

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

SRS 2023-2028



PRS
Projet Régional de
Santé La Réunion
2023-2033

*Votre santé
notre ambition*



SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| VOLET THÉMATIQUES..... | 7 |
| Thématique 1. La démocratie en santé | 11 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-1. Organiser une communication régulière à destination des usagers sur leurs droits | 14 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-2. Soutenir la représentation des usagers | 15 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-3. Conforter l'observation des droits et de la satisfaction des patients et des usagers | 17 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-4. Faire émerger la fonction de patient expert..... | 19 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-5. Renforcer la prévention de la maltraitance et promouvoir la bientraitance | 21 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-6. Associer la population, les élus et acteurs de santé à la politique de santé en région..... | 22 |
| Thématique 2. La prévention dans le quotidien des réunionnais | 25 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-1. Structurer la gouvernance régionale et territoriale de la prévention | 29 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-2. Développer une culture commune et durable de la prévention en santé | 31 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-3. Rendre la prévention accessible au quotidien..... | 33 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-4. Investir sur les compétences en santé des jeunes..... | 34 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-5. Mobiliser les acteurs du soin au bénéfice de la prévention | 35 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-6. Favoriser le choix d'une contraception adaptée | 36 |
| Thématique 3. Un environnement favorable à la santé | 37 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-1. Constituer et développer une capacité d'observation en santé environnement | 41 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-2. Sensibiliser le public, les professionnels de santé et les décideurs locaux aux enjeux de la santé environnementale | 43 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-3. Protéger et sensibiliser les enfants et les jeunes publics | 44 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-4. Encourager les établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur démarche de développement durable | 45 |
| Thématique 4. Des parcours coordonnés et accessibles..... | 46 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-1. Poursuivre la promotion et le soutien aux structures d'exercice coordonné | 50 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-2. Déployer les protocoles de coopération et les nouveaux métiers du soin | 52 |



| | |
|---|----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-3. Conforter les missions du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) | 54 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-4. Conforter la permanence des soins ambulatoires et l'accès aux soins non-programmés | 56 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-5. Mettre en œuvre la feuille de route régionale Cancer dans le cadre de la stratégie décennale | 58 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-6. Soutenir la filière « maladies rares » | 59 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-7. Renforcer le parcours des patients atteints de douleurs chroniques | 60 |

Thématique 5. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé62

| | |
|--|----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5-1. Renforcer l'offre de santé et son accessibilité dans les territoires et quartiers moins dotés | 66 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5-1. Renforcer l'offre de santé et son accessibilité dans les territoires et quartiers moins dotés | 66 |

Thématique 6. La santé des femmes69

| | |
|--|----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-1. Organiser la filière de prise en charge de l'endométriose | 72 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-2. Organiser un parcours adapté de prévention pour les femmes à partir de 45 ans | 74 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-3. Renforcer la prévention des violences intrafamiliales et le repérage des victimes | 75 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-4. Renforcer l'accès à une prise en charge coordonnée des victimes de violences | 77 |

Thématique 7. La santé de la mère et de l'enfant78

| | |
|--|----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-1. Agir auprès des femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale | 81 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-2. Renforcer la qualité des prises en charge en périnatalité | 83 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-3. Étendre le programme des « 1 000 premiers jours » | 85 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-4. Prévenir les violences faites aux enfants | 87 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-5. Faciliter le dépistage, l'orientation ainsi que l'accès à la prise en charge des enfants ayant des troubles du développement ou du comportement | 89 |

Thématique 8. La santé nutritionnelle92

| | |
|---|-----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-1. Améliorer la qualité de l'offre alimentaire | 95 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-2. Promouvoir la pratique d'activités physiques et la lutte contre la sédentarité | 97 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-3. Déployer des actions de santé nutritionnelle selon une approche territorialisée et populationnelle | 99 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-4. Améliorer la qualité du parcours de santé des personnes présentant un pré-diabète et un diabète | 101 |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-5. Consolider le parcours de prévention et de soins des personnes en surpoids ou obésité 103

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-6. Renforcer les actions de communication pour des comportements favorables à la santé nutritionnelle 104

Thématique 9. La santé mentale 105

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-1. Lutter contre la stigmatisation et prévenir l'apparition des troubles psychiques 109

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-2. Renforcer les capacités de repérage, d'orientation et de prise en charge précoce 111

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-3. Organiser l'accès aux soins psychiatriques non programmés ou urgents 113

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-4. Compléter l'offre de prise en charge 114

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-5. Favoriser les droits et l'inclusion dans la société des personnes souffrant de troubles psychiques 115

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-6. Disposer d'une capacité d'évaluation des actions, été de recherche et d'épidémiologie en santé mentale 116

Thématique 10. Les conduites addictives 117

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-1. Consolider la connaissance des conduites addictives 122

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-2. Renforcer les actions de prévention 123

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-3. Faire de la vie festive un environnement plus protecteur 125

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-4. Outiller les professionnels pour le repérage précoce et l'orientation vers une prise en charge 126

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-5. Renforcer les capacités de prise en charge et leur articulation 127

Thématique 11. La qualité de vie et santé des personnes vivant avec un handicap 129

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-1. Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoce des déficiences 133

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-2. Accroître les capacités d'accompagnement en faisant le choix de l'inclusion 134

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-3. Soutenir l'inclusion sociale et l'autonomie 136

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-4. Développer l'accès à la santé 138

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-5. Soutenir les aidants 140

Thématique 12. La qualité de vie et la santé des personnes âgées 142

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-1. Développer l'expertise en santé publique sur le vieillissement et ses conséquences 144



| | |
|---|-----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-2. Prévenir, repérer et retarder la perte d'autonomie..... | 145 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-3. Faciliter l'accès au diagnostic neurodégénératif et à la prise en charge | 147 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-4. Améliorer et fluidifier le parcours de santé des personnes âgées ... | 148 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-5. Diversifier les réponses médico-sociales conformément aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs proches | 150 |

Thématique 13. Les compétences et ressources humaines en santé.....153

| | |
|--|-----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-1. Accroître et étendre les capacités de formation en santé | 157 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-2. Accompagner les étudiants dans leur formation afin de prévenir les ruptures..... | 159 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-3. Faire connaître les métiers de la santé | 161 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-4. Faciliter l'installation des professionnels de santé sur le territoire ... | 162 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-5. Soutenir et fidéliser les professionnels en exercice..... | 163 |

Thématique 14. Le numérique au service de la santé.....164

| | |
|--|-----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-1. Sensibiliser et former les professionnels de santé à la cyber sécurité | 169 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-2. Prévenir et détecter les incidents de cyber sécurité et y remédier .. | 170 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-3. Organiser la continuité et la reprise d'activité afin de limiter les risques d'indisponibilité de l'offre de soins | 171 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-4. Proposer des solutions de télésanté en rapport avec les besoins identifiés..... | 172 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-5. Outiller les acteurs du soin pour une coordination efficace | 173 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-6. Informer et former les professionnels de la santé ainsi que les citoyens au numérique en santé | 175 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-7. Mobiliser les outils numériques au service de la prévention..... | 176 |

Thématique 15. La veille et La surveillance sanitaire, intégrant la dimension « une seule santé », et la réponse aux situations exceptionnelles.....178

| | |
|---|-----|
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-1. Installer une coopération sur les enjeux d'une seule santé | 181 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-2. Renforcer la veille sanitaire et l'utilisation des systèmes d'information à cet effet..... | 183 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-3. Renforcer la surveillance sanitaire en intégrant la dimension « Une seule santé »..... | 184 |
| OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-4. Se préparer aux crises et situations sanitaires exceptionnelles (SSE) dans un contexte d'insularité | 185 |

VOLET OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS.....187



| | |
|---|------------|
| VOLET LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (PDSES) | 285 |
| LEXIQUE ET GLOSSAIRE | 286 |



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ (SRS) 2023-2028



Le Schéma Régional de Santé détermine les évolutions attendues de l'offre de soins, de prévention et d'accompagnement médico-social au travers d'objectifs opérationnels à atteindre et actions à mener pour répondre aux 15 priorités retenues.

Il est la déclinaison opérationnelle du Cadre d'Orientations Stratégiques pour les 5 prochaines années. Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies vient compléter le Schéma Régional de Santé afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le document a été conçu en lien avec les acteurs locaux de santé, les représentants des usagers, les élus et les institutions au travers d'ateliers de co-construction ainsi que de séminaires dédiés à l'évolution de l'offre de soins.

Il est composé de 3 volets :

- Objectifs opérationnels et actions
- Objectifs quantifiés de l'offre de soins
- Permanence des soins en établissements de santé



La veille et la surveillance sanitaire
et la réponse aux situations
exceptionnelles



Le numérique
au service de la santé



Les compétences
et ressources humaines
en santé



La démocratie
en santé



La prévention
dans le quotidien
des réunionnais



Un environnement
favorable à la santé



Les conduites
addictives

THÉMATIQUES DU SRS



La santé
des femmes



La qualité de vie et
la santé des personnes
vivant avec un handicap



La qualité de vie
et la santé des
personnes âgées



La santé de la mère
et de l'enfant



Des parcours
de santé coordonnés
et accessibles



La réduction des
inégalités sociales
et territoriales
de santé



La santé mentale



La santé nutritionnelle



LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ



THÉMATIQUE 1

LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Description

Le système de santé, une gouvernance partagée avec les élus, les usagers ou patients et les professionnels de santé

La démocratie en santé repose sur :

- La promotion des droits individuels et collectifs des usagers de la santé,
- La participation des usagers à la gouvernance du système de santé,
- L'association des professionnels de santé, des élus, des collectivités locales et de l'ensemble des services publics, à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé.

Le patient doit disposer d'une information claire sur ses droits individuels et collectifs.

La démocratie en santé s'exprime au travers de la gouvernance des établissements de santé et médico-sociaux, de l'ARS, des instances représentatives des usagers (commissions des usagers, conseils de la vie sociale), des associations de patients et des fédérations et unions des professionnels et établissements de santé, de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) réunissant acteurs de santé, représentants d'usagers, élus, services publics et Assurance Maladie.

Les contrats locaux de santé participent également à la démocratie en santé en proposant un cadre d'association entre l'ARS et les communes afin que les élus locaux et la population qu'ils représentent participent à la définition et à la mise en œuvre d'actions prioritaires pour améliorer, au quotidien, les conditions de la santé des habitants.

Les professionnels de santé eux-mêmes sont invités à prendre part à l'organisation territoriale de la réponse aux besoins de santé et à définir les modalités de leurs interventions et de leurs coopérations :

- Maisons de santé pluri-professionnelles
- Communautés professionnelles territoriales de santé
- Contrat territorial de santé mentale...

