration de l'accès au diagnostic via des projets communautaires, en veillant à la liaison avec la prévention et l'orientation vers des parcours de soins (cf. conclusions de la conférence de consensus diabète 2016-2017) 3. Annonce de qualité du diagnostic, intégrant l'information sur la prévention et les suites de soins, et l'inscription précoce dans un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) 4. Création de Programme d'ETP pour le diabète gestationnel 5. Accès à l'ETP par le déploiement, en proximité, d'un programme pouvant être conduit par les structures d'exercice coordonné et les professionnels de santé libéraux, en complémentarité des programmes ambulatoires portés par le Centre Hospitalier de Mayotte et RediabYlang 6. Extension à Mayotte du dispositif expérimental CNAMTS-DGS sur la prévention ciblée à destination des personnes pré-diabétiques ou ayant connu un diabète gestationnel 7. Identification d'une filière de soins de l'obésité avec le CHU de La Réunion, au travers de l'intervention à Mayotte du Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO), tant sur les prises en charge médicales que chirurgicales 8. Amélioration de l'offre de prise en charge du diabète, et de la filière avec La Réunion : <ol style="list-style-type: none"> a. Constitution d'une équipe d'endocrinologie, diabétologie, et nutrition au Centre Hospitalier de Mayotte b. Consultations avancées soutenues par une télé-expertise basée à La Réunion, c. Formation continue des professionnels de santé du 1^{er} recours sur les maladies métaboliques d. Exercice coordonné en prenant appui sur des expériences de coopération entre médecins et infirmiers du type ASALEE e. Promotion d'actions de dépistage de la rétinopathie diabétique f. Développement de la télé-expertise pour la prise en charge des complications 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRAANS ▪ Conférence de consensus diabète 2016-2017 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHM ▪ CHU de La Réunion ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes présentant un diabète de type 1 ou 2 ▪ Personnes à risque de diabète ▪ Femmes ayant développé un diabète gestationnel

LA QUALITE DE VIE ET LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

Description
<p>Les politiques en faveur des personnes en situation de handicap et de personnes âgées en perte d'autonomie promeuvent l'inclusion sociale, le respect des choix de vie, le soutien à domicile et en milieu ordinaire, et un accès à la prévention et à des soins adaptés.</p> <p>Mayotte a connu l'émergence récente d'un secteur médico-social, et dispose de six établissements dédiés pour aux enfants et adolescents et d'un établissement ouvert aux adultes, soit une offre de prise en charge du handicap très insuffisante, dans un contexte de pression démographique.</p> <p>Le parcours des personnes en situation d'handicap est à construire à Mayotte sur la base d'un diagnostic médical précoce et systématique, et par le développement des instances d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap et des prises en charge spécialisées.</p> <p>La démarche « Réponse accompagnée pour tous », inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé (2016), vise également à lutter contre les ruptures de parcours, à partir d'un changement des pratiques et des coopérations entre acteurs, autour du projet de vie de la personne en situation de handicap. Elle suppose une réorientation de la réponse médico-sociale, et un effort partagé pour rendre la société inclusive. Elle ne fait pas obstacle au développement de l'offre médico-sociale à Mayotte, aujourd'hui marquée par son insuffisance.</p> <p>La connaissance de la population en situation de handicap et de ses besoins en est cours de structuration, avec des enquêtes ponctuelles, et une observation à construire en routine à partir de l'activité de la MDPH.</p> <p>Ce territoire doit également anticiper un vieillissement progressif de sa population, et répondre dès maintenant aux besoins de prévention, de soins et d'accompagnement de personnes âgées en perte d'autonomie, encore peu nombreuses.</p>
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
<p>XI. Prévenir et retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées et les personnes handicapées</p> <p>XII. Soutenir l'inclusion sociale des personnes âgées et des personnes handicapées</p> <p>XIII. Adapter les services de santé à l'évolution des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées</p>
Objectifs opérationnels à 5 ans (PH) Mayotte
<p>18. Améliorer le repérage et le dépistage précoce du handicap</p> <p>19. Adapter la prise en charge médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes handicapées</p> <p>20. Favoriser l'accès à la santé des personnes handicapées</p>
Objectifs opérationnels à 5 ans (PA) Mayotte
<p>21. Améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées et le repérage de leurs fragilités</p> <p>22. Expérimenter et innover en faveur du soutien à domicile des personnes âgées</p> <p>23. Développer l'offre de diagnostic des troubles cognitifs et psycho-comportementaux</p>

18. Améliorer le repérage et le dépistage précoce du handicap

Eléments de contexte	
<p>L'accompagnement des enfants handicapés suppose en premier lieu la mise en place d'un dispositif structuré de repérage, de diagnostic et de prise en charge précoce sur l'ensemble du territoire.</p> <p>Le repérage est rendu très difficile par les manques de moyens de l'Education Nationale en termes de locaux et de personnels (enseignants et enseignants spécialisés, infirmières et médecins scolaires), et la saturation de l'offre de consultation du 1^{er} recours.</p> <p>Le raccourcissement des délais d'accès à un diagnostic (CAMSP, CHM), et la qualité de ce dernier et de son annonce, déterminent fortement l'accès à une prise en charge.</p> <p>Le renforcement des équipes pluridisciplinaires d'évaluation de la MDPH constitue également à cet égard une priorité.</p> <p>Les orientations MDPH se heurtent au déficit de structures d'accompagnement. Un suivi systématique de personnes vues et orientées par la MDPH, ainsi que du nombre réel de places disponibles en établissement, devrait permettre d'évaluer de manière précise la couverture des besoins, de faire une programmation ajustée du nombre de places à venir, et de s'inscrire dans la démarche « une réponse accompagnée pour tous ».</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Place de la PMI dans son rôle de repérage et de dépistage des enfants dès le plus jeune âge 2. Encouragement des professionnels de santé du 1^{er} recours, notamment dans le cadre de l'exercice coordonné, à développer le repérage et le dépistage précoces 3. Interventions, sous formes de missions, des équipes diagnostic spécialisé de La Réunion, dont le CRIA pour le diagnostic des troubles autistiques 4. Augmentation des capacités de diagnostic et de prise en charge précoce du CAMPS et du CMPP 5. Création d'un centre de diagnostic pluridisciplinaire du handicap au CH de Mayotte, agissant en lien avec la MDPH, le CAMPS et le CMPP 6. Renforcement des équipes pluridisciplinaires d'évaluation de la MDPH 7. Accroissement des compétences des gestionnaires MDPH dans l'instruction des dossiers 8. Révision des modalités d'accueil et de communication de la MDPH avec les familles 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRIAC ▪ Plans Autisme 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education Nationale ▪ Département (PMI) ▪ MDPH ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CAMSP, CMPP, CRIA ▪ Autres ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants en situation de handicap ▪ Parents et aidants

19. Adapter la prise en charge médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes handicapées

Éléments de contexte
Dans le cadre de la démarche une « Réponse Accompagnée Pour Tous », l'offre sanitaire et médico-sociale doit s'adapter aux besoins et aux aspirations des personnes handicapées et de leurs proches, en passant d'une logique de place à une logique de parcours, structurés autour de la personne, et devant favoriser l'inclusion en milieu ordinaire et la mobilisation pertinente des ressources et solutions disponibles localement.
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Renforcement des équipes médicales et paramédicales et des capacités des ESMS2. Co-construction du référentiel sur la guidance parentale et la perception du handicap3. Augmentation des capacités de prise en charge précoce par le CAMSP4. Mise en place d'une procédure de priorisation et de prise en charge accélérée en ESMS sur la base d'une grille d'évaluation à la MDPH5. Soutien à l'expérimentation de dispositifs souples et réactifs : plateformes territorialisées de services médico-sociaux (à partir des ESMS et des centres de référence/ centres de consultations), relayage, accueil séquentiel, accueil temporaire, expérimentation de nouvelles structures6. Développement des dispositifs de scolarisation en milieu ordinaire ou semi-ordinaire : unités d'enseignement externalisées, ULIS-SESSAD, inclusions partielles en classe ordinaire7. Soutien à la professionnalisation des Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap (AESH)8. Développement d'un accompagnement par un personnel contractuel sensibilisé à la prise en charge des enfants en situation de handicap sur le modèle des Agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM)9. Augmentation des capacités d'accueil des ESMS10. Poursuite du projet de préprofessionnalisation des personnes handicapées en milieu ordinaire11. Création d'un ESAT hors les murs de 60 places sur l'ensemble du territoire12. Communication à destination du grand public et des collectivités locales sur les nouveaux SPASAD, SAMSAH, SSIAD et FAM13. Promotion et soutien à la professionnalisation des familles d'accueil14. Soutien des actions visant à améliorer la participation sociale des personnes handicapées, y compris à travers une activité physique adaptée15. Soutien à l'action des associations dans l'aide aux aidants16. Intégration des dimensions de la vie sexuelle et affective dans l'accompagnement des personnes handicapées ; expérimentation de conseillers conjugaux17. Mutualisation des missions de support et de gestion des ESMS, et sécurisation de la gouvernance des ESMS

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse Accompagnée Pour Tous ▪ Plan pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PRITH) ▪ Plans Autisme 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education nationale ▪ Département et communes ▪ MDPH ▪ DJSCS ▪ DIECCTE ▪ AGEFIPH ▪ FIPHFP ▪ ESMS ▪ Association des parents des enfants et adultes handicapés de Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes handicapées (enfants et adultes) ▪ Familles et aidants

20. Favoriser l'accès à la santé des personnes handicapées

Eléments de contexte	
<p>Les personnes en situation de handicap ont des indicateurs de santé globalement inférieurs à la population générale, avec un retard dans le diagnostic et la prise en charge, et une difficulté à faire reconnaître leurs besoins de santé au-delà de leur handicap. Or, malgré les différentes prises de conscience, et notamment la charte Romain Jacob, les freins restent nombreux et interrogent l'ensemble de l'accessibilité de notre système de santé et l'effectivité des droits reconnus aux patients.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement d'un réseau de professionnels libéraux sensibilisés à la prise en charge du handicap ; encouragement des professionnels en exercice coordonné à développer des pratiques d'accessibilité à la santé des personnes handicapées, et notamment des consultations dédiées 2. Développement de consultations médicales, incluant un volet de prévention, au sein des ESMS 3. Intégration de la prévention et de l'accès aux soins dans les projets individualisés d'accompagnement en ESMS 4. Protocole spécifique d'accueil aux urgences et dans les centres de référence et centres de consultation 5. Renforcement et structuration des liens entre les SAAD et le SSIAD 6. Intégration du handicap dans les projets de prévention et de promotion de la santé 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charte Romain Jacob 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes (PTA) ▪ ESMS ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Acteurs de la prévention et promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes handicapées ▪ Professionnels de santé

21. Améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées et le repérage de leurs fragilités

Éléments de contexte	
<p>Mieux connaître la population âgée et ses besoins est une condition de l'adaptation de la politique sociale et médico-sociale et d'une programmation cohérente de l'offre de service.</p> <p>Des approches épidémiologiques sont également rendues nécessaires au regard des spécificités sanitaires de Mayotte et d'une présomption de vieillissement biologique précoce.</p> <p>La mise en œuvre d'un dispositif d'observation partagée sur les réponses apportées aux attentes devrait permettre d'améliorer la réactivité et la pertinence du système médico-social.</p> <p>Le repérage précoce des fragilités et la prévention individualisée et collective du vieillissement sont d'autant plus nécessaire que l'offre de prise en charge gérontologique est aujourd'hui très lacunaire.</p>	
Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recueil et partage des données d'analyses de l'état de santé, des conditions de vie et des besoins et attentes des personnes âgées, et de la situation des aidants 2. Elaboration d'un programme d'études et de recherche reposant sur la situation épidémiologique locale du vieillissement 3. Mise en place d'une conférence des financeurs, réunissant a minima ARS, CSSM et Département autour des enjeux et actions de prévention du vieillissement 4. Disposition de compétences gérontologiques au CHM (a minima, équipe mobile de gériatrie, en capacité de conduire des évaluations gérontologique, et programmation d'une USLD) 5. Appui aux professionnels de santé du 1^{er} recours pour repérer les fragilités des personnes âgées 6. Programmes collectifs de prévention du vieillissement ; soutien aux associations 7. Développement des accueils de jour 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schéma départemental en faveur des personnes âgées 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CHU de La Réunion ▪ Département ▪ Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte ▪ Observatoire Régional de la Santé Océan indien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées ▪ Aidants

22. Expérimenter et innover en faveur du soutien à domicile des personnes âgées

Eléments de contexte	
<p>Face à l'absence de lieu d'hébergement médicalisé type EHPAD à Mayotte, il convient d'apporter des réponses souples et innovantes et de proximité aux personnes et familles concernées.</p> <p>Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes nécessite de soutenir les aidants et de prévenir leur épuisement, et de faire face aux troubles psychiques et comportementaux et aux situations de lourde dépendance.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutien sanitaire au développement de petites unités de vie par le département et les communes 2. Création d'une coordination gérontologique assurant, à partir de la démarche MAIA, la mobilisation des ressources du territoire, la complémentarité des intervenants, et la coordination individualisée des cas complexes, en veillant à l'intégration au sein de la PTA 3. Déploiement de plateformes territorialisées de service médico-social, à partir des centres de référence/centre de consultations, mobilisant les professionnels de santé libéraux, pour garantir un maintien à domicile de qualité 4. Renforcement des capacités des SSIAD et création de SPASAD 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schéma départemental en faveur des personnes âgées 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département ▪ Communes ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Associations ▪ ESMS ▪ PTA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes âgées ▪ Aidants

23. Développer l'offre de diagnostic des troubles cognitifs et psycho-comportementaux

Eléments de contexte	
<p>En 2017, Mayotte ne dispose d'aucune consultation mémoire, ni consultation neurologique, situation rendant le diagnostic des maladies neurodégénératives inaccessible pour les personnes âgées et leurs familles, sauf à faire le déplacement à La Réunion ou en métropole.</p> <p>De ce fait, les personnes atteintes ne bénéficient pas d'un accompagnement adapté, et les familles sont laissées sans ressource ni soutien.</p> <p>Au-delà, cette absence de diagnostic masque la réalité épidémiologique du vieillissement à Mayotte, et ne permet pas de construire une réponse sociale, médico-sociale et sanitaire.</p> <p>L'aval du diagnostic reste également à construire, avec une offre de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives aujourd'hui inexistante.</p>	
Actions et leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> Développement et structuration sur le territoire de l'offre de diagnostic neurodégénératif : <ul style="list-style-type: none"> Formation des médecins généralistes et autres professionnels de santé au repérage Renforcement des moyens dédiés aux consultations mémoire à distance (télémédecine et missions) Structuration de l'annonce et de l'aval du diagnostic Formalisation d'une passerelle entre les lieux de diagnostic et les programmes d'ETP sur les maladies neurodégénératives Développement de l'offre de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles du comportement : <ul style="list-style-type: none"> Création d'une unité de soins gériatrique au CHM Création d'une équipe mobile de gériatrie et géronto-psychiatrie Ouverture de programmes d'ETP sur les maladies neurodégénératives Ouverture d'accueils de jour Soutien aux associations et espaces de support aux aidants Identification d'une fonction de coordination de parcours (cf. supra sur coordination gérontologique) 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> Schéma départemental en faveur des personnes âgées PMND 2014 - 2019 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Mayotte CHU de La Réunion Associations Professionnels de santé libéraux ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées Aidants

LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Description	
<p>Souvent associée au vieillissement progressif de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques appelle une amélioration constante du dépistage et de la prise en charge précoce afin de contrôler au mieux les risques de complications altérant la qualité de vie des personnes et consommatrices de ressources en santé.</p> <p>Elle justifie de revoir les dispositifs de prévention, de renforcer la coordination des parcours de santé, et de favoriser l'autonomie des patients.</p> <p>Les maladies chroniques concentrent l'essentiel des gains de santé désormais attendus, et requièrent dès lors une évolution des pratiques et des organisations de santé, et une association plus forte de la société civile et des intervenants publics hors du seul champ sanitaire.</p>	
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte	
XIV.	Eviter la survenue des maladies chroniques chez les personnes à risque
XV.	Eviter ou ralentir la dégradation de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et préserver leur autonomie
Objectifs opérationnels à 5 ans Mayotte	
24.	Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires
25.	Construire un parcours de santé pour les patients diabétiques
26.	Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cancéreuses
27.	Construire un parcours de santé pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux
28.	Prévenir et prendre en charge les conduites addictives

24. Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires

Eléments de contexte	
<p>Le vieillissement attendu de la population de Mayotte et la poursuite de l'occidentalisation des modes de vie annoncent un accroissement de la morbidité et de la mortalité par maladies cardio-vasculaires (MCV). Il convient de concentrer les efforts sur la prévention, le repérage et le dépistage des MCV pour en faciliter la prise en charge précoce.</p> <p>Par ailleurs, le Centre Hospitalier de Mayotte devra renforcer ses capacités en médecine spécialisée, dont la cardiologie, et disposer des moyens modernes d'imagerie médicale (cardio-imagerie) ; la coopération avec les établissements de santé de La Réunion, et le développement de la télé-médecine, doivent permettre de disposer sur place, ou à distance, du recours spécialisé.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention de l'apparition des maladies cardio-vasculaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication des professionnels du premier recours et de la médecine du travail dans le repérage des facteurs de risque : diabète, troubles du métabolisme des lipides et hypertension artérielle ▪ Renforcement de la prévention et du dépistage des maladies cardiaques infantiles post infection à streptocoque B 2. Réduction de la fréquence des complications des maladies cardio-vasculaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des compétences cardiologiques du CH de Mayotte et de l'accès aux consultations cardiologiques : <ul style="list-style-type: none"> - recrutement, - missions depuis les établissements de La Réunion - télé-expertise ▪ Programme d'ETP sur les maladies cardio-vasculaires ▪ Reconnaissance d'une spécialisation cardiovasculaire pour l'offre de soins de suite et de réadaptation (Adultes) ▪ Accès à des programmes d'activité physique adaptée 3. Réduction de la fréquence des ré-hospitalisations : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de l'articulation entre 1^{er} et 2nd recours dans le suivi post-première hospitalisation ▪ Promotion de la télé-cardiologie depuis La Réunion pour les patients porteurs de défibrillateur cardiaque implantable et de pacemakers 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CHU et établissements de santé réunionnais ▪ Professionnels de santé libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants ▪ Adultes ▪ Patient ayant une maladie cardiaque

25. Construire un parcours de santé pour les patients diabétiques

Eléments de contexte	
<p>A Mayotte, la prévalence du diabète est estimée à 10,5% des adultes entre 30 et 69 ans (MAYDIA 2008).</p> <p>Les actions doivent être organisées autour des trois axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prévention primaire et ciblée, et dépistage - organisation graduée d'une prise en charge des personnes diabétiques - renforcement d'une offre de 2nd recours en diabétologie en lien avec les services de santé de La Réunion et en utilisant les outils de la e-santé, <p>et faire application des conclusions de la conférence de consensus diabète 2016-2017.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention de l'apparition du diabète de type II <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de santé communautaire en nutrition ▪ Formation continue des professionnels du 1^{er} recours aux maladies métaboliques, ▪ Actions de repérage et de dépistage des maladies métaboliques, ▪ Prévention ciblée vers les femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel 2. Amélioration de l'accès aux prises en charge <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement des compétences d'endocrinologie du CH de Mayotte : <ul style="list-style-type: none"> - Constitution d'une équipe d'endocrinologues - Consultations avancées - Recours à la télé-expertise et téléconsultation à partir de La Réunion ▪ Intégration du dispositif d'ETP en proximité dans les centres de référence ou de consultations, ▪ Coopération entre les professionnels de santé du premier recours (exercice coordonné, programme de type ASALE), ▪ Suivi rapproché des femmes enceintes à l'occasion d'un diabète gestationnel 3. Réduction des complications évolutives du diabète <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage de la rétinopathie diabétique avec un dispositif de télé-médecine, ▪ Développement de la télé-expertise relayée à La Réunion pour la prise en charge des complications évolutives, dont la neuropathie (pied diabétique). 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référentiels de la conférence consensus diabète 2016-2017 ▪ Programme alimentation, activité physique, nutrition, santé (PRAANS) 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CHU de La Réunion ▪ Professionnels de santé libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes présentant un diabète de type 1 ou 2 ▪ Personnes à haut risque de diabète ▪ Femmes ayant développé un diabète gestationnel

26. Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cancéreuses

Éléments de contexte
<p>La prise en charge des maladies cancéreuses à Mayotte accuse un retard important, notamment au regard des orientations du plan national cancer III, mettant en cause l'égal accès et la qualité des soins.</p> <p>Ainsi, plus d'une centaine de femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus attendaient en 2017 une prise en charge.</p> <p>Ces difficultés de prise en charge spécialisées en oncologie sont actuellement compensées par les évacuations sanitaires vers La Réunion. Toutefois seule la structuration d'une filière oncologique assurant dans un premier temps le traitement des cancers du sein, du col de l'utérus, de l'appareil digestif et urologique (prostate), combinée à une offre locale de dépistage, permettra de répondre aux besoins en oncologie de Mayotte.</p> <p>Cette offre oncologique territoriale devra disposer d'un bloc opératoire pour le traitement chirurgical, et de moyens dédiés à la chimiothérapie, dans le cadre d'une collaboration rapprochée avec les services oncologiques de La Réunion.</p> <p>La filière, assurant la continuité des parcours, devra garantir aux patients l'accès à des soins de support et aux soins palliatifs.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Prévention des facteurs de risque des cancers :<ul style="list-style-type: none">▪ Prévention de la consommation de tabac▪ Prévention de la consommation d'alcool▪ Promotion de la santé nutritionnelle▪ Promotion de la vaccination anti-HPV▪ Sensibilisation aux risques de l'exposition au soleil2. Dépistage précoce des cancers<ul style="list-style-type: none">▪ Dépistage et diagnostic du cancer du sein :<ul style="list-style-type: none">- Sensibilisation à l'auto-surveillance des femmes par REDECA- Mise en place de dépistages par mammographie avec une première lecture à Mayotte, et recours à la télé-médecine pour la deuxième lecture▪ Développement de la colposcopie et conisation▪ Accès à un dépistage à distance (télé-médecine) des cancers de la peau3. Qualité et sécurité des prises en charge des cancers :<ul style="list-style-type: none">▪ Identification d'une unité de cancérologie au CH de Mayotte et renforcement des capacités d'hospitalisation complète et de jour▪ Disposition d'une compétence d'anatomopathologie▪ Préparation des autorisations de chimiothérapie, chirurgie des cancers urologiques, du sein, chirurgie des cancers gynécologiques et chirurgie des cancers digestifs▪ Organisation d'une filière hé-mato-cancérologique en lien avec le CHU de La Réunion▪ Définition et renforcement de la filière d'oncologie pédiatrique en lien avec le CHU de La Réunion (accompagnement social, EVASAN,...)

