PRS 2

PROJET DE SANTÉ

2018 - 2028 • RÉUNION - MAYOTTE

SRS

SCHÉMA DE SANTÉ 2018-2023

VOLET 2

LA RÉUNION

ars Agence de Santé Océan Indien

SOMMAIRE

I. L'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA FEMME, DU COUPLE ET DE L'ENFANT 5

1. Consolider le parcours de santé sexuelle intégrant la prévention collective et individuelle, et la qualité et effectivité de certaines prises en charge 7

2. Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements familiaux et prévenir la reproduction trans-générationnelle 9

3. Répondre aux besoins spécifiques de certains publics 11

4. Favoriser le dépistage précoce des grossesses à haut risque 12

5. Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement 13

6. Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé 14

7. Inciter les femmes ménopausées à s'inscrire dans un parcours de santé associant prévention et soins 15

8. Permettre à tous les enfants de bénéficier d'une prévention précoce et d'un dépistage aux âges clés de leur développement 16

9. Fluidifier les parcours de santé des enfants ayant des troubles du langage et des apprentissages 18

10. Organiser le parcours de santé des enfants asthmatiques 19

11. Optimiser le parcours de soin des enfants et adolescents victimes de traumatismes graves 20

12. Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux 21

II. LA PRESERVATION DE LA SANTE DES JEUNES 23

1. Développer des approches innovantes et adaptées en prévention et éducation pour la santé 24

2. Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle et améliorer l'accès à la santé sexuelle 26

3. Prévenir, repérer et prendre en charge la souffrance psychique et les tentatives de suicide 28

4. Prévenir les conduites addictives, repérer et prendre en charge les jeunes ayant des conduites à risque 29

5. Améliorer l'accès à la santé des jeunes les plus vulnérables 30

III. L'AMELIORATION DE LA SANTE NUTRITIONNELLE 31

1. Développer les connaissances et promouvoir les repères nutritionnels, et les comportements nutritionnels adaptés 32

2. Structurer l'offre en Sport-Santé 34

3. Enrichir les modalités de dépistage des troubles de la nutrition, et les prises en charge de l'obésité et du surpoids et des troubles alimentaires chez l'enfant et l'adulte 35
4. Envisager l'extension des missions du Centre Spécialisé de l'Obésité à l'ensemble des problématiques nutritionnelles 37

IV. LA QUALITE DE VIE ET LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 38

1. Améliorer le repérage, le dépistage, et la prise en charge précoce du handicap chez les enfants 41
2. Adapter l'offre médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap 42
3. Promouvoir l'autonomie et l'inclusion des personnes en situation de handicap 43
4. Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap 44
5. Améliorer la connaissance épidémiologique des publics âgés et de leurs aidants 45
6. Préserver le capital santé des personnes autonomes de plus de 55 ans 46
7. Structurer le repérage précoce de la perte d'autonomie 47
8. Faciliter l'accès au diagnostic neurodégénératif et à la prise en charge 48
9. Adapter les réponses aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs aidants 49
10. Poursuivre le déploiement du guichet intégré de la MAIA, composante de la PTA 51

V. LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES 52

1. Parcours « diabète » 53
2. Parcours « maladies rénales chroniques » 55
3. Parcours « insuffisance cardiaque chronique (ICC) » 58
4. Parcours « accidents vasculaires cérébraux » 60
5. Parcours « maladies cancéreuses » 62
6. Parcours « douleurs chroniques » 65
7. Parcours « addictions » 67

VI. LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE MENTALE. 69

1. Prévenir les maladies mentales et renforcer l'acceptation sociale des personnes atteintes 70
2. Prévenir les conduites suicidaires 71
3. Assurer les conditions d'un repérage et d'un diagnostic précoce des troubles psychiques 72
4. Enrichir les modalités de prise en charge des troubles psychiques 73
5. Améliorer la fluidité des parcours 75
6. Améliorer les conditions de vie et l'inclusion sociale des personnes avec troubles psychiques 76
7. Développer les connaissances et les compétences partagées en santé mentale 78

VII. L'ENVIRONNEMENT AU SERVICE DE LA SANTE 79

VIII. LE RENFORCEMENT DE LA VEILLE SANITAIRE ET DE LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES EN TERRITOIRE INSULAIRE.....80

1. Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien 81

2. Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte 82

3. Renforcer la prévention des arboviroses (dengue, chikungunya, zika,…) et de la leptospirose.....84

4. Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance 86

5. Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité.....88

REPERTOIRE DES SIGLES 89

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

Description
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. 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. 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. 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. 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. 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).
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
I. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile II. Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommes III. Repérer, prévenir et prendre en charge les violences intrafamiliales IV. Dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant
Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion
1. Consolider le parcours de santé sexuelle intégrant la prévention collective et individuelle, et la qualité et effectivité de certaines prises en charge 2. Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements familiaux et prévenir la reproduction trans 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 l'accouchement
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. Fluidifier les 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 soins des enfants et adolescents victimes de traumatismes graves
12. Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux



1. Consolider le parcours de santé sexuelle intégrant la prévention collective et individuelle, et la qualité et effectivité de certaines prises en charge

Eléments de contexte

Le sujet de la santé sexuelle et reproductive est fortement investie à La Réunion, tant en prévention qu'en offre de soin :

- 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 à l'exception de la zone Est
- des dispositifs mobiles de prévention avec les trois « Bus santé »

Cependant, l'offre départementale de planification familiale reste fragile.

Le recours au suivi gynécologique de prévention est inégal selon les âges et les zones géographiques.

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).

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.

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.

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.

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).

Actions et Leviers d'action

1. Ajustement des actions suite à l'évaluation externe du dispositif de prévention des risques sexuels en milieu scolaire mis en place depuis 2012
2. Stratégie de communication sur la santé sexuelle adaptée aux besoins locaux et relayée par des actions de proximité

3. Expérimentation d'approches territorialisées et intégrées de prévention et de soin en santé sexuelle et reproductive, intégrant les écoles primaires
4. Harmonisation des parcours d'IVG des mineures et des femmes en ville et dans les établissements de santé
5. Développement de l'offre de prévention et de prise en charge en santé sexuelle intégrant l'IVG médicamenteuse en ville pour la zone Est.
6. Renforcement des interventions de prévention de santé sexuelle auprès des enfants et adultes en situation de handicap et de leurs familles
7. Stratégie vaccinale vis-à-vis du HPV à destination des praticiens du 1er recours
8. Plaidoyer auprès du Département pour ajuster les services de planification familiale aux besoins des jeunes filles et des femmes
9. Identification d'une filière régionale de diagnostic et de traitement de l'endométriose
10. Consolidation du système régional de veille et d'alerte sur les infections sexuellement transmissibles
11. 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
▪ 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	▪ Population générale

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

Eléments de contexte

Le dépistage et le soin aux victimes de violences conjugales ou parentales constituent déjà un acte de prévention de la répétition des dysfonctionnements familiaux.

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.

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.