Enfin, la gouvernance des établissements de santé est appelée à prendre davantage en compte l'expérience et les attentes des professionnels qui y travaillent et dispensent les soins aux patients.

La crise COVID : l'expérience de l'impératif de démocratie en santé

L'épidémie de COVID, par son ampleur et ses impacts sur l'ensemble de la société, a renforcé le dialogue entre les autorités publiques et sanitaires, les élus locaux, les représentants des professionnels de santé et des usagers/patients : partage de l'état des connaissances, discussion et exposé de la stratégie retenue face aux évolutions de l'épidémie, organisation locale de la réponse sanitaire.

Si ces échanges ont pu être considérés comme insuffisants, ils ont démontré toute leur nécessité pour mettre en place des organisations locales répondant aux impératifs de prévention et d'accès aux soins, favoriser la connaissance partagée de la situation



sanitaire et la compréhension des motivations de l'action publique, prendre et adapter les décisions aux réalités locales.

La situation ultra-marine et insulaire de La Réunion, avec des phases épidémiques différentes de l'hexagone, a renforcé cette exigence de débat local et de concertation pour adapter les mesures au territoire.

Le Conseil National de la Refondation en Santé : une méthode d'amplification de la démocratie en santé

La démarche de Conseil National de la Refondation en Santé (CNR Santé) vise à donner la possibilité aux parties prenantes locales (citoyens, associations d'usagers, professionnels et acteurs de santé, élus, services publics) de s'emparer des problématiques de santé du territoire et de construire ensemble les solutions les plus pertinentes.

Lancé en septembre 2022 dans toutes les régions, le CNR Santé repose sur le partage du diagnostic des difficultés, sur l'identification des atouts du territoire, sur la coresponsabilité de l'ensemble des acteurs locaux, et sur la proposition d'innovations ou expérimentations, évaluées et pouvant être étendues ou généralisées.

Cette démarche est amenée à se poursuivre et à devenir la méthode de concertation et de construction des réponses aux besoins de santé de la population et aux attentes des professionnels de santé.

Elle doit devenir un mode régulier d'amélioration de l'offre de santé pour tous, au plus près du quotidien de la population et des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Une exigence pour l'efficacité et la qualité du système de santé

La démocratie en santé est la condition de l'efficacité de notre système de santé, de la qualité des soins, d'une approche éthique de la santé et de l'acceptabilité de l'action publique sanitaire au niveau national et local. Elle demande à être approfondie et renforcée.

Elle suppose de créer ou d'entretenir des espaces dédiés de débat, de proposition et d'avis, et que chaque partie prenante, et tout particulièrement les représentants des usagers, disposent des conditions permettant leur expression et participation.

Elle repose sur la reconnaissance de la légitimité des patients à faire valoir leurs droits et leur expression, à l'instar des professionnels de santé et des élus, porteurs du mandat de représentation de la population.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Promouvoir la connaissance et l'exercice des droits des usagers, et la reconnaissance de l'expertise des patients
2. Renforcer le traitement des signalements et des plaintes, et mieux prévenir la maltraitance
3. Coordonner l'action publique locale au service de la santé et favoriser la participation de la population, des élus et des acteurs de santé à la gouvernance locale de la santé



Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Organiser une communication régulière à destination des usagers sur leurs droits
2. Soutenir la représentation des usagers
3. Conforter l'observation des droits et de la satisfaction des patients et des usagers
4. Faire émerger la fonction de patient expert
5. Renforcer la prévention de la maltraitance et promouvoir la bientraitance
6. Associer la population, les élus et acteurs de santé à la politique de santé en région

Indicateurs de résultats

- Taux de couverture des sièges de représentants des usagers dans les commissions des usagers des établissements de santé et les conseils de la vie social des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Taux de clôture des signalements, plaintes et réclamations sous 90 jours
- Taux d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux inspectés sur les 5 dernières années
- Pourcentage de la population couverte par un contrat local de santé
- Nombre de projets de santé associant des patients experts



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-1

Organiser une communication régulière à destination des usagers sur leurs droits

Contexte/Enjeux

De multiples dispositifs existent visant à garantir les droits des usagers. Il est important que chaque usager les connaisse pour pouvoir en bénéficier et que chaque professionnel puisse les respecter et les faire respecter.

La communication à destination des usagers doit recourir à une diversité de canaux et être adaptée aux déficiences éventuelles des bénéficiaires, notamment visuelles ou auditives, et respecter les règles FALC (facile à lire et à comprendre).

Cette communication sera conduite avec les associations représentatives des usagers.

Actions à mettre en œuvre

- **Élaborer et diffuser des supports d'information sur les droits des usagers via différents canaux (émissions TV/Radio, salles d'attentes, site internet masante.re ...)**
- **Renforcer la visibilité et l'accessibilité des maisons des usagers au sein des établissements publics et privés de santé**
- **Organiser une journée régionale annuelle sur les droits des usagers**
- **Organiser une campagne de sensibilisation sur les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance**
- **Ouvrir un appel à projet régional pour sélectionner et soutenir des initiatives promouvant les droits des usagers notamment auprès des personnes démunies, vulnérables, âgées ou vivant avec un handicap**
- **Favoriser l'intervention des associations agréées dans les formations initiales des professionnels de santé**

Acteurs associés

- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS et ordres professionnels
- France Assos Santé
- Représentants des usagers
- Associations et acteurs de quartier

Population cible

- Population générale
- Représentants des usagers

Lien programmes ou plans d'action existants

Rapport de la CNS du 06.04.22 - La démocratie en santé : une urgence de santé publique - 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-2

Soutenir la représentation des usagers

Contexte/Enjeux

La question du statut des représentants des usagers anime les débats à tous les niveaux de la démocratie en santé.

Les lois de 2002 ont constitué des avancées majeures dans le développement des droits individuels et collectifs des usagers du système de santé. Les deux dernières décennies ont permis de renforcer ces droits.

Alors qu'est constatée une évolution vers une forme de professionnalisation ou d'expertise des représentants des usagers, se pose la question des conditions d'exercice de leurs mandats, reposant principalement sur un engagement bénévole.

Si cette condition de bénévolat recouvre une dimension éthique, la fonction de représentant des usagers doit être soutenue pour prévenir un épuisement de l'engagement et du volontariat.

Actions à mettre en œuvre

- Mobiliser des financements régionaux complémentaires pour la formation des représentants des usagers et des membres des conseils de la vie sociale (CVS)
- Développer, à l'initiative des établissements de santé, l'ouverture aux représentants des usagers, de leurs formations internes
- Inscrire, dans le fonctionnement des instances et groupes de travail, le principe de l'indemnisation des déplacements et repas des représentants des usagers
- Engager une réflexion régionale sur le statut des représentants des usagers, et notamment la possibilité de recourir au congé de représentation
- Veiller à la désignation effective des représentants des usagers dans les commissions des usagers (CDU) et conseils de la vie sociale (CVS) des établissements de santé et médico-sociaux
- Systématiser, dans les règlements intérieurs des commissions des usagers (CDU) et conseils de la vie sociale (CVS), l'invitation et la participation du suppléant, même en présence du titulaire
- Définir un cadre régional permettant aux associations agréées de disposer d'une représentation au sein des conseils de la vie sociale (CVS)
- Veiller à la représentation des usagers au sein des instances de gouvernance des CPTS
- Veiller à la représentation des usagers au sein des comités techniques thématiques, groupes de travail, comités de suivi et autres instances mises en place dans le cadre du pilotage et de la déclinaison de la politique de santé au niveau régional



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé et médico-sociaux • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • France Assos Santé • Représentants des usagers | <ul style="list-style-type: none"> • Représentants des usagers |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Rapport de la CNS du 06.04.22 - La démocratie en santé : une urgence de santé publique - 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé</p> | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-3

Conforter l'observation des droits et de la satisfaction des patients et des usagers

Contexte/Enjeux

La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) porte une mission essentielle d'observation des droits des patients. Elle l'exerce au travers d'un rapport annuel, rédigé par la commission spécialisée des droits des usagers (CSDU), à partir de l'exploitation des bilans des commissions des usagers (CDU) des établissements de santé, des conseils de vie sociale (CVS) des établissements et services médico-sociaux, et de toute autre enquête qu'elle souhaite mener.

La production de ce rapport reste difficile du fait de l'absence d'harmonisation des bilans des commissions des usagers (CDU) et conseils de la vie sociale (CVS) et de l'insuffisance de moyens d'analyse mis à disposition.

Actions à mettre en œuvre

- **Construire une application régionale numérique permettant le recueil de l'expérience et de la satisfaction des patients en sortie d'hospitalisation sur la base d'un questionnaire harmonisé entre les établissements de santé**
- **Conduire des travaux pour améliorer la collecte de la satisfaction des usagers**
- **Harmoniser les rapports annuels des commissions des usagers (CDU) des établissements de santé et des conseils de vie sociale (CVS) des établissements et services médico-sociaux**
- **Mettre à disposition de la commission spécialisée des droits des usagers une compétence d'analyse pour l'élaboration du rapport annuel sur les droits des usagers**
- **Permettre à la commission spécialisée des droits des usagers de mener une enquête biennale sur une thématique particulière de l'exercice des droits des usagers**
- **Intégrer, dans le rapport annuel sur les droits des usagers, les données relatives aux plaintes, réclamations, signalements dont sont destinataires l'ARS et le Conseil Départemental**
- **Intégrer, dans le rapport annuel sur les droits des usagers, le bilan des inspections et contrôles menés par l'ARS et le Conseil Départemental ainsi que les résultats de la certification des établissements de santé et de l'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux**
- **Assurer la publicité et la diffusion du rapport annuel sur les droits des usagers**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Conseil Départemental• CRSA• Établissements de santé et médico-sociaux• URPS et ordres professionnels• France Assos Santé• Représentants des usagers• GCS TESIS | <ul style="list-style-type: none">• Population générale |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-4

Faire émerger la fonction de patient expert

Contexte/Enjeux

Les savoirs issus de l'expérience d'une situation de vulnérabilité, ou de l'expérience de la maladie, sont progressivement reconnus et considérés comme utilement mobilisables pour l'élaboration de projets en santé (notamment les programmes d'éducation thérapeutique du patient) ou dans la prise en charge des patients.

Ainsi, une définition se dessine du patient expert en tant qu'individu concerné comme patient ou parent par une maladie chronique et ayant développé au fil du temps une connaissance fine de la maladie. La notion de patient expert recouvre celles de patient formateur, de patient partenaire, de patient expérimenté ou de pair-aidant.