4. Parcours de soins personnalisés et coordonnés :
- Déploiement du dossier patient partagé en cancérologie
 - Recours aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), y compris par la télémedecine
 - Offre de soins de support : traitement de la douleur, kinésithérapie, diététique, psychologie, accompagnement social
 - Renforcement des capacités de prise en charge en soins palliatifs : équipe mobile de soins palliatifs intra et extra hospitalière, lien avec les unités de La Réunion

Lien programmes ou plans d'action existants

- Plan national cancer

Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ REDECA ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CHU et Etablissements de santé de La Réunion ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Caisse de sécurité sociale de Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

27. Construire des parcours de santé pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux

Éléments de contexte	
<p>L'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est prioritaire au regard de la fréquence des facteurs de risque métaboliques et vasculaires. En 2017, le dispositif se limite aux services d'urgence et de médecine, en l'absence de ressource neurologique locale.</p> <p>Les moyens diagnostiques (IRM et scanner) sont accessibles. Un dispositif de Télé-AVC permet aux patients, de bénéficier d'un traitement thrombolytique assuré par les médecins urgentistes du CH de Mayotte avec l'expertise des neurologues du CHU de La Réunion.</p> <p>Seule la kinésithérapie hospitalière ou de ville propose une rééducation fonctionnelle, dans l'attente de la mise en œuvre de l'autorisation de soins de suite et de réadaptation du CHM prévue en 2019.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention et dépistage des maladies neuro-cardiovasculaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de la santé nutritionnelle ▪ Information/sensibilisation de la population sur les signes d'alerte de l'AVC 2. Prise en charge hospitalière : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès H24 à une imagerie médicale ▪ Fonctionnement effectif du TéléAVC ▪ Mise en place d'une organisation a minima, proche d'une UNV <ul style="list-style-type: none"> - Identification d'une unité fonctionnelle de 4 à 5 lits - Présence d'une équipe pluridisciplinaire (IDE, kinésithérapeute, orthophoniste) formée à la prise en charge des AVC - Recours à un avis neurologique sur site (ou à défaut par télé médecine) ▪ Renforcement de la rééducation post-AVC en soins de suite et de réadaptation avec un suivi type « équipe mobile de MPR » ▪ Développement des missions depuis La Réunion, et du soutien aux équipes locales 3. Prise en charge à domicile après la phase initiale d'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulation avec les soins de ville : centres de consultations, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes ▪ Programme d'aide de retour à domicile PRADO AVC selon évolution réglementaire ▪ Consultations post-AVC 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan AVC ▪ PRAANS Mayotte ▪ PRADO AVC selon évolution réglementaire 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ CHU de La Réunion ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ MDPH ▪ Etablissements médico-sociaux ▪ Transporteurs sanitaires et SDIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes à risque cardio-neurovasculaire ▪ Patients victimes d'AVC ▪ Familles et aidants

28. Prévenir et prendre en charge les conduites addictives

Eléments de contexte	
<p>Une progression importante des conduites addictives, notamment chez les jeunes, est régulièrement déplorée par les acteurs sanitaires et sociaux, et les forces de l'ordre, dans un territoire longtemps considéré comme préservé du fait de l'interdit religieux. Est ainsi constaté une hausse des consultations du centre d'addictologie du CH de Mayotte pour motif d'alcool, de poly-consommation, tabac et bangué (cannabis). De même, les interventions de police et gendarmerie, liées la consommation de nouveaux produits de synthèse (NPS) mélangés à du tabac, des médicaments ou des plantes locales, sont en augmentation.</p> <p>Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de jeunesse de la population, avec une modification rapide des modes de vie, et une insuffisance de l'offre de prévention et de prise en charge, malgré des actions engagées pour assurer la sensibilisation et la formation des acteurs locaux, une prise de conscience de la nécessité d'agir de manière résolue et coordonnée, la pratique d'appels à projet partagés entre les autorités publiques, et la sensibilité de la MILDECA à la situation mahoraise.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Observatoire local des addictions, avec le soutien des organismes nationaux (OFDT et MILDECA), permettant un diagnostic partagé et une évaluation des évolutions en cours 2. Coordination des enveloppes financières entre services (ARS, MILDECA, CGET, sécurité routière) pour renforcer la politique de lutte contre les addictions et permettre également d'offrir un financement optimisé aux porteurs 3. Formation des acteurs locaux aux enjeux de la prévention et au repérage des conduites addictives, et à l'orientation des personnes en situation d'addiction 4. Projet éducatif de prévention précoce en direction des élèves du cycle 3 (CM1, CM2 et 6^{ème}) 5. Projets de prévention des addictions à destination des jeunes (maison des adolescents, points info jeune et info santé, parcours éducatif en santé, jeunes relais addictions), évaluation des résultats et méthodes, et partage des pratiques 6. Mise en œuvre de stratégies et programmes de prévention validés et soutenus par la MILDECA et Santé Publique France : Dispositif « Moi(s) sans tabac » 7. Développement spécifique à Mayotte d'un programme de réduction de la consommation de tabac pendant la période de ramadan 8. Création d'une offre ambulatoire et mobile de prise en charge (CAARUD, CSAPA, Consultations Jeunes Consommateurs - CJC), articulée avec les ressources hospitalières de diagnostic, d'orientation et de prise en charge aigue 9. Coordination de la lutte contre les addictions, en veillant au positionnement de l'ARS comme pilote des volets préventifs et curatifs 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de lutte contre les drogues et les conduites addictives 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture ▪ DJSCS ▪ Education nationale ▪ Département et communes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes ▪ Patients avec addictions

<ul style="list-style-type: none">▪ Centre Hospitalier de Mayotte▪ Associations santé social et jeunesse▪ Secteur médico-social▪ MILDECA▪ OFDT▪ Observatoire Régional de la Santé Océan Indien	
---	--

LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE MENTALE

Description	
<p>La santé mentale est une des priorités de la stratégie nationale de santé, qui promeut l'élaboration de projets territoriaux de santé mentale, portés par les acteurs sanitaires et sociaux et la création de communautés territoriales de santé mentale.</p> <p>Les données sur la santé mentale sont quasi inexistantes à Mayotte. On constate cependant que les troubles mentaux figurent parmi les pathologies ayant eu le taux d'accroissement des soins hospitaliers parmi les plus importants entre 2011 et 2015 (+16%).</p> <p>Le dispositif actuel de soins est centralisé à Mamoudzou, sur un modèle initial de secteur, dont l'adaptation au contexte mahorais est sujet à interrogation, et avec des capacités particulièrement faibles au regard de la population à desservir :</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Psychiatrie générale :</u><ul style="list-style-type: none">– Un CMP implanté dans le CHM– Un CATT– Une équipe de crise– Une unité d'hospitalisation de 10 lits + 2 lits de crise– 4 lieux de consultations périphériques• <u>Psychiatrie infanto-juvénile :</u><ul style="list-style-type: none">– une équipe pluridisciplinaire assurant les consultations sur le site du CHM. <p>Ces limites de prise en charge sont accentuées par la difficulté à couvrir les effectifs sur la durée, la faiblesse des relais du réseau social et médico-social, et une prévention en santé mentale encore très peu développée.</p> <p>La mise en œuvre d'approches communautaires (médiation culturelle, place des traducteurs), le développement de l'ambulatoire et la dynamique de formation et de recherche, esquissés jusqu'alors, constitue des orientations pertinentes de l'offre de santé mentale.</p> <p>Une convention de partenariat avec l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR) donne un cadre de coopération et d'appui entre La Réunion et Mayotte, qui mérite d'être approfondi sur la durée du PRS.</p>	
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte	
XVI.	Promouvoir le bien être mental et la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires
XVII.	Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychique : <ol style="list-style-type: none">a. accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médicosociaux,b. qualité de vie et inclusion sociale des personnes avec trouble psychique,
XVIII.	Faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial
Objectifs opérationnels à 5 ans Mayotte	
29.	Enrichir les connaissances sur la santé mentale et développer une prévention de proximité en santé mentale
30.	Renforcer les capacités de prise en charge psychiatrique en veillant à leur intégration dans l'offre globale de soins

29. Enrichir les connaissances sur la santé mentale et développer une prévention de proximité en santé mentale

Eléments de contexte	
<p>Les connaissances, quantitatives et qualitatives, sur la santé mentale à Mayotte doivent être améliorées et partagées afin d’orienter une offre de soins et de prévention adaptée au contexte social et culturel, et de soutenir l’inscription dans des démarches de santé communautaire, prenant en compte les représentations et rapports sociaux, et les évolutions de ces derniers.</p>	
Actions et leviers d’action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégration d’un volet «santé mentale » dans le baromètre santé à réaliser par Santé Publique France (ANSP), avec le soutien de l’ARS Océan indien 2. Diffusion des résultats de l’enquête sur la santé mentale à Mayotte (CC OMS) 3. Soutien au développement d’une recherche en santé mentale, associant les équipes de soins, les internes, et les professionnels de santé libéraux 4. Poursuite et formalisation des réflexions sur l’association de la médecine traditionnelle aux soins psychiatriques et l’interculturalité dans la prévention et la prise en charge 5. Développement de l’accueil d’internes en formation dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier de Mayotte 6. Mise à disposition des données et animation du partage des analyses au travers d’un tableau de bord sur la santé mentale (ORS Océan indien) 7. Intégration de la santé mentale dans la contractualisation avec les communes autour de projet de santé communautaire, au travers des contrats locaux de santé ou contrats de ville, voire de l’expérimentation des conseils locaux de santé mentale 	
Lien programmes ou plans d’action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie nationale de santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Secteur social et médico-social ▪ Santé Publique France ▪ ANSP ▪ Observatoire Régional de santé OI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

30. Renforcer les capacités de prise en charge psychiatrique en veillant à leur intégration dans l'offre globale de soins

Éléments de contexte
<p>La faiblesse de l'offre de soins en psychiatrie ne permet pas de répondre aux besoins de santé de la population, insuffisance accentuée par le contexte de forte mutation sociale.</p> <p>La coopération entre intervenants, la gradation du recours, et le maillage territorial doivent guider le développement de l'offre de prise en charge.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Constitution d'une communauté territoriale de santé mentale, associant l'ensemble des acteurs du premier recours, des soins spécialisés, du secteur social et médico-social, et portant un projet territorial de santé mentale, à l'échelle du département, afin d'assurer la complémentarité des interventions et la mobilisation concertée des ressources au profit des parcours en santé mentale enfants, adolescents et adultes2. Développement d'une offre de soins psychiatriques spécialisée adultes, de type CMP avec capacité de prise de charge à temps partiel (hospitalisation de jour), au sein, ou en proximité, des centres de consultations et centres de référence3. Développement d'une offre de soins psychiatriques spécialisée infanto-juvénile, de type CMP ou consultation avancée, au sein, ou en proximité des centres de consultations et centres de référence4. Définition des modalités d'adressage et de recours entre l'offre de soins de 1^{er} recours (médecins généralistes libéraux, centres de consultation) et l'offre de soins psychiatriques spécialisée, afin de prévenir la saturation de cette dernière, et de garantir la continuité et la proximité du suivi5. Définition des modalités de recours aux infirmiers libéraux dans le suivi en proximité des patients, en lien avec le 1^{er} recours et l'offre de soins psychiatriques spécialisée6. Définition des partenariats et complémentarités entre l'offre de soins psychiatriques, la maison des adolescents, les points info-jeunes, la PJJ, et l'aide sociale à l'enfance7. Projet de prise en charge à temps complet des adolescents et jeunes adultes en crise associant psychiatrie, pédiatrie, et secteur social et médico-social8. Renforcement des capacités d'hospitalisation adulte pour répondre aux situations de crise et sécuriser les hospitalisations sous contrainte, sur le site central de Mamoudzou, garantissant l'intervention des soins somatiques9. Identification d'une compétence diagnostic et d'évaluation mobilisable dans la préparation des orientations MDPH, et venant en appui des équipes médico-sociales dans leurs accompagnements10. Ouverture de nouveaux GEM, soutenant, en proximité, l'insertion sociale des personnes souffrant de pathologies ou handicap psychique11. Création d'une offre d'appartements thérapeutiques et d'accueil familial thérapeutique12. Consolidation de la réponse à l'urgence médico-psychologique, au travers de la disposition d'une CUMP renforcée, disposant de l'appui de la CUMP régionale et zonale positionnée à La Réunion13. Consolidation des coopérations avec l'offre de soins psychiatrique de La Réunion, et développement des usages de télémédecine, des partages de compétences et de postes

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communauté territoriale de santé mentale ▪ Conseils locaux de santé mentale 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Département ▪ CH de Mayotte ▪ EPSMR ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ MDPH ▪ Maison des adolescents ▪ GEM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

L'ENVIRONNEMENT AU SERVICE DE LA SANTE

Description

La prise en compte des déterminants environnementaux constitue un enjeu sanitaire majeur, certains risques de base (eaux, assainissement, logement) n'étant toujours pas sous contrôle.

Mayotte a ainsi connu une croissance très rapide de la construction, avec un urbanisme anarchique, un défaut de maîtrise du foncier, un retard d'équipement en adduction d'eau et assainissement, et une expansion des zones bidonvillisées.

Les défrichements et occupations de terrain, sous la pression démographique et migratoire, ont raréfié et fragilisé les milieux naturels, avec une vulnérabilité des ressources en eau et des cours d'eau, une érosion accrue des sols, une imperméabilisation croissante des surfaces générant des risques d'inondations et de glissements de terrain.

L'assainissement encore insuffisant, de mauvaises conditions d'hygiène et un climat tropical, favorisent le risque d'évolution épidémique des infections à transmission féco-orale. Plusieurs foyers de fièvre typhoïde ont ainsi touché l'île au cours des dernières années.

Un programme d'installation de bornes fontaines monétiques dans les quartiers les plus précarisés a été initié au début des années 2000, réponse minimale à des exigences sanitaires de base non satisfaites.

Des difficultés demeurent dans la collecte régulière et le traitement des déchets ménagers. Des dépôts sauvages de détritiques attirent les rats (porteurs potentiels de leptospire) et retiennent les eaux de pluie. Ils constituent ainsi des gîtes larvaires pour les espèces de moustiques vecteurs d'arboviroses.

Mayotte est un territoire sensible au risque de maladies vectorielles (dengue, chikungunya, paludisme, éventuellement zika,...) et justifie le maintien d'un dispositif de Lutte Anti-Vectorielle (LAV) renforcé, tourné vers la prévention, mais également réactif en cas d'alerte sanitaire.

Au-delà de la limitation des impacts sanitaires de l'environnement, il s'agit également de promouvoir un urbanisme et un aménagement du territoire favorables à la santé, prenant en compte les évolutions climatiques, et attentifs aux risques émergents.

Cette priorité stratégique sera traduite dans le plan santé environnement (PRSE) en cours d'élaboration à Mayotte, constituant une programmation de l'action publique, conduite par l'ARS et la DEAL, et devant largement mobiliser l'ensemble des institutions et collectivités, et prendre appui sur une sensibilisation accrue de la population, notamment au travers d'approches en santé communautaire.

Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte

- XIX. Assurer les conditions minimales de santé environnementale
- XX. Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé
- XXI. Développer une culture commune en santé environnementale

Objectifs opérationnels à 5 ans

- 31. Améliorer l'accès à l'eau potable et à un assainissement adapté
- 32. Limiter les risques sanitaires liés à l'habitat
- 33. Faire évoluer les plans de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques : développer la lutte anti-vectorielle

31. Améliorer l'accès à l'eau potable et à un assainissement adapté

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réseau d'échanges Océan Indien piloté par l'ONG Programme Solidarité Eau sur le thème de l'«Accès à l'eau potable, la promotion de l'hygiène, l'assainissement Individuel » 2. Recours aux ONG internationales ayant une expérience dans les pays en voie de développement et disposant de compétences adaptées à l'intervention en bidonvilles sur les thèmes de l'«Accès à l'eau potable, la promotion de l'hygiène, l'assainissement Individuel », voire l'habitat, et mobiliser à l'appui les fonds européens 3. Observation en matière de pathologies hydriques 4. Installation de bornes fontaines monétiques (BFM), sensibilisation aux règles d'hygiène de base et amélioration de l'accès à un assainissement adapté, et évaluation de l'impact de ces actions 5. Accompagnement des collectivités dans la mise en place d'un Service Public d'Assainissements Non Collectif (SPANC) 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRSE Mayotte 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture ▪ DEAL ▪ Communes et intercommunalités ▪ SMAE ▪ Santé Publique France (ANSP) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale ▪ Population des bidonvilles

32. Limiter les risques sanitaires liés à l'habitat

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none">1. Observation des risques sanitaires et des pathologies en lien avec l'habitat2. Développement des compétences des acteurs en matière de signalement, repérage et de traitement des situations (Etat, CSSM, communes, collectivités...)3. Information de la population sur ses droits4. Mise en place du pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none">▪ PRSE Mayotte	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none">▪ Préfecture▪ DEAL▪ DJSCS▪ CSSM▪ Communes et intercommunalités	<ul style="list-style-type: none">▪ Population générale▪ Population mal-logée

33. Faire évoluer les plans de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques et développer la lutte anti-vectorielle

Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Révision et consolidation des stratégies de LAV en y intégrant le renforcement d'actions multi-partenariales de prévention et d'élimination des gîtes larvaires en situation inter-épidémique, et la préparation et le maintien des capacités de réponse opérationnelle aux signalements de cas de maladies vectorielles et aux situations épidémiques 2. Définition d'un plan de réponse ORSEC gradué par territoire et des protocoles d'interventions correspondants 3. Mobilisation partenariale, notamment par l'implication des communes au titre de leurs missions en matière d'hygiène publique et de salubrité publique, au travers notamment des Contrats Locaux de Santé (CLS) ou contrats de ville 4. Capacités de veille et de surveillance entomologiques et épidémiologiques 5. Participation aux travaux de recherche 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRSE Mayotte 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture ▪ DEAL ▪ Communes et intercommunalités ▪ Santé Publique France (ANSP) ▪ COI ▪ OMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale

LE RENFORCEMENT DE LA VEILLE SANITAIRE ET DE LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES EN TERRITOIRE INSULAIRE

Description	
<p>Mayotte est un territoire où les risques sanitaires sont omniprésents, favorisés par un climat tropical humide, une exposition internationale, la précarité des conditions générales d'habitat et de vie, et un retard en équipements et infrastructures.</p> <p>Aussi, la réflexion autour de l'évolution du système de santé ne peut faire l'économie d'une prise en compte du caractère insulaire, et notamment de l'éloignement du recours métropolitain, et des risques sanitaires et environnementaux auxquels ce département est confronté.</p> <p>Cette situation implique de conforter la capacité de veille et de sécurité sanitaire, et la capacité de prévention et de gestion de crises, en prenant en compte l'inscription régionale et zonale du département.</p> <p>Les actions réalisées en matière de veille sanitaire depuis le précédent PRS doivent être poursuivies, et le renforcement de la capacité de réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles doit rester une priorité de ce nouveau projet de santé.</p>	
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte	
XXII.	Conforter la coopération régionale autour des enjeux de veille sanitaire
XXIII.	Consolider la capacité de veille et de vigilance du système de santé
XXIV.	Renforcer la capacité de réponse du système de santé à des situations exceptionnelles
Objectifs opérationnels à 5 ans Mayotte	
34.	Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien
35.	Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte
36.	Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance
37.	Garantir une couverture vaccinale protectrice pour la population
38.	Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant notamment en compte les contraintes d'insularité et les difficultés d'accès aux soins spécifiques à Mayotte.

34. Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien

Eléments de contexte	
<p>La veille sanitaire internationale, notamment dans sa composante régionale, est un maillon essentiel à l'anticipation et à la préparation de la riposte.</p> <p>Le réseau SEGA, porté par la Commission de l'Océan Indien sur financement de l'AFD, a permis de développer ces dernières années des capacités de détection précoce de phénomènes épidémiques émergents au niveau régional, par l'accompagnement technique et financier des pays de la zone (Madagascar, Union des Comores, Seychelles, Ile Maurice, Réunion-France), la formation de personnels dédiés, le renforcement des capacités laboratoires et d'investigation, et enfin l'harmonisation autant que possible des méthodes de surveillance et des indicateurs sanitaires.</p> <p>Cette démarche ambitieuse et innovante permet aujourd'hui de s'appuyer à La Réunion et à Mayotte sur une veille sanitaire développée dans les pays voisins et dont les résultats sont connus et partagés en temps réel, ouvrant la possibilité aux acteurs de santé locaux de pouvoir préparer la riposte dès l'apparition dans un ou plusieurs pays voisin(s) d'un évènement sanitaire susceptible de représenter une menace pour La Réunion et Mayotte.</p> <p>Le projet SEGA contribue également à l'accompagnement des pays membres à se préparer à faire face à de telles menaces. Si ce projet est aujourd'hui un outil pleinement opérationnel qui présente une vraie plus-value dans le dispositif de veille sanitaire, il a vocation à être non seulement conforté et pérennisé, mais également renforcé à la fois sur la surveillance de certaines pathologies endémiques ou émergentes peu étudiées et insuffisamment connues, mais aussi sur le développement coordonné de dispositifs de contrôle sanitaire aux frontières et de préparation de la riposte à l'échelle régionale.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilisation de la Commission de l'Océan Indien et de l'AFD pour garantir le développement et la pérennisation du réseau régional de veille sanitaire 2. Participation de La Réunion et de Mayotte au partage des données de surveillance à l'échelle régionale et intégration de ces informations dans les stratégies locales de veille sanitaire et de préparation à la riposte 3. Développement au sein du réseau régional des capacités de détection et de surveillance des risques émergents (résistance bactérienne aux antibiotiques, zoonoses, grippe,...) 4. Contribution aux travaux à l'échelle régionale de préparation des territoires à la réponse aux situations de crise sanitaire 5. Evolution des stratégies de contrôle sanitaire aux frontières à La Réunion et à Mayotte, en lien avec les outils de surveillance développés à l'échelle régionale 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet-programme réseau COI/SEGA 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRE OI / Santé Publique France ▪ Réseau COI/SEGA ▪ CIRAD (Réseau Animal Risk) ▪ AFD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Populations de La Réunion et de Mayotte

35. Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte

Éléments de contexte

La Réunion et Mayotte connaissent une exposition marquée aux risques, notamment infectieux émergents ou non, nécessitant une approche coordonnée de la surveillance et de la gestion des signaux sanitaires. L'ARS OI assure, au niveau de ses deux points focaux régionaux, l'un à La Réunion et l'autre à Mayotte, la réception de l'ensemble des signaux sanitaires (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés de maladies, événements indésirables graves au sein des établissements de santé, menaces diverses etc.), et la définition des mesures de gestion. Le dispositif est coordonné au sein d'une plateforme de veille sanitaire Réunion/Mayotte, et bénéficie de l'appui de la Cellule de Santé Publique France en région (Cire OI) en matière de surveillance de l'état de santé de la population et d'évaluation des événements sanitaires.

Cette organisation repose avant tout sur la mobilisation des acteurs de santé pour le signalement des événements sanitaires susceptibles de représenter une menace et leur participation aux systèmes de surveillance et de vigilance, mobilisation sans laquelle les dispositifs de veille et de réponse seraient inopérants.

La pérennisation et le développement de tels dispositifs passent nécessairement par la promotion auprès des acteurs de santé de la culture du signalement et de leur participation aux systèmes de surveillance et de vigilance, afin de garantir des capacités de veille sanitaire et de riposte toujours plus performantes.

Enfin, les territoires doivent se doter de capacités de riposte pour faire face à des risques émergents grandissants à l'échelle régionale et internationale.