Actions et Leviers d'action

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 1ère 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 programmes 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

- 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
- 5ème plan pour les femmes
- Stratégie nationale de santé sexuelle
- 1er plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019

Acteurs associés	Population cible
▪ Département (PMI, ASE) ▪ Justice ▪ Education nationale	▪ Enfants, adolescents ▪ Femmes et hommes

▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Unités de psychotrauma ▪ Unités médico-judiciaires ▪ Associations d'aide aux victimes ▪ Equipes de recherche ▪ Service de police et de gendarmerie ▪ Observatoire des violences faites aux femmes ▪ Déléguée au droit des femmes	



3. Répondre aux besoins spécifiques de certains publics

Eléments de contexte
La santé sexuelle de certaines populations reste insuffisamment abordée, du fait du handicap, du vieillissement, de la maladie, ou de la discrimination. Ces freins concernent également les personnes transsexuelles dans l'accès à des prises en charge adaptées.
Actions et Leviers d'action
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 en situation de handicap 3. Développement d'une offre de consultations de sexologie adaptées aux personnes de plus de 60 ans dans les CEGIDD 4. Renforcer des actions de prévention adaptée et de dépistage auprès des populations à risque 5. Amélioration de la lisibilité du parcours de santé des personnes (LGBT) à La Réunion en lien avec des centres identifiés en métropole
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ 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
▪ COREVIH ▪ CEGIDD ▪ Etablissements de santé, services sociaux et établissements médico-sociaux ▪ Promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique ▪ Associations œuvrant dans le champ de la santé sexuelle ▪ Association de personnes âgées et de personnes en situation de handicap	▪ 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
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. 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 1ère consultation prénatale seulement au 3ème trimestre de grossesse (cf. Etude descriptive du parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion, BVS n°35. Août 2017). Les femmes résidant dans l'Est sont les plus nombreuses à accéder tardivement au suivi prénatal.
Actions et Leviers d'action
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 fœtal 6. Formation des professionnels de santé à la consultation d'annonce dans le cadre du diagnostic prénatal
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ 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 fœtale

Acteurs associés	Population cible
▪ 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	▪ Femmes en âge de procréer

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

Eléments de contexte
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. 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. 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. Le taux de mortalité infantile à La Réunion est le double de la métropole.
Actions et Leviers d'action
1. Etude sur la mortalité infantile à La Réunion (RAMIR) 2. Programme pluriannuel d'audits cliniques ciblés en obstétrique et néonatologie (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 pour améliorer la bientraitance des femmes 9. Stratégie régionale de communication sur la périnatalité
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ 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
▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Maternités publiques et privées ▪ Réseau périnatal Réunion ▪ Equipes de recherche	▪ Femmes en âge de procréer

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

Eléments de contexte
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. 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. 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. 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. 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.
Actions et Leviers d'action
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 et de leur entourage sur l'intérêt du suivi post natal, indépendamment du suivi des 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
▪ Stratégie nationale de santé

Acteurs associés	Population cible
▪ 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	▪ 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
Les derniers résultats de l'étude nationale ESTEBAN[1] 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. Par ailleurs, il est constaté une très nette diminution du taux de recours au frottis cervico-vaginal au-delà de 50 ans. 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.
Actions et Leviers d'action
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 en ville et à l'hôpital
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Plan cancer 3 ▪ PNNS

Acteurs associés	Population cible
▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Collectivités ▪ DJSCS	▪ 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

Eléments 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 néonatale 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 24ème mois n'est pas connue, puisque seulement 13% de certificats du 24ème 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 le grand public 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 24ème mois
5. Plaidoyer auprès du Département pour que 100% des enfants de 3-4 ans bénéficient d'un dépistage exhaustif en petite section de maternelle par les services de PMI
6. Soutien à la médecine scolaire pour que 100% des enfants de 5-6 ans bénéficient d'un dépistage exhaustif intégrant les troubles du langage et des apprentissages, en lien avec les médecins traitants de l'enfant,
7. Actions de prévention solaire (peau, yeux) auprès des enfants et adolescents
8. Expérimentation auprès des praticiens du 1er recours d'actions territorialisées de prévention précoce intégrées au suivi post natal des mamans et au parcours vaccinal des enfants
9. 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	
▪ PRAANS ▪ PRAPS	
Acteurs associés	**Population cible**
▪ Département (PMI) ▪ Rectorat ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Caisse d'Allocations Familiales ▪ Maternités publiques et privées ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé (service de pédiatrie, de SSR pédiatriques, CAMPS) ▪ Professionnels de la petite enfance ▪ Communes ▪ Associations et réseaux ▪ Equipes de recherche	▪ Petite enfance

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

Eléments de contexte

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.

A 6 ans, la proportion d'enfants ayant des troubles des apprentissages atteint 27% selon les résultats de dépistage par les médecins scolaires.

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.

L'enjeu est de consolider la filière de dépistage, diagnostic et de traitement précoce des troubles du langage et des apprentissages contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales de santé.

Actions et Leviers d'action

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 1er 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 1er recours d'un répertoire opérationnel des ressources
9. Information des parents et professionnels du 1er recours des modalités d'attribution des aides de la MDPH pour des enfants porteurs de troubles « dys »

Lien programmes ou plans d'action existants

- 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
▪ Education nationale ▪ Département (PMI) ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Réseaux de santé ▪ CMPP ▪ CMPEA ▪ CRTLA ▪ MDPH	▪ Petite enfance

10. Organiser le parcours de santé des enfants asthmatiques

Description
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. 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). 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. 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. 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.
Actions et Leviers d'action
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 1er 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
▪ PRSE

Acteurs associés	Population cible
▪ Etablissements de santé ▪ Atmo Réunion (Observatoire Régional de l'Air) ▪ Réseaux ▪ Professionnels de santé libéraux	▪ Enfants

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

Description
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. 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. 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.
Actions et Leviers d'action
1. 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. Evaluation de la faisabilité de la 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
▪ Stratégie nationale de santé

Acteurs associés	Population cible
▪ Etablissements de santé avec services d'urgence (CHU, CHGM, GHER) ▪ SAMU ▪ Etablissements de SSR pédiatriques	▪ Mineurs

12. Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux

Eléments 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 vaccinateurs, 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 1er 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
1. Formation continue en vaccinologie des praticiens du 1er recours 2. Diversification des modalités d'information des Réunionnais sur la vaccination en lien avec les praticiens du 1er 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 néonatologie 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
▪ Stratégie nationale de santé

Acteurs associés	Population cible
▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Département (PMI) ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Santé scolaire ▪ Santé au travail ▪ SUMPPS ▪ Centres de lutte antituberculeuse ▪ Centres de vaccination	▪ Enfants ▪ Parents ▪ Population générale

II. LA PRESERVATION DE LA SANTE DES JEUNES

Description
L'environnement social (éducatif et familial), les habitudes de vie et le niveau d'autonomie et de responsabilité conditionnent durablement l'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. 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 la 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. L'objectif 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. 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.
Objectifs généraux à 10 ans Réunion - Mayotte
V. Développer les compétences psychosociales chez les jeunes VI. Réduire les comportements à risque chez les jeunes VII. Favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale
Objectifs opérationnels à 5 ans Réunion
1. Développer des approches innovantes et adaptées en prévention et éducation pour la santé 2. Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle et améliorer l'accès à la santé sexuelle 3. Prévenir, repérer et prendre en charge la souffrance psychique et les tentatives de suicide 4. Prévenir les conduites addictives, repérer et prendre en charge les jeunes ayant des conduites à risque 5. Améliorer l'accès à la santé des jeunes les plus vulnérables

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

Eléments 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 de prendre des décisions éclairées et responsables, et d'adopter des comportements favorables à sa santé tout au long de la 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 del'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 enfants et 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 deux 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
8. Déploiement du service sanitaire

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	Population cible
▪ 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	▪ Enfants ▪ Adolescents ▪ Etudiants ▪ Parents et entourage ▪ Professionnels de la santé, du social et de l'éducation

2. Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle et améliorer l'accès à la santé sexuelle

Eléments de contexte
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. 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 priorisés 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. 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. 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.
Actions et Leviers d'action
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 1er recours et des CeGIDD dans l'offre de services en direction des jeunes 7. Sensibilisation 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
▪ Stratégie nationale de santé sexuelle

Acteurs concernés	Population cible
▪ Education nationale ▪ Département (PMI)	▪ Adolescents ▪ Jeunes adultes

▪ Communes ▪ Associations œuvrant dans le champ de la santé sexuelle ▪ 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	▪ Parents et entourage

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

Eléments de contexte

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.