Le savoir de l'expérience doit cependant être complété par une formation portant notamment sur les composantes médicales et thérapeutiques des maladies et les compétences relationnelles liées à l'accompagnement des malades.

Il est aujourd'hui reconnu comme pertinent d'intégrer la reconnaissance des savoirs expérientiels et des droits des usagers dans les dispositifs de formation des professionnels de santé, et de favoriser ainsi le regard croisé entre professionnels de santé et représentants d'usagers et la compréhension réciproque. De même, la contribution des patients experts ou pairs aidants à la prise en charge et à l'accompagnement d'autres patients, dans un cadre clinique clair et garanti par l'équipe soignante, constitue un facteur d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Actions à mettre en œuvre

- **Identifier, avec les associations d'usagers et les opérateurs de santé, les champs prioritaires et modalités de recours aux patients experts**
- **Élaborer une offre régionale de formation des patients experts**
- **Organiser des appels à projet pour promouvoir l'intégration des patients experts dans les projets de santé, les prises en charge et accompagnements**
- **Associer les représentants d'usagers et patients à l'élaboration des campagnes de prévention ou de sensibilisation en santé**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé et médico-sociaux • URPS et ordres professionnels • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • France Assos Santé • Associations d'usagers | <ul style="list-style-type: none"> • Représentants des usagers • Patients • Professionnels de santé |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Rapport de la CNS du 06.04.22 - La démocratie en santé : une urgence de santé publique - 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé</p> | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-5

Renforcer la prévention de la maltraitance et promouvoir la bientraitance

Contexte/Enjeux

La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont régulièrement réaffirmées comme prioritaires en considération de la vulnérabilité des patients, des bénéficiaires des établissements médico-sociaux et plus généralement des usagers du système de santé.

Des dispositifs de recueil et de traitement des plaintes et signalements et des procédures d'inspection sont régulièrement mobilisés à cet effet.

Au-delà de la réponse aux situations individuelles, ces modalités participent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge, à l'instar du développement des formations à la bientraitance pour les équipes soignantes.

Actions à mettre en œuvre

- Intégrer la bientraitance dans les plans de formation des établissements de santé et médico-sociaux
- Actualiser et rappeler les consignes aux opérateurs de santé de transmission des signalements, plaintes et réclamations et y associer le Conseil Départemental pour le champ médico-social
- Créer une instance inter-administration (ARS, DEETS, Conseil Départemental) assurant la bonne orientation des plaintes et réclamations et garantissant leur traitement
- Présenter un bilan annuel des plaintes, réclamations et signalement à la commission spécialisée des droits des usagers (CSDU) de la CRSA

Acteurs associés

- Conseil Départemental
- DEETS
- CRSA
- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS et ordres professionnels
- France Assos Santé
- Associations d'usagers
- Centres de formation

Population cible

- Représentants des usagers
- Patients
- Étudiants en santé
- Professionnels de santé
- Personnel d'accueil d'établissements sanitaires et médico-sociaux



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1-6

Associer la population, les élus et acteurs de santé à la politique de santé en région

Contexte/Enjeux

La politique de santé, à l'échelle des différents territoires de La Réunion, doit continuer d'être définie et déployée en concertation avec les acteurs de la santé, les élus et la population. Cette démarche doit permettre de rechercher l'adhésion la plus large à des enjeux et réponses qui touchent au quotidien de chacun, de mobiliser les professionnels et opérateurs de santé et de faire appel à d'autres politiques publiques contribuant à la santé de tous.

Le Conseil National de la Refondation en Santé, en promouvant la coresponsabilité des acteurs des territoires, doit devenir un mode habituel de construction des solutions locales en santé.

Il convient de veiller également à la participation des populations les plus en difficulté, pour répondre à l'exigence de lutte contre les inégalités de santé, selon une perspective d'universalisme proportionné, et d'ouvrir des espaces d'échange au niveau le plus local.

Actions à mettre en œuvre

- **Installer un comité de suivi et d'orientation du CNR Santé ouvert aux élus, professionnels de santé et usagers, en charge du suivi de l'avancée des travaux et de l'ouverture de nouveaux chantiers de concertation**
- **Réunir chaque semestre le comité régional des élus afin de partager les orientations et projets en santé**
- **Installer l'espace régional de réflexion éthique**
- **Faire participer les citoyens à la réponse locale en santé en s'appuyant sur les conseils de quartier ou conseils citoyens voire les comités de quartiers le cas échéant**
- **Proposer une offre de formation commune sur les enjeux de santé publique aux élus et aux équipes des collectivités locales**



| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Communes • Association des maires de La Réunion • CRSA • Élus • Établissements de santé et médico-sociaux • URPS et ordres professionnels • France Assos Santé • Associations d'usagers • CNFPT • Fédération des CCAS • Coordonnateurs des contrats de ville • Délégués du Préfet • CRCSUR • Coordonnateurs des CLSPD | <ul style="list-style-type: none"> • Élus • Acteurs de santé et du social • Population générale |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Rapport de la CNS du 06.04.22 - La démocratie en santé : une urgence de santé publique - 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé</p> | |



LA PRÉVENTION DANS LE QUOTIDIEN DES RÉUNIONNAIS



THÉMATIQUE 2

LA PRÉVENTION DANS LE QUOTIDIEN DES RÉUNIONNAIS

Description

Une situation sanitaire traduisant un déficit de prévention

Plusieurs indicateurs illustrent l'insuffisance de la prévention en santé à La Réunion :

- L'espérance de vie accuse un retard persistant par rapport à l'hexagone : 77,3 ans pour les hommes contre 79,2, et 84,6 ans pour les femmes contre 85,3 au 1er janvier 2021.
- 1 décès sur 3 est considéré comme évitable avec un taux standardisé annuel de décès prématurés évitables de 272 décès pour 100 000 habitants contre 234 dans l'hexagone.
- La mortalité prématurée représente une part importante des décès : 1 décès sur 3 intervient avant 65 ans.
- Le cancer est la première cause de décès (27%) et la mortalité liée à l'alcool est 1,5 fois supérieure au taux national.
- Près d'1 réunionnais sur 2 est en surcharge pondérale et les comportements nutritionnels sont en décalage avec les recommandations de santé nutritionnelle (alimentation équilibrée et activité physique régulière).
- Le diabète est deux fois plus fréquent que dans l'hexagone et touche plus d'une personne sur dix.
- Le recours aux dépistages des cancers et à la vaccination restent insuffisants.
- De manière globale, un recours tardif aux soins est constaté, notamment pour la prise en charge des cancers, avec un suivi médical et soignant insuffisant pour certaines maladies chroniques.

La prévention en santé, l'affaire de toutes les politiques

La prévention en santé regroupe un ensemble de méthodes d'intervention qui visent à garantir un niveau de santé humaine optimal pour tous.

On distingue trois types de prévention :

- la prévention primaire qui intervient avant la maladie pour en éviter ou retarder la survenue (information et sensibilisation, vaccination ...) ;
- la prévention secondaire qui agit au début de la maladie afin d'en éviter l'aggravation et les complications (outils de repérage des populations à risque, dépistage précoce...);
- la prévention tertiaire qui agit pendant la maladie et permet d'éviter une dégradation trop rapide et des récurrences.

Cette approche graduée de la prévention doit prendre en compte la multiplicité des déterminants de la santé :

- les facteurs génétiques, héréditaires, biologiques liés à l'individu,
- les comportements et habitudes de vie, mais aussi les connaissances en santé et les aptitudes de chacun,

- les conditions socio-économiques,
- l'environnement physique, chimique et biologique et les conditions de vie, d'emploi et de travail, de déplacement, de logement, d'éducation,
- le système de santé lui-même : disponibilité et accessibilité des soins, progrès thérapeutiques, couverture sociale, ressources médicales et soignantes, veille sanitaire, recherche...

La santé de la population ne résulte donc pas uniquement des politiques sanitaires, mais de l'ensemble des actions individuelles, collectives ou publiques contribuant chacune au développement humain, à la prévention des atteintes à la santé, à l'accès aux soins et au maintien de l'insertion sociale des patients. La prévention en santé est alors une responsabilité partagée dans tous les domaines (économique, éducatif, environnemental) car chacun impacte la santé des individus.

Une population jeune, un atout pour la santé de demain

La population réunionnaise est jeune : près de 23% de réunionnais ont moins de 15 ans, et plus d'un réunionnais sur trois a moins de 25 ans.

Le vieillissement engagé de la population va se traduire par une augmentation de la part des plus âgés et une diminution concomitante de la proportion des plus jeunes. Pour autant, ceux-ci vont rester aussi nombreux dans les prochaines années et l'INSEE n'anticipe pas de diminution des naissances.

Investir sur la santé des jeunes, c'est se donner les chances d'une amélioration de la santé dans le futur pour l'ensemble de la population.

Encourager les jeunes à adopter des modes de vie sains tels qu'une alimentation variée et équilibrée, une activité physique régulière, une absence d'entrée dans les addictions, peut prévenir l'apparition de maladies chroniques.

Cela suppose également de prévenir les expositions, dès la conception, aux substances nocives, d'avoir un accompagnement de qualité pendant la grossesse et à la naissance, de soutenir le rôle éducatif des parents et de l'ensemble des intervenants auprès des jeunes, de repérer précocement les troubles de développement, d'avoir une couverture vaccinale satisfaisante, de mettre en œuvre les suivis périodiques aux différents âges, de prévenir les addictions et conduites à risque et d'orienter vers les accompagnements et prises en charge précoces...

L'implication active des nombreuses institutions engagées dans l'accompagnement des jeunes, notamment pour leur offrir un environnement le plus propice à leur épanouissement et à leur éducation, est donc nécessaire.

Les jeunes doivent pouvoir être acteurs de leur propre santé, par l'éducation à la santé et le développement de leurs compétences psychosociales leur permettant de faire les meilleurs choix.

Une nouvelle alliance locale en faveur de la santé de la population

Le Conseil National de la Refondation en Santé (CNR Santé), engagé fin 2022, promeut une nouvelle alliance entre les acteurs au niveau local pour que la prévention entre dans le quotidien des réunionnais :

- Agir à l'échelle des quartiers en associant la population aux projets de prévention et promotion en santé ;
- Mobiliser l'ensemble de l'action publique ayant une incidence sur la santé : éducation, logement, urbanisme, déplacements et transports, emplois, alimentation... ;

- Créer des lieux et équipes ressources, accessibles à la population, pour disposer d'informations et d'une orientation ;
- Former les élus locaux à la santé publique ;
- Construire, diffuser et mobiliser les connaissances et études en santé pour promouvoir des actions efficaces ou prometteuses sur le territoire.