Actions et Leviers d'action

1. Promotion auprès des acteurs de santé de la culture du signalement et de leur participation aux systèmes de surveillance :
 - Création d'outils de communication
 - Animation de réseaux
 - Promotion du portail de signalements et des outils numériques de signalements
 - Rétro-information régulière : bulletins, points épidémiologiques, alertes, réunions et journées régionales de veille sanitaire, sites internet dédiés (plateforme OIIS)
2. Coordination des systèmes de vigilances des risques liés aux soins :
 - Mise en place et animation du réseau régional des structures de vigilance et d'appui (RREVA)
 - Mise à niveau et réorganisation progressive de la couverture territoriale des vigilances
 - Coordination de la réception et de la gestion des signaux issus des vigilances autour des points focaux régionaux : Réunion et Mayotte
 - Développement d'une structure régionale d'appui auprès des acteurs de la santé sur les risques liés aux soins
3. Développement des capacités de riposte pour faire face aux risques émergents
 - Renforcer la capacité à détecter précocement tout risque émergent, notamment par l'optimisation des capacités analytiques des laboratoires orientées, en fonction des alertes sanitaires régionales ou internationales
 - Maintenir un dispositif opérationnel de lutte anti vectorielle performant pour répondre aux enjeux de la menace vectorielle
 - Développer des capacités opérationnelles de riposte face aux risques émergents

Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie National de Santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRE OI / Santé Publique France ▪ Systèmes de vigilance – Réseau RREVA ▪ Structure régionale d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acteurs de santé

36. Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance

Eléments de contexte
<p>L'émergence des bactéries multirésistantes (BMR) est un défi sanitaire pour les prochaines décennies qui est, pour partie, favorisé par la mondialisation des échanges intercontinentaux. Comme le rappelle la stratégie nationale de santé, « l'incidence en France en 2012 des infections à bactéries multirésistantes a été évaluée à 158 000 cas dont 16 000 infections invasives (bactériémies et méningites) dont 12 500 cas mortels et 2 700 pour les infections invasives ».</p> <p>Compte tenu du faible développement de nouvelles molécules antibactériennes, le maintien du niveau d'efficacité des antibiotiques existants constitue un enjeu de santé majeur, en particulier pour les antibiotiques de dernier recours.</p> <p>La Réunion et Mayotte sont particulièrement exposées au risque d'émergence de résistances bactériennes, un risque accentué par la prise en charge régulière de patients en provenance des îles voisines où ce phénomène semble encore plus important. En 2014, Réunion-Mayotte était une des régions avec les taux les plus élevés d'entérobactéries multirésistantes, et ce taux continue d'augmenter de façon plus marquée qu'en métropole. De même, la consommation totale d'antibiotique tous établissements confondus positionnent Réunion-Mayotte en 2ème position des régions les plus consommatrices d'antibiotiques (Réseau ATB-Raisin 2014). Le développement de l'antibiorésistance étant lié à une consommation d'antibiotiques non maîtrisée et à une contamination secondaire de l'environnement, un travail de fond doit être mené pour faire évoluer les pratiques dans le domaine médical, afin de diminuer les prescriptions inutiles d'antibiothérapie.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Renforcement de la mise en œuvre des précautions standard pour tout soin, lieu patient et professionnels2. Mise en œuvre des recommandations du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) en milieu hospitalier, notamment la réévaluation systématique du traitement antibiotique à 48h, la prise d'avis d'un infectiologue en cas de traitement inopérant3. Renforcement et coordination de la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de la résistance aux antibiotiques en santé humaine et animale4. Développement des capacités analytiques (génotypage des souches) pour mieux investiguer et gérer les épidémies communautaires ou intra-hospitalières5. Mise en place d'un conseil en antibiothérapie en médecine de ville et à l'hôpital et animation/formation des réseaux de professionnels à l'utilisation graduée des antibiotiques6. Promotion de l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) facilitant la mise en route du traitement approprié7. Promotion de traitements alternatifs en médecine humaine et animale
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ PROPIAS▪ Plan Ecoantibio 2017-2021 en médecine vétérinaire▪ Plan de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHU de La Réunion ▪ CHM ▪ CPIAS ▪ Médecins généralistes ▪ Sociétés savantes ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements médico-sociaux ▪ Etablissements pharmaceutiques ▪ OMEDIT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acteurs du système de santé ▪ Usagers

37. Garantir une couverture vaccinale protectrice pour la population

Éléments de contexte	
<p>Le contexte sanitaire spécifique de Mayotte (premier recours assuré essentiellement par l'hôpital, difficulté de la PMI à répondre à ses missions, forte natalité, présence d'une population en situation irrégulière, flux migratoires importants, signalement de cas de diphtérie) suscite des inquiétudes sur le niveau de la couverture vaccinale ; une étude de l'InVS en 2010 avait révélé des taux inférieurs aux seuils requis.</p> <p>La clarification récente de la contribution de l'Etat au financement de la mission de PMI du Département, et l'engagement dans la définition d'un plan de rattrapage vaccinale pour les enfants non-correctement suivis ces dernières années, avec le soutien de Santé Publique France (ANSP), ouvrent la perspective d'une politique vaccinale effective.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposition d'une enquête de couverture vaccinale en population générale 2. Adaptation des recommandations vaccinales à l'exposition infectieuse de l'île, et promotion de la vaccination auprès de la population et des futurs parents 3. Plan de rattrapage vaccinal, assurant un bon niveau de protection des enfants et des jeunes 4. Coordination des services et acteurs de santé (professionnels libéraux, PMI, santé scolaire, CHM) autour de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un programme pluriannuel de vaccination 5. Renforcement de la protection vaccinale des professionnels de santé 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie Nationale de Santé 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé Publique France (ANSP) ▪ Département (PMI) ▪ Centre Hospitalier de Mayotte ▪ Education nationale ▪ Communes ▪ Professionnels de santé libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale ▪ Enfants

38. Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité et les difficultés d'accès aux soins spécifiques à Mayotte

Description	
<p>Le contexte de crises sanitaires en France ces dernières années, qu'elles soient liées aux attentats ou encore à des alertes sanitaires internationales récentes telles qu'Ebola ou Zika, a montré l'importance d'une forte implication dans la préparation du système de santé à faire face à des situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif national ORSAN.</p> <p>Ce domaine d'activité connaît un accroissement constant de son périmètre et de la mobilisation de ses acteurs. Il est d'autant plus important à la Réunion et à Mayotte où l'insularité et l'éloignement avec la métropole impliquent une préparation encore plus poussée pour pouvoir d'une part, gérer localement, au moins dans les premiers temps, une éventuelle crise sanitaire de grande ampleur avec des moyens pré-positionnés sur place et d'autre part être en capacité d'intégrer et de coordonner la mobilisation de ressources et de renforts extérieurs. L'enjeu de construction ou de renforcement des organisations de gestion de crise est d'autant plus prégnant dans sa dimension zonale Réunion/Mayotte du fait de la fragilité du système de santé de Mayotte qui implique de pouvoir mobiliser celui de la Réunion en appui selon des dispositifs à concevoir et à exercer.</p> <p>Compte tenu de la diversité des thématiques nationales à décliner localement, bien souvent selon des organisations spécifiques adaptées aux contextes locaux, il conviendra de décliner cette planification dans la durée selon une priorisation à définir localement.</p>	
Actions et Leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> Déclinaison à la Réunion et à Mayotte du dispositif ORSAN dans ses différentes composantes, avec une priorisation sur les volets "Attentat – Afflux Massif de Victimes (AMAVI)" et "Risque Épidémique – Vaccination (EPI-VAC)" Elaboration de la planification de mobilisation des ressources sanitaires, dans sa composante zonale Réunion/Mayotte, puis départementales (Réunion et Mayotte). Promotion et accompagnement des établissements dans l'écriture, l'actualisation régulière et la mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> des plans sécurisation des établissements sanitaires et médico-sociaux des plans blancs des établissements de santé et plans bleu des établissements médico-sociaux Conception ou participation à des exercices de crises à l'échelle départementale et zonale 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> ORSAN 	
Acteurs associés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> Etablissements de santé et médico-sociaux Etablissements pharmaceutiques Préfectures Santé Publique France Pompiers, forces de l'ordre, militaires 	<ul style="list-style-type: none"> Acteurs du système de santé (établissements, professionnels de santé, pompiers,...)

REPERTOIRE DES SIGLES

A

AESH : accompagnant d'élèves en situation de handicap

AFD : agence française de développement

AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés

AMAVI : afflux massif de victimes

ANSP : agence nationale de santé publique

ARS : agence régionale de santé

ASALE : action de santé libérale en équipe

ASE : aide sociale à l'enfance

ATB-Raisin (réseau) : surveillance nationale de la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé

ATSEM : agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles

AVC : accident vasculaire cérébral

B

BFM : bornes fontaines monétiques

BMR : bactéries multirésistantes

C

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CAMSP : centres d'action médico-sociale précoce

CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CC OMS : centre collaborateur de l'OMS

CESU : centre d'enseignement des soins d'urgence

CH : centre hospitalier

CHM : centre hospitalier de Mayotte

CHU : centre hospitalier universitaire

CIRAD : centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement

CIRE OI : cellule interrégionale d'épidémiologie Océan Indien

CLS : Contrats Locaux de Santé

CM1 : cours moyen 1

CM2 : cours moyen 2

CMP : centre médico psychologique

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

COI : commission de l'Océan Indien

COREVIH : coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

CPIAS : centre de prévention des infections associées aux soins

CRAVS : centre de ressource sur les auteurs de violences sexuelles

CRESS : chambre régionale de l'économie sociale et solidaire

CRIA : centre de ressources interregional pour l'autisme

CROS : comité régional olympique et sportif

CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSJ : consultations jeunes consommateurs

CSO : centre spécialisé de l'obésité sévère

CSSM : caisse de sécurité sociale de Mayotte

CUFR : centre universitaire de formation et de recherche

CUMP : centre d'urgence médico-psychologique

D

DAAF : direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

DEAL : direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DGS : direction générale de la santé

DIECCTE : direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DJSCS : direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

E

EHPAD : établissement pour personnes âgées dépendantes

ENTRED : échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques

EPI-VAC : epidemiology and vaccinology

EPSMR : établissement public de santé mentale de La Réunion

ESAT : établissements et services d'aide par le travail

ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux

ETP : éducation thérapeutique du patient

EvaSan : évacuation sanitaire

F

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FEDER : fonds européen de développement économique régional

FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

G

GEM : groupe d'entraide mutuelle

H

HPP : hémorragie post-partum

HPV : human papilloma virus

I

IDE : infirmier diplômé d'état

INVS : institut de veille sanitaire

IRC : insuffisance rénale chronique

IRM : imagerie par résonance magnétique

IST : infections sexuellement transmissibles

IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LAV : lutte anti-vectorielle

M

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MCV : maladies cardio-vasculaires

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MPR : médecine physique et réadaptation

N

NPS : nouveaux produits de synthèse

NUTRIMAY : étude sur l'alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte

O

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

OIIS : océan indien innovation santé

OMEDIT : observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

ONG : organisation non gouvernementale

ORS : observatoire régional de santé

ORSAN : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSEC : organisation de la réponse de la sécurité civile

P

PANC : public d'assainissements non collectif

PMI : protection maternelle et infantile
PMND : plan maladies neuro-dégénératives
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS : programme national nutrition santé
PRAANS : programme alimentation activités nutrition santé
PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile
PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PREP : prophylaxie pré-exposition
PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH : plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PROPIAS : programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
PRS : projet régional de santé
PRSE : plan régional santé environnement
PSSBE : programme sport santé bien-être
PTA : plateforme territoriale d'appui

R

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
REDECA : réseau de dépistage des cancers
RREVA : réseau régional des structures de vigilance et d'appui

S

SAAD : service d'aide à domicile
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SDIS : service départemental d'incendie et de secours
SEGA : surveillance épidémiologique et de gestion des alertes
SESSAD : service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SMAE : société mahoraise des eaux
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

T

TROD : tests rapides d'orientation diagnostique

U

UFOLEP : union française des œuvres laïques d'éducation physique
ULIS-SESSAD : unité localisée pour l'inclusion scolaire - service d'éducation spéciale et de soins à domicile
UNV : unité neuro-vasculaire
USLD : unité de soins de longue durée

V

VIH : virus de l'immunodéficience humaine



Schéma de Santé (SRS) 2018-2023
VOLET 4 - OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS (OQOS)

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PRINCIPES RETENUS DANS LA FIXATION DES CIBLES	4
ZOOM SUR LES ZONES DU SCHEMA DE SANTE 2018-2023	5
MEDECINE	8
MEDECINE EN HOSPITALISATION A DOMICILE	10
CHIRURGIE.....	11
GYNECOLOGIE, OBSTETRIQUE NEONATALE ET REANIMATION NEONATALE	13
PSYCHIATRIE.....	15
SOINS DE LONGUE DUREE	18
TRAITEMENT DES GRANDS BRULES	19
CHIRURGIE CARDIAQUE	20
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE	21
NEUROCHIRURGIE	22
ACTIVITES INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE.....	23
MEDECINE D'URGENCE	24
REANIMATION.....	27
TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	28
ACTIVITES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET ACTIVITES BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRENATAL	31
TRAITEMENT DU CANCER.....	35
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.....	37
EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES	43
GREFFES D'ORGANES ET DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES.....	44
EQUIPEMENT MATERIEL LOURD - TOMOGAPHE A EMISSION DE POSITONS - CAMERA A SCINTILLATION MUNIE OU NON DE DETECTEUR D'EMISSION DE POSITONS EN COINCIDENCE	48
EQUIPEMENT MATERIEL LOURD - CAISSON HYBERBARE.....	49
EQUIPEMENT MATERIEL LOURD – IRM - SCANNER	50

RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE-SOINS PALLIATIFS	52
REPertoire DES SIGLES	54

INTRODUCTION

Ce volet du schéma de santé pour La Réunion et Mayotte 2018-2023 présente les objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les activités de soins et d'équipements matériels lourds soumis à autorisation, définis aux articles R.6122-25 et R.6122-26 du Code de la Santé Publique.

Opposable, ce volet fixe des objectifs qualitatifs et quantitatifs.

Il pourra être modifié pour tenir compte des évolutions réglementaires notamment celles liées à la réforme des autorisations sanitaires prévue par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont définis par un système de fourchette présentant un minimum et un maximum permettant, pendant la durée du SRS, d'afficher une évolution de l'offre de soins.

PRINCIPES RETENUS DANS LA FIXATION DES CIBLES

Les implantations cibles s'appuient sur :

- une analyse de l'activité, et une approche des besoins (taux de recours, avec standardisation)
- une analyse des flux de patients
- des projections d'activité à partir des prévisions d'évolution de population de l'INSEE
- des autorisations en vigueur et des capacités installées.

Les principes guidant les évolutions retenues des implantations sont :

- de rendre effective la gradation des soins et le maillage territorial,
- de maximiser la mobilisation des implantations existantes
- de favoriser le rapprochement des plateaux techniques et/ou des équipes
- de rendre en compte le virage ambulatoire, et les perspectives de démographie des professionnels de santé.

ZOOM SUR LES ZONES DU SCHEMA DE SANTE 2018-2023

Ce volet fixe les objectifs quantifiés de l'offre de soins pour chaque activité de soins et d'équipements matériels lourds et par zone. Trois types de zones, chacun s'attachant des activités de soins et équipements matériels lourds distincts, ont été retenus : niveau proximité, niveau recours, et niveau de référence.

Ces zones ont été fixées par l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP du 11 décembre 2017 portant délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé.

La délimitation de ces zones est construite selon une logique de gradation des soins pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd, garantissant l'accessibilité aux soins, et la continuité des prises en charge, et la fluidification des parcours. Cette gradation en trois niveaux a pris en compte :

- les besoins de la population,
- les flux de patients et les temps d'accès,
- les contraintes liées à la démographie des professionnels de santé,
- l'organisation de l'offre de services de santé existante et les adaptations nécessaires en particulier aux conditions techniques de fonctionnement,
- les coopérations entre acteurs de santé,
- l'impact du Groupement Hospitalier de Territoire Océan Indien sur l'organisation sanitaire,
- la disposition et les capacités de soins de l'offre existante.

LES ZONES DE PROXIMITE

Il s'agit du premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique, accessible rapidement 24H/24 ou agissant en proximité du lieu de vie de patients pour favoriser leur inclusion sociale.

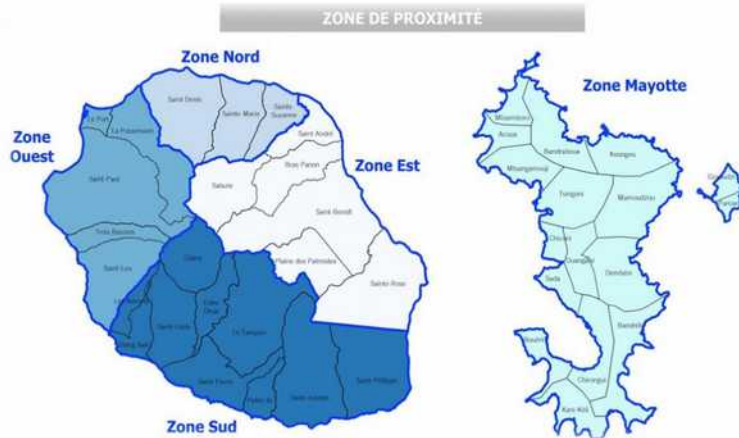
D'un point de vue territorial, il correspond à l'aire de chalandise d'établissements avec service d'urgences, disposant autour de la médecine polyvalente, de la chirurgie viscérale et orthopédique, de l'obstétrique et de l'imagerie conventionnelle.

Ce niveau de proximité est un facteur de structuration de l'articulation ville-hôpital ainsi que de l'articulation sanitaire - médico-social, comprenant également l'offre de soins en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation.

Au nombre de cinq, quatre pour la Réunion et une zone pour Mayotte, les zones de proximité sont dénommées comme suit :

- Zone de proximité Nord - Réunion : communes de Saint Denis, Sainte Marie, et Sainte Suzanne,
- Zone de proximité-Est Réunion : communes de Saint André, Salazie, Bras Panon, Saint Benoît, Plaine des Palmistes, et Sainte Rose,
- Zone de proximité Ouest Réunion : communes de Saint Leu, Trois Bassins, Saint Paul, La Possession, et Le Port,
- Zone de proximité Sud-Réunion : communes de Saint Philippe, Saint Joseph, Petite Ile, Le Tampon, Saint Pierre, Entre Deux, Cilaos, L'Etang Salé, Saint Louis, et Les Avirons,

- La zone de proximité de Mayotte, qui couvre l'ensemble du département.



LES ZONES DE RECOURS

Il s'agit du deuxième niveau de prise en charge. La mission de recours conjugue compétences médicales, paramédicales et un plateau technique très spécialisé ainsi que des conditions techniques de fonctionnement limitant la multiplication des implantations.

Le niveau de recours est le lieu des soins spécialisés, dont les taux de recours sont singulièrement moindres que ceux de la proximité, et qui peuvent requérir néanmoins des temps d'accès limité.

Le niveau de recours concerne l'ensemble des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments dont la complexité et/ou la rareté justifie une concentration encore plus forte et une organisation au niveau régional.

Au nombre de trois, deux pour La Réunion et une pour Mayotte, les zones de recours sont dénommées comme suit :

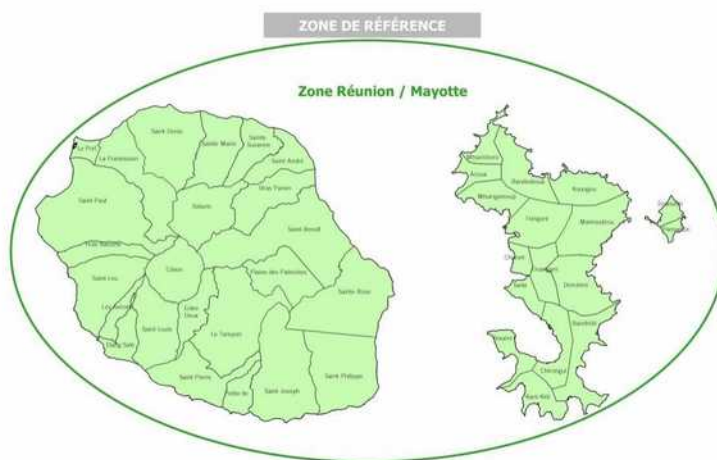
- zone de recours Réunion Nord Est : communes de Saint Denis, Sainte Marie, Sainte Suzanne, Saint André, Salazie, Bras Panon, Saint Benoît, Plaine des Palmistes, et Sainte Rose,
- zone de recours Réunion Ouest-Sud : communes de La Possession, Le Port, Saint Paul, Trois Bassins, Saint Leu, Les Aïres, L'étang Salé, Saint Louis, Cilaos, Petite Ile, Le Tampon, Saint Pierre, Entre Deux, Saint Philippe, et Saint Joseph,
- Zone de recours Mayotte, qui couvre l'ensemble des communes de Mayotte.



LA ZONE DE REFERENCE

Elle correspond à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique qui permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

Cette zone de référence dénommée « Réunion-Mayotte » est unique et regroupe l'ensemble des communes de la Réunion et Mayotte.



MEDECINE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, la zone pour l'activité de médecine est la zone de proximité.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- **Restructurer la filière addictologie à partir des principaux plateaux techniques hospitaliers, disposant des services d'urgence et des équipes de liaison.** Ceci pourra conduire à une révision des implantations dans la zone Ouest en concertation avec les établissements dans le cadre de la réorganisation de la filière addictologie autour d'une offre de niveau 1 complète au niveau du CHOR (consultations, ELSA sevrage simple) et d'un recentrage à terme de l'Institut Robert Debré sur les activités de SSR.
- **Assurer la présence de spécialités médicales au sein des services de médecine, et plus généralement du CH de Mayotte**
- **Développer la médecine ambulatoire autour de plateaux techniques permettant une organisation efficiente, et évitant la dispersion des compétences**
 - Structurer l'hospitalisation de jour en médecine des établissements de La Réunion au sein de plateaux techniques multidisciplinaires centralisant l'ensemble des activités de médecine ambulatoire hors oncologie, maladies infectieuses et maladies rares
 - Améliorer la détection et la prise en charge des patients à risque de ré hospitalisations pour maladie chronique, notamment concernant les pathologies respiratoires
 - Regrouper les plateaux de médecine périphérique et éviter la création de nouvelles implantations pour des motivations mono-activités relevant pour partie de considération tarifaire, et devant relever d'autres solutions (sismothérapie, endoscopie digestive, endoscopie bronchique ...)
- **Renforcer les filières de soins entre la Réunion et Mayotte en s'appuyant sur les outils de la e-sante**

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE PROXIMITE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017		OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
	MODALITES D'EXERCICE		MODALITES D'EXERCICE	
	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
LA REUNION-NORD	2	2	2	2
LA REUNION-OUEST	2	1	2	2(+1)
LA REUNION-SUD	4	4	2(-2)	2(-2)
LA REUNION-EST	1	1	1	1
MAYOTTE	1	1	2(+1)	2(+1)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

Les modalités d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour sont mises en œuvre sur les mêmes implantations sans dédoublement.

La diminution de deux implantation en hospitalisation complète et partielle dans le Sud correspond d'une part au regroupement de l'activité de médecine du site de Saint Louis sur le site de Saint Pierre (CHU) prévu sur l'année 2019, et d'autre part à la reconversion du site de Cilaos (CHU) dans le cadre d'un projet de santé en cours de définition pour le cirque, incluant une palette d'offre de services en santé, y compris médico-sociaux, sans requérir à la disposition de lits et places d'hospitalisation.

MEDECINE EN HOSPITALISATION A DOMICILE

OBJECTIFS QUALITATIFS :

➤ Développer le recours à l'Hospitalisation à Domicile

- A partir du secteur libéral
 - Définir avec les HAD et URPS les messages à destination des médecins traitants afin de les informer sur le bon usage de l'HAD
 - Elaborer une charte de coopération URPS/HAD pour mieux organiser les interventions à domicile
 - Utiliser les nouvelles techniques informatiques de communication, et associer l'HAD aux PTA
- A partir du secteur hospitalier
 - Diversifier les modes de prise en charge en HAD: chimiothérapie à domicile, post chirurgie, post AVC, et spécifiquement pour Mayotte pré et post-partum
 - Fixer dans les CPOM des établissements de santé les indications et modalités de recours à l'HAD
 - Identifier le potentiel de prescription par GHM
 - Intégrer l'HAD dans les filières de soins territorialisées
- A partir du secteur médico-social
 - Prendre en compte les conclusions des expérimentations menées dans les régions pilotes sur les freins et leviers du développement à l'HAD en EHPAD
 - Fixer dans les CPOM des établissements médico-sociaux les indications et modalités de recours à l'HAD
 - Développer les interventions conjointes et simultanées HAD/SSIAD dans le cadre des coopérations, notamment dans la prise en charge des soins palliatifs à domicile.

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE PROXIMITE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
LA REUNION-NORD	1	1
LA REUNION-OUEST	1	1
LA REUNION-SUD	0	0
LA REUNION-EST	0	0
MAYOTTE	0	2(+2)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

Les implantations dénombrées ci-dessus sont comptabilisées sur la zone dont relève le siège social de chaque entité juridique détentrice de l'autorisation. Pour La Réunion, elles ont vocation à couvrir l'ensemble du territoire de l'île, notamment par une organisation en antennes. Dans le cas où certaines zones ne seraient plus couvertes sur la durée du PRS, une révision de ce dernier pourra intervenir pour ouvrir de nouvelles implantations sur les zones concernées, permettant la délivrance de nouvelles autorisations.

CHIRURGIE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, la zone pour l'activité de chirurgie est la zone de proximité.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- **Poursuivre le virage ambulatoire**
 - Accompagner le développement d'une chirurgie ambulatoire de qualité autour de plateaux techniques et de schémas organisationnels favorables à son développement
 - Fluidifier le parcours de soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire, en s'appuyant entre autres sur les outils numériques,
 - Développer les programmes de récupération améliorée après chirurgie avec des professionnels formés à ces prises en charge
- **Mutualiser les plateaux chirurgicaux par des projets de rapprochement entre équipes chirurgicales**
- **Structurer les filières chirurgicales spécialisées Réunion/Mayotte**
 - Organiser des filières graduées de prise en charge chirurgicale entre Mayotte et La Réunion, en mobilisant notamment la télémédecine et le partage des compétences chirurgicales selon les différentes spécialités
 - Revoir la capacité et l'organisation des blocs opératoires à Mayotte, y compris par des opérations de restructuration, en adéquation avec les besoins et les filières, et les impératifs d'accessibilité
 - Organiser la prise en charge des urgences de la main au niveau régional,
 - Positionner les activités de chirurgie infantile lourdes ou rares nécessitant une collaboration multidisciplinaire sur un site unique de référence régionale au CHU. Sont notamment concernées les activités suivantes : chirurgie néonatale, chirurgie carcinologique viscérale et orthopédique, chirurgie thoracique, chirurgie des malformations de la face
 - Installer une RCP régionale Océan Indien de recours en chirurgie bariatrique en lien avec le CSO Réunion/Mayotte
- **Veiller à la pertinence des indications chirurgicales et au suivi des recommandations des sociétés savantes**
- **Développer la chirurgie orthopédique prothétique à Mayotte en lien avec la mise en œuvre de l'activité du SSR autorisée**

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE PROXIMITE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017		OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
	MODALITES D'EXERCICE		MODALITES D'EXERCICE	
	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
LA REUNION-NORD	3	3	3	3
LA REUNION-OUEST	2	3	2	3
LA REUNION-SUD	2	2	2	2
LA REUNION-EST	1	1	1	1
MAYOTTE	1	1	2(+1)	2(+1)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

Les modalités d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour sont mises en œuvre sur les mêmes implantations sans dédoublement, à l'exception de la zone Ouest de La Réunion où une autorisation de chirurgie ambulatoire s'exerce sans hospitalisation complète sur le même site.