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.

Cette tendance est aggravée par l'environnement social réunionnais plus souvent marqué par la violence physique ou psychologique.

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.

Actions et Leviers d'action

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 intervenant dans le parcours de santé et éducatif des jeunes 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

- Projet territorial de santé mentale
- Conseils locaux de santé mentale (CLSM)
- Programme OIIS
- Dispositif VigilanS

Acteurs concernés	Population cible
▪ 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	▪ Adolescents ▪ Jeunes adultes ▪ Parents et entourage ▪ Professionnels intervenant dans le parcours de santé et éducatif des jeunes

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

Eléments de contexte

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. Les addictions sans produit (écrans, jeux vidéo) constituent des sujets émergents.

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.

Actions et Leviers d'action

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

- 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
▪ 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	▪ Jeunes ▪ Jeunes ayant des pratiques addictives avec ou sans produit ▪ Parents et entourage

5. Améliorer l'accès à la santé 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, on constate pour tous une plus grande fragilité sociale et la présence d'inégalités de santé ou d'accès aux soins.

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.

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.

Actions et Leviers d'action

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 accompagnements 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

- 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
▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Education nationale ▪ Département ▪ PJJ ▪ Justice –Administration pénitentiaire ▪ 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	▪ Jeunes sous main de justice ▪ Jeunes en difficultés d'insertion sociale, familiale, professionnelle ▪ Parents et entourage

III. L'AMELIORATION DE LA SANTE NUTRITIONNELLE

Description
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 : – 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. 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.
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 Réunion
1. Développer les connaissances et promouvoir les repères nutritionnels, et les comportements nutritionnels adaptés 2. Structurer l'offre en Sport-Santé 3. Enrichir les modalités de dépistage des troubles de la nutrition, et les prises en charge de l'obésité et du surpoids et des troubles alimentaires chez l'enfant et l'adulte 4. Envisager l'extension de missions du Centre Spécialisé de l'Obésité à l'ensemble des problématiques nutritionnelles

1. Développer les connaissances et promouvoir les repères nutritionnels, et les comportements nutritionnels adaptés

Eléments de contexte

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.

L'acquisition des repères nutritionnels doit permettre à chacun de pouvoir adapter son alimentation dans un objectif de préservation de sa santé.

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.

Elaborés au niveau national, ces repères nutritionnels sont aujourd'hui mal connus du grand public à La Réunion.

Actions et Leviers d'action

1. Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA)
2. Etude sur les usages, pratiques et représentations de l'alimentation Stratégie de communication à destination du grand public sur les repères nutritionnels
3. Stratégie de communication à destination du grand public sur les repères nutritionnels
4. Formation des médecins traitants aux repères nutritionnels
5. Actions de prévention territorialisées et intersectorielles dans les quartiers
6. Programmes d'éducation nutritionnelle en faveur des enfants et de leurs parents au sein des quartiers prioritaires et en milieu scolaire
7. Programmes de promotion de la pratique d'une activité physique régulière auprès des adolescents, notamment les jeunes filles en surpoids
8. Renforcement de l'éducation physique et sportive à l'école primaire, au collège et au lycée

Lien programmes ou plans d'action existants

- PRAANS
- PRSE
- 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
▪ Education nationale ▪ DAAF ▪ DJSCS ▪ Département ▪ Collectivités locales ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ IREPS ▪ Réseaux de santé ▪ Associations œuvrant dans le domaine de la nutrition ▪ Université de La Réunion ▪ CHU de la Réunion ▪ ORS ▪ Equipes de recherche	▪ Jeunes ▪ Population générale ▪ Personnes en situation de vulnérabilité

2. Structurer l'offre en Sport-Santé

Description
L'activité physique contribue à la réduction des risques de survenue ou récidive de maladies chroniques (diabète de type 2, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires, cancer). Elle fait partie intégrante, avec l'alimentation, de la santé nutritionnelle. La loi de modernisation de notre système de santé prévoit d'accroitre 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. 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. 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).
Actions et Leviers d'action
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
▪ 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
▪ DJSCS ▪ DAAF ▪ URPS kinésithérapeutes ▪ Fédérations sportives ▪ Université de La Réunion ▪ CREPS ▪ Collectivités locales ▪ IREPS	▪ Personnes présentant des risques ▪ Personnes atteintes de maladies chroniques

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

Eléments 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'accroit 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 1er, 2ème et 3ème 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. Mise en œuvre de programmes d'Education Thérapeutique du Patient adaptés
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
9. Collaboration avec les services de psychiatrie traitant de dysfonctions alimentaires
10. Développement d'une offre de prise en charge des troubles alimentaires

Lien programmes ou plans d'action existants
▪ 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
▪ 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	▪ Enfants de 0 à 18 ans ▪ Adultes ▪ Parents

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

Eléments de contexte

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.

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.

Actions et Leviers d'action

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. Définition en lien avec le CSO et ses partenaires de procédures permettant un suivi à long terme des personnes opérées d'une chirurgie de l'obésité
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

- PRAANS
- Programme National Nutrition Santé
- Conférence de consensus sur le diabète (2016-2017)

Acteurs associés	Population cible
▪ DAAF ▪ DJSCS ▪ CHU de La Réunion ▪ Education nationale ▪ Etablissements de santé de La Réunion et de Mayotte ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Fédérations sportives ▪ Collectivités locales ▪ Associations	▪ Enfants de 0 à 18 ans ▪ Parents ▪ Adultes

IV. LA QUALITE DE VIE ET LA SANTE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

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 en situation de handicap modifie les besoins d'accompagnement, y compris pour les aidants.

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...).

L'offre médico-sociale sur le secteur du handicap reste insuffisante à ce jour.

Si le taux d'équipement pour enfants et adolescents est quasiment équivalent à celui de la métropole (9,1 places pour 1 000 jeunes pour La Réunion contre 9,7 en métropole), un rattrapage sur le secteur adulte reste 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).

Fort de ce constat, l'ARS s'engage à développer l'offre médico-sociale à travers son outil de programmation financière que constitue le PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie).

Le PRIAC sur le secteur du handicap vise prioritairement à développer de manière soutenue le secteur adultes afin d'infléchir les situations d'engorgement de la filière enfants et de prévenir les ruptures de parcours.

Au-delà des priorités régionales retenues dans la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, les travaux du PRS ont permis d'identifier d'autres besoins guidés par les principes directeurs suivants :

- Assurer un équilibre territoriale sur le département de La Réunion selon une approche graduée d'offre de prestations ;
- Offrir un panel de réponses adaptées sur chaque zone de proximité et encourager les dispositifs innovants dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».

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 Cognitivo 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.