Cette alliance a pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être de la population de manière collective et coordonnée.

Une attention requise à la santé sexuelle et reproductive

Une bonne santé sexuelle et reproductive est fondamentale pour le bien-être physique, émotionnel et social des individus, reposant sur leur autonomie et leur capacité à prendre des décisions éclairées concernant leur corps et leur vie sexuelle.

La stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive comporte trois axes :

- La lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST),
- La maîtrise de la contraception,
- La lutte contre les violences intrafamiliales, dont les violences sexuelles.

L'attention à la santé sexuelle et reproductive se justifie à La Réunion par :

- L'importance de la population jeune,
- Une maîtrise de la contraception insuffisante (fréquence des grossesses non-désirées, taux d'IVG 1,5 fois supérieur à l'hexagone),
- Une surreprésentation des grossesses de mineures dans l'ensemble des naissances par rapport à l'hexagone (1,9% contre 0,4%),
- Une incidence du VIH et des IST qui reste globalement stable, mais dépend du maintien des efforts de prévention,
- Une forte prévalence des violences conjugales ou familiales avec des retentissements majeurs pour la santé des victimes à long terme.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Recourir à des actions de prévention efficaces ou prometteuses
2. Favoriser l'intégration de la prévention dans les parcours de soins
3. Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Structurer la gouvernance régionale et territoriale de la prévention
2. Développer une culture commune et durable de la prévention en santé
3. Rendre la prévention accessible au quotidien
4. Investir sur les compétences en santé des jeunes
5. Mobiliser les acteurs du soin au bénéfice de la prévention
6. Favoriser le choix d'une contraception adaptée



Indicateurs de résultats

- Score de bien-être chez les jeunes (teste ADRS) ou Etat de santé perçu
- Taux de tentatives de suicide chez les moins de 25 ans
- Taux de couverture vaccinale des enfants
- Taux de vaccination HPV des jeunes
- Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées
- Incidence du VIH
- Incidence du VHB
- Part des grossesses chez les mineures
- Taux de recours à l'IVG
- Taux de grossesses non-désirées
- Taux de participation aux dépistages organisés des cancers
- Taux de mortalité pour décès prématurés
- Taux de mortalité pour décès prématurés évitables
- File active annuelle des programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Taux de réalisation des consultations de prévention aux différents âges de la vie



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-1

Structurer la gouvernance régionale et territoriale de la prévention

Contexte/Enjeux

La prévention en santé repose sur de multiples leviers dont une part importante ne relève pas directement du champ sanitaire ou de la compétence de l'ARS.

Son effectivité et son efficacité dépendent donc d'une forte coordination entre les institutions œuvrant sur le territoire de La Réunion.

La prévention requiert également davantage d'évaluation, une contractualisation garantissant la convergence de l'action publique locale et le partage des données d'observation en santé.

Actions à mettre en œuvre

- Installer la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention
- Systématiser les comités techniques opérationnels sur chacune des priorités régionales de santé publique (cancer, addictions, santé nutritionnelle...)
- Créer une instance scientifique d'appui et de conseil dont les missions sont notamment la promotion de l'évaluation et le déploiement d'interventions efficaces ou prometteuses (Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé, santepubliquefrance.fr), et proposant des orientations et méthodes en matière de communication en santé
- Couvrir chaque commune par un Contrat Local de Santé (CLS) de 5 ans reposant sur :
 - Un diagnostic communal en santé
 - Une feuille de route, intégrant les thématiques prioritaires par l'ARS
 - Un coordonnateur cofinancé par l'ARS
 - Une enveloppe prévisionnelle pluriannuelle de financement de projets de prévention, faisant appel aux intervenants compétents
 - L'inclusion des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)
 - Une association des services de l'Etat, de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et de l'Assurance Maladie
- Engager une réflexion sur l'intérêt de contrats locaux de santé négociés au niveau des intercommunalités
- Soutenir l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) dans la production de tableaux de bord et portraits territoriaux orientant l'action en matière de prévention



| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Communes et intercommunalités • Services de l'Etat • Assurance Maladie • CAF • IREPS • ORS • Associations • SPF • Coordonnateurs des contrats de ville • Délégués du Préfet • CRCSUR • Coordonnateurs CLSPD | <ul style="list-style-type: none"> • Élus • Population générale • Professionnels de santé |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-2

Développer une culture commune et durable de la prévention en santé

Contexte/Enjeux

La prévention en santé fait notamment appel à l'intervention des professionnels de santé, des acteurs locaux, et des associations spécialisées. Elle suppose donc le partage d'un socle commun de connaissances, l'acquisition et la reconnaissance de compétences, et la lisibilité des actions mises en œuvre.

De même, elle doit s'inscrire dans la durée et requiert dès lors une sécurisation des opérateurs et une stabilité des intervenants.

Actions à mettre en œuvre

- Mobiliser le service sanitaire afin de former les futurs professionnels de santé à la prévention/promotion de la santé et d'accentuer les interventions de prévention :
 - Définition de thématiques et cibles prioritaires
 - Mobilisation des associations spécialisées à l'appui du montage des projets
 - Inscription des projets de prévention dans la durée par la mobilisation successive des promotions d'étudiants en santé
 - Appui de l'IREPS au montage des projets et à leur évaluation
- Promouvoir le Diplôme Universitaire de santé publique à La Réunion
- Développer la formation commune des coordonnateurs des CLS, CPTS et MSP
- Proposer une formation à destination des élus et cadres des collectivités locales sur la santé publique et les enjeux de la prévention et de la promotion de la santé
- Disposer d'un panorama des projets de prévention déployés sur le territoire
- Organiser des journées régionales de la prévention et de la promotion en santé favorisant le partage d'expériences et la valorisation des actions efficaces ou prometteuses
- Sécuriser le fonctionnement et l'action des associations spécialisées de prévention au travers de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- Déployer une interface en ligne de traitement des demandes de financement des acteurs de la prévention à l'ARS



| Acteurs associés | Population cible |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Rectorat • Université et instituts de formation en santé • Communes • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Assurance maladie • CAF • CNFPT • IREPS • Acteurs de santé • Associations | <ul style="list-style-type: none"> • Étudiants en santé • Professionnels de santé • Élus • Associations de prévention |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-3

Rendre la prévention accessible au quotidien

Contexte/Enjeux

La prévention en santé ne se résume pas à l'adoption de comportements individuels, mais relève aussi de la sphère collective. Elle doit s'inscrire dans la vie quotidienne et l'ensemble des milieux de vie afin de permettre à chacun d'être acteur de sa santé dans un environnement soutenant.

La préoccupation des personnes les plus éloignées de la santé, pour des raisons sociales ou d'accessibilité géographique, doit également guider l'action publique dans un objectif de réduction des inégalités de santé.

Actions à mettre en œuvre

- Favoriser l'émergence de projets de promotion de la santé ou de santé communautaire à l'échelle des quartiers, reposant sur la mobilisation dans la durée de la population, des associations et services publics locaux et des professionnels de santé
- Établir un partenariat avec les fédérations d'entreprise et administrations afin de proposer des actions de prévention en santé sur le lieu de travail
- Déployer des projets d'aller-vers, au travers d'équipes mobiles de prévention en santé ou de dispositifs type « bus santé »
- Soutenir le développement de lieux et tiers lieux de proximité permettant l'accueil, l'information et l'orientation en santé
- Expérimenter le recours à des médiateurs en santé pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins

Acteurs associés

- Collectivités locales
- Entreprises et administrations
- CPTS
- MSP
- GMPSOI, devenu FéeCOIA
- IREPS
- Assurance maladie
- Services de santé au travail
- Associations
- Santé publique France

Population cible

- Population générale
- Salariés



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-4

Investir sur les compétences en santé des jeunes

Contexte/Enjeux

Être acteur de sa santé repose sur la maîtrise de compétences psycho-sociales permettant, dès l'enfance, d'apprendre à faire des choix éclairés et d'être attentif à la qualité de son développement, de sa vie et des interactions avec autrui.

Ce champ des compétences psychosociales en santé, désormais documenté au niveau national et international, reste trop peu mobilisé, alors qu'il apparaît comme une condition déterminante de la santé tout au long de la vie.

Actions à mettre en œuvre

- Développer des compétences psychosociales par la mise en place d'une instance de pilotage ARS/Rectorat, chargée notamment de définir la stratégie régionale de déploiement (priorités d'actions, cibles, programmes)
- Soutenir la démarche « Ecole promotrice en santé » et le label « Edusanté »
- Mobiliser les acteurs de la prévention sur l'accompagnement de projets de promotion de la santé dans les Cités éducatives
- Définir avec le Rectorat une stratégie régionale d'interventions harmonisées en éducation à la vie affective et sexuelle, adaptées aux différents niveaux de scolarité
- Prévenir les usages nocifs des réseaux sociaux
- Compléter la formation des ambassadeurs jeunes déjà sensibilisés à la prévoyance par un module de prévention en santé.

Acteurs associés

- Rectorat
- Collectivités locales
- Assurance maladie
- CAF
- IREPS
- Associations

Population cible

- Jeunes



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-5

Mobiliser les acteurs du soin au bénéfice de la prévention

Contexte/Enjeux

La prévention ne doit pas être opposée au soin : les professionnels de santé, dans la prise en charge de leurs patients, réalisent des dépistages, délivrent des conseils, prescrivent des traitements ou vaccins qui contribuent à prévenir la dégradation de l'état de santé et sont autant d'actes de prévention.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a inscrit l'ouverture de consultations de prévention aux âges clés de la vie. Ces dispositions, reposant sur la médecine de ville, complètent le suivi périodique recommandé pour les enfants dès la naissance.

L'éducation thérapeutique du patient est également un facteur d'autonomie des patients confrontés à des maladies chroniques et de prévention des complications.

Actions à mettre en œuvre

- Déployer la campagne de vaccination HPV au collège
- Renforcer la promotion de la vaccination antigrippale auprès des professionnels de santé et des publics prioritaires
- Définir, avec les médecins généralistes, le contenu type d'une consultation de prévention aux différents âges de la vie
- Accélérer le déploiement des programmes d'éducation thérapeutique du patient, notamment en ambulatoire
- Soutenir la participation au programme M'T dents

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- Rectorat
- URPS
- CPTS
- MSP
- GMPSOI, devenu FéeCOIA
- Établissements de santé et médico-sociaux

Population cible

- Élèves
- Population générale
- Professionnels de santé



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2-6

Favoriser le choix d'une contraception adaptée

Contexte/Enjeux

Selon l'Enquête nationale Périnatale DROM 2021, le recours à la contraception est moins fréquent à La Réunion : 18% des femmes ne prenaient aucune contraception avant leur grossesse (12% dans l'hexagone) ; 32% des femmes ne souhaitaient pas leur grossesse.