Les autorisations de chirurgie, indépendamment de la détention par l'établissement d'une autorisation de médecine, doivent permettre la pratique et la facturation des endoscopies, ainsi que des séjours de bilan pré et post-opératoire.

GYNECOLOGIE, OBSTETRIQUE NEONATALE ET REANIMATION NEONATALE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, la zone retenue est la zone de proximité.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

Les objectifs qualitatifs de l'offre de soins pour La Réunion et pour Mayotte sont détaillés sur les fiches « objectifs opérationnels » dédiées à l'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant du Schéma régional de Santé de la Réunion et de Mayotte.

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE PROXIMITE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAX
LA REUNION-NORD	Unité d'obstétrique	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation	1	1	1
LA REUNION-OUEST	Unité d'obstétrique	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs	1	1	1
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation	0	0	0
LA REUNION-SUD	Unité d'obstétrique	1	1	1
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation	1	1	1
LA REUNION-EST	Unité d'obstétrique	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs	1	1	1
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation	0	0	0
MAYOTTE*	Unité d'obstétrique	0	0	1 (+1)

	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation	0*	1(+1)	1(+1)

**Absence d'autorisation administrative pour la gynécologie obstétrique y compris pour la néonatalogie et la réanimation néonatale pour le CH de Mayotte*

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

L'évolution des objectifs quantifiés pour Mayotte permet d'assurer la reconnaissance de la maternité centrale de Mamoudzou, et l'ouverture d'une autre implantation pour une activité de niveau I.

Les quatre autres maternités périphériques (centres de référence du CH de Mayotte) doivent a priori être maintenues au regard du nombre important de naissances sur le territoire, dans l'attente de la validation et de la réalisation d'un projet de restructuration du centre hospitalier et de son développement capacitaire ; elles ne peuvent relever, du fait de leurs conditions de fonctionnement, d'une autorisation d'activité de gynécologie-obstétrique au regard des normes opposables. Un cadre juridique dérogatoire devra être recherché pour sécuriser le fonctionnement de ces maternités périphériques.

Des regroupements ou reconversions de ces maternités périphériques pourront également être envisagés, en fonction de l'évolution du nombre de naissance, et des possibilités d'évolution de l'encadrement médical de l'activité.

L'activité d'obstétrique de la maternité périphérique de Dzaoudzi devra être sécurisée par la mise en place d'une navette maritime médicalisable, assurant la liaison entre Petite Terre et Grande Terre. Son évolution vers un centre périnatale de proximité, n'assurant alors plus d'accouchement, devra dès lors être envisagée dans les meilleurs délais sur la durée du PRS. Une organisation sera anticipée pour les périodes d'alerte cyclonique.

PSYCHIATRIE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, la zone retenue est la zone de proximité.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

Les objectifs qualitatifs de l'offre de soins en psychiatrie sont détaillés dans les fiches « objectifs opérationnels » dédiées à la promotion et la protection de la santé mentale du Schéma de Santé Réunion et Mayotte.

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Psychiatrie infanto-juvénile :

ZONE DE PROXIMITE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION-NORD	Structures d'hospitalisation complète	0	0	0
	Structures d'hospitalisation de jour	2	2	2
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	0
	Services de placement familial thérapeutique	1	1	1
	Appartements thérapeutiques	0		
	Centres de crise	0		
LA REUNION-OUEST	Structures d'hospitalisation complète	1	1	2(+1)
	Structures d'hospitalisation de jour	2	2	3(+1)
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	1(+1)
	Services de placement familial thérapeutique	0		
	Appartements thérapeutiques	0		
	Centres de crise	0		
LA REUNION-SUD	Structures d'hospitalisation complète	0	0	1(+1)
	Structures d'hospitalisation de jour	9	9	10(+1)
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	1(+1)
	Services de placement familial thérapeutique	1	1	1
	Appartements thérapeutiques	0		
	Centres de crise	0		
LA REUNION-EST	Structures d'hospitalisation complète	0	0	1(+1)
	Structures d'hospitalisation de jour	3	3	4(+1)
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	1(+1)
	Services de placement familial thérapeutique	1	1	1
	Appartements thérapeutiques	0		
	Centres de crise	0		
MAYOTTE	Structures d'hospitalisation complète	0	0	1(+1)
	Structures d'hospitalisation de jour	0	0	1(+1)
	Structures d'hospitalisation de nuit	0		
	Services de placement familial thérapeutique	0	0	1(+1)
	Appartements thérapeutiques	0		
	Centres de crise	0		
	Centres de postcure psychiatrique	0		

*L'unité vanille devra accroître sa capacité de 10 à 15 lits, en maintenant un recrutement régional Réunion, étendu à Mayotte

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

A La Réunion, les nouvelles autorisations d'hospitalisation complète, d'hospitalisation de jour, et d'hospitalisation de nuit, en psychiatrie infanto-juvénile devront être délivrées sur les implantations d'hospitalisation complète de la psychiatrie adulte.

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Psychiatrie Adultes :

ZONE DE PROXIMITE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS- IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION-NORD	Structures d'hospitalisation complète*	0	0	0
	Structures d'hospitalisation de jour	2	2	2
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	0
	Services de placement familial thérapeutique	0	0	1 (+1)
	Appartements thérapeutiques	0	0	1 (+1)
	Centres de crise**	1	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
LA REUNION-OUEST	Structures d'hospitalisation complète	2	2	2
	Structures d'hospitalisation de jour	4	4	4
	Structures d'hospitalisation de nuit***	1	1	2(+1)
	Services de placement familial thérapeutique	1	1	1
	Appartements thérapeutiques	1	1	1
	Centres de crise**	1	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
LA REUNION-SUD	Structures d'hospitalisation complète	2	2	2
	Structures d'hospitalisation de jour	6	6	6
	Structures d'hospitalisation de nuit***	1	1	2(+1)
	Services de placement familial thérapeutique	1	1	2(+1)
	Appartements thérapeutiques	0	0	1 (+1)
	Centres de crise**	1	1	1
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
LA REUNION-EST	Structures d'hospitalisation complète	1	1	2 (+1)
	Structures d'hospitalisation de jour	1	1	2 (+1)
	Structures d'hospitalisation de nuit***	0	0	2 (+2)
	Services de placement familial thérapeutique	1	1	1
	Appartements thérapeutiques	0	0	1 (+1)
	Centres de crise**	0	0	0
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0
MAYOTTE	Structures d'hospitalisation complète	1	1	1
	Structures d'hospitalisation de jour	0	0	1(+1)
	Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	0
	Services de placement familial thérapeutique	0	0	1(+1)
	Appartements thérapeutiques	0	0	1(+1)
	Centres de crise**	0	0	0
	Centres de postcure psychiatrique	0	0	0

* Pour la zone Nord, les lits d'hospitalisation restent localisés sur le site Ouest (Cambaie) de l'EPSMR, la distance kilométrique et la perspective de la nouvelle route du littoral ne justifiant pas une relocalisation.

** Lits d'urgence psychiatrique et de préadmission avant hospitalisation, positionnés auprès du service d'urgence ; pour l'Est de La Réunion, passage préalable par les urgences psychiatriques du CHU site Nord à organiser.

*** L'hospitalisation de nuit est à réaliser au sein d'implantation d'hospitalisation complète.

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

L'activité de sismothérapie, pratiquée aujourd'hui au sein d'un établissement privé de santé mentale, devra être mise en œuvre dans le cadre d'une coopération à construire avec un établissement détenteur d'une autorisation de médecine, afin de garantir la sécurité de la prise en charge, l'accès à l'ensemble des patients de La Réunion et de Mayotte conformément aux indications de prescription, et le bénéfice d'une tarification couvrant le coût des soins.

SOINS DE LONGUE DUREE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue est la zone de proximité.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

Les objectifs qualitatifs de l'offre de soins de longue durée sont détaillés sur les fiches « objectifs opérationnels » dédiées à la qualité de vie et la santé des personnes âgées du Schéma Régional de Santé Réunion et Mayotte.

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE PROXIMITE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
		MINI	MAXI
LA REUNION-NORD	0	0	0
LA REUNION-OUEST	0	0	1(+1)
LA REUNION-SUD	1	1	1
LA REUNION-EST	1	1	1
MAYOTTE	0	0	1 (+1)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

Ces objectifs seront en revoir pour La Réunion en fonction des orientations arrêtées par le Département dans le cadre de son futur schéma gérontologique.

Pour Mayotte, en l'absence de programmation d'EHPAD, la création d'une USLD pour les situations les plus lourdes paraît nécessaire.

TRAITEMENT DES GRANDS BRULES

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, la zone retenue pour l'activité de traitement des grands brûlés est la zone de référence.

La prise en charge des personnes victimes de brûlures est organisée à La Réunion et à Mayotte.

Le centre de traitement des grands brûlés (CTGB), également centre de recours pour les grands brûlés de Mayotte, est situé à la Réunion au CHU site Nord. Sa capacité d'accueil est actuellement insuffisante pour répondre de façon satisfaisante à toutes les demandes de transferts en provenance de Mayotte, obligeant le centre hospitalier de Mayotte à prendre en charge localement des grands brûlés, en coopération à distance avec le CHU, ou à transférer les patients vers la métropole. Il est prévu une augmentation capacitaire du centre de traitement des grands brûlés du CHU à l'occasion du prochain déménagement du service dans de nouveaux locaux. Dès lors la mission de centre de recours des grands brûlés de l'Océan Indien sera pleinement effective.

Le Centre Hospitalier de Mayotte a développé un partenariat avec Moroni et se positionne comme centre de recours des Comores.

Le nombre d'enfants victimes de brûlures graves tend à diminuer du fait des messages de prévention régulièrement diffusés.

L'activité de traitement des Grands Brûlés est insuffisante pour justifier l'implantation de deux centres dans la zone de référence Océan indien.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- Formaliser la filière de soins Réunion-Mayotte, et le recours à La Réunion pour les grands brûlés de Mayotte
- Revoir les protocoles de coopération avec les Comores pour permettre l'accueil direct à La Réunion des grands brûlés, le CH de Mayotte poursuivant la prise en charge des brûlés sur place ou par transfert sanitaire sur le site de Mamoudzou

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE REFERENCE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
		MINI	MAXI
LA REUNION/MAYOTTE	1	1	1

CHIRURGIE CARDIAQUE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour l'activité de chirurgie cardiaque est la zone de référence.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- Structurer et formaliser la filière Réunion/Mayotte, et le recours à La Réunion pour les patients de Mayotte

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE REFERENCE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017		OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023			
	MODALITES D'EXERCICE		MODALITES D'EXERCICE			
	ADULTES	ENFANTS	ADULTES		ENFANTS	
			MINI	MAXI	MINI	MAXI
LA REUNION/MAYOTTE	1	0	1	1	0	1(+1)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

L'autorisation de la modalité pédiatrique devra se faire sur l'implantation de la chirurgie cardiaque « Adultes » dans un souci de sécurisation des prises en charge.

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour cette activité est la zone de recours.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- **Poursuivre le développement de la cardiologie interventionnelle chez l'enfant**
- **Structurer et formaliser la filière Réunion/Mayotte, et le recours à La Réunion pour les patients de Mayotte**, dans l'attente d'une autorisation relative aux « actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte »
- **Réduire les délais de prise en charge des personnes résidant dans le sud de la Réunion**

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE RECOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS- IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION-NORD-EST	Rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation	0	0	0
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales (hors urgences)	1	1	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	2	1 (-1)	2
LA REUNION-SUD-OUEST	Rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation	1	1	1
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales (hors urgences)	0	0	0
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	1 (+1)	0
MAYOTTE	Rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation	0	0	0
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales (hors urgences)	0	0	0
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0	1(+1)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

La création d'une implantation dans la zone Sud/Ouest (Réunion) pour les « actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte » est envisagée sur la durée du SRS. Cette autorisation d'implantation dans la zone de recours Sud/Ouest se fera par délocalisation d'une implantation de la zone Nord-Est, sans modification du nombre régional d'implantations autorisées.

NEUROCHIRURGIE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour cette activité est la zone de référence.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- Mettre en place une organisation régionale OI permettant la réalisation d'actes d'urgence neurologique au CH de Mayotte dans le cadre d'une collaboration entre les équipes du CH de Mayotte et les neurochirurgiens du CHU de La Réunion

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE REFERENCE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION/MAYOTTE	Neurochirurgie générale pour adultes	1	1	1
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0	0
	Neurochirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques	0	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0	1 (+1)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

L'autorisation de la modalité pédiatrique devra se faire sur l'implantation de la neurochirurgie autorisée dans un souci de sécurisation des prises en charge.

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour cette activité est la zone de référence.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- **Consolider la filière neuroradiologique afin de raccourcir les délais de prise en charge**

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE REFERENCE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
		MINI	MAXI
REUNION/MAYOTTE	1	1	2(+1)

L'implantation supplémentaire dans la zone de référence devra être positionnée à plus de 70 km de l'existante pour renforcer l'accessibilité à cette activité.

MEDECINE D'URGENCE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour la médecine d'urgence est la zone de proximité.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

L'organisation de la médecine d'urgence s'inscrit dans un objectif national d'accès à des soins adaptés et de qualité sur l'ensemble des zones pour les patients (accès à moins de 30 minutes pour les soins urgents).

- **Informers la population sur les modalités de recours aux urgences et à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)**
- **Maillage territorial :**
 - Maintenir le maillage existant de réponse à l'urgence défini dans le cadre du réseau régional des urgences (Réunion)
 - Maintenir la couverture télé-médecine de Cilaos pour la réponse aux urgences
 - Consolider la présence de médecins correspondants du SAMU dans les centres de référence et centre de consultations, voire au sein des structures d'exercice coordonné, en veillant à l'accès aux examens d'imagerie et de d'analyses bio-médicales (Mayotte)
- **Articulation urgences/PDSA :**
 - Maintenir l'articulation ville-hôpital pour assurer la complémentarité entre la permanence des soins ambulatoire et le recours aux urgences (Réunion)
 - Organiser la permanence des soins ambulatoires et la régulation libérale (Mayotte)
 - Organiser l'accès aux soins non-programmés, hors période de permanence des soins ambulatoire, y compris par la mise en place d'une régulation, afin de délester les urgences (Réunion)
- **Transferts sanitaires :**
 - Consolider et sécuriser l'accès aux transports sanitaires urgents à partir des centres de référence pour le recours aux urgences notamment obstétricales des maternités périphériques, renforcer les lignes de SMUR (Mayotte)
 - Mettre en place une navette maritime médicalisable 24H/24 entre Petite Terre et Mamoudzou (Mayotte)
 - Interconnecter les plateformes 15 et 18, avec adaptation des moyens en radio et téléphonie (Mayotte)
 - Conventionner avec la gendarmerie pour le recours à son hélicoptère dans le cadre de transports urgents (Mayotte)
 - Consolider la coopération entre tous les intervenants de la chaîne de prise en charge de l'urgence, à La Réunion et à Mayotte, notamment par la plateforme commune SAMU-SDIS (Réunion)
 - Diversifier les modalités de transports urgents, hors SMUR (transport infirmier inter-hospitalier, transport avec sages-femmes, ambulance, SDIS)
 - Adapter les organisations et effectifs aux variations d'activité

- Revoir l'organisation de la garde ambulancière régionale (Réunion)
 - Développer la coopération régionale Réunion entre les équipes pour médicaliser l'HéliSMUR
 - Augmenter les capacités de transfert sanitaire entre Mayotte et La Réunion
 - Renforcer le partenariat régional OI entre les services d'urgence (Réunion-Mayotte), et la liaison avec les plateaux hospitaliers métropolitains
- **Qualité et sécurité des prises en charge :**
- Améliorer la réponse à l'urgence dans les services d'accueil Adultes et Enfants, notamment par la sécurisation des urgences pédiatriques et l'identification de filières courtes ou spécifiques
 - Adapter les organisations et les effectifs aux variations et évolutions d'activité des centres 15 et services d'accueil des urgences
 - Améliorer au sein des SAU le repérage et l'orientation des patients susceptibles de développer un syndrome psycho- traumatique chronique (Réunion et Mayotte)
 - Eriger la CUMP à Mayotte au niveau de « CUMP renforcée »
 - Mettre en place une observation et un suivi de l'activité et des pratiques de médecine d'urgence (Réunion-Mayotte)

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE PROXIMITE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION- NORD	SAMU	1	1	1
	SMUR	1	1	1
	SMUR PEDIATRIQUE	0	0	0
	SMUR SAISONNIERE	0	0	0
	SMUR HELIPORTE	0	0	1(+1)
	ANTENNES SMUR	0	0	0
	STRUCTURES DURGENCES	1	1	1
	STRUCTURES DURGENCE PEDIATRIQUE	1	1	1
	STRUCTURES D'URGENCE SAISONNIERES	0	0	0
LA REUNION- OUEST	SAMU	0	0	0
	SMUR	1	1	1
	SMUR PEDIATRIQUE	0	0	0
	SMUR SAISONNIERE	0	0	0
	SMUR HELIPORTE	0	0	0
	ANTENNES SMUR	0	0	0
	STRUCTURES DURGENCES	1	1	1
	STRUCTURES DURGENCE PEDIATRIQUE	1	1	1
LA REUNION- SUD	SAMU	0	0	0
	SMUR	1	1	1
	SMUR PEDIATRIQUE	0	0	0
	SMUR SAISONNIERE	0	0	0
	SMUR HELIPORTE	0	0	0

	ANTENNES SMUR	0	0	0
	STRUCTURES DURGENCES	1	1	1
	STRUCTURES DURGENCE PEDIATRIQUE	1	1	1
	STRUCTURES D'URGENCE SAISONNIERES	0	0	0
LA REUNION- EST	SAMU	0	0	0
	SMUR	1	1	1
	SMUR PEDIATRIQUE	0	0	0
	SMUR SAISONNIERE	0	0	0
	SMUR HELIPORTE	0	0	0
	ANTENNES SMUR	0	0	0
	STRUCTURES DURGENCES	1	1	1
	STRUCTURES DURGENCE PEDIATRIQUE	0	0	0
	STRUCTURES D'URGENCE SAISONNIERES	0	0	0
MAYOTTE	SAMU	1	1	1
	SMUR	1	1	1
	SMUR PEDIATRIQUE	0	0	1 (+1)
	SMUR SAISONNIERE	0	0	0
	SMUR HELIPORTE	0	0	1 (+1)
	TRANSPORT MARITIME intra –lagon médicalisable	0	0	1(+1)
	ANTENNES SMUR	0	0	0
	STRUCTURES DURGENCES	1	1	1
	STRUCTURES DURGENCE PEDIATRIQUE	0	0	0
	STRUCTURES D'URGENCE SAISONNIERES	0	0	0

La création d'un SMUR pédiatrique à Mayotte devra être précédée d'une étude de faisabilité justifiant d'écarter d'autres modalités d'amélioration des transports sanitaires existants.

REANIMATION

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour l'activité de réanimation est la zone de recours.

Sont identifiées dans le présent volet les cibles pour l'activité de réanimation qui relève d'une autorisation d'activité de soins. Les soins intensifs et la surveillance continue relèvent d'une contractualisation avec les établissements de santé.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- Améliorer de l'articulation entre l'unité de réanimation et l'unité de surveillance continue au CHU (site Nord)
- Mettre en conformité et regrouper les services de réanimation Nord du CHU
- Consolider les capacités d'accueil enfants et adultes du CH de Mayotte
- Systématiser les revues de morbi-mortalité (RMM) dans les services de réanimation
- Mettre en œuvre des audits cliniques ciblés enfants et adultes et une démarche qualité dans les services de réanimation
- Structurer et formaliser la filière régionale Réunion de recours à la réanimation et aux soins critiques
- Formaliser la coordination des unités de réanimation avec la filière d'aval
- Evaluer la pertinence et faisabilité d'un trauma-center à La Réunion

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONES DE RECOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION-NORD-EST	Adultes	1	1	1
	Pédiatrique	1	1	1
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0
LA REUNION-SUD- OUEST	Adultes	1	1	2(+1)
	Pédiatrique	1	1	1
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0
MAYOTTE	Adultes	1	1	1
	Pédiatrique	0	0	1(+1)
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

L'autorisation d'une implantation supplémentaire de réanimation adulte dans la zone Réunion Sud-Ouest devra se faire dans le cadre d'une filière de soins critiques coordonnée avec les sites Nord et Sud du CHU, avec des équipes médicales mutualisées et une coordination régionale de l'orientation et de l'admission des patients.

Seules les autorisations de réanimation du CHU au Nord et au Sud comprennent chacune les spécialisations neurologiques et cardiaques.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour l'activité du traitement de l'insuffisance rénale chronique est la zone de proximité.

Les objectifs qualitatifs de l'offre de soins en IRC pour La Réunion sont détaillés dans la fiche objectif opérationnel « parcours de santé - insuffisance rénale chronique ».

OBJECTIFS QUALITATIFS SPECIFIQUE POUR MAYOTTE :

Les données épidémiologiques à Mayotte montrent une augmentation de l'incidence de l'IRCT. Une partie de la population est à haut risque rénal, en particulier du fait de la prévalence élevée du diabète.

L'offre de prise en charge de l'IRCT date de 2013 avec un traitement initial de suppléance non diversifié : 100 % d'hémodialyse actuellement (aucun patient en dialyse péritonéale).

L'accès à la greffe rénale des patients mahorais est effectif :

- 41 personnes originaires de Mayotte dont 4 enfants 01/01/17, dialysés à La Réunion sont inscrits en liste d'attente de greffe,
- 36 personnes originaires de la zone Océan Indien ayant transité par Mayotte, dont 8 enfants, ont été greffés au cours de la période 2012-2016.

L'organisation du suivi post greffe est difficile à Mayotte et pourrait bénéficier du développement de la télé-médecine.

- **Structurer et améliorer le parcours de soins en amont de la suppléance : prévention, dépistage, suivi, éducation thérapeutique en pré-dialyse...**
- **Renforcer l'offre de dialyse et diversifier les modalités de traitement**
- **Développer la prise en charge de proximité pour maintenir les patients dans leur cadre de vie :**
 - intervention sur les fistules artério-veineuses au Centre Hospitalier de Mayotte en lien avec les établissements de La Réunion,
 - accès à une expertise médicale via la Télé-médecine
- **Soutenir, par la coopération, les capacités de traitement de l'IRCT du système de santé des Comores**
- **Augmenter le recours à la transplantation rénale :**
 - promotion du don d'organes (greffe à partir de donneur vivant, prélèvement sur donneur en état de mort encéphalique au CHM),
 - organisation de l'inscription à la greffe pour les patients mahorais (CHU de La Réunion/centre Maydia/CHM)
- **Renforcer le suivi des enfants atteints de maladies rénales chroniques et des personnes greffés à Mayotte (missions, poste d'assistant partagé, télé-médecine)**

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

Le maillage du territoire permettant de répondre au besoin de suppléance est en cours d'achèvement à La Réunion et en cours de déploiement à Mayotte.

Dans ce contexte, il est proposé un maintien de l'offre existante à La Réunion qui devra s'inscrire dans un objectif d'optimisation des structures autorisées, à l'exception d'une ouverture d'une autorisation supplémentaire en unité d'autodialyse simple ou assistée sur le territoire Sud, pour la couverture du cirque de Cilaos.

Pour Mayotte, le déploiement et la diversification de l'offre doivent être poursuivis.

ZONES DE PROXIMITE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION-NORD	Hémodialyse en centre adultes	2	2	2
	Hémodialyse en centre enfants	1	1	1
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	3	3
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Adulte)	1	1	1
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Enfant)	1	1	1
LA REUNION-OUEST	Hémodialyse en centre adultes	2	2	2
	Hémodialyse en centre enfants	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	6	6	6
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Adulte)	1	1	1
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Enfant)	0	0	0
LA REUNION-SUD	Hémodialyse en centre adultes	3	3	3
	Hémodialyse en centre enfants	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	4	4	5 (+1)
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Adulte)	0	0	0
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Enfant)	0	0	0
LA REUNION-EST	Hémodialyse en centre adultes	2	2	2
	Hémodialyse en centre enfants	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	3	3	3
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Adulte)	0	0	0
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Enfant)	0	0	0
MAYOTTE	Hémodialyse en centre adultes	1	1	2 (+1)
	Hémodialyse en centre enfants	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	1	2 (+1)
	Hémodialyse en unité d'autodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	2	2	4 (+2)
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	1	1
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (Enfant)	0	0	0

Les implantations de dialyse à domicile, adultes et enfants, sont comptabilisées sur la zone dont relève le siège social de chaque entité juridique détentrice de l'autorisation. Celles de Mayotte et celles de La Réunion ont vocation à couvrir respectivement l'ensemble du territoire de chaque île.