L'effort de rattrapage engagé précédemment doit se poursuivre 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 en situation de handicap
XII.	Soutenir l'inclusion sociale des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
XIII.	Adapter les services de santé à l'évolution des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Objectifs opérationnels à 5 ans (PH) Réunion

1. Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoce du handicap
2. Adapter l'offre médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes en situation de

handicap

3. Promouvoir l'autonomie et l'inclusion des personnes en situation de handicap
4. Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap

Objectifs opérationnels à 5 ans (PA) Réunion

5. Améliorer la connaissance épidémiologique des publics âgés et de leurs aidants
6. Préserver le capital santé des personnes autonomes de plus de 55 ans
7. Structurer le repérage précoce de la perte d'autonomie
8. Faciliter l'accès au diagnostic neuro-dégénératif et à la prise en charge
9. Adapter les réponses aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs aidants
10. Poursuivre le déploiement du guichet intégré de la MAIA, composante de la PTA



1. Améliorer le repérage, le dépistage, et la prise en charge précoce du handicap chez les enfants

Eléments de contexte
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. 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.
Actions et Leviers d'action
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 7. Coordination des acteurs
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Une réponse accompagnée pour tous

Acteurs associés	Population cible
▪ Education Nationale ▪ Département (PMI) ▪ MDPH ▪ ESMS ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ PJJ ▪ Association ouvrant dans le domaine	▪ Enfants en situation de handicap ▪ Parents

2. Adapter l'offre médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap

Eléments de contexte
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.
Actions et Leviers d'action
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-partenariale entre organismes gestionnaires d'ESMS d'un même territoire de proximité 3. Structuration de l'offre, par territoire, sur le principe d'une offre de prestations 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 en situation de handicap vieillissantes (PHV) sur la base des travaux menés sur le territoire 8. Réalisation d'une étude pour améliorer la connaissance de la population handicapée vieillissante 9. Favoriser la mise en place de formations croisées sanitaire/social/médico-social sur le partage d'information de santé au sein d'une équipe plurisdicplinaire d'accompagnement
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Démarche une « Réponse Accompagnée Pour Tous » ▪ Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre ▪ 3ème et 4ème plans Autisme

Acteurs associés	Population cible
▪ Education nationale ▪ Département ▪ MDPH ▪ ESMS ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Médecine du travail ▪ Association	▪ Personnes en situation de handicap ▪ Familles ▪ Aidants

3. Promouvoir l'autonomie et l'inclusion des personnes en situation de handicap

Eléments de contexte
L'accès et le maintien des personnes en situation de handicap au milieu ordinaire se heurtent à nombre de barrières (transport, accessibilité, scolarisation, formation, logement, emploi…) qui doivent faire l'objet d'actions correctives en lien avec l'ensemble des acteurs sur le territoire.

Actions et Leviers d'action
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 en situation de handicap en milieu ordinaire : dispositif emploi accompagné, 5. Collaboration sur le logement inclusif avec les bailleurs sociaux, les communes, associations et associations de quartier 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
▪ 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
▪ Education nationale ▪ Département ▪ DIECCTE ▪ AGEFIPH / FIPHFP ▪ DJSCS ▪ Service Public de l'Emploi ▪ ESMS ▪ Bailleurs sociaux ▪ Associations	▪ Personnes en situation de handicap

4. Améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap

Eléments de contexte
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.
Actions et Leviers d'action
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 en situation de handicap, 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 en situation de handicap 4. Protocole spécifique d'accueil aux urgences et dans les centres de référence et centres de consultation 5. Organisation de consultations de dépistage et 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
▪ Charte Romain Jacob

Acteurs associés	Population cible
▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ PTA ▪ Professionnels libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ ESMS ▪ Association	▪ Personnes en situation de handicap

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

Eléments de contexte

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 :

- 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.

Ces exemples de travaux témoignent d'un intérêt local pour la recherche sur le vieillissement, démarche à soutenir.

Actions et Leviers d'action

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

- Stratégie Nationale de Santé

Acteurs associés	Population cible
▪ 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 ▪ Associations d'usagers et d'aidants ▪ Etablissements sociaux et médico-sociaux ▪ Professionnels libéraux (psychologues, gériatres, neurologues)	▪ Adultes et particulièrement personnes âgées ▪ Aidants

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

Elément de contexte
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 : - 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 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.
Actions et Leviers d'action
1. Encourager les projets d'actions collectives de prévention, en lien avec le programme de la conférence des financeurs en veillant à l'accessibilité économique des bénéficiaires 2. Structurer l'offre d'activité physique adaptée à destination des personnes âgées
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Programme coordonné d'actions de la conférence des financeurs ▪ Programme Alimentation Activité physique Nutrition Santé (PRAANS) ▪ Programme Villes Amies des Ainés ▪ Programme ATOUT Age ▪ Contrats locaux de santé ▪ Contrats de ville

Acteurs associés	Population cible
▪ 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	▪ Personnes de plus de 55 ans autonomes ▪ Personnes classés en GIR 5 et 6

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

Eléments de contexte
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. 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.

Actions et Leviers d'action
1. Co-construction d'un outil de repérage des fragilités du sujet âgé par les experts et les membres de la MAIA, et formation des équipes à son utilisation 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 de santé et intervenants à domicile au repérage des signaux faibles

Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Grille FRAGGIR et programme CNAV pour les GIR 5 et 6 ▪ Programme de la conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie

Acteurs associés	Population cible
▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Département ▪ GIE VA ▪ CHU ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ PTA ▪ MAIA ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ EHPA- résidences pour personnes agées ▪ Services d'aides à domicile ▪ Médecine du travail ▪ OPS (SAMETH, Cap emploi)	▪ Personnes de plus de 55 ans autonomes ▪ Personnes classées en GIR 5 et 6

8. Faciliter l'accès au diagnostic neurodégénératif et à la prise en charge

Eléments de contexte

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).

L'orientation, la définition et la mise en œuvre d'un plan personnalisé d'accompagnement après l'annonce du diagnostic sont encore peu formalisées.

La ressource repérage/diagnostic des professionnels de santé libéraux est peu mobilisée, et insuffisamment articulée avec l'offre hospitalière.

Un premier programme d'ETP « maladies neurodégénératives », intervenant après l'annonce du diagnostic, a été autorisé et financé en 2016.

Actions et Leviers d'action

1. Organisation des consultations mémoires labellisées par territoire de santé :
    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. Mise en place d'une consultation mémoire labellisée par zone de proximité
    e. Protocole garantissant la définition et la mise en œuvre d'un plan personnalisé de soins et d'accompagnement en aval du diagnostic
    f. 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 :
    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 géronto-psychiatrie
3. Organisation territoriale pour accompagner les patients de moins de moins de 60 ans atteints de maladies neuro-dégénératives

Lien programmes ou plans d'action existants

- PMND 2014 - 2019

Acteurs associés	Population cible
▪ Département ▪ Etablissements de santé ▪ EHPAD ▪ URPS ▪ EHPA ▪ Association	▪ Personnes âgées

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

Eléments de contexte

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.

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes suppose :

- 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'EHAPD
- un accompagnement de qualité à la fin de vie.

De nombreuses structures hébergent aujourd'hui des personnes âgées dépendantes, ou des personnes en situation de handicap, 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.

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.

Actions et Leviers d'action

1. Dispositif partagé de suivi des demandes et orientations des personnes âgées
2. Harmonisation des politiques d'admission en établissements et services pour personnes âgées
3. Développement de l'offre d'hébergement intermédiaire entre l'EHPAD et le domicile :
   Habitats partagés pour les personnes en situation de handicap vieillissantes
   Maisons d'accueillants familiaux et familles d'accueil salariées
   Habitats groupés
   EHPAD à domicile
   Résidences service
   Petites unités de vie
   Résidences autonomie
4. Développement de l'offre de services à domicile :
   - 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 âgées
   - Promotion de la télémédecine
5. Développement de l'offre de répit pour les aidants :
   - Expérimentations de relayage sur chaque territoire
   - Lieux d'accueil innovants pour les personnes âgées portés par les communes

- 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

6. Mener une réflexion sur les questions de pensions de famille « marrons »
   - Constitution d'un groupe projet multi partenarial
   - Réalisation d'une étude quantitative et qualitative des pensions de famille « marrons »
   - Définition d'un plan d'action sur la base de l'état de lieux permettant une régularisation sur critères
7. Augmentation des capacités d'accueil en hébergement et service médico-social pour personnes âgées :
   - 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.
8. Ouverture des EHPAD sur l'environnement :
   - 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

- PMND 2014 - 2019
- Schéma départemental social et médico-social

Acteurs associés	Population cible
▪ Département ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ DJSCS ▪ GIPSAP ▪ CCAS ▪ ESMS, dont EHPAD/EHPA ▪ HAD ▪ Organismes tutélaires et justice ▪ URPS	▪ Personnes âgées