De même, le taux de recours à l'IVG est supérieur à La Réunion : 22,5 ‰ femmes de 15 à 49 ans contre 14,9 dans l'hexagone, et encore davantage pour les mineures (1,7‰ contre 4,5‰). Ces chiffres témoignent des difficultés, pour les couples, à maîtriser leur fécondité.

Actions à mettre en œuvre

- Sensibiliser les professionnels en contact avec les jeunes, à l'éducation à la vie sexuelle et reproductive, en particulier aux méthodes de contraception
- Sensibiliser les pharmaciens d'officine à la délivrance d'une information personnalisée sur les différents modes de contraception et les différents sites et numéros d'information, à l'occasion de la délivrance de la pilule du lendemain ou de préservatifs, dans des espaces garantissant la confidentialité
- Aborder la contraception dans les visites à domicile en post partum
- Intégrer la prévention en santé sexuelle dans les programmes de promotion de la santé mis en œuvre dans les quartiers en cohérence avec l'action des Centres de planification et d'éducation à la vie familiale
- Renforcer l'offre de santé sexuelle et reproductive dans l'Est et le Sud

Acteurs associés

- Rectorat
- Conseil Départemental
- Université
- Centres de santé universitaires
- URPS
- CEGGID
- Associations

Population cible

- Personnes en âge de procréer
- Femmes en post-partum
- Professionnels de santé et professionnels éducatifs



UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ





THÉMATIQUE 3

UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ

Description

L'environnement : de multiples déterminants de notre santé

Modes de vie, comportements, héritage génétique, situation socioéconomique influent sur la santé, tout comme l'environnement et le cadre de vie : qualité de l'air et de l'eau, bruit et polluants, climat, logement, déplacement, exposition à des maladies vectorielles, stress au quotidien...

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que la pollution de l'air joue pour un tiers dans les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiovasculaires ou les pathologies du système reproducteur.

Les nuisances sonores, notamment générées par le trafic routier à proximité des habitations, sont cause de stress pour la population.

Certaines études restent à mener pour mieux caractériser les expositions aux facteurs environnementaux et orienter en conséquence les programmes régionaux de prévention.

Des expositions particulières à La Réunion

Les maladies vectorielles (chikungunya, dengue ou leptospirose) ont pu connaître des développements épidémiques à La Réunion.

Les maladies diarrhéiques touchent deux fois plus de personnes à La Réunion que dans l'hexagone : eau non-potable, défaut d'hygiène manuelle et alimentaire ou assainissement inadapté en sont les principales causes connues.

La température, les polluants, et les allergènes biologiques (pollens, spores, acariens, moisissures) constituent des facteurs d'exacerbation de l'asthme, avec deux fois plus d'hospitalisations et trois fois plus de décès que dans l'hexagone.

La population réunionnaise est davantage exposée aux rayons ultra-violet avec un facteur de risque solaire très élevé. Les cancers de la peau se situent respectivement au 9^{ème} et 8^{ème} rang des cancers les plus diagnostiqués chez l'homme et la femme sur l'île.

L'accès à une alimentation de qualité et des conditions de vie, d'urbanisme et d'organisation des déplacements favorisant l'activité physique quotidienne sont déterminants pour agir sur le surpoids, l'obésité et le diabète, en accompagnement des modifications souhaitables des comportements individuels.

Une population sensible aux enjeux environnementaux

Deux réunionnais sur trois se disent très sensibles aux enjeux de santé environnement, et les trois quarts se déclarent prêts à s'engager individuellement ou collectivement.

Cet engagement doit être éclairé par des connaissances reliant environnement et santé. Il doit pouvoir être soutenu par des élus et des professionnels de l'enseignement, de la petite enfance ou du soin, sensibilisés aux enjeux de la santé environnementale et intégrant cette préoccupation dans leurs interventions.

La préservation des écosystèmes tels que les lagons, la mer, les forêts et les cirques sont éminemment associés à la préservation de la santé pour les réunionnais.



L'importance d'une prévention dès le plus jeune âge

Certaines populations sont plus sensibles aux facteurs environnementaux : les bébés dès la conception (période des « 1 000 premiers jours »), les femmes enceintes, les jeunes ou les personnes âgées en sont quelques exemples.

La Réunion bénéficie d'une démographie dynamique et d'une population jeune : réduire l'exposition aux risques environnementaux dès les premiers âges doit permettre de prévenir, sur toute la vie, l'apparition de pathologies évitables.

L'anticipation nécessaire du changement climatique

Globalement, 70% des pathogènes affectant l'homme seraient sensibles à des facteurs climatiques, présageant une évolution des risques infectieux pour La Réunion dans les années à venir.

La transition climatique en cours va générer de nouveaux risques environnementaux pour la santé, ou accroître ceux existants. Elle se traduira également par une pression accrue sur les ressources essentielles (eau, énergie, alimentation ...).

L'insularité, la taille du territoire et la dépendance aux importations accroissent la sensibilité de La Réunion aux changements climatiques et environnementaux.

Le système de santé est également consommateur de ressources et participe, comme l'ensemble des activités économiques, à la dégradation de l'environnement et à l'accélération du changement climatique.

Ces réalités obligent donc à anticiper les adaptations nécessaires de la politique de santé et à réduire l'impact écologique du système de santé.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Connaître et faire connaître les déterminants environnementaux de la santé
2. Intégrer la préoccupation de la santé environnementale dans l'ensemble de l'action publique
3. Favoriser un environnement propice pour la petite enfance et les jeunes publics
4. Accompagner la transition énergétique et écologique dans le secteur sanitaire et médico-social

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Constituer et développer une capacité d'observation en santé environnement
2. Sensibiliser le public, les professionnels de santé et les décideurs locaux aux enjeux de la santé environnementale
3. Protéger et sensibiliser les enfants et les jeunes publics
4. Encourager les établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur démarche de développement durable



Indicateurs de résultats

- Proportions des professionnels de soins de santé ayant bénéficié d'une formation en santé environnement (initiale ou continue)
- Proportion des collectivités réunionnaises dont un ou plusieurs élus ont bénéficié d'une sensibilisation aux enjeux en santé environnementale
- Part des contrats locaux de santé portant des objectifs de santé environnementale
- Part des CPOM sanitaires et médico-sociaux portant des objectifs de santé environnementale
- Part des CPOM sanitaires et médico-sociaux portant des objectifs d'adaptation à la transition énergétique et écologique
- Part des communes mettant en œuvre un plan d'actions de lutte contre les vecteurs, comprenant des actions de mobilisation sociale, de suppression et/ou maîtrise des gîtes larvaires



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-1

Constituer et développer une capacité d'observation en santé environnement

Contexte/Enjeux

Si la connaissance de l'état de santé de la population et, dans une moindre mesure, de la situation environnementale, progresse, l'identification au niveau régional des liens entre déterminants environnementaux et santé restent largement à documenter.

Mieux caractériser les liens entre les indicateurs environnementaux et la prévalence de certaines pathologies doit permettre de mieux cibler l'action publique et de favoriser la prise de conscience collective des enjeux (production de tableaux de bord et synthèse, cartographies, promotion d'études complémentaires).

Cette approche devra prendre en compte les spécificités environnementales et sanitaires du territoire : surveillance de la qualité de l'air, évaluation de la présence de plomb dans certains lieux, étude des allergènes tropicaux spécifiques (végétaux, moisissures notamment) ainsi que des produits de consommation locale.

Actions à mettre en œuvre

- **Créer un observatoire de la santé environnementale, chargé de la collecte, de l'enrichissement, de la mise à jour, de l'exploitation et de la diffusion des bases de données mettant en relation les données environnementales avec l'état de santé de la population**
- **Suivre et étendre les données de surveillance de la qualité de l'air**
- **Documenter les allergènes et moisissures et améliorer les recommandations en prévention**
- **Mesurer l'impact sanitaire de la présence de plomb dans les sols des quartiers repérés et définir, le cas échéant, des mesures de prévention**
- **Réaliser des études relatives à la composition des produits alimentaires de grande consommation locale (maraîchage, pêche) et à la présence de polluants**



| Acteurs associés | Population cible |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Collectivités locales • Université de La Réunion • ORS • ATMO Réunion • AGORAH • CIRAD • IRD • Météo France • Chambre d'agriculture • ARMEFLHOR • ANSES • DAAF • Santé Publique France | <ul style="list-style-type: none"> • Décideurs • Professionnels de santé • Professionnels agricoles • Professionnels de la pêche • Population générale |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Programme national santé environnement 4 (PNSE 4) Programme régional santé environnement 3 (PRSE 3)</p> | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-2

Sensibiliser le public, les professionnels de santé et les décideurs locaux aux enjeux de la santé environnementale

Contexte/Enjeux

Au regard de la diversité des déterminants environnementaux de la santé et des politiques publiques concernées (urbanisme, logement, transports, éducation, agriculture...), il convient de développer une culture commune de la santé environnementale et de faciliter l'appropriation de ses enjeux par les professionnels de santé et les décideurs locaux.

Actions à mettre en œuvre

- Soutenir l'émergence d'initiatives locales de sensibilisation des différents publics aux enjeux sanitaires des questions environnementales
- Proposer une formation à la santé environnementale et à la santé publique à l'ensemble des élus et des équipes des collectivités locales, afin de faciliter l'identification de ces problématiques et leur intégration dans l'action publique locale
- Intégrer des modules de santé environnementale dans la formation initiale et continue de l'ensemble des acteurs de la santé
- Conduire, avec les services de l'Etat et la Région, l'élaboration du nouveau Programme Régional Santé Environnement (PRSE), cadre d'un plaidoyer en faveur de la mobilisation des politiques sectorielles locales (transport, déchets, urbanisme, agriculture et alimentation, eau, logement, et établissements recevant du public...) au profit de la santé
- Intégrer la santé environnementale dans les Contrats Locaux de Santé (CLS)
- Etendre les activités des conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) en tenant compte des bilans et évaluations d'impact au niveau local et national
- Soutenir les collectivités locales dans l'exercice de leurs compétences en matière de fourniture d'eau potable à la population

Acteurs associés

- Collectivités locales
- Services de l'Etat
- CNFPT
- Rectorat
- Université
- Instituts et écoles de formation en santé
- Associations

Population cible

- Élus
- Cadres des collectivités
- Professionnels de santé
- Population générale

Lien programmes ou plans d'action existants

Programme national santé environnement 4 (PNSE 4)
Programme régional santé environnement 3 (PRSE 3)
Plan Eau DOM



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-3

Protéger et sensibiliser les enfants et les jeunes publics

Contexte/Enjeux

La jeunesse de la population réunionnaise, la sensibilité des enfants dès la conception aux expositions environnementales néfastes, la priorité donnée à la prévention et à l'éducation à la santé justifient d'avoir une action résolue de protection du capital santé des jeunes et de sensibilisation à ces enjeux dès l'enfance.