Les autorisations délivrées de dialyse à domicile devront, pour les adultes, proposer les deux modalités : hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale.

ACTIVITES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET ACTIVITES BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour l'activité d'AMP et le DPN est la zone de recours.

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation

ZONES DE RECOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
LA REUNION-NORD-EST	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transferts des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
LA REUNION-SUD-OUEST	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2
	Prélèvement de spermatozoïdes	2	2
	Transferts des embryons en vue de leur implantation	2	2
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1
MAYOTTE	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transferts des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation

ZONES DE RECOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
LA REUNION-NORD-EST	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation et la conservation des ovocytes	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
LA REUNION-SUD-OUEST	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation et la conservation des ovocytes	2	2
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	2	2
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	2	2
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	1	1
MAYOTTE	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	1 (+1)
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation et la conservation des ovocytes	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Activités de diagnostic prénatal - Examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de grossesse

Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) du CHU de La Réunion devra évoluer, sur la durée du SRS, en CPDPN Océan Indien, répondant en proximité aux besoins de Mayotte, avec disposition au CH de Mayotte d'une unité fonctionnelle sous forme d'antenne avancée.

ZONES DE RECOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
LA REUNION-NORD-EST	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels (63)	1	1
	Echographie obstétricale et fœtale au sens du 1° du III de l'article R. 2131-1 du CSP	1	1
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.	0	1 (+1)
LA REUNION-SUD-OUEST	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels (63)	0	0
	Echographie obstétricale et fœtale au sens du 1° du III de l'article R. 2131-1 du CSP	1	1
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.	0	0
MAYOTTE	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels (63)	0	0
	Echographie obstétricale et fœtale au sens du 1° du III de l'article R. 2131-1 du CSP	0	1 (+1)
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.	0	0

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Activités de diagnostic prénatal - Examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique

Le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) du CHU de La Réunion devra évoluer, sur la durée du SRS, en CPDPN Océan Indien, répondant en proximité aux besoins de Mayotte, avec disposition au CH de Mayotte d'une unité fonctionnelle sous forme d'antenne avancée.

ZONE DE RECOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
LA REUNION-NORD-EST	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Examens de génétique moléculaire ;	1	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Echographie obstétricale et fœtale au sens du 2° du III de l'article R. 2131-1 du CSP	1	1
	Autres techniques d'imagerie fœtale à visée diagnostique	0	0
LA REUNION-SUD-OUEST	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire ;	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Echographie obstétricale et fœtale au sens du 2° du III de l'article R. 2131-1 du CSP	1	1
	Autres techniques d'imagerie fœtale à visée diagnostique	0	0
MAYOTTE	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire ;	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Echographie obstétricale et fœtale au sens du 2° du III de l'article R. 2131-1 du CSP	0	1 (+1)
	Autres techniques d'imagerie fœtale à visée diagnostique	0	0

TRAITEMENT DU CANCER

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour l'activité de traitement du cancer est la zone de recours.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

Les objectifs qualitatifs de l'offre de soins pour l'activité du traitement du cancer sont détaillés dans les fiches « objectifs opérationnels - parcours de santé- maladies cancéreuses » su schéma de Santé La Réunion et Mayotte.

OBJECTIFS QUANTITATIFS – Chirurgie des cancers :

ZONES DE REOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION-NORD-EST	Chirurgie digestif	3	2 (-1)	3
	Chirurgie mammaires (tumeurs du sein)	1	1	2 (+1)
	Chirurgie gynécologique	2	2	2
	Chirurgie ORL	3	3	3
	Chirurgie maxillo-faciales	3	3	3
	Chirurgie urologique	2	2	2
	Chirurgie thoracique	2	2	2
	Chirurgie hors soumis à seuil (si nécessaire)	4	4	4
LA REUNION-SUD-OUEST	Chirurgie digestif	3	2 (-1)	3
	Chirurgie mammaires (tumeurs du sein)	3	3	3
	Chirurgie gynécologique	2	2	2
	Chirurgie ORL	2	2	2
	Chirurgie maxillo-faciales	2	2	2
	Chirurgie urologique	2	2	2
	Chirurgie thoracique	1	1	1
	Chirurgie hors soumis à seuil (si nécessaire)	4	4	4
MAYOTTE	Chirurgie digestif	0	0	1 (+1)
	Chirurgie mammaires (tumeurs du sein)	0	0	1 (+1)
	Chirurgie gynécologique	0	0	1 (+1)
	Chirurgie ORL	0	0	0
	Chirurgie maxillo-faciales	0	0	0
	Chirurgie urologique	0	0	1 (+1)
	Chirurgie thoracique	0	0	0
	Chirurgie hors soumis à seuil (si nécessaire)	0	0	1 (+1)

OBJECTIFS QUANTITATIFS – Autres traitements des cancers :

ZONES DE RECOURS	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS- IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
			MINI	MAXI
LA REUNION- NORD-EST	Radiothérapie externe	1	1	1
	Curiethérapie	0	0	0
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	1	1	1
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	2	2	2
LA REUNION- SUD-OUEST	Radiothérapie externe	1	1	1
	Curiethérapie	1	1	1
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	1	1	2 (+1)
MAYOTTE	Radiothérapie externe, curiethérapie	0	0	0
	Curiethérapie	0	0	0
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	0	0	1 (+1)

Créations/Suppressions/Transformations/Regroupements/Coopérations :

Les implantations cibles dénombrées ci-dessus sont fixées à échéance du Schéma de Santé. Elles sont susceptibles de connaître une révision au vu de l'évolution des besoins et de la réglementation des autorisations d'activité de traitement du cancer.

Précisions pour La Réunion :

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation de traitement du cancer « chirurgie des cancers digestifs » pour non atteinte des seuils, cette dernière sera retirée des objectifs quantifiés dans chacune des zones concernées (passage de 3 à 2).

Pour la zone Nord-Est, le maintien de l'autorisation du GHER pour la chirurgie des cancers digestifs doit s'accompagner d'une limitation aux seuls cancers digestifs intestinaux, les interventions concernant les cancers digestifs foie-pancréas-estomac-œsophage requérant des conditions de sécurité renforcées.

La zone Nord-Est devra disposer d'un centre associé de chimiothérapie à l'Est afin de garantir un accès en proximité à cette prise en charge.

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation est la zone de proximité.

OBJECTIFS QUALITATIFS – Réunion :

- **Virage ambulatoire : toutes les implantations doivent proposer des prises en charge en hospitalisation de jour et hospitalisation complète**
- **Prise en charge des affections cardio-vasculaires**
 - Réduire les ruptures de parcours (délais de prise en charge) par une meilleure articulation des structures autorisées avec la prise en charge des pathologies cardiaques en court séjour
 - Organiser chaque plateau autorisé de SSR cardio-vasculaires avec les deux modalités de prise en charge suivantes : hospitalisation de jour et hospitalisation complète.
- **Prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance**
 - Disposer dans chaque zone de proximité d'un SSR polyvalent avec la spécialité des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance,
 - Identifier dans chaque zone de proximité une unité de réhabilitation cognitivo-comportementale (UCC) pour la prise en charge des troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, au sein d'une structure de SSR autorisée dans la spécialité des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, ou en proximité immédiate d'une USLD
 - Identifier dans chaque zone de proximité, au sein d'une structure de SSR autorisée dans les affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, une offre de soins palliatifs. Cette offre supplémentaire n'exclut pas le développement et la reconnaissance de soins palliatifs pour les autres autorisations de SSR
- **Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien**
 - Réaffirmer la vocation de recours régional (Réunion) de l'implantation de cette spécialité sur la zone Ouest qui devra proposer de l'hospitalisation complète et hospitalisation de jour, et assurer l'ensemble des missions relevant de la spécialité SSR des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ; l'intégration de ce SSR spécialisés dans la filière de greffe rénale n'apparaît justifiée, sauf indication propre à certains patients
 - Développer dans chaque zone de proximité, au sein des SSR polyvalents autorisés, la prise en charge de proximité des personnes présentant une obésité, en relai de la structure de recours régional spécialisée

- **Prise en charge des affections liées aux conduites addictives**

La prise en charge des situations d'addictologie est structurée dans le domaine sanitaire entre les services de médecine qui sont en charge des sevrages simples ou complexes et les services de SSR spécialisés.

La prise en charge en SSR est organisée sur la base d'une structure autorisée dans chaque zone de proximité, à l'exception de la zone Réunion Nord, pouvant faire appel aux structures des zones Est et Ouest.

L'autorisation de SSR spécialisés en addictologie du CHU-site Nord sera retirée, au profit d'une conversion des lits en médecine pour réaliser des sevrages simples et complexes.

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR « addictologie », après sevrage simple ou après des soins complexes, est liée à une addiction avec mésusage sévère et le plus souvent une dépendance avec une poly-consommation et des difficultés sociale et psychologique. Les patients doivent être stabilisés sur le plan somatique.
- **Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux**
 - Renforcer les synergies entre spécialisations par la disposition sur chaque site des deux spécialités des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, faisant appel aux mêmes plateaux techniques
- **Positionnement de la structure de basse vision**

La clinique HORUS est une structure de SSR polyvalente ayant une orientation dans la prise en charge de la basse vision, initiée avant l'ouverture des SAMSAH déficience visuelle.

La vocation régionale (Réunion) de cette implantation dans la zone Ouest est maintenue. Sa position, en complémentarité de l'offre médico-sociale, devra être redéfinie en association avec l'ensemble des acteurs de la déficience visuelle.
- **Structuration des SSR pédiatriques**

Les SSR pédiatriques sont actuellement organisés autour de trois structures : l'Hôpital d'Enfants à Saint Denis (SSR polyvalents, SSR brûlés, SSR affections métaboliques, SSR système nerveux) le CHU site Sud (SSR polyvalents) et l'association des jeunes diabétiques (SSR affections métaboliques) pour une activité à caractère saisonnier.

Compte tenu de leur prévalence, la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile à La Réunion doit être développée sur chaque zone de proximité dans les services de pédiatrie, ou SSR polyvalents pédiatriques, avec l'appui du SSR spécialisé régional.

Le recours en proximité aux SSR polyvalents et aux services de pédiatrie, avec l'appui du SSR spécialisé est également étendu à la prise en charge des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur, notamment en aval du trauma center envisagé.
- **Accompagnement des patients, dès la phase d'hospitalisation, dans la construction d'un projet professionnel compatible avec leur état de santé**
 - Démarche régionale de réinsertion professionnelle associant les acteurs du SSR et du médico-social

OBJECTIFS QUALITATIFS – Mayotte :

- Virage ambulatoire : toutes les implantations doivent proposer des prises en charge en hospitalisation de jour et hospitalisation complète
- Accompagnement de la montée en charge du SSR à Mayotte, avec la reconnaissance de spécialisation, et l'ouverture aux prises en charge pédiatriques intégrés dans des coopérations avec le SSR pédiatrique spécialisé implanté à La Réunion

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Implantation de SSR Enfants et Adolescents :

ZONES DE PROXIMITE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
LA REUNION-NORD	1	1
LA REUNION-OUEST	0	0
LA REUNION-SUD	2	2
LA REUNION-EST	0	0
MAYOTTE	1	2 (+1)

Les prises en charge spécialisées Enfants et Adolescents :

Les autorisations de prises en charge spécialisées sont délivrées dans le cadre d'autorisations supports de SSR polyvalents (prise en charge non spécialisée), limitativement dénombrées dans le tableau ci-dessous, sans justifier d'implantations distinctes.

ZONES DE PROXIMITE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017				OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023			
		HC		HP		HC		HP	
		<6A	>6A	<6A	>6A	<6 A	>6 A	< 6A	>6 A
LA REUNION- NORD	Prise en charge non spécialisée	1	1	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections du système nerveux	1	1	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections respiratoires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	1	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	1	1	1	1	1	1	1	1
LA REUNION- OUEST	Prise en charge non spécialisée	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections du système nerveux	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections respiratoires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0

LA REUNION- SUD	Prise en charge non spécialisée	2	2	1	1	2	2	1	1
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections du système nerveux	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections respiratoires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	1	0	0	1	1	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0
LA REUNION- EST	Prise en charge non spécialisée	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections du système nerveux	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections respiratoires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0
MAYOTTE	Prise en charge non spécialisée	1	1	1	1	2(+ 1)	2 (+1)	2(+ 1)	2 (+1)
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections du système nerveux	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections respiratoires	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0	0	0

OBJECTIFS QUANTITATIFS - Implantation de SSR Adultes :

ZONES DE PROXIMITE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
LA REUNION-NORD	3	3
LA REUNION-OUEST	7	7
LA REUNION-SUD	6	6
LA REUNION-EST	3	3
MAYOTTE	1	2 (+1)

Les prises en charge spécialisées Adultes :

Les autorisations de prises en charge spécialisées sont délivrées dans le cadre d'autorisation support de SSR polyvalents (prise en charge non spécialisée), limitativement dénombrées dans le tableau ci-dessous, sans justifier d'implantations distinctes.

Les autorisations de spécialités d'une part des affections de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux, et d'autre part des affections cardio-vasculaires et des affections respiratoires, sont délivrées respectivement sur les mêmes implantations.

ZONES DE PROXIMITE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017		OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023			
		HC	HP	HC		HP	
				MINI	MAXI	MINI	MAXI
LA REUNION- NORD	Prise en charge non spécialisée	3	3	3	3	3	3
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	1	1	1	2 (+1)	1	2 (+1)
	Prise en charge des affections du système nerveux	2	2	2	2	2	2
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections respiratoires	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections liées aux conduites addictives	1	1	0 (-1)	0 (-1)	0 (-1)	0 (-1)
	Prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	0	0	0	1 (+1)	0	1 (+1)
LA REUNION- OUEST	Prise en charge non spécialisée	6	4	6	6	4	4
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	1	1	1	2 (+1)	1	2 (+1)
	Prise en charge des affections du système nerveux	2	2	2	2	2	2
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	1	0	1 (+1)	1	1
	Prise en charge des affections respiratoires	0	1	0	1 (+1)	1	1

	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections liées aux conduites addictives	1	0	1	1	0	1 (+1)
	Prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	1	1	1	1	1	1
LA REUNION-SUD	Prise en charge non spécialisée	6	6	6	6	6	6
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	2	2	2	2	2	2
	Prise en charge des affections du système nerveux	2	2	2	2	2	2
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections respiratoires	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections liées aux conduites addictives	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	1	1	1	1	1	1
LA REUNION-EST	Prise en charge non spécialisée	3	3	3	3	3	3
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections du système nerveux	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections respiratoires	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections liées aux conduites addictives	1	1	1	1	1	1
	Prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	1	1	1	1	1	1
MAYOTTE	Prise en charge non spécialisée	1	1	1	2 (+1)	1	2 (+1)
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1 (+1)	0	1 (+1)
	Prise en charge des affections du système nerveux	0	0	0	1 (+1)	0	1 (+1)
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	0	0	0	1 (+1)	0	1 (+1)
	Prise en charge des affections respiratoires	0	0	0	1 (+1)	0	1 (+1)
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections liées aux conduites addictives	0	0	0	0	0	0
	Prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	0	0	0	0	0	0

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone de référence Réunion-Mayotte est retenue pour l'activité de soins « examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ».

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE REFERENCE	MODALITES D'EXERCICE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023
REUNION/MAYOTTE	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1
	Analyses de génétique moléculaire	1	1
	Analyses de génétique moléculaire	0	0

GREFFES D'ORGANES ET DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour cette activité est la zone de référence « Réunion-Mayotte ».

La prévention et la prise en charge des maladies chroniques fortement prévalentes à La Réunion et à Mayotte, telles que la maladie rénale chronique, l'insuffisance cardiaque et les cancers sont abordées sous forme de parcours de santé spécifiques dans l'orientation stratégique dédiée aux maladies chroniques. Abordées dans ce chapitre, les activités de greffes d'organes et de cellules souches hématopoïétiques, soumises à autorisation de l'ARS après avis conforme de l'Agence de la biomédecine, s'inscrivent dans les parcours de santé évoqués.

S'agissant de la maladie rénale chronique, La Réunion dispose d'autorisations de prélèvements d'organes et de greffe rénale adulte et pédiatrique portées exclusivement par le CHU. L'activité de greffe rénale réalisée au cours de ces six dernières années oscille autour d'une moyenne de 27 par an, soit 54% de l'objectif de 50 greffes annuelles fixé dans le précédent schéma d'organisation des soins, alors que le nombre moyen de greffons prélevés sur place sur la même période a été de 32 par an. Le taux d'opposition au prélèvement d'organes à La Réunion, sensiblement identique à celui de la métropole jusqu'en 2015 (33%), s'est fortement élevé en 2016 (56.7% Réunion versus 33.7% métropole) et 2017 (54.7% Réunion) sans que les causes ne soient totalement connues.

Dans le même temps, l'inscription des patients en insuffisance rénale chronique terminale sur liste d'attente de greffe s'est accélérée, passant de 190 inscrits au 1er janvier 2012 à 304 au 1er janvier 2018. Toutefois, les taux d'incidence cumulée de patients inscrits sur liste d'attente restent faibles, à des niveaux 3 à 5 fois moindres que ceux de la métropole durant les 2èmes années de dialyse. Les différences tendent à s'atténuer quelque peu à partir de la 3ème année (Tableau 1). Conséquence de l'accès limité à la liste d'attente, l'accès à la greffe se trouve limité (Tableau 2). La part de greffe préemptive (M0) est marginale. Qu'il s'agisse d'accès à la liste d'attente ou à la greffe, les patients de 60 à 74 ans sont fortement pénalisés.

Tableau 1 : Evolution du taux d'incidence cumulée d'accès à la liste d'attente pour la cohorte de patients ayant débuté la dialyse pendant la période 2010-2015. Source : rapport REIN 2015

%	M0	M12	M24	M36	M48	M60
Patients de moins de 60 ans						
Réunion	5,9	15,4	28,6	37,8	43,7	44,3
Métropole	14,3	45,4	61,8	68,2	71,3	73,2
Patients de 60 à 74 ans						
Réunion	1	2,5	5,3	7,8	9,2	11
Métropole	4,9	14,7	22,7	26,6	28,4	29,4

Tableau 2 : Evolution du taux d'incidence cumulée d'accès à la greffe pour la cohorte de patients ayant débuté le traitement par dialyse ou par greffe préemptive pendant la période 2010-2015. Source : rapport REIN 2015

%	M0	M12	M24	M36	M48	M60
Patients de moins de 60 ans						
Réunion	1	2,2	4,7	8,2	16,7	21,9
Métropole	9,7	20,6	34,0	45,1	53,2	58,3
Patients de 60 à 74 ans						
Réunion	0,2	0,5	0,5	0,8	0,8	2,7
Métropole	3,0	6,4	12,1	16,4	19,4	21,1

Ces éléments de contexte soulignent la nécessité de soutien à la consolidation et au développement des activités de prélèvements d'organes et de greffe rénale à La Réunion et à Mayotte.

Pour ce qui est de l'insuffisance cardiaque chronique terminale, La Réunion et Mayotte ne disposent pas d'autorisation d'activité de greffe cardiaque, laquelle est conditionnée par la stabilisation de l'activité de greffe rénale dans le précédent schéma d'organisation des soins. La survenue en 2016 d'une succession d'événements indésirables graves dans la filière de transplantation rénale a conduit à un sursis à autorisation de l'activité de transplantation cardiaque, malgré les avis favorables obtenus de l'Agence de la biomédecine et de la Commission spécialisée de l'offre de soins de La Réunion.

Selon le tableau de bord publié par l'ORS en septembre 2017, au 31/12/2014, 1 400 patients étaient en ALD pour insuffisance cardiaque dont 230 nouveaux patients annuels. La file active est constituée à 40% de patients de moins de 65 ans et à 52% d'hommes. La proportion de femmes tend à augmenter. Les femmes sont davantage hospitalisées que les hommes (60% des séjours) et leur taux de mortalité prématurée est 3 fois plus élevé que celui des femmes de métropole.

Parmi les patients en insuffisance cardiaque, la proportion de ceux qui sont en phase terminale et qui nécessitent une transplantation cardiaque n'est pas connue de manière exhaustive. Les patients éligibles n'acceptent pas tous de se faire inscrire sur liste nationale d'attente pour ne pas avoir à aller vivre en métropole sur une période allant de la prégreffe à la greffe et au suivi post greffe pour une durée totale moyenne de 2 à 3 ans. Il en découle, pour ces patients, une perte de chance liée à l'éloignement géographique, lequel génère problèmes d'hébergement et difficultés d'adaptation loin des proches. Le développement à La Réunion des techniques d'assistance circulatoire temporaire ne permet qu'un sursis, l'issue vitale ne peut passer que par la transplantation.

Au regard du contexte, le maintien de l'ouverture d'une implantation de greffe cardiaque à La Réunion est opportun et pertinent.

Concernant l'activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH), le précédent schéma d'organisation des soins a prévu l'intégration des hémopathies malignes dans le recueil du registre des cancers afin de pouvoir objectiver les besoins. En 2017, l'évaluation de fonctionnement par l'ARS du registre des cancers a conduit le CHU à déposer une demande de labellisation. En attendant, les seules données objectives de besoin ne sont fournies que par le service d'hémo-oncologie du site Sud du CHU, celui du site Nord ne disposant pas de système de recueil.

L'étude rétrospective de janvier 2015 à décembre 2016 menée par le CHU Sud a permis de recenser 49 patients éligibles à l'allogreffe de CSH, déduction faite de 19 patients pour lesquels il y a eu soit décès avant greffe, soit contre-indication médicale à la greffe soit absence de donneur compatible. L'âge moyen est de 50 ans et la répartition homme / femme est équilibrée. Durant cette période, 25 ont été

allogreffés en métropole et 14 en attente de programmation d'allogreffe. Il reste 10 patients qui n'ont pas bénéficié de greffe par refus de se rendre en métropole en raison de la durée de séjour (6 mois en moyenne) et de l'isolement socio-familial. Pour ces 10 patients, la durée de survie sans progression a été inférieure à celle des patients allogreffés.

Au vu de ces éléments de contexte et du seuil minimal d'activité fixé à 20 allogreffes sur 2 ans par l'arrêté du 24 septembre 1990 relatif à l'organisation de l'activité d'allogreffe de moelle osseuse par établissement et par unité, il est opportun de favoriser l'implantation d'une activité d'allogreffe de CSH à La Réunion.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- **Réduire le taux de refus au don d'organes et redonner confiance en la transplantation rénale**
 - Mise en place d'une étude sur les perceptions et les pratiques des professionnels de santé notamment du 1er recours à l'égard du don d'organes et de la transplantation
 - Etude, par les équipes de coordination de prélèvement, du ressenti des familles de donneurs rencontrées en 2016 et 2017
 - Réalisation d'une étude sur les représentations, les connaissances et les comportements des Réunionnais et Mahorais à l'égard du don d'organes et de la transplantation
 - Déploiement avec les professionnels de santé du 1er recours d'une stratégie pluriannuelle de communication intégrant promotion du don et valorisation de la greffe en direction du grand public
- **Accroître le niveau d'activité de transplantation rénale**
 - Augmentation du recours à la greffe préemptive
 - Amélioration de l'accès à la liste d'attente de greffe pour les patients en traitement de suppléance
 - Diversification des origines des greffons : donneurs en état de mort encéphalique y compris à critères élargis, donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé (Maastricht III) et donneur vivant
 - Encadrement éthique et médicoteknique de l'activité de greffe à partir de donneur vivant
- **Planter une activité de greffe cardiaque**
 - Préservation de l'anonymat des donneurs dès le démarrage de l'activité
 - Intégration au programme d'éducation thérapeutique du patient transplanté cardiaque les aspects liés à la santé sexuelle, les particularités liées à la symbolique du cœur et l'aide aux aidants.
- **Créer une activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques**
 - Développement des activités de prélèvements de CSH allogéniques
 - Offre de formation à l'allogreffe de CSH
- **Structurer et sécuriser le parcours de santé des patients dans les 3 activités de greffes d'organes et de CSH**

- Clarification des parcours de santé des patients éligibles à la greffe d'organe ou de CSH, notamment pour ceux venant de Mayotte
- Mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient afin de favoriser l'observance et l'adhésion aux contraintes du suivi post greffe à long terme
- Réalisation des activités de prélèvement et de greffe dans des conditions garantissant qualité et sécurité pour les patients et les donneurs.