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

Eléments de contexte
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. Cette dernière a vocation à intégrer le schéma régional cible de coordination des parcours de santé en devenant une composante de la PTA et en adoptant le Système d'Information commun. 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).
Actions et Leviers d'action
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
▪ Programme OIIS ▪ PMND 2014-2019

Acteurs associés	Population cible
▪ PTA ▪ Maia ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Département ▪ Communes ▪ GCS TESIS ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ ESMS ▪ Etablissements de santé	▪ Personnes âgées

V.LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Eléments 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 précocité dela prise en charge 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 requierent 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 7 parcours prioritaires dans une logique de prévention, de repérage précoce et d'orientation vers un projet de santé personnalisé, construit avec l'usager et mobilisant des professionnels coordonnés : 1. Parcours de santé « diabète » 2. Parcours de santé « maladie rénale chronique » 3. Parcours de santé « insuffisance cardiaque chronique » 4. Parcours de santé « d'accidents vasculaires cérébraux » 5. Parcours de santé « maladies cancéreuses » 6. Parcours de santé « douleurs chroniques » 7. Parcours de santé « addictions »

1. Parcours « diabète »

Eléments 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 1er recours en lien étroit avec la médecine de 2éme 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, pour 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 1er 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 télémédecine 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	
▪ 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**
▪ 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 ▪ Réseaux de santé ▪ Association	▪ Personnes présentant un diabète de type 1 ou 1 ▪ Personnes à haut risque de diabète ▪ Femmes ayant développé un diabète gestationnel

2. Parcours « maladies rénales chroniques »

Eléments 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 OIIS 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 OIIS 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 1er et 2ème 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	
▪ 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**
▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Réseaux ▪ PTA ▪ GCS TESIS ▪ Equipes de recherche ▪ Réseaux de santé ▪ Association	▪ Personnes à risque du fait d'un diabète ou d'une MCV ▪ Patients atteints d'une MRC

3. Parcours « insuffisance cardiaque chronique (ICC) »

Eléments de contexte

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.

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.

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.

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

Actions et leviers d'action

1. Prévenir l'apparition des maladies cardio-vasculaires :
    a. Sensibilisation des médecins traitants et de la médecine du travail au repérage des facteurs de risque : diabète, troubles du métabolisme et hypertension artérielle
    b. 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 traitant
2. Réduire la fréquence des décompensations de l'ICC traitées en urgence :
    a. Développement d'une offre d'ETP territorialisée en ambulatoire
    b. 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 OIIS pour les patients complexes,
3. Améliorer le chemin clinique du patient en établissement hospitalier :
    a. Organisation d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque pluridisciplinaire dans les services de cardiologie
    b. Renforcement des capacités d'accueil en SSR cardiologique
4. Réduire la fréquence des ré-hospitalisations :
    a. Amélioration de l'articulation entre 1er et 2ème recours dans la phase de suivi post-hospitalisation
    b. 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	
▪ PRADO ICC (CNAMTS) ▪ Programme OIIS	
Acteurs associés	**Population cible**
▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ PTA ▪ Cardiologues ▪ Médecins Traitants ▪ Etablissements de santé ▪ Infirmiers ▪ Pharmaciens ▪ GCS TESIS ▪ Equipes de recherche ▪ Réseaux de santé ▪ Association ▪ Médecine du travail	▪ Adultes hors parcours de santé ▪ Patients en ALD pour maladie cardiaque

4. Parcours « accidents vasculaires cérébraux »

Eléments 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 50% 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 c. Accès à l'IRM H24 d. Renforcement des capacités d'accueil des 2 UNV du CHU e. Développement du Télé-AVC f. Traitement des demandes d'avis de Mayotte g. Optimisation des temps de transferts inter-hospitaliers vers les UNV (Héli-SMUR, TIIH, ambulances privées etc.) h. Identification du CHU site Sud comme Centre de Recours Régional AVC 4. Rapprochement géographique des patients après passage en UNV : 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) :
c. accès à des professionnels de la rééducation
d. mise en place d'une équipe pluridisciplinaire formée
e. recours H24 à une expertise neuro-vasculaire mobile ou par télé-expertise

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 :
   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
6. Accompagnement à domicile des patients et de leurs familles :
   a. Diffusion d'un guide d'aide à l'orientation à destination des professionnels de santé portant sur les conséquences sociales, professionnelles et familiales de la maladie
   b. Développement des programmes d'l'ETP post AVC
   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

- PRAANS
- Plan AVC
- PRADO AVC
- Programme OIIS

Acteurs concernés	Population cible
▪ PTA ▪ Caisse Générale de Sécurité Sociale ▪ Conseil Départemental ▪ Etablissements de santé, ▪ Masseurs Kinésithérapeutes libéraux ▪ Orthophonistes libéraux ▪ Professionnels du 1er recours ▪ MDPH ▪ Etablissements et services médicaux-sociaux ▪ Transporteurs sanitaires ▪ GCS TESIS ▪ Equipes de recherche ▪ Associations	▪ Personnes à risque cardio-neurovasculaire ▪ Patients victimes d'AVC ▪ Familles et aidants

5. Parcours « maladies cancéreuses »

Eléments de contexte

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.

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.

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.

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.

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.

Actions et leviers d'action

1. Prévention des risques de cancer :
    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
    b. Vaccination anti-HPV
    c. Prévention des cancers liés au travail ou à l'environnement : cancer de la plèvre, cancer de la vessie
    d. Réduction des risques de second cancer par l'accès aux soins de support et la mise en place du PPS
2. Accès plus précoces aux diagnostics :
    a. Dépistage organisé du cancer du sein : développement de la mammographie numérisée
    b. Dépistage du cancer du col utérin chez les femmes de 25 à 65 ans :
    c. Renforcement de la promotion du dépistage organisé auprès des femmes de 25 à 65 ans
    d. Renforcement du dépistage auprès des personnes en situation de handicap
    e. Augmentation du taux de dépistage en ville avec le contrôle de tranches d'âge des femmes dépistées
    f. Partage des résultats par les laboratoires d'anatomo-pathologie avec Run Dépistages
    g. Amélioration de la couverture par le dépistage du cancer colorectal

3. Qualité et la sécurité des prises en charge :
    a. Mise en œuvre des étapes règlementaires du Plan cancer dans tous les services :
    b. Réalisation et traçabilité de la consultation d'annonce paramédicale
    c. Traçabilité automatique des conclusions de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)
    d. Systématisation du Plan Personnalisé de Soins (PPS) lors de l'annonce paramédicale
    e. Systématisation des comptes rendus médicaux dans le DCC à chaque étape du parcours de traitement du cancer
    f. Adaptation du DCC aux spécialités d'organe et pré-remplissage automatique à partir du dossier patient hospitalisé
    g. Réduction des délais d'attente pour le bilan de l'étendue de la maladie cancéreuse : mise en œuvre d'un deuxième TEP Scan
    h. Réalisation des bilans des cancers de la prostate : équipement pour utilisation de la choline marquée au F18
    i. Positionnement des HAD sur la chimiothérapie à domicile
    j. Promotion de la chirurgie carcinologie ambulatoire
    k. Développement de la radiologie interventionnelle
    l. Renforcement de la radiothérapie :
    m. Disposition d'un accélérateur supplémentaire sur l'une des deux implantations autorisées, en fonction de la saturation des équipements existants
    n. 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
    b. Spécialistes du traitement de la douleur
    c. Kinésithérapeutes
    d. Diététiciens
    e. Psychologues
    f. Sexologues
    g. Socio-esthéticiens
    h. Activité Physique Adaptée (APA)
    i. Assistance sociale
    j. Préservation de la fertilité
    k. Renforcement des capacités des équipes mobiles en soins palliatifs
    l. Intégration et coordination des parcours par la PTA

Lien programmes ou plans d'action existants	
▪ Plan cancer ▪ PRSE ▪ Plan Régional Santé au travail (PRST)	
Acteurs associés	**Population cible**
▪ 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 ▪ Médecine de travail	▪ Population générale ▪ Patients

6. Parcours « douleurs chroniques »

Eléments de contexte

Au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques ; pourtant 70% d'entre eux ne reçoivent pas un traitement approprié pour leur douleur. La douleur constitue le premier motif de consultation, dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste. Moins de 3 % des patients douloureux bénéficient d'une prise en charge dans un des centres spécialisés.
« La prise en charge de la douleur n'est pas seulement un véritable enjeu de santé publique mais un problème de société. La douleur chronique, en particulier post-chirurgicale, induit une forte consommation de soins ainsi qu'un important absentéisme professionnel ».