Actions à mettre en œuvre

- Intégrer les déterminants environnementaux dans le déploiement du programme des « 1 000 premiers jours »
- Soutenir la formation des professionnels de la petite enfance aux enjeux de la santé environnementale
- Renforcer les actions d'information et de sensibilisation à la protection solaire pour les jeunes publics
- Soutenir les programmes de sensibilisation des jeunes et adultes à leur contact aux enjeux de la santé environnementale
- Encourager, en partenariat avec les acteurs publics locaux, la réalisation de diagnostic de santé environnementale des établissements accueillant des enfants et des jeunes publics

Acteurs associés

- Rectorat
- Collectivités locales
- CAF
- Assurance maladie
- Crèches
- ATMO Réunion
- Secteur de la petite enfance
- Santé Publique France

Population cible

- Professionnels de la périnatalité et de la petite enfance
- Personnels enseignants
- Élus

Lien programmes ou plans d'action existants

Programme national « 1 000 premiers jours »
Programme national santé environnement 4 (PNSE 4)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3-4

Encourager les établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur démarche de développement durable

Contexte/Enjeux

L'urgence climatique accélère la prise de conscience d'un nécessaire virage individuel et collectif en faveur du développement durable et de l'écologie.

Les établissements de santé et médico-sociaux ont pleinement leur rôle à jouer et ce passage à l'action fait écho à leur responsabilité sociale et environnementale.

La maîtrise des risques environnementaux et des enjeux du développement durable est désormais intégrée dans la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Actions à mettre en œuvre

- **Créer un groupe régional inter-établissement pour favoriser le partage d'expériences et analyses et soutenir une dynamique de transition écologique des opérateurs**
- **Soutenir la mise à disposition d'une expertise environnementale pour les opérateurs de santé**
- **Intégrer des objectifs chiffrés de transformation écologique et énergétique dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements sanitaires et médico-sociaux**

Acteurs associés

- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS
- ADEME
- C2DS
- Office de l'eau Réunion

Population cible

- Professionnels de santé
- Personnel des établissements

Lien programmes ou plans d'action existants

Plan de sobriété énergétique

Certification des établissements HAS

Feuille de route FHF « 50 propositions pour soutenir la transition écologique »

Feuille de route planification écologique du système de santé Mai 2023



DES PARCOURS DE SANTÉ COORDONNÉS ET ACCESSIBLES



THÉMATIQUE 4

DES PARCOURS COORDONNÉS ET ACCESSIBLES

Description

Maladies chroniques et vieillissement : un accompagnement requis dans la durée

Les réunionnais sont particulièrement exposés aux maladies chroniques : en 2020, 178 056 personnes sont en affection longue durée (ALD), soit 20,8% de la population, dont 36% pour diabète, 19% pour maladies cardiovasculaires, 9% pour cancers et 9% pour pathologies psychiatriques.

Le vieillissement de la population, l'accroissement de l'incidence des maladies chroniques, la fréquence des complications évitables, la précarité sociale et les menaces sur la démographie médicale et soignante incitent à développer une approche globale du patient intégrant prévention, soin et accompagnement, et à favoriser une intervention coordonnée des différents professionnels autour du patient, dès le repérage et le dépistage.

À côté de la coordination des professionnels de santé autour du patient, il convient donc de poursuivre la structuration de certains parcours de santé, répondant aux caractéristiques épidémiologiques réunionnaises.

Les enjeux liés à la structuration de parcours de santé prioritaires

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques appelle à une amélioration constante du dépistage et de la précocité de la 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, intégrée aux soins, de renforcer la coordination des parcours de santé, et de favoriser l'autonomie des patients.

La structuration de certains parcours de santé est prioritaire au regard des données épidémiologiques régionales : diabète, accidents vasculaires cérébraux, cancers, maladie rénale, maladies rares, et douleurs chroniques.

Un engagement des professionnels de santé dans la coordination de leurs interventions

Avec 7 centres de santé et 27 maisons de santé pluri-professionnelles en 2023, l'exercice coordonné est en plein essor à La Réunion, permettant aux professionnels de ville d'avoir un exercice collectif et de coopérer au quotidien dans la prise en charge de leurs patients.

6 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) couvrent l'intégralité du territoire. Animées par des professionnels de santé libéraux, elles portent des projets en faveur de l'accès aux soins et à la prévention, de la continuité des prises en charge, de la réponse aux enjeux locaux de santé (santé nutritionnelle et diabète, repérage du handicap, cancer, repérage des fragilités chez les personnes âgées...).

Elles ont vocation à organiser l'offre de soins ambulatoire. De constitution récente, elles fédèrent encore une faible part des professionnels de santé du territoire.

Depuis 2022, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), né de la fusion des réseaux de santé, des MAIA (Alzheimer et dépendance liée à l'âge) et de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), vient en appui des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en soutien du rôle pivot du médecin traitant, pour coordonner les interventions au bénéfice



de patients en situation complexe de santé et de vie, quel que soit leur âge ou leur état de santé.

Les protocoles de coopération et de délégation de tâches

13 protocoles de soins sont aujourd'hui actifs à La Réunion. Ils visent à améliorer les parcours de santé, à réduire les délais d'accès aux soins et à assurer la complémentarité entre les professions médicales et paramédicales.

Le numérique en soutien des parcours de santé

Le programme e-Parcours résulte d'un appel à projets national de 2019 et finance la construction d'outils numériques d'appui à la coordination des acteurs de santé et des parcours de soins.

De nombreux outils et services numériques sont aujourd'hui opérationnels, facilitant l'échange d'informations entre professionnels de santé autour d'un même patient : parcours complexes, obésité pédiatrique, prévention de la dépendance des personnes âgées (ICOPE), sevrage tabagique...

D'autres sont en développement : violences faites aux femmes et aux enfants, diabète...

Le déploiement de « Mon espace santé », dossier patient informatisé regroupant l'ensemble des données de santé, résultats d'examens, prescriptions, accessible au patient et aux professionnels de santé, devrait accélérer l'utilisation du numérique au profit d'une prise en charge davantage coordonnée et de qualité.

La Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) et le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) doivent également faciliter les échanges entre professionnels et l'identification des ressources mobilisables pour la prise en charge des patients.

Le numérique est porteur de réponses aux défis que sont la raréfaction des ressources humaines en santé, la complexité des accompagnements et des soins sur la durée, et les difficultés d'accès aux soins.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Soutenir la coopération entre les professionnels de santé
2. Améliorer et renforcer les parcours de soins des maladies chroniques

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Poursuivre la promotion et le soutien aux structures d'exercice coordonné
2. Déployer les protocoles de coopération et les nouveaux métiers du soin
3. Conforter les missions du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)
4. Conforter la permanence des soins ambulatoires et l'accès aux soins non-programmés
5. Mettre en œuvre la feuille de route régionale Cancer dans le cadre de la stratégie décennale
6. Soutenir la filière « maladies rares »
7. Renforcer le parcours des patients atteints de douleurs chroniques



Indicateurs de résultats

- Nombre de structures d'exercice coordonné labellisées
- Nombre de protocoles de coopération et de délégation de tâches mis en œuvre
- Part des protocoles de coopération nationaux déclinés à La Réunion
- Part des professionnels de santé libéraux adhérant à un protocole de coopération
- Nombre d'infirmiers de pratique avancée formés et nombre d'infirmiers de pratique avancée en exercice
- File active annuelle du Dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC)
- Taux d'assurés sociaux ne disposant pas d'un médecin traitant
- Taux d'assurés sociaux en ALD ne disposant pas d'un médecin traitant



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-1

Poursuivre la promotion et le soutien aux structures d'exercice coordonné

Contexte/Enjeux

L'exercice coordonné, au sein des maisons de santé pluri-professionnelles ou des centres de santé, s'est fortement développé à La Réunion et répond à l'attente des professionnels de santé d'un exercice plus collectif autour de leurs patients.

Facteur d'attractivité pour l'installation des professionnels de santé, il participe aussi à l'amélioration de la coordination et de la continuité des parcours de santé des patients et revêt une importance particulière au vu de la forte prévalence des maladies chroniques et du vieillissement engagé de la population à La Réunion.

L'ensemble de La Réunion est couvert par 6 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ayant vocation à fédérer les professionnels de santé de ville autour de priorités d'organisation de l'accès aux soins, de réponse aux soins non-programmés, de prévention et de promotion de la santé. Ces nouvelles organisations, qui reconnaissent la responsabilité territoriale des professionnels de ville dans l'organisation de la réponse sanitaire aux besoins de la population, doivent gagner en adhésion pour répondre pleinement à leurs missions.

Actions à mettre en œuvre

- Informer les étudiants en santé sur l'exercice coordonné durant leur formation
- Poursuivre les aides à la constitution et au démarrage des MSP
- Poursuivre la formation des professionnels à la fonction de coordination de structure d'exercice coordonné (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe PACTE)
- Permettre aux organisations régionales (GMPSOI, association inter-URPS) de poursuivre leur soutien méthodologique aux MSP, dont l'adoption de démarches qualité
- Organiser des journées régionales de l'exercice coordonné, favorisant l'adhésion des professionnels de ville
- Doter les CPTS d'une capacité renforcée de communication auprès des professionnels de ville
- Encourager la coopération entre les CPTS et les établissements de santé autour d'une meilleure articulation ville/hôpital et d'une réponse hospitalière aux sollicitations des professionnels de ville
- Associer les CPTS à la mise en œuvre des CLS



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Assurance Maladie CPTS URPS et ordres professionnels Tip@santé CPTS MSP CDS GMPSOI, devenu FéeCOIA Établissements de santé et médico-sociaux Communes Coordonnateurs CLS DAC-La Réunion (ETAP SANTE) | <ul style="list-style-type: none"> Professionnels de santé Étudiants en santé |

| Lien programmes ou plans d'action existants |
|---|
| Programme PACTE |

| Indicateurs |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Nombre de MSP labellisées sur le territoire Nombre de Centre De Santé (CDS) Nombre de professionnels adhérents aux CPTS Nombre de professionnels formés à la coordination dans le dispositif PACTE Nombre et profils des professionnels de santé membres des MSP |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-2

Déployer les protocoles de coopération et les nouveaux métiers du soin

Contexte/Enjeux

Les protocoles de coopération entre les professionnels de santé, de même que les nouveaux métiers (infirmiers de pratiques avancées, assistants médicaux, ...) prennent en compte :

- La reconnaissance de compétences acquises par des professionnels de santé non-médecins
- L'intérêt d'organiser un continuum de la prise en charge entre les professionnels de santé pour l'accès et la continuité des soins au quotidien
- L'augmentation des maladies chroniques nécessitant un accompagnement des patients dans la durée
- Les tensions de la démographie médicale et la nécessité de restituer du temps médical.