OBJECTIFS QUANTITATIFS – Activité de greffe d'organes :

ZONE DE REFERENCE	ORGANES	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017		OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
		ADULTES	ENFANTS	ADULTES	ENFANTS
REUNION/MAYOTTE	Rein	1	1	1	1
	Pancréas	0	0	0	0
	Rein et pancréas	0	0	0	0
	Foie	0	0	0	0
	Intestin	0	0	0	0
	Cœur	0	0	1 (+1)	0
	Poumon	0	0	0	0
	Cœur et poumon	0	0	0	0

OBJECTIFS QUANTITATIFS – Activité de greffe de cellules hématopoïétiques allogreffe :

ZONE DE REFERENCE	IMPLANTATIONS AUTORISEES AU 31-12-2017	OQOS-IMPLANTATIONS CIBLES 2023	
		ADULTES	ENFANTS
LA REUNION/MAYOTTE	0	1(+1)	0

EQUIPEMENT MATERIEL LOURD - TOMOGRAPHE A EMISSION DE POSITONS - CAMERA A SCINTILLATION MUNIE OU NON DE DETECTEUR D'EMISSION DE POSITONS EN COINCIDENCE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour les TEP et caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence est la zone de référence Réunion-Mayotte.

Implanté au CHU site Nord, un seul TEP scan est installé pour les 2 îles. L'installation d'un unique appareil pour Réunion et pour Mayotte limite des indications du TEP scan dans la prise en charge des cancers et entraîne de longs délais de prise en charge avec des transferts sanitaires vers la Métropole.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- **Permettre à chaque patient l'accès au TEP scan dans des conditions optimales**
 - Diminuer les délais de prise en charge
 - Etendre les indications du TEP SCAN dans les bilans d'extension des cancers d'organes actuellement non pris en charge (prostate).

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

Les objectifs quantifiés ciblés s'appuient sur un taux de recours standardisé pour cet équipement plus faible à la Réunion - Mayotte que la France entière. (Moins de 1 TEP/million d'habitants pour 2,1/million en métropole ; et moins de 3 caméras/million d'habitants pour 7,1/million en métropole)

TOMOGRAPHE A EMISSION DE POSITONS (TEP Scan)

ZONE DE REFERENCE	AUTORISATIONS AU 31-12-2017		OQOS-CIBLES 2023	
	IMPLANTATION	APPAREIL	IMPLANTATION	APPAREIL
LA REUNION/MAYOTTE	1	1	1	3(+2)

CAMERA A SCINTILLATION MUNIE OU NON DE DETECTEUR D'EMISSION DE POSITONS EN COINCIDENCE

ZONE DE REFERENCE	AUTORISATIONS AU 31-12-2017		OQOS-CIBLES 2023	
	IMPLANTATION	APPAREIL	IMPLANTATION	APPAREIL
LA REUNION/MAYOTTE	1	3	1	4 (+1)

EQUIPEMENT MATERIEL LOURD - CAISSON HYBERBARE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour le caisson hyperbare est la zone de recours.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- Développer le recours à l'hyperbarie conformément aux recommandations de la HAS

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONE DE RECOURS	AUTORISATIONS AU 31-12-2017		OQOS-CIBLES 2023	
	IMPLANTATION	APPAREIL	IMPLANTATION	APPAREIL
LA REUNION-NORD-EST	0	0	0	0
LA REUNION-SUD- OUEST	1	1	1	2 (+1)
MAYOTTE	1	1	1	1

L'implantation du caisson Hyperbare dans la zone Réunion-Sud-Ouest a vocation à répondre aux besoins de prise en charge des patients de la zone Réunion-Nord-Est.

EQUIPEMENT MATERIEL LOURD – IRM - SCANNER

ZONE DE REFERENCE

Conformément à l'arrêté n°266/2017/ARSOI/DSP en date du 11 décembre 2017 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma régional de Santé, la zone retenue pour les IRM et appareil de scanographie est la zone de proximité.

Le bilan de l'offre met en évidence un niveau d'équipement satisfaisant qui a permis l'accès des IRM et des appareils de scanographie à l'ensemble des professionnels de l'imagerie.

L'activité développée (données 2015) fait état d'un taux de recours aux examens d'IRM et scanner à la Réunion aussi élevé qu'en métropole, mais très faible à Mayotte.

Les délais d'attente pour un examen IRM ou scanner à la Réunion sont inférieurs à ceux de plusieurs régions de métropole.

L'élargissement des indications pour les examens d'imagerie, l'essor de l'imagerie interventionnelle conduisent à augmenter les équipements à La Réunion et à Mayotte avec la contrainte de la démographie médicale actuelle (population vieillissante des radiologues aussi bien des structures privées que publiques).

L'utilisation de l'IRM sera privilégiée par rapport aux examens radiologiques ionisants, notamment pour le diagnostic des accidents vasculaires cérébraux.

OBJECTIFS QUALITATIFS :

- **S'assurer d'une organisation garantissant la continuité des soins dans chaque zone de proximité**
 - Conditionner l'attribution et ou le renouvellement des autorisations d'équipements d'imagerie en coupe à la participation des professionnels libéraux à la permanence des soins hospitalière
 - Conditionner l'attribution/renouvellement des autorisations d'équipements d'imagerie en coupe à l'adhésion au PACS régional
- **Promouvoir l'accès à un plateau d'imagerie pour répondre à la demande en cancérologie**
 - Renforcer le nombre de scanners dans les zones Nord et Sud de La Réunion pour faire face à la demande en cancérologie
 - Développer la radiologie interventionnelle sur les organes

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

APPAREIL D'IMAGERIE OU DE SPECTROMETRIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE A UTILISATION CLINIQUE

ZONE DE PROXIMITE	AUTORISATIONS AU 31-12-2017		OQOS-CIBLES 2023	
	IMPLANTATIONS	APPAREILS	IMPLANTATIONS	APPAREILS
LA REUNION-NORD	4	6	4	7 (+1)
LA REUNION-OUEST	3	3	3	4 (+1)
LA REUNION-SUD	3	4	3	5 (+1)
LA REUNION-EST	1	1	1	1
MAYOTTE	1	1	1	2 (+1)

SCANOGAPHE A UTILISATION MEDICALE

ZONE DE PROXIMITE	AUTORISATIONS AU 31-12-2017		OQOS-CIBLES 2023	
	IMPLANTATIONS	APPAREILS	IMPLANTATIONS	APPAREILS
LA REUNION-NORD	4	5	4	7 (+2)
LA REUNION-OUEST	2	3	2	3
LA REUNION-SUD	3	4	3	5 (+1)
LA REUNION-EST	1	1	2 (+1)	2 (+1)
MAYOTTE	2	2	2	3 (+1)

RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE-SOINS PALLIATIFS

OBJECTIFS QUALITATIFS :

Il convient de poursuivre la diffusion de la démarche palliative et d'en favoriser l'accès en proximité et au sein des structures sanitaires et d'accueil médico-social.

Cela nécessite de diffuser les connaissances sur les soins palliatifs, de former les professionnels de santé, de tisser une véritable collaboration entre les structures de soins palliatifs et les différents niveaux de recours de soins et d'accompagnement (SAD, SSIAD) dont l'ambulatoire et l'HAD. Le dispositif actuel d'offre de soins palliatifs doit être renforcé. En parallèle, la recherche en soins palliatifs et l'évaluation pourrait être développée en lien avec des équipes universitaires.

OBJECTIFS QUALITATIFS – Réunion :

- **Organiser la filière de soins palliatifs selon la gradation suivante : équipe mobile de soins palliatifs, lits identifiés et unité de soins palliatifs en se fondant sur la prise en charge de proximité ;**
- **Equipe mobile de soins palliatifs**
 - Disposer d'une équipe mobile de soins palliatifs par zone de proximité, avec des moyens adaptés à l'activité, et pour la zone Est soit par l'extension du périmètre d'intervention de l'équipe du CHU Nord avec renforcement des moyens, soit par création d'une équipe supplémentaire dans la zone Est à l'échéance du SRS en 2023 ;
 - Maintenir et conforter les missions de l'équipe régionale ressource de soins palliatifs pédiatriques ;
 - Favoriser le maintien à domicile des personnes en soins palliatifs, y compris en EHPAD, notamment grâce à l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs ;
 - Impliquer les équipes mobiles de soins palliatifs dans l'animation territoriale en lien avec Océan Indien Innovation Santé Appui ;
- **Lits identifiés de soins palliatifs en médecine et en soins de suite et de réadaptation**
 - Développer les lits de soins palliatifs en priorité dans les zones de proximité Ouest et Est
- **Unités de soins palliatifs**
 - Augmenter la capacité d'accueil de l'USP du Nord pour répondre à la totalité du besoin des zones de proximité Nord et Est
 - Installer une unité de soins palliatifs dans la zone de proximité Sud
 - Installer une unité de soins palliatifs dans la zone de proximité Ouest

OBJECTIFS QUALITATIFS – Mayotte :

Aucune réponse organisée n'est apportée en matière de soins palliatifs à Mayotte. Le premier niveau de soins palliatifs doit être installé à Mayotte en lien formalisé avec les unités de soins palliatifs de la Réunion.

- **Installer une équipe mobile de soins palliatifs sur la zone de Mayotte sur la base d'une étude sur la fin de vie à Mayotte.**

OBJECTIFS QUANTITATIFS :

ZONES DE PROXIMITE	EQUIPEMENTS	EXISTANT*	OQOS-CIBLES 2023
REGIONALE	Equipe Régionale Ressource de Soins Palliatifs Pédiatrique	1	1
LA REUNION-NORD	USP	1	1
	LISP CS	11 lits dont -2 lits pneumo -3 lits médecine polyvalente -6 lits oncologie	24 à 26 lits dont 3 de pédiatrie
	LISP SSR	2 lits (pédiatrie)	6 à 8 lits
	EMSP	1	1
LA REUNION-EST	USP	0	0
	LISP CS	0	4 à 6 lits
	LISP SSR	0	6 à 8 lits
	EMSP	0	0 à 1 ESMP
LA REUNION-OUEST	USP	0	1 USP
	LISP CS	0	4 à 6 lits
	LISP SSR	0	4 à 6 lits
	EMSP	1	1 EMSP
LA REUNION-SUD	USP	0	1 USP
	LISP CS	10 lits dont - 4 médecine polyvalente -3 onco-hémato -3 pneumo	15 à 16 lits dont 3 à 4 lits de pédiatrie
	LISP SSR	6 lits	10 à 12 lits
	EMSP	1	1 EMSP
MAYOTTE	USP	0	0
	LISP CS	0	6 à 8 lits
	LISP SSR	0	0 à 3 lits
	EMSP	0	1

* Au 1er décembre 2017, la capacité régionale pour l'activité de soins palliatifs qui fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle via les CPOM des établissements.

REPERTOIRE DES SIGLES

A

ADN : acide désoxyribonucléique
AMP : assistance médicale à la procréation
ARS : agence régionale de santé
ARS OI : agence régionale de santé de l'Océan Indien
AVC : accident vasculaire cérébral

C

CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CS : court séjour
CSH : cellules souches hématopoïétiques
CSO : centre spécialisé obésité
CSP : code de la santé publique
CTGB : centre de traitement des grands brûlés
CUMP : **cellules d'urgence médico-psychologique**

D

DPM : dossier médical partagé
DSP : direction de la stratégie et de la performance

E

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
EPSMR : établissement public de santé mentale de La Réunion

G

GHER : groupe hospitalier Est Réunion
GHM : groupe homogène de malades

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité en santé

I

IRC : insuffisance rénale chronique
IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
IRM : imagerie par résonance magnétique

L

LISP : lits identifiés de soins palliatifs

O

OI : océan indien
OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORL : oto-rhino-laryngologie

P

PACS : Picture Archiving and Communication System
PDSA : permanence des soins ambulatoire
PRS : projet régional de santé
PTA : plateforme territorial d'appui

R

REIN : réseau épidémiologie et information en néphrologie
RMM : revues de morbi-mortalité

S

SAD : service d'aide à domicile
SAMU : service d'aide médicale urgente
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAU : service d'accueil des urgences
SDIS : service départemental d'incendie et de secours

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SRS : schéma régional de santé

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et réadaptation

T

TEP : tomographie par émission de positons

U

UCC : unité de réhabilitation cognitivo-comportementale

URPS : union régionale des professionnels de santé

USLD : unité de soins de longue durée

USP : unité de soins palliatifs



**Schéma de Santé (SRS) 2018-2023
VOLET 5 LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT
DE SANTE (PDSES)**

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

▪ ACTIVITE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	4
▪ SURVEILLANCE CONTINUE, SOINS INTENSIFS ET REANIMATION.....	6
▪ CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE : ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE :ACTES PORTANT SUR LES AUTRES CARDIOPATHIES DE L'ADULTE	10
▪ SPECIALITES CHIRURGICALES ET MEDICALES.....	10
▪ ACTIVITES MEDICO-TECHNIQUES.....	16
REPertoire DES SIGLES.....	17

Le volet dédié à l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) fixe des objectifs, pour les zones du Schéma Régional de Santé, en nombre de lignes de garde ou d'astreinte par spécialité médicale.

En application de l'article R.6111-41 du Code de la Santé Publique, il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds.

La PDSES consiste dans l'accueil et la prise en charge en établissement de santé de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés, et dont l'hospitalisation n'était pas programmée. Elle se distingue donc de la continuité des soins qui fait obligation à tout établissement de santé de garantir l'intervention d'un médecin, 24H/24, pour tout patient déjà hospitalisé.

Les plages horaires de la PDSES sont : les nuits (18h30-8h30), les samedis après-midi (14h-18h30) et les dimanches et jours fériés.

La PDSES peut donner lieu à indemnisation des établissements de santé, dans le cadre de leur tarification, pour les disciplines de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), et constitue alors une mission d'intérêt général inscrite dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Ne sont donc pas concernées par ce volet du Schéma de Santé les lignes de garde et d'astreinte mises en place par les établissements de santé :

- au titre de la continuité des soins
- au titre des hospitalisations en psychiatrie, les modalités de tarification incluant par principe le financement de la permanence des soins
- au titre des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation, les admissions étant programmables en dehors des heures de la PDSES
- au titre de l'activité des services d'urgence, la tarification couvrant par principe le fonctionnement H24
- au titre des activités de greffe, la tarification couvrant par principe le fonctionnement H24.

Les spécialités médico techniques (biologie et pharmacie) ne sont pas retenues dans le présent schéma.

Mayotte n'est pas directement concernée par ce volet, le mode de financement du centre hospitalier en dotation annuelle de fonctionnement (DAF) incluant par principe la couverture de la PDSES. Pour autant, des astreintes et gardes, mise en œuvre à La Réunion, peuvent être mobilisées à distance pour avis ou dans le cadre d'organisation de télé-médecine.

Les lignes d'astreintes et de gardes du présent volet sont identifiées pour les autorisations en vigueur à la date de publication du SRS, des activités de soins et d'équipements matériels lourds. Les modifications des autorisations en vigueur justifieront une révision du présent volet.

Ce schéma cible de la PDSES a pris également en compte la démographie des professionnels de santé et la possibilité de mutualiser des lignes.

Hors maternités, il retient à titre principal les établissements de santé disposant d'un service d'urgence, et donc en mesure d'accueillir des patients régulés aux heures de la PDSES ; certaines activités portées par d'autres établissements de santé sont aussi intégrées, lorsqu'elles sont identifiées comme mobilisables aux heures de la PDSES dans le cadre de l'aval des urgences, et sous réserve de la contractualisation avec l'établissement de son engagement à participer effectivement à l'aval de la régulation des urgences aux horaires de la PDSES.

Un ajustement de ce schéma devra être opéré, au vu du projet médical partagé du GHT Océan Indien portant une mutualisation des gardes et astreintes, et de l'évolution des autorisations et des volumes d'activité.

▪ Activité de gynécologie obstétrique

Le schéma cible de la PDSSES est établi en considération des niveaux des maternités et de l'activité constatée (nombre d'accouchements par an- données M11 2017). Il devra évoluer en fonction de la variation du nombre d'accouchements.

Cadre juridique (D.6124-44 ; D.6124-56 et D.6124-61 du CSP) :

- **Pour les gynécologues et médecins anesthésistes réanimateurs :**
 - < 1 500 accouchements /an : 1 gynécologue- obstétricien « *sur place ou d'astreinte opérationnelle exclusive pour l'obstétrique* » et 1 anesthésiste-réanimateur « *sur place ou d'astreinte opérationnelle sur site* » ⇒ choix d'une astreinte opérationnelle de gynécologue-obstétricien, et d'une astreinte opérationnelle partagée avec la chirurgie d'anesthésiste réanimateur
 - 1 500 à <2 000 accouchements/ an : 1 gynécologue- obstétricien « *présent 24h/24 dans l'unité d'obstétrique* » et 1 anesthésiste-réanimateur « *présent 24h/24 sur site* » ⇒ une garde de gynécologue-obstétricien, et une garde partagée avec la chirurgie pour le anesthésiste-réanimateur;
 - ≥ 2 000 accouchements/ an : 1 gynécologue- obstétricien « *présent 24h/24 dans l'unité d'obstétrique* » et 1 anesthésiste réanimateur est « *présent 24/24 pour l'obstétrique* » ⇒ une garde de gynécologue-obstétricien et une garde d'anesthésiste-réanimateur dédiée à l'obstétrique.

- **Pour les pédiatres :**
 - < 1 500 accouchements : 1 pédiatre « *présent dans l'ES ou disponible 24h/24 dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité* »
 - ≥ 1 500 accouchements : 1 pédiatre « *présent sur site ou en astreinte opérationnelle* »
 - Niveau 2a : 1 pédiatre néonatalogiste « *présent de jour et présent ou en astreinte opérationnelle la nuit* »
 - Niveau 2b : 1 pédiatre néonatalogiste « *présent 24h/24* »
 - Niveau 3 : 1 pédiatre réanimateur néonatal « *présent 24h/24* ».

Zone de proximité	Etablissement	Nombre accouchements	
		2017 (11 mois)	2016
Réunion Nord	CHU Nord (N3)	2 148	2 429
	Clinique Ste Clotilde (N2a)	1 764	1 873
Réunion Est	GHER (N2a)	1 459	1 450
Réunion Ouest	Clinique Jeanne D'Arc(N2a)	1 144	1 270
	CHGM (N2b)	1 484	1 603
Réunion Sud	CHU Sud(N3)	3 778	4 237
	Clinique Durieux(N1)	883	945

Sont de garde :

- les pédiatres néonatalogistes et/ou réanimateurs néonataux des maternités de niveau 3 et 2b ;
- les gynéco-obstétriciens des maternités de niveau 2b et 3 et ceux des maternités de niveau 1 et 2a ayant une activité supérieure à 1500 accouchements /an ;
- les médecins anesthésistes des maternités dont l'activité est supérieure à 2000 accouchements.

Pour les maternités de niveau 1 et 2a réalisant moins de 1 500 accouchements, il est proposé une ligne d'astreinte opérationnelle pour les pédiatres et gynéco-obstétriciens. Concernant les médecins anesthésistes, il est proposé une astreinte opérationnelle partagée avec l'activité de chirurgie.

Pour les maternités de niveau 3, il est proposé :

- - une ligne supplémentaire d'astreinte opérationnelle de pédiatre néonatalogiste ;
- - une ligne supplémentaire d'astreinte de gynéco-obstétricien en complément de la ligne de garde au CHU Sud, en raison de l'offre d'embolisation utérine et du nombre d'accouchements (> 4 000 accouchements).

Soit le schéma cible suivant :

Zone	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1
Réunion Nord	CHU site Nord (N3)	Gynécologue obstétricien	1G	1G
		Médecin anesthésiste réanimateur	1G	1G
		Pédiatre réanimateur néonatal	1G	1G
		Pédiatre néonatalogiste	1A	0
	Clinique Ste Clotilde (N2a)	Gynécologue obstétricien	1G	1G
		Médecin anesthésiste réanimateur	1G	1G
Réunion Est	GHER (N2a)	Pédiatre néonatalogiste	1A	1A
		Gynécologue obstétricien (si <1500 naissances)	1A	1A
		Gynéco-obstétricien (si >1500 naissances)	1G	
		Médecin anesthésiste réanimateur (si <1500 naissances)	1A	1A
		Médecin anesthésiste réanimateur (si >1500 naissances)	1G	
		Pédiatre	1A	1A
Réunion Ouest	CHGM(N2b)	Gynécologue obstétricien	1G	1G
		Médecin anesthésiste réanimateur	1G	1A
		Pédiatre néonatalogiste	1G	1G
	Clinique Jeanne D'arc (N2a)	Gynécologue obstétricien	1A	1A
		Médecin anesthésiste réanimateur	1A	1A
		Pédiatre néonatalogiste	1A	1A
Réunion Sud	CHU site Sud (N3)	Gynécologue obstétricien	1G+1A	1G+ 1A
		Médecin anesthésiste réanimateur	1G	1A+1G
		Pédiatre réanimateur néonatal	1G	1G
		Pédiatre néonatalogiste	1A	0
	Clinique Durieux (N1)	Gynécologue obstétricien	1A	1A
		Médecin anesthésiste réanimateur	1A	1A
		Pédiatre	1A	1A

▪ Surveillance continue, soins intensifs et réanimation

Pour les activités de la filière surveillance continue, soins intensifs et réanimation adulte, il est proposé le dispositif suivant :

- une astreinte de médecin pour l'activité de surveillance continue
- une garde de médecin pour chaque unité de soins intensifs
- une garde de médecin anesthésiste-réanimateur pour la réanimation.

❖ Surveillance continue adulte

Cadre juridique : D.6124-117 du CSP

« La surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique ».

Référentiel de la Fédération de réanimation « Structure et organisation des unités de surveillance continue » :

- R9 : Au sein de l'USC, doivent pouvoir être mises en œuvre en urgence les techniques de ventilation invasive transitoire, de ressuscitation de l'ACR et de traitement des troubles métaboliques à risque vital immédiat.
- R10 : Les techniques de suppléance viscérales aigües utilisées en réanimation ne peuvent être mises en œuvre dans l'USC en dehors de ces situations d'urgence.
- R 155 : Le responsable de l'USC doit être un médecin de l'unité. Il doit être réanimateur dans un ES disposant d'une unité de réanimation, réanimateur ou urgentiste dans un ES ne disposant pas d'unités de réanimation.

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord	CHU Site Nord	Médecin compétent en anesthésie- réanimation ou en médecine d'urgence	1A	0
	Clinique Ste Clotilde	Médecin compétent en anesthésie réanimation ou en médecine d'urgence	1A	0
Réunion Sud	CHU site Sud	Médecin compétent en anesthésie réanimation ou en médecine d'urgence	1A	0
Réunion Ouest	CHGM	Médecin compétent en anesthésie réanimation ou en médecine d'urgence	1A	0
Réunion Est	GHER	Médecin compétent en anesthésie réanimation ou en médecine d'urgence	1A	0

❖ Soins intensifs

Cadre juridique : D.6124-104, CSP, D.6124-105, CSP

« Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ».

« Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs est organisé de façon qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année ».

Il est donc retenu une garde de médecin dans toute unité de soins intensifs bénéficiant d'une reconnaissance contractuelle de l'ARS.

❖ Soins intensifs de cardiologie

Cadre juridique : D.6124-109, CSP, D.6124-111, CSP

« Dans toute unité de soins intensifs cardiologiques, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale définie à l'article D. 6124-111. Dans les établissements publics de santé et les établissements privés d'intérêt collectif, elle peut être assurée, en dehors du service de jour, par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-111 est placé en astreinte opérationnelle ».

« L'équipe médicale est composée de médecins qualifiés spécialistes ou compétents en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou qualifiés spécialistes en pathologie cardio-vasculaire ».

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Médecin spécialiste en cardiologie	1G	1G
Réunion Nord-Est	Clinique Stec Clotilde	Médecin spécialiste en cardiologie	1G	1A
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Médecin spécialiste en cardiologie	1G	1G

❖ Soins intensifs neuro-vasculaires

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Neurologue	1G	1A
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Neurologue	1G	1A

❖ Soins intensifs de chirurgie cardio-thoracique

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion-Mayotte	CHU site Nord	Médecin anesthésiste réanimateur	1G	1G cumulée avec l'activité de chirurgie cardiaque

❖ Réanimation adulte polyvalente

Cadre juridique : R 6123-34, D6124-29, D6124-31 du CSP

« Les unités de réanimation :1° Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients mentionnés à l'article R. 6123-33 ;2° Assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients »

« Dans toute unité de réanimation, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale dont la composition est définie aux articles D. 6124-31 pour la réanimation adulte et D. 6124-34 pour la réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée. Dans les établissements publics de santé et les établissements privés d'intérêt collectif, elle peut être assurée en dehors du service de jour par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée respectivement aux articles D. 6124-31 et D. 6124-34 est placé en astreinte opérationnelle ».