A la Réunion, la prise en charge en charge de la douleur chronique s'organise autour de 3 structures labellisées

- un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) au CHU (une consultation sur chaque site, nord et sud),

-deux Consultations de la Douleur (CHGM, Clinique de Sainte Clotilde).

Tous les passages en italiques sont extraits du LIVRE BLANC DE LA DOULEUR 2017 rédigé par la SFETD, Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Actions et leviers d'action

1. Maintenir et consolider le rôle des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique soit actuellement à La Réunion : 3 structures labellisées : 1 Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) au CHU (une consultation sur chaque site, nord et sud), 2 Consultations de la Douleur (CHGM, Clinique de Sainte Clotilde).
2. Améliorer la prise en charge de la douleur et réduire les délais d'attente de première consultation en renforçant le maillage régional en créant une consultation au GHER (secteur est)
3. Créer une structure spécialisée dans la PEC de la douleur de l'enfant au CHU.
4. Positionner le CETD sur ses missions de recherche en particulier en recherche translationnelle en impliquant tous les acteurs.
5. Renforcer la formation en particulier initiale de tous les professionnels de santé, en particulier des acteurs de premier recours (médecins généralistes, paramédicaux, pharmaciens…) impliqués dans l'accompagnement des patients douloureux chroniques et favoriser une coordination multi-professionnelle des soins, en ville comme à l'hôpital et entre les deux.
6. Mieux prévenir les douleurs chroniques et leur impact en proposant un dépistage et une prise en charge précoce des facteurs de chronicisation,
7. Mettre en place des actions de prévention des risques professionnels
8. Mieux évaluer et traiter la douleur des populations vulnérables (personnes âgées ou en situation de handicap, en Santé mentale, mais aussi mieux prévenir la douleur au travail, en chirurgie (en particulier après chirurgie ambulatoire en favorisant le développement de l'anesthésie loco-régionale, la gestion des cathéters péri-nerveux à domicile) ou encore la prévention de la douleur induites par les soins

9. Améliorer l'offre de soins en favorisant localement :

   -la reconnaissance et l'accès aux approches non médicamenteuses de la douleur et à l'éducation thérapeutique du patient

   -l'accès aux nouvelles technologies (radiologie interventionnelle, radio fréquence, neurostimulation médullaire, rTMS ou Stimulation magnétique transcrânienne répétitive, pompe intrathécales…)

10. En partenariat avec les associations d'usagers, reconnaître et soutenir les personnes douloureuses et leurs proches.

- Livre blanc de la douleur 2017

Acteurs associé	Population cible
▪ Professionnels de santé libéraux et hospitaliers ▪ Centres labellisés Douleur ▪ Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ▪ Etablissements de santé ▪ ESMS ▪ Structures labellisées d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) ▪ Associations d'usagers	Tout patient adulte et enfant,

7. Parcours « addictions »

Eléments de contexte

Les addictions se caractérisent à La Réunion par :

- 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.

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.

Actions et leviers d'action

1. Observation des conduites addictives et des publics concernés :
   a) Disposition de moyens locaux d'analyse de la composition des produits en circulation
   b) Dispositifs SINTES et TREND face à l'émergence de nouvelles substances addictives
2. Prévention des conduites addictives et repérage précoce des personnes avec conduites à risque :
   a) Programmes de développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et des compétences éducatives des parents
   b) Programmes de prévention des pratiques addictives : produits licites, illicites et sans substance, chez les jeunes
   c) 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 temps
   e) Mise en œuvre et pilotage de la charte d'engagement des pouvoirs publics et professionnels contre l'usage nocif ou abusif d'alcool
   f) Plaidoyer contre le régime dérogatoire outremer sur la fiscalité sur l'alcool
   g) 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 :
   a) Sensibilisation et formations des professionnels de santé libéraux, hospitaliers et du secteur médico-social à la prise en charge des addictions
   b) 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 d'urgence
   c) Réorganisation du maillage de l'offre des CSAPA sur le territoire Ouest autour de 2 pôles à Saint Paul et le Port/La Possession
   d) Développement de « l'aller vers » :

-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

e) Coordination territoriale des prises en charge des comorbidités psychiatriques et addictologiques entre CSAPA, CMP et services hospitaliers d'addictologie

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

g) Elaboration d'un référentiel des missions de chaque acteur du parcours : entrée, prise en charge, accompagnement

h) Mise en place d'une continuité de prise en charge des patients entre les passages aux urgences, les ELSA et les CSAPA

i) Elaboration de modalités spécifiques d'accompagnement des addictions sans produit

j) Renouvellement du volet « prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire » dans le cadre des conventions santé-justice

4. Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives :

a) Programme de « prescription accompagnée d'Artane » porté par le réseau SAOME, sous réserve de validation nationale

b) Création d'un CAARUD, ou d'une fonction CAARUD, sur les territoires qui en sont dépourvus en lien avec le CSAPA du territoire

Lien programmes ou plans d'action existants

- Circulaire addictologie de 2008
- Plan régional de prévention et de prise en charge du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

Acteurs associé	Population cible
▪ Préfecture ▪ DJSCS ▪ PJJ ▪ Education nationale ▪ Département et collectivités ▪ OFDT ▪ MILDECA ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements médico- sociaux dont CSAPA, CAARUD, CJC ▪ PTA ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Maisons des adolescents ▪ Réseaux de santé ▪ Services pénitentiaires ▪ GCS TESIS	▪ Personnes à conduite addictive avec ou sans produit ▪ Jeunes ▪ Population générale

VI. LA PROMOTION ET LA PROTECTION DE LA SANTE MENTALE

Eléments 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 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 le 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

1. Prévenir les maladies mentales et renforcer l'acceptation sociale des personnes atteintes
2. Prévenir les conduites suicidaires
3. Assurer les conditions d'un repérage et d'un diagnostic précoce des troubles psychiques
4. Enrichir les modalités de prise en charge des troubles psychiques
5. Améliorer la fluidité des parcours de soins
6. Améliorer les conditions de vie et l'inclusion sociale des personnes avec troubles psychiques
7. Développer les connaissances et les compétences partagées en santé mentale

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

Eléments de contexte
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. 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. 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 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. Il est donc nécessaire d'agir pour promouvoir le bien-être mental et mieux faire comprendre la santé mentale et les troubles psychiques.
Actions et Leviers d'action
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
▪ Stratégie Nationale de Santé ▪ Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) ▪ Parcours éducatif en santé

Acteurs associés	Population cible
▪ 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 ▪ Associations de patients	▪ Population générale ▪ Jeunes ▪ Parents

2. Prévenir les conduites suicidaires

Actions et Leviers d'action
1. Formations des professionnels du 1er recours au repérage du risque suicidaire 2. Organisation des complémentarités entre les lignes d'écoutes téléphoniques, les associations d'accueil et les réseaux de prise en charge et de soins 3. Mise en place de possibilités de re-contact des personnes ayant fait une tentative de suicide 4. Repérage des signes faibles de mal être chez les jeunes et les personnes âgées 5. Evaluation du programme Vigilans pour une généralisation du dispositif 6. Organisation d'une réponse d'hospitalisation rapide en aval des urgences
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Dispositif VigilanS

Acteurs associés	Population cible
▪ 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) ▪ Association	▪ Personnes en situation à risque

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

Eléments de contexte
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). Les délais d'attente pour un premier contact peuvent aller de 6 mois dans les CMP à 2 ans dans certains CMPP. 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 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. 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.
Actions et Leviers d'action
1. Réorganisation de la répartition des missions de manière spécifique et complémentaire entre CMPEA et CMPP 2. Réorganisation interne des CMPEA, CMPP, CMP et les équipes de liaison pédopsychiatrie dans les établissements, 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
▪ Stratégie Nationale de Santé ▪ Charte Romain Jacob

Acteurs associés	Population cible
▪ CMPP ▪ CMPEA ▪ CMP ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ CTSM 974 ▪ Etablissements et service sociaux et médico-sociaux ▪ Services d'urgence et urgences psychiatriques	▪ Population générale ▪ Jeunes ▪ Parents ▪ Personnes âgées

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

Eléments de contexte

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.