Le déploiement des protocoles de coopération repose sur l'adhésion volontaire des professionnels de santé avec le souci d'en simplifier la mobilisation au travers de la réforme des procédures de l'article 51 de la LFSS 2018 (article 51).

Protocoles de coopération et nouveaux métiers sont encore peu déployés à La Réunion, alors que leur justification fait écho aux réalités sanitaires du territoire et que la démographie médicale globalement favorable ne doit pas occulter les incertitudes sur le renouvellement des professionnels partant en retraite.

Actions à mettre en œuvre

- **Soutenir la formation des infirmiers de pratique avancée (IPA) :**
 - Aide au démarrage pour l'Université
 - Aide complémentaire aux infirmiers libéraux s'engageant dans la formation
 - Aide complémentaire aux établissements soutenant la formation de leurs infirmiers salariés
- Expérimenter la formation des assistants médicaux aux actes de prévention
- Diffuser localement les protocoles de coopération existants au niveau national
- Accompagner les professionnels de santé dans l'élaboration d'expérimentations de l'article 51
- Recueillir et diffuser les témoignages de professionnels de santé engagés dans des protocoles de coopération ainsi que les données chiffrées d'adhésion et de recours



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assurance Maladie • Université • Établissements de santé et médico-sociaux • CPTS • MSP • CDS • GMPSOI, devenu FéeCOIA • URPS et ordres professionnels • ANFH et OPCO Santé | <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| Programme PACTE | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de protocole de coopération et nombre de professionnels engagés • Nombre d'expérimentations article 51 en cours • Nombre d'IPA formés et en exercice (selon le mode d'exercice) • Nombre d'infirmiers Asalee | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-3

Conforter les missions du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Contexte/Enjeux

L'organisation de parcours de santé doit garantir la continuité des prises en charge des accompagnements des patients et la mobilisation des compétences requises.

En ville, elle repose principalement sur le médecin traitant, qui coordonne le recours aux autres compétences soignantes.

Le parcours est qualifié de complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient, rendant nécessaire l'intervention de différents professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, s'accompagnent de risques de rupture de soin.

Depuis 2022, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est le service d'appui unifié territorial à la coordination des parcours de santé complexes. Issu de la fusion des différentes coordinations des soins et des réseaux, il dispose de la compétence d'appui aux professionnels et services de ville en lien avec les établissements hospitaliers et médico-sociaux.

Actions à mettre en œuvre

- **Communiquer auprès des professionnels de santé sur les missions du DAC et les modalités de recours**
- **Evaluer, avec les professionnels de santé et les associations de patients, le service rendu par le DAC**
- **Identifier, à partir de l'analyse des situations prises en charge par le DAC, les ruptures de parcours afin de proposer des améliorations de l'accompagnement et de la prise en charge des patients et des évolutions de l'offre de soins**
- **Soutenir le système d'information du DAC, compatible avec les orientations régionales des SI en santé, pour renforcer la capacité d'observation, de coordination et d'analyse des besoins**

Acteurs associés

- Assurance maladie
- DAC-La Réunion (ETAP SANTE)
- URPS
- Établissements de santé et médico-sociaux
- CPTS, MSP
- GMPSOI, devenu FéeCOIA
- Associations de patients

Population cible

- Professionnels de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Programme PACTE
Cadre national d'orientation du DAC

Indicateurs

- Nombre de patients orientés (profil, type d'orientation)



- Propositions formalisées d'amélioration de l'organisation et de l'offre de soins sur le territoire
- Nombre de sollicitations du DAC
- Nombre de situations clôturées
- Nombre d'ouverture de plan personnalisé de coordination en santé



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-4

Conforter la permanence des soins ambulatoires et l'accès aux soins non-programmés

Contexte/Enjeux

La Réunion, comparativement à la plupart des autres régions, dispose de davantage de médecins volontaires pour la permanence des soins ambulatoires en soirée, le week-end et les jours fériés.

De même, la densité favorable de médecins généralistes et la pratique d'accueil sans rendez-vous, limitent les situations d'insatisfaction des demandes de soins non-programmés.

Pour autant, il convient de veiller à ce que :

- les services d'urgences, dont l'activité progresse sans cesse au risque de la rupture, restent dédiés aux réelles urgences médicales,
- le recours à la permanence des soins soit médicalement justifié et ne contrevienne pas au rôle de référent de parcours du médecin traitant,
- les organisations de régulation de jour et de nuit permettent d'assurer un conseil et une orientation pour prévenir les défauts de prise en charge.

Parmi les solutions mises en œuvre, le Service d'Accès aux Soins (SAS), déployé en 2021 sur le territoire et accessible par le 15, offre une réponse à la demande de soins vitaux, urgents ou non programmés de la population grâce à une organisation coordonnée entre la ville et l'hôpital (SAMU).

Un cahier des charges de la PDSA a été adopté fin 2022 et constitue le cadre d'organisation de la permanence des soins.

Actions à mettre en œuvre

- **Améliorer la pertinence du recours aux urgences en sensibilisant, via des campagnes de communication, la population à l'appel préalable au 15 et à la sollicitation du médecin traitant en dehors des situations critiques**
- **Renforcer les lignes de régulation libérale au 15 (SAS et PDSA) afin de mieux réguler le recours aux services d'urgence et aux cabinets de garde**
- **Promouvoir la cartographie en ligne des structures proposant la prise en charge des soins non-programmés via les CPTS**
- **Doter chaque établissement, siège d'un service d'urgence, d'une maison médicale de garde (MMG)**
- **Promouvoir les protocoles de coopération dans le cadre des soins non programmés**
- **Systématiser le retour d'information au médecin traitant suite aux soins non programmés**
- **Compléter le Système d'Accès aux Soins (SAS) avec une composante en santé mentale et gériatrie**
- **Expérimenter l'établissement des certificats de décès à domicile par les infirmiers libéraux**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assurance Maladie • SAMU • Etablissements de santé avec urgences • ARRMEL • Ordre des médecins et des infirmiers • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA | <ul style="list-style-type: none"> • Population générale • Médecins généralistes • Infirmiers |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| Cahier des charges de la PDSA | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évolution de l'activité des services d'urgences • Part des consultations en PDSA faisant l'objet d'une régulation préalable | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-5

Mettre en œuvre la feuille de route régionale Cancer dans le cadre de la stratégie décennale

Contexte/Enjeux

Lancée en février 2021, la stratégie nationale décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 s'articule autour de 4 axes :

- Améliorer la prévention
- Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie
- Lutter contre les cancers de mauvais pronostic
- S'assurer que les progrès bénéficient à tous

Déclinée à La Réunion sous la forme d'une feuille de route régionale publiée en novembre 2022, cette stratégie a pour objectif de réduire significativement l'impact des cancers et d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées :

- Rendre lisible la prévention des risques de cancer et dépister mieux
- Garantir l'accès au diagnostic précoce et aux innovations diagnostiques et thérapeutiques
- Coordonner les parcours des patients
- Mieux soutenir et accompagner les patients et aidants

35 objectifs opérationnels ont été retenus en concertation avec les acteurs locaux et seront mis en œuvre jusqu'en 2025 avec une actualisation à cette échéance.

Cette feuille de route est intégrée au Schéma Régional de Santé 2023-2028 de La Réunion.

Actions à mettre en œuvre

- **Déploiement des 35 objectifs opérationnels de la feuille de route Cancer 2022-2025**

| Acteurs associés | Population cible |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cf. Feuille de route régionale Cancer 2022-2025 | <ul style="list-style-type: none"> • Population générale • Professionnels et opérateurs de santé |

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie décennale Cancer

Indicateurs

Cf. Feuille de route régionale Cancer 2022-2025



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-6

Soutenir la filière « maladies rares »

Contexte/Enjeux

Une maladie est considérée comme rare lorsqu'elle touche moins d'1 personne sur 2 000. 80% des maladies rares sont d'origine génétique. Le plus souvent, elles sont sévères, chroniques, évolutives, et affectent durablement la qualité de vie des personnes atteintes. Elles entraînent un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans 50% des cas, et une perte totale d'autonomie pour 9% des personnes atteintes. La grande diversité de ces maladies (entre 7 000 et 8 000) se traduit par un nombre élevé de personnes atteintes : environ 1 personne sur 20 en France.

Le dépistage systématique à la naissance permet de diagnostiquer certaines maladies rares, et d'inscrire précocement les nouveau-nés dans un parcours de soins.

Les enjeux identifiés dans le 3^{ème} plan national « maladies rares » 2018-2022 sont :

- D'éviter l'errance diagnostique et thérapeutique (1 personne atteinte sur 2 dispose d'un diagnostic obtenu au bout de 5 ans pour un quart d'entre elles) et de mieux accompagner les patients et leurs proches
- De prévenir les maladies rares par le développement du diagnostic prénatal
- De renforcer les filières de prise en charge et d'accompagnement à partir des centres de référence et de compétence
- De rendre lisible l'offre de soins et de recours pour les patients, leurs proches, et les professionnels de ville.

À La Réunion, les spécificités génétiques peuvent expliquer un profil différent des maladies rares, avec une prévalence probablement sous-évaluée en l'absence d'études épidémiologiques spécifiques, et la nécessité de disposer sur place des ressources expertes et de renforcer les capacités diagnostiques et thérapeutiques coordonnées par le CHU.

Certaines maladies rares n'ont été diagnostiquées qu'à La Réunion : le syndrome Ravine et le syndrome de Larsen Bourbon de La Réunion.

Actions à mettre en œuvre

- **Améliorer le diagnostic et la prise en charge des maladies rares en limitant l'errance médicale par :**
 - Un renforcement du lien ville –hôpital
 - Un maintien et une consolidation des 52 structures spécialisées existantes et de la plateforme RE-MA RARES
 - La formation des professionnels de santé de 1^{er} recours
 - La création de bases de données épidémiologiques spécifiques.
- Soutenir l'observation épidémiologique des maladies rares



| Acteurs associés | Population cible |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • CHU • Centres labellisés maladies rares • Associations de patients | <ul style="list-style-type: none"> • Patients et proches • Professionnels de santé |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| 3 ^{ème} plan national « maladies rares » 2018-2022 | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes suivies dans un centre Expert maladies rares (cohorte réunionnaise) • Part des diagnostics confirmés dans la base de données maladies rares de la Réunion (BaMaRa) | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4-7

Renforcer le parcours des patients atteints de douleurs chroniques

Contexte/Enjeux

La douleur chronique concerne près d'un français sur cinq. Elle est le premier motif de consultation aux urgences et chez le médecin généraliste. Moins de 3 % des patients douloureux chroniques bénéficient d'une prise en charge adaptée dans une des structures douleur chronique du territoire national.