« L'équipe médicale d'une unité de réanimation adulte comprend :

1° Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ;

2° Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ;

3° Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Médecin anesthésiste réanimateur	1G	2G
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Médecin anesthésiste réanimateur	1G	1G

La réduction du nombre de lignes de garde sur le site Nord du CHU tient compte de la livraison prochaine du regroupement en un seul service de l'activité de réanimation au sein du Bâtiment Soins Critiques prochainement livré.

❖ Réanimation et surveillance continue neurochirurgicale

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU Sud	Médecin anesthésiste réanimateur	1G	0

❖ Réanimation et surveillance continue pédiatriques non spécialisées

Cadre juridique : D.6124-34 , D.6124-119 du CSP

« Dans toute unité de réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée, mentionnée à l'article R. 6123-38-1, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin satisfaisant à l'une des conditions ci-dessous :

1° Etre qualifié spécialiste en pédiatrie ;

2° Etre qualifié spécialiste ou compétent en anesthésie-réanimation ou qualifié spécialiste en réanimation médicale.

Ces médecins disposent d'une expérience en néonatalogie ou en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique, et en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique spécialisée ».

« L'équipe médicale d'une unité de surveillance continue pédiatrique est composée de médecins satisfaisant à l'une des deux conditions ci-dessous :

1° Etre qualifié spécialiste en pédiatrie ;

2° Etre qualifié spécialiste ou compétent en anesthésie-réanimation ou qualifié spécialiste en réanimation médicale ;

Ces médecins disposent d'une expérience en réanimation pédiatrique.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux unités de surveillance continue pédiatrique spécialisées en transplantation d'organes ou en cancérologie pédiatrique

« La permanence médicale en réanimation pédiatrique peut être, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale dès lors que ces deux unités sont à proximité immédiate et que le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin couvrant l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle ».

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Réanimateurs pédiatriques	1G*	1A**+1G
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Réanimateurs pédiatriques	1G*	1A**+1G

* Garde commune à la réanimation et à la surveillance continue pédiatriques.

**Les astreintes étaient décomptées au titre de la réanimation néonatale. L'activité de réanimation néonatale est désormais réintégrée à l'activité de gynéco-obstétrique.

▪ **Cardiologie interventionnelle : activité interventionnelle sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte**

Cadre juridique : R.6123-132, CSP

« Lorsque l'autorisation porte sur les actes mentionnés au 3° de l'article R. 6123-128, elle n'est accordée que si le demandeur s'engage à les pratiquer vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année et à assurer la permanence des soins »

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Médecin spécialisé en cardiologie interventionnelle	1A	1A
	Clinique sainte Clotilde	Médecin spécialisé en cardiologie interventionnelle	1A	1A

▪ **Spécialités chirurgicales et médicales**

❖ **Chirurgie cardio - thoracique**

Cadre juridique : D.6124-123 du CSP, R.6123-73 du CSP)

« La continuité des soins est assurée par un chirurgien remplissant les conditions mentionnées au 1° de l'article D. 6124-122, un anesthésiste réanimateur et un médecin ou un infirmier ou une infirmière compétent en circulation sanguine extracorporelle. Ces personnels assurent leurs fonctions sur place ou en astreinte opérationnelle exclusivement pour le site mentionné à l'article R. 6123-70. En cas d'astreinte opérationnelle, le délai d'arrivée doit être compatible avec l'urgence vitale ».

« Le titulaire de l'autorisation de pratiquer une activité de soins de chirurgie cardiaque assure en permanence, en lien avec le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 et les structures des urgences mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic et le traitement des patients susceptibles de bénéficier de cette activité ».

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
La Réunion - Mayotte	CHU site Nord	Chirurgien	1A	1A
		Médecin anesthésiste réanimateur	1A	1G

La garde de médecin anesthésiste-réanimateur dans l'ancien schéma est justifiée par le cumul de l'activité d'anesthésiste pour l'activité de bloc opératoire avec l'activité de réanimateur pour l'unité de soins intensifs.

❖ **Neurochirurgie**

Cadre juridique : D.6124-138, R. 6123-101 du CSP

« La permanence des soins mentionnée à l'article R. 6123-101 et la continuité des soins sont assurées sur chaque site par un neurochirurgien remplissant les conditions mentionnées au 1° de l'article D. 6124-137 et un anesthésiste-réanimateur. Ces personnes assurent leurs fonctions sur place ou en astreinte opérationnelle. En cas d'astreinte opérationnelle, le délai d'arrivée doit être compatible avec les impératifs de sécurité. Lorsque la permanence des soins est assurée pour plusieurs sites, la

convention mentionnée au 2° de l'article R. 6123-101 précise notamment les modalités d'organisation entre les sites, de participation des personnels de chaque site et les modalités d'orientation et de prise en charge des patients. L'établissement dispose des systèmes d'information et des moyens de communication permettant la pratique de la télé-médecine ». « Le titulaire de l'autorisation de pratiquer l'activité de soins de neurochirurgie assure en permanence, en liaison avec le service d'aide médicale urgente appelé SAMU ou les structures des urgences mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic, y compris par télé-médecine, et le traitement des patients. Cette permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés en neurochirurgie, selon les modalités d'organisation d'accès aux soins définies dans le schéma interrégional d'organisation des soins de neurochirurgie. Dans ce cas, une convention est établie entre les titulaires d'autorisation propre à chaque site ».

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU site Sud	neurochirurgien	1A	1A
		Médecin anesthésiste réanimateur	1A	1G

La modalité de permanence d'anesthésiste réanimateur est aligné sur celle de neurochirurgien.

❖ Chirurgie infantile dont néonatale

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Chirurgien orthopédique et viscéral	1A	1A
		Médecin anesthésiste réanimateur ayant compétence en anesthésie pédiatrique	1A	1A
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Chirurgien orthopédique et viscéral	1A	1A
		Médecin anesthésiste réanimateur ayant compétence en anesthésie pédiatrique	1A	0

❖ Chirurgie de la main

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	A déterminer	Chirurgien plasticien ayant compétence en chirurgie de la main	1A	1A

Le site d'implantation reste à identifier et pourra être variable dans le cadre d'une organisation régionale de coopération entre les établissements et chirurgiens compétents.

❖ Chirurgie viscérale et digestive

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord	CHU site Nord	Chirurgien viscéral	1A	1A
Réunion Sud	CHU site Sud	Chirurgien viscéral	1A	1A
Réunion Ouest	CHGM	Chirurgien viscéral	1A	1A
Réunion Est	GHER	Chirurgien viscéral	1A	1A

❖ Chirurgie orthopédique et traumatologie

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord	CHU site Nord	Chirurgien orthopédiste	1A	1A
Réunion Sud	CHU site Sud	Chirurgien orthopédiste	1A	1A
Réunion Ouest	CHGM	Chirurgien orthopédiste	1A	1A
Réunion Est	GHER	Chirurgien orthopédiste	1A	1A

❖ Chirurgie vasculaire

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Chirurgien	1A**	1A*
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Chirurgien	1A**	1A*

**astreinte pour activité de chirurgie vasculaire et thoracique*

***astreintes décomptées pour la seule spécialité vasculaire. L'astreinte thoracique est désormais décomptée au titre de la chirurgie cardio-thoracique*

❖ Chirurgie maxillo-faciale

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU	Chirurgien	1A régionale	0

❖ Ophtalmologie

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Ophtalmologue	1A	1A
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Ophtalmologue	1A	1A

❖ Urologie

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Urologue	1A	1A
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Urologue	1A	besoin à couvrir

Ces astreintes peuvent être mutualisées avec les lignes prévues dans le cadre de la greffe rénale, pour autant que les praticiens disposent des compétences pour cette dernière activité

❖ Gastroentérologue

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Gastro- enterologue	1A	1A
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Gastro- enterologue	1A	1A

❖ Anesthésie adultes

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord	CHU site Nord	Médecin anesthésiste	1G	2G
Réunion Sud	CHU site Sud	Médecin anesthésiste	1G	1G
Réunion Ouest	CHGM	Médecin anesthésiste	1G	1G
Réunion Est	GHER	Médecin anesthésiste	1G	1G

❖ Médecine polyvalente

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord	CHU site Nord	Médecin	1G	1G
Réunion Sud	CHU site Sud	Médecin	1G	1G+1A (Cilaos)
Réunion Ouest	CHGM	Médecin	1G	1A
Réunion Est	GHER	Médecin	1G	1A

La suppression d'une ligne d'astreinte dans la zone Sud prend en compte la reconversion attendue du site d'hospitalisation de Cilaos. Elle ne fait pas obstacle à une recherche de sécurisation de la permanence des soins ambulatoire sur le cirque, et au maintien d'une activité de télémedecine pour les prises en charge urgentes.

❖ Oncologie

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU	Oncologue	1A	1A
				1A
	Clinique Ste Clotilde	Oncologue	1A	1A

❖ Oncologie pédiatrique

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU	Pédiatre Oncologue	1A	1A

❖ Médecine hyperbare

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU site Sud	Médecin spécialisé en médecine hyperbare	1A	1A

❖ Néphrologie

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord-Est	CHU site Nord	Néphrologue	1A	1A
Réunion Sud-Ouest	CHU site Sud	Néphrologue	1A	1A

Ces astreintes peuvent être mutualisées avec les lignes prévues dans le cadre de la greffe rénale, pour autant que les praticiens disposent des compétences pour cette dernière activité

❖ Traitement et réanimation des grands brûlés

Cadre juridique : D. 6124-155, D. 6124-15 du CSP

« La permanence et la continuité des soins sont assurées dans la structure de traitement des grands brûlés par au moins un médecin membre de l'équipe médicale répondant aux conditions mentionnées aux 1° des I et II de l'article D. 6124-155. Toutefois, la permanence et la continuité des soins peuvent être assurées, en dehors du service de jour, par un médecin anesthésiste réanimateur ou un médecin réanimateur de l'établissement n'appartenant pas à l'équipe mentionnée à l'article D. 6124-155 ou, le cas échéant, par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Une astreinte opérationnelle est assurée, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé, par un médecin membre de l'équipe médicale mentionnée aux 1° des I et II de l'article D. 6124-155. En cas de proximité immédiate de la structure de traitement des grands brûlés avec l'unité de réanimation de l'établissement, la permanence et la continuité des soins peuvent être communes avec l'unité de réanimation en dehors du service de jour. Dans tous les cas, l'astreinte opérationnelle est assurée par un médecin membre de l'équipe médicale répondant aux conditions mentionnées aux 2° des I et II de l'article D. 6124-155 ».

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU site Sud	Chirurgien plasticien, esthétique ou médecin spécialiste des grands brûlés ou spécialisé en anesthésie réanimation ou en anesthésiologie-réanimation chirurgicale	1A	1A

❖ **Infectiologie**

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU site Sud	Infectiologue	1A	1A

Mobilisation notamment en expertise auprès de la veille sanitaire régionale, et des médecins libéraux et médecins hospitaliers de La Réunion et de Mayotte.

▪ **Activités médico-techniques**

❖ **Neuroradiologie interventionnelle**

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion - Mayotte	CHU site Sud	Radiologue	1A	1A

❖ **Radiologie interventionnelle**

	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord- Est	CHU site Nord	Radiologue	1A	1A
Réunion Sud- Ouest	CHU site Sud	Radiologue	1A	1A

Ces lignes d'astreintes sont à mutualiser avec les radiologues libéraux dans le cadre de leur participation attendue à la PDSES, condition des autorisations de scanners et d'IRM.

❖ **Imagerie médicale**

Zones	Etablissements	Spécialistes	Cibles 2018-2023	Schéma PRS 1 (pour rappel)
Réunion Nord	CHU site Nord	Radiologue	1A*	1A
Réunion Sud	CHU site Sud	Radiologue	1A*	1A
Réunion Ouest	CHGM	Radiologue	1A*	1A
Réunion Est	GHER	Radiologue	1A*	1A

Ces lignes d'astreintes sont à mutualiser avec les radiologues libéraux dans le cadre de leur participation attendue à la PDSES, condition des autorisations de scanners et d'IRM. Elles peuvent être aussi être mutualisée avec les radiologues interventionnels, pour autant que les praticiens disposent des compétences concernées.

REPERTOIRE DES SIGLES

A

A : astreinte

ACR : Arrêt cardio respiratoire

ARS: Agence regionale de santé

ASC : aide au paiement d'une complémentaire santé

C

CHGM : centre hospitalier Gabriel Martin

CHU : centre hospitalier universitaire

CSP : Code de la Santé Publique

D

DAF : dotation annuelle de fonctionnement

E

ES : établissement de santé

G

G : garde

GHER : groupe hospitalier Est Réunion

GHT : groupements hospitaliers de territoires

I

IRM : imagerie par résonance magnétique

M

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

P

PDSES: permanence des soins en établissements de santé

PRS : projet régional de santé

S

SAMU : service d'aide médicale urgente

SRS : schéma régional de santé

U

USC : unité de soins continus



**Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
des plus démunis (PRAPS) 2018-2023**

VOLET 1 - REUNION

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

Principes d'actions en faveur des plus démunis	2
Publics visés.....	3
Finalités du PRAPS 2018-2023.....	3
FICHE N°1 : Répondre aux besoins spécifiques des jeunes les plus vulnérables .4	
FICHE N°2 : Améliorer l'accès aux soins des personnes en exclusion sociale	6
FICHE N°3 : Améliorer l'accompagnement et l'accès à la santé des personnes en situation de prostitution	8
FICHE n°4 : Améliorer l'accompagnement social des personnes en transfert sanitaire à La Réunion, ou migrantes avec des problématiques de santé.....	9
FICHE N°5 : Améliorer l'accès à la santé des personnes isolées et en situation de précarité des Hauts de la Réunion	10
FICHE N°6 : Favoriser le repérage précoce des femmes victimes de violence et leur accompagnement	11
FICHE N°7 : Favoriser la connaissance mutuelle et la coordination entre les dispositifs de coordination intervenant dans les champs social, médico-social et sanitaire	12
REPertoire DES SIGLES.....	13

Les difficultés d'accès à la santé et aux soins des publics les plus démunies sont complexes et diverses : elles sont liées à l'accès aux droits, à l'utilisation du droit, à des motifs psychoculturels et/ou financiers, mais également à la géographie des territoires et à la répartition de l'offre de soins.

Le Projet de santé 2018-2027 prend en compte de manière globale les personnes les plus démunies. Plus spécifiquement, le Programme d'accès à la prévention et aux soins Volet Réunion (PRAPS 2018-2023) en constitue une déclinaison opérationnelle plus ciblée. Le présent document de planification constitue le volet spécifique pour le territoire de La Réunion qui tient compte de ses spécificités.

Les orientations et actions inscrites font appel à la mobilisation de l'ensemble des acteurs publics, au-delà du seul champ de la santé, et notamment à une intervention interministérielle et associant les collectivités locales.

Principes d'actions en faveur des plus démunis

Le Cadre d'Orientations Stratégiques (COS) Réunion-Mayotte définit des principes transversaux structurants à mobiliser dans sa déclinaison opérationnelle et notamment au travers du PRAPS :

- **Des parcours de santé et de vie fluides et sans rupture** : les publics « les plus démunis » sont sujets à des « ruptures » dans leur parcours de vie qu'il faut identifier et prévenir.
- **Une offre de santé accessible à tous** : la question de l'accès à la santé est un enjeu qui se pose de manière spécifique pour les publics précarisés et éloignés du système de santé. Une réflexion sur l'accès à la santé doit être sous-jacente à l'ensemble des actions proposées.
- **La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie** : les démarches de prévention doivent irriguer l'ensemble des actions menées, notamment celles en direction des publics démunis afin notamment de prévenir et réduire les conduites à risques.
- **La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire** : la mobilisation des usagers pour leur santé sera recherchée à travers des approches innovantes, qui viseront notamment à promouvoir les diagnostics portés par les communautés, la pair-aidance et les démarches d'« aller-vers » au plus près des publics en difficulté.
- **La coordination des politiques publiques**, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local : l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies implique de mobiliser l'ensemble des acteurs et intervenants autour de la personne, afin de pouvoir agir efficacement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé des personnes.
- **Un système de santé performant et innovant**, favorisant l'e-santé, la formation et la recherche : le déploiement d'outils, d'approches, de dispositifs innovants sera recherché à travers ce programme d'actions.

Publics visés

Le PRAPS visent principalement les populations les plus démunies de La Réunion qui cumulent plusieurs des facteurs suivants : précarité financière et des conditions de vie, isolement social et territorial voire désocialisation, vulnérabilité sociale ou sanitaire, absence d'affiliation, protection sociale incomplète ou insuffisante, entraînant un moindre recours aux soins, des difficultés d'accès à la santé, voire une dégradation de l'état de santé.

Au regard de ces facteurs, les publics prioritaires sont :

- les jeunes les plus vulnérables en situation de rupture familiale et/ou sociale, dont les jeunes pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- les personnes en grande précarité éloignées du système de santé (les personnes sans domicile fixe ou en errance, les personnes présentant de grandes difficultés financières ou ne disposant d'aucune couverture sociale ou d'une couverture incomplète)
- les femmes victimes de violences familiales ou conjugales
- les personnes, hommes ou femmes, en situation de prostitution
- les personnes situées dans les « hauts » de La Réunion, cumulant des difficultés sociales à un éloignement géographique de l'offre de santé
- les personnes transférées à La Réunion pour motif sanitaire, ou migrantes avec des problématiques de santé.

Finalités du PRAPS 2018-2023

Le PRAPS Volet Réunion se concentre sur les personnes les plus en difficulté dans l'accès à la santé. Les fiches actions du PRAPS entendent répondre aux problématiques de chaque population cible identifiée ci-dessus.

De manière globale, les objectifs visés par le PRAPS sont de :

- favoriser l'ouverture des droits des plus démunis
- faciliter l'accès à l'offre de soins
- poursuivre le développement de projets de prévention et de promotion de la santé visant à contribuer à la réduction des inégalités.

Sa mise en œuvre repose sur trois principes :

- la prise en compte des spécificités des populations cibles
- la territorialisation des actions et le développement de l'« aller-vers » les publics les plus précaires
- l'approche intersectorielle et interministérielle.

Dans la mesure du possible, le PRAPS promeut des solutions d'accompagner vers les dispositifs de droit commun, réservant les dispositifs spécifiques à des périodes limitées des parcours de santé.

FICHE N°1 : Répondre aux besoins spécifiques des jeunes les plus vulnérables

Eléments de contexte

Si les tous les adolescents et jeunes adultes sont concernés par les différents axes de la préservation de la santé des jeunes, le développement d'une approche spécifique s'avère nécessaire pour prendre en compte les besoins particuliers des jeunes en situation de vulnérabilité. Qu'il s'agisse des jeunes de 16-25 ans sortis du système scolaire et sans emploi, des jeunes mineurs sous main de justice et des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, une plus grande fragilité sociale et de réelles inégalités de santé ou d'accès aux soins sont constatées.

Même s'il est en diminution, le taux de chômage chez les 16-24 ans reste proche de 50% à La Réunion. En outre, le taux d'illettrisme demeure très élevé (23% de la population), avec une part conséquente de sorties précoces de la scolarisation.

Le phénomène de décohabitation a également tendance à s'accroître et 14% des ménages en attente d'un logement social ont moins de 25 ans.

Plusieurs études, certaines anciennes, ont documenté l'état de santé des jeunes à La Réunion :

- Etude de 2011 sur l'état de santé des primo-inscrits en Mission locales à La Réunion (portant sur 982 jeunes inscrits en mission locale) :
 - 20% des jeunes ont déjà renoncé à des soins médicaux, principalement par manque de temps ou par raison financière ;
 - 44% des jeunes ont mal aux dents en 2010 et un tiers d'entre eux n'a pas consulté de dentiste ;
 - 1 jeune sur 5 déclare souffrir d'une maladie chronique ;
 - 8% des jeunes sont obèses et 15% sont en insuffisance pondérale.
- Etude de 2010 sur les personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide à La Réunion :
 - Les jeunes en difficulté sont de plus en plus nombreux à connaître la rue et la marginalité. Des ruptures de parcours sont observées à la sortie du dispositif ASE à l'âge 21 ans.
- Rapport d'activité 2017 du SIAO :
 - Le nombre de jeunes demandant une place d'hébergement d'insertion a connu une augmentation constante au cours de l'année 2017, et parmi eux majoritairement des jeunes sans ressources.

Actions et leviers d'action

1. Réactualisation des connaissances sur l'état de santé des jeunes en situation de vulnérabilité et des facteurs qui y contribuent
2. Mise en place d'un suivi spécifique pour les jeunes sortants du dispositif ASE
3. Amélioration de l'hébergement et de l'accès au logement des jeunes en situation de précarité
4. Renforcement des actions de repérage et de dépistage (addictions, souffrance psychique, IST...)
5. Développement d'actions de promotion de la santé et d'accès à la santé dans les lieux d'accueil et d'insertion des jeunes : structures d'hébergement pour les jeunes, FJT, missions

locales, InterMédiation locative-Accompagnement Vers et Dans le Logement (IML-AVDL jeunes)...

6. Intégration des questions de santé dans les différents dispositifs à destination des jeunes en situation de précarité ;
7. Coopération entre les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et les services sociaux
8. Organisation pour les jeunes sous main de justice de la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice
9. Coopérations entre les acteurs de santé et les professionnels de l'insertion et de la PJJ
10. Formations sur les thématiques de santé pour les professionnels de l'insertion et de la PJJ.

Lien programmes ou plans d'action existants

- Note du 1er février 2013 sur la démarche PJJ promotrice de santé et convention cadre de partenariat DGS/DPJJ du 25/04/17

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • Conseil Départemental • PJJ • DJSCS • Missions locales • Ecole de la 2ème chance • CGSS • Professionnels de santé libéraux • Etablissements de santé • Etablissements et services médico-sociaux • Structures œuvrant dans le champ de l'insertion et de la PJJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes (mineurs ou majeurs) en difficultés d'insertion sociale, familiale, professionnelle • Mineurs sous main de justice • Jeunes en rupture du système scolaire • Jeunes en rupture d'hébergement

FICHE N°2 : Améliorer l'accès aux soins des personnes en exclusion sociale

Éléments de contexte

Les personnes à la rue et en situation de grande exclusion constituent une cible habituelle du PRAPS. Le diagnostic à 360° de 2015 dénombrait 400 personnes à la rue, mais celui-ci soulignait déjà la faiblesse de repérage dans les hauts et dans les écarts, et le risque de sous-estimation du nombre de sans-abri. Les problématiques d'addictologie et de troubles psychiatriques ont été relevées comme prégnantes dans le parcours d'insertion de ces personnes.

Le bilan des Accompagnements Sociaux Lié au Logement (ASLL) et des Accompagnements Vers et Dans le Logement (AVDL) révèlent le même constat. Les difficultés principales d'accès à un toit pour les personnes sans-abri sont de deux ordres :

- les troubles psychiatriques, favorisés par la rue ou les parcours chaotiques,
- les problèmes d'addictologie.

Sur les trois dernières années, les appels passés au 115 par les ménages se sont stabilisés à environ 2 600 par an.

De nombreux majeurs vulnérables (sous tutelle, sortant de la rue, personnes handicapées ou âgées) sont hébergés dans des pensions informelles, ne disposant pas d'autorisation administrative, et donc sans contrôle des pouvoirs publics de la qualité et de la sécurité de l'accueil. Le nombre et la localisation de ces structures restent incertains.

Le plan logement d'abord, qui vise l'accès direct au logement pérenne des personnes en situation d'exclusion, nécessite un étayage sanitaire pour la réussite des parcours d'insertion.