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.

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.

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.

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.

La pénurie de psychiatres implique de développer de nouvelles organisations des soins et de la permanence des soins.

Actions et Leviers d'action

1. Développement d'une offre d'hospitalisation psychiatrique adulte complémentaire et assurant un maillage territorial
2. Extension des capacités d'hospitalisation psychiatrique 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. 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 contrainte
9. Création au sein de l'hospitalisation publique, d'une unité de soins intensifs en psychiatrie, à recrutement Réunion-Mayotte, pour la prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte et requérant une prise en charge et/ou une surveillance renforcées
10. Promotion des thérapies non médicamenteuses

Lien programmes ou plans d'action existants

- Stratégie Nationale de Santé

Acteurs associés	Population cible
▪ CTSM 974 ▪ Psychiatres libéraux ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Administration pénitentiaire ▪ Associations d'usagers ▪ Réseaux	▪ Enfants ▪ Adolescents ▪ Personnes âgées ▪ Personnes en situation de précarité ▪ Personnes sous main de justice



5. Améliorer la fluidité des parcours

Eléments de contexte
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. Un travail identique et complémentaire a été fait pour le recours aux urgences. Le champ de la prise en charges des enfants et des jeunes reste à aborder. La coordination entre les prises en charge psychiatriques et addictologiques reste faible, malgré les nombreuses comorbidités. 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 en situation de handicap et des personnes âgées ».
Actions et Leviers d'action
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 et harmonisation de l'accueil dans les 4 zones de santé 3. Extension à la prise en charge des jeunes intégrant le passage à l'âge adulte 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 : 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
▪ Stratégie Nationale de Santé ▪ Charte Romain Jacob

Acteurs associés	Population cible
▪ CTSM 974 ▪ ESMS ▪ Etablissements de santé ▪ MDPH ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ PTA ▪ Réseaux ▪ Associations d'usagers	▪ Patients

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

Description
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. 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. 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. Les recommandations de bonnes pratiques concernant le recours aux chambres d'isolement et aux traitements par contentions doivent être mises en œuvre. 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.
Actions et Leviers d'action
1. Renforcement de l'offre de réhabilitation psycho-sociale au niveau des CMP 2. Favoriser le développement cohérent des services d'accompagnement à domicile tant qu'en capacité et qu'en polyvalence 3. Structuration de l'offre de soins ambulatoire autour du projet de création d'une centaine de places de maisons relais de la DJSCS 4. Accroissement des capacités d'accueil de personnes en situation de handicap psychique en ESAT 5. Création de nouveaux Groupements d'Entraide Mutuelle en handicap psychique 6. Développement des capacités d'alternatives à l'hospitalisation complète (accueil familial thérapeutique, appartements de coordination thérapeutique, appartements associatifs à visée thérapeutique…) 7. Renforcement du dispositif de mise à disposition de professionnels de psychiatrie et de pédopsychiatrie des établissements de santé avec les établissements sociaux et médico-sociaux 8. Fluidification des parcours en hospitalisation de jour 9. Développement des accueils familiaux pour les handicapés psychiques avec formation
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Charte Romain Jacob ▪ Stratégie Nationale de santé ▪ PDALPD

Acteurs associés	Population cible
▪ Département ▪ DJSCS ▪ CTSM 974 ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Accueillants familiaux ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ GEM ▪ Associations de patients	▪ Patients

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

Description
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. La HAS et l'ANAP diffusent régulièrement de guides de bonnes pratiques concernant les pathologies psychiatriques et l'amélioration du parcours en santé Mentale. 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. 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.
Actions et Leviers d'action
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 et l'épidémiologie en santé mentale
Lien programmes ou plans d'action existants
▪ Stratégie Nationale de Santé

Acteurs associés	Population cible
▪ CTSM 974 ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements et services sociaux et médico-sociaux ▪ Professionnels de santé libéraux ▪ Université ▪ IRTS et instituts de formation ▪ OPCA ▪ ORS	▪ Professionnels de santé ▪ Professionnels du social, du médico-social ▪ Patients

VII. L'ENVIRONNEMENT AU SERVICE DE LA SANTE

Description
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, …), par opposition aux facteurs internes (causes héréditaires, congénitales, fonctionnelles, lésionnelles, psychosomatiques, …). 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, …) - et à promouvoir un environnement favorable à la santé. 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. Pour La Réunion, 5 axes stratégiques structurent ainsi le PRSE : - alimentation et eau, - habitat et espaces intérieurs, - cadre de vie et espace extérieurs, - culture commune en santé environnementale, - établissement recevant de jeunes publics, et trois principes d'actions : - 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. 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 : - 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 …). Ces orientations sont détaillées dans le PRSE et le PRS.

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

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

Description
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. 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. 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.

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
1. Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien
2. Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte
3. Renforcer la prévention des arboviroses (dengue, chikungunya, zika,…) et de la leptospirose
4. Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance
5. Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité

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

Eléments de contexte
La veille sanitaire internationale, notamment dans sa composante régionale, est un maillon essentiel à l'anticipation et à la préparation de la riposte. 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. 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. 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 vrai 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.
Actions et Leviers d'action
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
▪ Projet-programme réseau COI/SEGA

Acteurs associés	Population cible
▪ CIRE OI / Santé Publique France ▪ Réseau COI/SEGA ▪ CIRAD (Réseau Animal Risk) ▪ AFD	▪ Populations de La Réunion et de Mayotte

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

Eléments 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 point 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, évènements 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 évènements sanitaires.

Cette organisation repose avant tout sur la mobilisation des acteurs de santé pour le signalement des évènements 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
   - Développer des capacités opérationnelles de riposte face aux risques émergents

Acteurs associés	Population cible
▪ CIRE OI / Santé Publique France ▪ Systèmes de vigilance – Réseau RREVA ▪ Structure régionale d'appui ▪ Education nationale	▪ Acteurs de santé