Actions et leviers d'action

1. Analyse du diagnostic des CCAS et associations d'insertion concernant les listes de domiciliation pour une meilleure identification du public cible
2. Développement de l'accompagnement individualisé des personnes atteintes de troubles psychiques, notamment les cas complexes
3. Développement des systèmes de pair-aidance afin de renforcer les capacités des personnes atteintes de troubles psychiques
4. Développement de la possibilité d'accéder au logement de manière inconditionnelle :
 - Extension de l'expérimentation locale du housing first à l'ensemble de l'île
 - Contractualisation pour une continuité d'accompagnement par les services d'addictologie ou de psychiatrie lors de l'entrée dans le logement
5. Mobilisation et développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM)
6. Articulation de l'accompagnement des personnes présentant une pathologie mentale avec les SAVS et les SAMSAH, notamment dans le cadre de l'accès au logement, par exemple dans le cadre des maisons-relais
7. Organisation de la continuité du parcours de soins des sortants de prison, d'une part entre l'UCSA et le secteur psychiatrique extérieur, d'autre part entre le CSAPA référent carcéral et le secteur de l'addictologie

8. Coordination dans l'intervention des différents dispositifs d'aller-vers : amélioration du maillage des interventions des équipes-mobiles en addictologie et en santé mentale, amélioration du réseau d'acteurs intervenant sur le terrain, consultation santé précarité dans les boutiques solidarité, dans les lieux d'accueil
9. Extension territoriale des expérimentations qui ont fait leur preuve (par exemple équipe mobile en santé mentale ou Gagne 1 Kaz)
10. Amélioration de la coordination des acteurs du champ sanitaire et social au niveau des territoires (comité de pilotage locaux, intégration au SIAO)

Lien programmes ou plans d'action existants

- PDALHPD

Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • Département • DJSCS • Communes • SIAO • Equipe mobile addicto du réseau OTE • Equipes mobiles santé mentale et précarité • Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) • Boutiques solidarités • LHSS • ACT • Antennes locales de la Croix-Rouge • Médecins du monde • 115 • Maraudes • Association Allons Déor • Bailleurs sociaux • AIVS 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes sans domiciles • Personnes sans domicile atteintes de troubles psychiques et addictifs

FICHE N°3 : Améliorer l'accompagnement et l'accès à la santé des personnes en situation de prostitution

Eléments de contexte	
<p>Les personnes en situation de prostitution, du fait de leurs conditions de vie et de leur activité, sont victimes de stigmatisation et connaissent de graves difficultés d'accès à la santé, y compris pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.</p> <p>A La Réunion, ce public est très mal connu du fait d'un manque de documentation et d'étude. Jusqu'à présent, aucune politique publique n'a été clairement définie et menée à destination de cette population. Pour autant, une part de ce public bénéficie d'actions de prévention et de soutien, portées par des associations avec l'aide financière des pouvoirs publics.</p>	
Actions et leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisation d'un état des lieux de cette population afin d'identifier ses besoins en matière d'accès aux soins et d'orienter les ressources à mobiliser sur le territoire 2. Actions de lutte contre les stigmatisations et d'accompagnement vers les soins 3. Actions de prévention ciblée en fonction des besoins repérés 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale de santé sexuelle 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • DRDFE • DJSCS • CIDDIST • Médecins du Monde • PASS • Planning familial • Association de prévention et d'action sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes se prostituant • Personnes souhaitant sortir de la prostitution

FICHE N°4 : Améliorer l'accompagnement social des personnes en transfert sanitaire à La Réunion, ou migrantes avec des problématiques de santé

Éléments de contexte	
<p>Les établissements de santé de La Réunion constituent un recours spécialisé pour les personnes résidant à Mayotte, avec l'organisation de transferts sanitaires. Certains mineurs viennent sans accompagnement adulte. Dans le cas contraire, l'hébergement de l'adulte accompagnateur peut poser des difficultés de financement.</p> <p>Le développement souhaitable des filières de soins entre Mayotte et La Réunion devrait accentuer ce recours.</p> <p>Ces transferts, pour motifs sanitaires, concernent également des personnes résidant à Mayotte sans titre de séjour, et qui peuvent bénéficier à leur arrivée à La Réunion d'une ouverture de droits à l'AME ou aux soins urgents.</p> <p>Parallèlement, des migrants de la zone séjournent à La Réunion pour des motifs de soins, au-delà de leur autorisation d'entrée sur le territoire.</p> <p>Les personnes en situation irrégulière représentent 30% de la file active des permanences d'accès aux soins (PASS).</p> <p>Si le public en situation irrégulière ou étrangère en attente de droits sur le sol réunionnais est sans commune mesure avec la situation métropolitaine, il est néanmoins en augmentation et recouvre des besoins spécifiques d'accompagnement social et sanitaire.</p>	
Actions et leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accueil familial pour les enfants étrangers isolés afin d'éviter la poursuite de séjours hospitaliers non justifiés 2. Partenariat avec la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte et le Conseil Départemental de Mayotte pour favoriser l'accompagnement par un adulte des enfants en transfert sanitaire vers La Réunion 3. Développement de possibilités d'hébergement extrahospitalier pour les personnes malades chroniques ou pour les parents qui accompagnent un enfant malade 4. Consolidation des filières de soins des patients entre le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion, notamment par le développement de la télémédecine, pour une meilleure préparation des transferts et des suites de prise en charge à Mayotte 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> • Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI) 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • CGSS de La Réunion • CSS de Mayotte • DJSCS • Département de Mayotte • CHU • Maison des parents, maison des letchis • LHSS et ACT 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes en transfert sanitaire • Personnes étrangères sur le territoire pour raison de soins • Parents d'enfants malades

FICHE N°5 : Améliorer l'accès à la santé des personnes isolées et en situation de précarité des Hauts de la Réunion

Éléments de contexte	
<p>L'absence ou la raréfaction des services de droit commun dans certaines zones de La Réunion constitue un handicap pour l'accès au dépistage ou à la santé de ces populations, renforcé par les difficultés de transport.</p> <p>La topographie particulière de La Réunion amène un questionnement spécifique sur l'accès à la santé des personnes situées dans les Hauts, particulièrement lorsque se cumulent des désavantages sociaux.</p>	
Actions et leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mutualisation de l'offre santé social sur les dispositifs existants dans les zones retirées 2. Mutualisation et enrichissement des projets de « bus santé» intervenant dans les écarts (dépistage, prévention, information sur l'accès aux soins) 3. Elaboration, avec la population, de projets de santé, alliant soins et prévention, pour les écarts, avec une priorité pour les cirques 4. Mobilisation d'expérimentation d'organisation des soins et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, dans les écarts, avec une priorité pour les cirques, afin d'apporter en proximité une réponse tenant compte de la faiblesse des effectifs desservis 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif d'accès aux soins de Mafate • Plan d'action sur Cilaos 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • CGSS • DJSCS • Conseil départemental • Communes • CHU • ESMS • Professionnels de santé libéraux • Associations du champ social et de la prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes en situation de précarité résidant dans les écarts

FICHE N°6 : Favoriser le repérage précoce des femmes victimes de violence et leur accompagnement

Eléments de contexte	
<p>Les violences faites aux femmes sont fréquentes à La Réunion : selon l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) réalisée en 2003, à La Réunion, 1 femme sur 5 (20%) a subi au moins une forme de violence dans l'espace public au cours des 12 derniers mois, soit 1,5 fois plus qu'en Métropole.</p> <p>En 2014, les services de Police et de Gendarmerie de La Réunion ont enregistré 1 734 faits constatés de violences conjugales faites aux femmes (contre 1 663 en 2013) ; près de 5 actes sont ainsi dénoncés en moyenne chaque jour. En 2013, les ¾ des faits constatés de violences conjugales concernaient des coups et des blessures volontaires.</p>	
Actions et leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Déploiement de l'enquête Violences et Rapport de Genre (VIRAGE) 2. Amélioration du repérage des femmes victimes de violences par les médecins généralistes (mise en place de formations) 3. Développement d'une application pour smartphone à destination des femmes pour un signalement et une orientation vers les services existants 4. Amélioration de la prise en charge psychologique des femmes victimes de violence, notamment dans les accueils dédiés et dans les services de psycho-trauma 5. Développement d'approche systémique au sein des familles confrontées à des situations de violence, avec un volet santé 	
Lien programmes ou plans d'action existants	
<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale de santé sexuelle 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • Conseil départemental • DRDFE • DJSCS • Justice • Forces de l'ordre • CAF • Communes • Etablissements de santé • Professionnels de santé libéraux • Education Nationale • AFET • Associations spécialisées dans l'accompagnement des femmes victimes de violences • ARAJUFA 	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes victimes de violences

FICHE N°7 : Favoriser la connaissance mutuelle et la coordination entre les dispositifs de coordination intervenant dans les champs social, médico-social et sanitaire

Éléments de contexte	
La problématique de l'accès à la santé des personnes les plus démunies croise des approches sanitaires et sociales ; son traitement appelle donc à une coordination des dispositifs sanitaires et sociaux, mais aussi des institutions compétentes localement dans ces champs.	
Actions et leviers d'action	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration de l'interconnaissance des acteurs et dispositifs des champs sanitaires, sociaux, et médico-sociaux 2. Renforcement de la coordination des politiques publiques 3. Développement d'approche transversale dans la gestion des cas complexes et dans l'orientation des publics (SIAO, MDPH, PTA) 4. Participation des acteurs sanitaires aux coordinations des acteurs du premier accueil (CAPA) et mise en place d'une CAPA régionale. 	
Acteurs concernés	Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • DJSCS • CGSS • CAF • Département • Communes • SIAO • MDPH • PTA 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les publics cibles du PRAPS • Acteurs et institutions des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

REPERTOIRE DES SIGLES

A

ACT : appartement de coordination thérapeutique

AIVS : agence immobilière à vocation sociale

ARAJUFA : Association réunionnaise pour l'aide juridique aux familles et aux victimes

ARS : agence régionale de santé

ASLL : accompagnements sociaux liés au logement

ASE : aide sociale à l'enfance

AVDL : accompagnements vers et dans le logement

C

CAF : caisse d'allocations familiales

CAPA : coordination des acteurs du premier accueil

CCAS : centre communal d'action social

CGSS : caisse générale de sécurité sociale

CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

CJC : consultations jeunes consommateurs

CHU : centre hospitalier universitaire

COS : cadre d'orientations stratégiques

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSSM : caisse de sécurité sociale de Mayotte

D

DJSCS : Direction de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

DRDFE

E

ENVEFF : enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

ESMS : établissements sociaux et médico sociaux

G

GEM : groupe d'entraide mutuelle

I

IML-AVDL : InterMédiation locative-Accompagnement Vers et Dans le Logement

IST : infections sexuellement transmissibles

L

LHSS : Lits Halte Soins Santé

M

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

P

PASS : permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDALHPD : plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

PJJ : protection judiciaire de la Jeunesse

PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRS : projet régional de santé

PTA : plateforme territorial d'appui

S

SIAO : services intégrés de l'accueil et de l'orientation

U

UCSA : unités de Consultations et de Soins Ambulatoires

V

VIRAGE : violences et rapports de genre



**Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
des plus démunis (PRAPS) 2018-2023**

VOLET 2 - MAYOTTE

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

Principes d’actions en faveur des plus démunis	2
Publics visés.....	3
Finalités du PRAPS 2018-2023.....	3
FICHE N°1 : Mener une réflexion multi-partenariale sur l’articulation entre accès aux droits et accès aux soins à Mayotte	4
FICHE N°2 : Construire un dispositif partenarial de repérage, d’orientation, d’accompagnement et de prise en charge de la population en situation de grande précarité.....	5
FICHE N°3 : Ouvrir une Permanence d’Accès aux Soins de Santé au sein du Centre Hospitalier de Mayotte.....	7
FICHE N°4 : Renforcer les dispositifs d’« aller-vers » pour intervenir au plus près des lieux de vie des populations les plus précaires.....	8
REPertoire DES SIGLES	9

Les difficultés d'accès à la santé et aux soins des publics les plus démunis sont complexes et diverses : elles sont liées à l'accès aux droits, à l'utilisation du droit, à des motifs psychoculturels et/ou financiers, mais également à la géographie des territoires et à la répartition de l'offre de soins.

Le Projet de Santé 2018-2027 prend en compte de manière globale les personnes les plus démunies. Plus spécifiquement, le Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins-Volet Mayotte (PRAPS 2018-2023) en constitue une déclinaison opérationnelle plus ciblée.

Les orientations et actions inscrites font appel à la mobilisation de l'ensemble des acteurs publics, au-delà du seul champ de la santé, et notamment à une intervention interministérielle et associant les collectivités locales.

Elles n'écartent pas la nécessité d'une révision de la couverture sociale à Mayotte, qui ne permet pas aux affiliés de disposer d'une complémentaire santé via la CMUC et l'ACS, et renvoie sur l'hôpital les soins aux non-assurés. Cette problématique relève de modifications législatives et réglementaires nationales.

Principes d'actions en faveur des plus démunis

Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) Réunion-Mayotte définit des principes transversaux structurants à mobiliser dans sa déclinaison opérationnelle et notamment au travers du PRAPS :

- **Des parcours de santé et de vie fluides et sans rupture** : les publics « les plus démunis » sont sujets à des « ruptures » dans leur parcours de vie qu'il faut identifier et prévenir.
- **Une offre de santé accessible à tous** : la question de l'accès à la santé est un enjeu qui se pose de manière spécifique pour les publics précarisés et éloignés du système de santé. Une réflexion sur l'accès à la santé doit être sous-jacente à l'ensemble des actions proposées.
- **La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie** : les démarches de prévention doivent irriguer l'ensemble des actions menées, notamment celles en direction des publics démunis afin notamment de prévenir et réduire les conduites à risques.
- **La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire** : la mobilisation des usagers pour leur santé sera recherchée à travers des approches innovantes, qui viseront notamment à promouvoir les diagnostics portés par les communautés, la pair-aidance et les démarches d'« aller-vers » au plus près des publics en difficulté.
- **La coordination des politiques publiques**, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local : l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies implique de mobiliser l'ensemble des acteurs et intervenants autour de la personne, afin de pouvoir agir efficacement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé des personnes.
- **Un système de santé performant et innovant**, favorisant l'e-santé, la formation et la recherche : le déploiement d'outils, d'approches, de dispositifs innovants sera recherché à travers ce programme d'actions.

Publics visés

Le PRAPS intéresse les populations les plus démunies de Mayotte qui cumulent plusieurs des facteurs suivants : précarité financière, précarité des conditions de vie, isolement social et territorial voire désocialisation, absence d'affiliation, se traduisant par une difficulté d'accès aux soins et une mise en cause de leur santé.

A ce titre sont retenus comme publics prioritaire du PRAPS Volet Mayotte :

- les personnes vivant dans des zones en écart des règles de construction et d'urbanisme, présentant de fort risque d'habitat insalubre,
- les personnes isolées géographiquement,
- les populations ne disposant d'aucune couverture sociale ou d'une couverture insuffisante au regard de leurs besoins de santé,
- les femmes isolées avec enfants, dont les ressources insuffisantes limitent l'accès aux soins,
- les jeunes les plus vulnérables, en rupture familiale et/ou sociale,
- les personnes souffrant de maladies chroniques et qui ne bénéficient pas d'une continuité de la prise en charge thérapeutique.

Les principaux besoins identifiés pour ces populations sont :

- l'accès aux droits,
- l'accès à un habitat digne,
- la prévention et l'éducation pour la santé,
- la scolarisation et l'accès à l'éducation,
- la vaccination,
- l'accès à l'information,
- l'accès aux soins.

Finalités du PRAPS 2018-2023

Le PRAPS Volet Mayotte doit permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé (soins et prévention) et médico-social de droit commun, par des mesures spécifiques d'information et d'accompagnement, voire le recours transitoire à des modalités spécifiques de soins.

Les objectifs visés par le PRAPS sont de :

- favoriser l'ouverture des droits des plus démunis,
- faciliter l'accès à l'offre de soins,
- poursuivre le développement de projets de prévention et de promotion de la santé visant à contribuer à la réduction des inégalités.

Sa mise en œuvre doit se baser sur trois principes :

- la prise en compte des spécificités des populations visées,
- la territorialisation des actions et le développement de l'« aller-vers »,
- l'approche intersectorielle et interministérielle.

FICHE N°1 : Mener une réflexion multi-partenariale sur l'articulation entre accès aux droits et accès aux soins à Mayotte

Éléments de contexte
<p>L'accès aux droits est un déterminant fondamental de la santé des personnes les plus démunies.</p> <p>Les spécificités du régime de protection sociale à Mayotte, et la part importante des personnes non encore affiliées à l'assurance maladie, la saturation et l'insuffisance de l'offre de soins pèsent sur le recours aux soins, et renforcent la nécessaire articulation entre accès aux droits et accès aux soins.</p> <p>De nombreuses institutions interviennent sur ces questions, sans que leur coordination soit suffisante pour assurer une cohérence et une continuité de la protection sociale de la population, et un exercice effectif de leurs droits par les bénéficiaires.</p>
Actions et leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Réflexion sur l'articulation entre accès aux droits et accès aux soins (ARS, Préfecture, CSSM, Département, MDPH, CHM, ONG...) :<ul style="list-style-type: none">- Diagnostic des besoins et priorités en termes d'accès aux droits pour les populations- Recherche de solutions coordonnées- Identification de référents « accès aux droits » pour le territoire- Maitrise d'ouvrage pour la création des outils de formation sur l'accès aux droits2. Définition et désignation des référents « accès aux droits » pour l'ensemble des acteurs3. Formation des acteurs locaux à l'accès aux droits<ul style="list-style-type: none">- Création d'un module de formation sur l'accès aux droits- Diffusion et présentation du module de formation auprès des acteurs locaux
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">• Contrats locaux de santé• Ateliers santé ville
Acteurs concernés
<ul style="list-style-type: none">• CSSM• Conseil départemental (PMI, ASE, APA)• Mairies/CCAS/Elus locaux• MDPH• CHM• ONG

FICHE N°2 : Construire un dispositif partenarial de repérage, d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge de la population en situation de grande précarité

Éléments de contexte

Une grande partie de la population présente des caractéristiques de pauvreté et de précarité. Le niveau d'équipement des logements est très minimal et les conditions de vie difficiles. De plus, l'offre de santé actuelle ne permet pas un accès facilité aux soins.

Compte tenu du niveau général de vie de la population, la démarche retenue est transversale et ne concernent pas un groupe spécifique de personnes.

Est ainsi privilégiée l'adoption d'une démarche partenariale en acteurs publics, services de l'Etat, organismes de protection sociale, collectivités locales, favorisant le repérage, l'orientation, l'accompagnement et la prise en charge des personnes les plus précaires et démunies, sans définition a priori de catégories de population.

Ce dispositif, construit sur un principe de coresponsabilité territoriale, sera notamment en charge de la coordination de l'offre déjà existante sur le territoire telle que l'aide alimentaire, l'accompagnement social mis en place par le Conseil Départemental et les communes, l'appui aux démarches d'ouverture des droits par la CSSM, les actions de lutte contre la pauvreté et l'exclusion de la DJSCS, et l'intervention des associations.

Il devra également identifier les difficultés rencontrées, les besoins non-couverts, afin de proposer des évolutions et développements des services sociaux et de santé.

Actions et leviers d'action

1. PILOTAGE DU DISPOSITIF

- Animation d'un comité de pilotage et de suivi chargé de la mise en œuvre du dispositif
- Réalisation d'une étude de faisabilité de la mise en place d'un dispositif de ce type sur le territoire de Mayotte au regard des structures et acteurs existants
- Evaluation et analyse des données recueillies

2. REPERAGE DES PUBLIC-CIBLES

- Caractérisation des publics cibles prioritaires et définition des critères d'inclusion dans le dispositif
- Structuration d'un réseau d'acteurs chargé du repérage et de l'orientation des publics cibles prioritaires
- Recensement des « acteurs-prescripteurs » du dispositif
- Renforcement et sensibilisation des équipes mobiles déjà sur le terrain au repérage et à l'« aller-vers »
- Formation des acteurs

3. COORDINATION ET REGULATION DES DEMANDES

- Identification et mise en place d'un organe de coordination et de régulation des demandes d'accompagnement et de prise en charge

- Définition du rôle, des missions et des modalités de fonctionnement de l'organe de coordination et de régulation :
 - animation du réseau d'acteurs,
 - interface entre les orienteurs et ceux en capacité de répondre aux besoins du public-cible,
 - recueil des données sur les publics cibles pris en charge.

4. REPONSE AUX BESOINS

- Cartographie de l'offre (« prestations ») et des structures en capacité d'apporter une réponse aux besoins des personnes (soins, bilan santé, dépistage, éducation à la santé, accès aux droits, aides alimentaires, habitat, accompagnement collectif...)
- Développement des dispositifs de réponse en proximité des populations.

Lien programmes ou plans d'action existants

- Dispositif SIAO

Acteurs concernés

- DJSCS
- Conseil Départemental
- Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
- PJJ
- Communes
- CHM
- Professionnels de santé libéraux
- MDPH
- Associations intervenants dans le champ de la santé, de l'humanitaire et de la solidarité

FICHE N°3 : Ouvrir une Permanence d'Accès aux Soins de Santé au sein du Centre Hospitalier de Mayotte

Éléments de contexte
<p>Selon les termes de la circulaire DGOS du 18 juin 2013, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) constituent « un dispositif, créé par l'article L 6112.6 du code de la santé publique, adapté aux personnes en situation de précarité, qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».</p> <p>Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) ne dispose pas de PASS.</p> <p>La PASS doit offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients en grande précarité dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Elle doit agir dans l'établissement, en accompagnement des patients qui s'y présentent, mais également préventivement, à l'extérieur de celui-ci, pour faciliter l'ouverture des droits et leur orientation vers les soins. Pour cela, la PASS devra s'appuyer sur un réseau de partenaires institutionnels et associatifs élargi, et agir en complémentarité de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) en charge de l'affiliation.</p>
Actions et leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Réalisation d'un état des lieux des moyens et organisation existants au sein du CHM et identification des complémentarités avec les actions d'affiliation de la CSSM2. Structuration d'une PASS au sein du CHM répondant au cahier des charges national<ul style="list-style-type: none">- Accueil des personnes en situation de précarité- Instruction et orientation des demandes d'ouverture de droits- Soutien au repérage des patients en situation de précarité par l'ensemble des services hospitaliers ;- Accès à une consultation dédiée de médecine générale- Accompagnement vers les consultations spécialisées, dentaires et psychiatriques- Liaison avec les services sociaux et associations du champ social- Actions de proximité à destination des personnes les plus exclues.
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">• Circulaire DGOS du 18 juin 2013
Acteurs concernés
<ul style="list-style-type: none">• CHM• CSSM• Professionnels de santé libéraux• Associations œuvrant dans le champ de la santé, de l'humanitaire et de la solidarité

FICHE N°4 : Renforcer les dispositifs d'« aller-vers » pour intervenir au plus près des lieux de vie des populations les plus précaires

Éléments de contexte
<p>L'éloignement des soins des populations les plus précaires de Mayotte est notamment lié à l'isolement géographique, aux conditions dégradées de vie quotidienne, au coût des transports collectifs, et à la saturation de l'offre de santé. L'irrégularité du séjour, et donc le risque d'être arrêté, est également un frein pour les personnes concernées.</p> <p>Face à cette situation, la démarche retenue est de rapprocher les services de santé de la population, en allant vers les personnes les plus démunies, sur leurs lieux de vie, pour leur permettre d'accéder aux soins et de bénéficier d'actions de prévention.</p> <p>Plusieurs initiatives existent déjà sur le territoire, et méritent d'être amplifiées et intégrées dans des projets de santé communautaire.</p>
Actions et leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Réalisation d'un état des lieux et d'une cartographie des ressources existantes sur le territoire dans le champ de la santé à destination des personnes les plus démunies2. Renforcement des équipes mobiles :<ul style="list-style-type: none">- Mutualisation des locaux, matériels et véhicules déjà équipés pour assurer des consultations, des soins, des actions de dépistage- Augmentation des équipes pour mieux couvrir le territoire, en veillant aux formations adaptées et aux besoins d'interprétariat3. Mobilisation des acteurs de proximité :<ul style="list-style-type: none">- Appui sur les 13 centres de consultation du CHM, dans le cadre de leur évolution vers la couverture de l'ensemble des missions du 1^{er} recours- Encouragement des communes sur des actions et interventions mobiles de proximité, intégrant une démarche de santé communautaire- Formation des acteurs de terrain sur la prise en charge des publics précaires (repérage, orientation, modes d'intervention) (cf. fiche n°1).
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">• Contrats locaux de santé• Ateliers santé ville
Acteurs concernés
<ul style="list-style-type: none">• Préfecture• DJSCS• CHM• MDA• Réseaux de santé• Médecins du Monde• Croix-Rouge• Conseil départemental• Communes

REPERTOIRE DES SIGLES

A

ACS : Aide Complémentaire Santé

APA : allocation personnalisée à l'autonomie

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

C

CCAS : centre communal d'action social

CHM : centre hospitalier de Mayotte

CMUC : couverture Maladie Universelle Complémentaire

COS : cadre d'orientations stratégiques

CSSM : caisse de sécurité sociale de Mayotte

D

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DJSCS : Direction de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

M

MDA : maison des adolescents

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

O

ONG : organisation non gouvernementale

P

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRS : projet régional de santé

S

SIAO : Services intégrés de l'accueil et de l'orientation