3. Renforcer la prévention des arboviroses (dengue, chikungunya, zika,…) et de la leptospirose

Description
De par leur situation géographique et leur climat, la Réunion et Mayotte sont constamment exposés au risque d'épidémies d'arboviroses (dengue, chikungunya, zika, …). L'épidémie de chikungunya de 2005 et 2006 constitue une crise sanitaire majeure dans l'histoire des 2 îles et a été à l'origine de la constitution des services de Lutte Anti-Vectorielle de l'ARS OI tel qu'ils existent aujourd'hui. Les 2 îles sont dotées depuis 2006 d'un dispositif opérationnel ORSEC de lutte contre les arboviroses. Ces plans, réévalués et mis à jour régulièrement, décrivent l'organisation de la lutte aux différents niveaux de risque fonction du contexte épidémiologique. Dans ce cadre, la détection précoce des cas est primordiale, afin de mettre en place rapidement les mesures de lutte anti-vectorielle autour des cas. Le dispositif de lutte anti-vectorielle de l'ARS OI une stratégie axée sur la capacité à intervenir très vite et très fort sur les tous premiers cas, et à monter rapidement un dispositif coordonné dès les premiers stades épidémiques. En dehors des périodes épidémiques, les actions de surveillance et de prévention basées sur l'élimination systématique des gîtes de reproduction des moustiques avec la participation des habitants sont d'une importance capitale. Cette stratégie a systématiquement été mise en œuvre ces dernières années lors des épisodes successifs de circulation de la dengue et a montré à chaque fois toute son efficacité. Depuis 2006, la Réunion et Mayotte connaissent une situation inter-épidémique ponctuée d'épisodes limités de circulation virale. La Réunion a connu une résurgence du chikungunya en 2010 (158 cas) puis, plus récemment, 4 épisodes de circulation du virus de la dengue en 2012 (31 cas), en 2013 (21 cas), en 2014 (29 cas) et 2016 (231 cas). Jusqu'en 2017, tous ces événements avaient pu être contenus grâce à une très forte mobilisation des services de lutte anti-vectorielle de l'ARS-OI et à la collaboration efficace des collectivités locales. Depuis 2017, La Réunion connait une épidémie de dengue maintenue au 1er semestre 2018 à un niveau soutenu mais stable et justifiant une très forte mobilisation des dispositifs de lutte anti-vectorielle renforcés de moyens opérationnels d'autres institutions. Egalement, la leptospirose est un sujet de préoccupation important avec plus d'une cinquantaine de cas recensés chaque année à La Réunion et près d'une centaine à Mayotte, soit respectivement 10 et 50 fois l'incidence en métropole. Cette maladie est favorisée par le climat chaud et humide et les conditions environnementales favorisant la prolifération des rats. Si cette maladie ne présente pas un potentiel épidémique au même titre que les arboviroses, elle représente un enjeu de santé publique important qui justifie une forte mobilisation des pouvoirs publics pour lutter activement contre les rats et les situations d'insalubrité associées.
Actions et Leviers d'action
1. Maintenir à l'ARS OI un dispositif opérationnel de lutte anti vectorielle réactif et performant pour répondre aux enjeux de la menace vectorielle

2. Faire évoluer les dispositifs ORSEC de lutte contre les arboviroses, en retours d'expérience de la gestion d'épisodes de circulation d'arboviroses, pour garantir une capacité d'intervention réactive en cas d'apparition de cas et, en situations épidémiques, une montée en puissance des dispositifs coordonnés de lutte anti-vectorielle
3. Contribuer au renforcement de la mobilisation des collectivités locales en matière de salubrité publique, d'élimination des gîtes larvaires à moustiques et de lutte contre les rats, selon une stratégie ciblée et orientée en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique (arboviroses, leptospirose)
4. Poursuivre la mobilisation d'un large réseau d'acteurs, s'appuyant sur des stratégies de mobilisation sociale en constante évaluation et évolution et prenant en compte le nécessaire développement de nouveaux outils et modes d'intervention, pour la promotion des gestes de prévention en matière :
    - de lutte contre les moustiques et d'élimination des gîtes larvaires
    - de lutte contre les rats et de prévention de la leptospirose
5. Définir une stratégie de vaccination vis-à-vis de la leptospirose spécifique à la Réunion et à Mayotte

Lien programmes ou plans d'action existants
Plans ORSEC de lutte contre les arboviroses à la Réunion et à Mayotte

Acteurs associés	Population cible
▪ Préfecture et service de l'Etat ▪ Collectivités locales ▪ CIRE OI / Santé Publique France ▪ Associations en charge d'actions de prévention	Populations de la Réunion et de Mayotte

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

Eléments de contexte

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 ».

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.

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'antibiotiques tous établissements confondus positionnent Réunion-Mayotte en 2ème position des régions les plus consommatrices (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.

Actions et Leviers d'action

1. Renforcement de la mise en œuvre des précautions standard pour tout soin, lieu patient et professionnels
2. 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, avis d'un infectiologue en cas de traitement inopérant
3. Renforcement et coordination de la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de la résistance aux antibiotiques en santé humaine et animale
4. Développement des capacités analytiques (génotypage des souches) pour mieux investiguer et gérer les épidémies communautaires ou intra-hospitalières
5. 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 antibiotiques
6. Promotion de l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) facilitant la mise en route du traitement approprié
7. Promotion de traitements alternatifs en médecine humaine et animale

Lien programmes ou plans d'action existants

- PROPIAS
- Plan Ecoantibio 2017-2021 en médecine vétérinaire
- Plan de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Acteurs associés	Population cible
▪ CHU /CHM ▪ CPIAS ▪ Médecins généralistes ▪ Sociétés savantes ▪ Etablissements de santé ▪ Etablissements médico-sociaux ▪ Etablissements pharmaceutiques ▪ OMEDIT	▪ Acteurs du système de santé ▪ Usagers

5. *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

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 des situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif national ORSAN.

Ce domaine d'activité connait 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.

Compte tenu de la diversité des thématiques nationales à décliner localement, bien souvent selon des organisations spécifiques adaptées aux contextes locaux, il conviendra de d'établir cette planification dans la durée selon une priorisation à définir localement.

Actions et Leviers d'action

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. Suivi et accompagnement des établissements dans l'écriture, l'actualisation régulière et la mise en œuvre :
    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 et développement de la culture du retour d'expérience y compris auprès des établissements.

Lien programmes ou plans d'action existants

- ORSAN

Acteurs associés	Population cible
▪ Préfecture et EMZ ▪ Etablissements de santé et médico-sociaux ▪ Etablissements pharmaceutiques ▪ Santé Publique France ▪ Pompiers, forces de l'ordre, militaires	▪ 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 télémédecine, 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 chonique

IRCT : insuffisance rénale chronique terminale

IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion santé

IRM :imagerie par résonnance 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

TOUTES NOS PUBLICATIONS PRS2



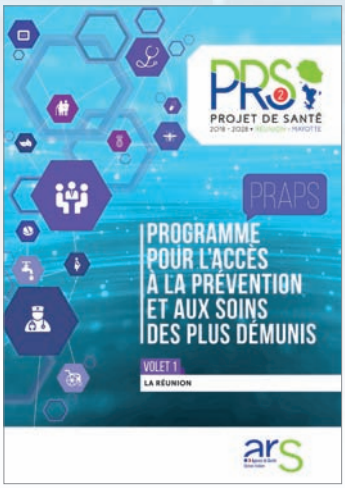


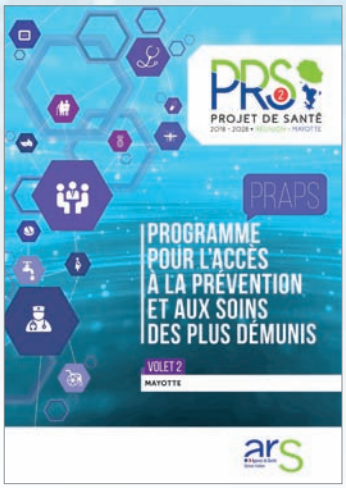












Retrouvez toutes les composantes du Projet de Santé sur notre site internet :

www.ocean-indien.ars.sante.fr

ARS Océan Indien

à La Réunion
2 bis avenue Georges Brassens
CS 61002
97743 Saint Denis CEDEX 9
02 62 97 90 00

à Mayotte
Rue Mariazé - BP 410
97600 Mamoudzou
02 69 61 12 25

L'ARS Océan Indien agit pour la santé à La Réunion et à Mayotte

ars Agence de Santé Océan Indien