Le parcours de santé du patient douloureux chronique comprend trois niveaux de prise en charge distincts.

Actions à mettre en œuvre

- Sensibiliser les acteurs de premier recours au repérage et à l'orientation des patients atteints de douleur chronique.
- Renforcer la prise en charge de la douleur chronique sur chacune des microrégions
- Structurer la prise en charge de la douleur chronique de l'enfant
- Identifier une référence spécialisée de la prise en charge de la douleur chronique de l'endométriose
- Articuler les consultations en ville et les consultations douleur de premier niveau en établissement de santé et la place des deux Centres d'Évaluation et de Traitement des Douleurs chroniques (CETD)
- Améliorer la prise en charge des douleurs chroniques des personnes vulnérables (âgées, en situation de handicap, santé mentale) par la formation de soignants au dépistage, traitement voire orientation

Acteurs associés

- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS
- Associations
- CPTS
- MSP
- GMPSOI, devenu FéeCOIA
- DAC - La Réunion (ETAP-SANTE)

Population cible

- Patients et proches
- Professionnels de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Guide de la HAS 2023 sur le parcours de santé pour la personne présentant une douleur chronique



LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ



THÉMATIQUE 5

LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

Description

Des contraintes géographiques

La quasi-totalité des réunionnais (95%) réside à moins de 10 minutes en voiture d'un médecin généraliste et la moitié en est à moins de 10 minutes à pied.

Pour autant, le relief, les écarts avec des zones d'habitat parfois isolées, la concentration de la population sur le littoral, la cherté du foncier, un réseau routier saturé et une insuffisance des transports collectifs sont autant de contraintes pesant sur l'accès aux soins.

Les différences de densité de professionnels de santé entre les microrégions, et entre les Bas et les Hauts et cirques, accroissent ces inégalités d'accès.

Des inégalités socio-économiques

La précarité influe défavorablement sur la santé, comme le confirment de nombreuses études mettant en relation le niveau des revenus ou la catégorie socio-professionnelle avec l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité ou en bonne santé.

Malgré l'amélioration de plusieurs indicateurs socio-économiques, une part importante de la population reste vulnérable : 37% des réunionnais vivent en 2022 sous le seuil de pauvreté monétaire. Cette situation est aggravée par la cherté de la vie.

Certaines familles présentent un cumul de difficultés : bas revenus, niveau éducatif faible voire illettrisme, sur-occupation du logement ou logement indigne ou insalubre, non-recours aux droits.

1 habitant sur 5 vit dans un quartier prioritaire de la politique de la ville.

La part de la population couverte par la complémentaire santé solidarité (CSS) est de 40% contre 10% que dans l'hexagone.

Les jeunes sont particulièrement touchés avec un taux de chômage des 15-25 ans double de l'hexagone (56% contre 23%). De même, la part des jeunes déscolarisés ou confrontés à des difficultés d'insertion, ni en emploi ni en formation (NEET), est estimée à près de 30% contre 16% dans l'hexagone.

Près d'1 mineur sur 2 vit dans un ménage à faibles ou très faibles revenus.

Une densité globalement favorable de professionnels de santé

La densité de médecins généralistes libéraux est supérieure à la moyenne nationale et en progression chaque année. Pour autant la répartition des professionnels est inégale sur le territoire avec une plus forte installation des professionnels dans l'Ouest et le Sud.

La densité de professionnels paramédicaux (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure podologue et orthoptiste) reste supérieure à la France entière.



Les nouvelles installations d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes sont régulées conventionnellement dans les zones sur-dotées qui représentent plus de 90% du territoire (100% pour les infirmiers). Toutefois, le vieillissement des médecins généralistes en exercice (43% ont 55 ans et plus) et l'évolution des modalités d'exercice constituent une incertitude forte sur le maintien dans l'avenir de cette situation favorable.

Un déficit de médecins spécialistes en ville

Les médecins spécialistes, rapportés à la population, sont 6% moins nombreux que dans l'hexagone. L'écart est davantage marqué pour ceux en exercice libéral, un quart moins nombreux que leurs confrères dans l'hexagone, rendant plus difficile l'accès en ville.

Une autonomie hospitalière confirmée

La Réunion jouit d'une réelle autonomie en matière de soins hospitaliers grâce à une offre diversifiée de spécialités hospitalières publiques et privées : 98% des prises en charges hospitalières sont réalisées localement.

Des disparités infra-départementales d'offre de soins

La microrégion Ouest dispose des plus fortes densités de professionnels de santé, l'Est reste la moins dotée, hormis pour les infirmiers.

La répartition des professionnels médicaux est aussi inégale sur le territoire : la microrégion Ouest présente les plus fortes densités de professionnels médicaux ; à l'inverse, les Hauts et l'Est sont moins attractifs (109 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants dans l'Ouest contre 85 dans l'Est).

Un fort impact sanitaire des inégalités sociales et territoriales

Plusieurs facteurs sociaux et territoriaux à l'origine des inégalités sociales et territoriales ont été identifiés : niveau de revenu, conditions de logement, accès aux transports, moindre accessibilité de l'offre de soins, conditions de travail, faible éducation à la santé, expositions renforcées à des risques environnementaux, handicap, engendrant parfois une moindre préoccupation de sa santé et un renoncement aux soins.

Les personnes plus vulnérables sur le plan socio-économique sont également plus exposées au risque de diabète et de maladies chroniques en général, ainsi qu'aux risques environnementaux et aux addictions.

La population réunionnaise a moins recours à la prévention (dépistages des cancers, vaccination...).

1 réunionnais sur 3 renonce aux soins au moins une fois par an, principalement pour des raisons financières (soins dentaires) ou par manque de temps.

Le taux de mortalité prématurée évitable par une prévention efficace est supérieur à l'hexagone (272 décès annuels pour 100 000 habitants contre 234).

Un impératif d'action locale et transversale

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé requiert de mobiliser l'ensemble des champs de l'action publique pour agir sur les différents déterminants de la santé : éducation, transports, logement et urbanisme, environnement, emploi et conditions de travail, mais aussi soutien à l'installation et au développement de l'offre de soins et programmes ciblés de prévention et d'accès aux soins.



Il s'agit de mettre en œuvre des stratégies d'intervention modifiant de façon structurelle le lien entre santé et déterminants sociaux, en prenant en compte la diversité des situations.

La lutte contre les inégalités de santé suppose également une action territorialisée, favorisant la proximité et l'interconnaissance des acteurs.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Garantir l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus précaires (PRAPS)
2. Faciliter l'accès territorial à la santé

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Développer la prévention, la promotion de la santé et la capacité d'agir des personnes (PRAPS)
2. Faciliter l'accès aux soins (PRAPS)
3. Favoriser la complémentarité, l'articulation des acteurs et des politiques publiques contribuant à la santé des personnes plus démunies (PRAPS)
4. Renforcer l'offre de santé et son accessibilité dans les territoires et quartiers moins dotés
5. Faciliter les déplacements vers les structures de santé

Indicateurs de résultats

- Taux de mortalité prématurée évitable par microrégion
- Suivi des examens bucco-dentaires des moins de 25 ans visés par le programme MT Dents
- Ecart de densité de professionnels de santé libéraux par profession et microrégion



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5-1

Renforcer l'offre de santé et son accessibilité dans les territoires et quartiers moins dotés

Contexte/Enjeux

Malgré une densité satisfaisante de professionnels de santé de ville, la répartition reste inégale avec une plus forte installation des professionnels dans l'Ouest et le Sud de l'île. Il convient également d'anticiper l'avancée en âge des professionnels de santé et l'augmentation et le vieillissement de la population réunionnaise.

Le choix d'un mode d'exercice plus collectif, en équipe, des professionnels de santé de ville doit être encouragé pour faciliter leur installation et répondre aux enjeux de coordination des parcours.

Des solutions innovantes sont à mobiliser pour rapprocher les soins des populations résidant dans les Hauts et les cirques.

Actions à mettre en œuvre

- **Créer une mission régionale d'observation de la démographie des professionnels de santé, permettant l'analyse et le partage des données et des approches prospectives par micro-territoires**
- **Proposer une révision de la méthodologie de zonage pour l'installation des professionnels de santé (échelles territoriales pertinentes, analyse prospective des besoins d'installation, indicateurs tenant compte de l'activité réelle des professionnels)**
- **Poursuivre l'accompagnement à la création de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et centres de santé (CDS) en encourageant les implantations dans les zones fragiles ou sous-dotées**
- **Intégrer dans les Contrats Locaux de Santé (CLS) les aides communales à l'installation permettant de lever les freins immobiliers**
- **Renforcer l'offre de soins hospitalière dans la microrégion Est**
- **Réviser l'équipement et la couverture sanitaire du cirque de Mafate en partenariat avec le Conseil Départemental et les communes de La Possession et de Saint Paul**
- **Rendre effective la ligne de permanence des soins à Cilaos**
- **Inciter les médecins exerçants ou résidants dans les écarts à être correspondants du SAMU**
- **Expérimenter des infirmiers correspondants du SAMU pour une première évaluation à domicile**
- **Déployer des infirmiers, relais du médecin traitant, dans les écarts et/ou pour les personnes vulnérables (réalisation de pré-bilans, visites de suivi et de prévention, renforcement des moyens des PASS ...)**
- **Déployer des bus santé et des équipes mobiles, en lien avec les CPTS, pour un meilleur accès à la prévention, l'orientation et aux soins**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Collectivités locales • Assurance Maladie • Ordres professionnels • URPS • CPTS • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Établissements de santé et médico-sociaux • ORS • Coordonnateurs des contrats de ville • Délégués du Préfet • CRCSUR | <ul style="list-style-type: none"> • Population résidant dans l'Est, les Hauts et les cirques • Population résidant dans les quartiers Politique de la Ville • Professionnels de santé |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5-2

Faciliter les déplacements vers les structures de soins

Contexte/Enjeux

La géographie complexe de La Réunion et les limites du réseau routier et des transports collectifs sont source de difficultés pour l'accès aux soins au quotidien. Cette situation contribue aux inégalités de santé.

Actions à mettre en œuvre

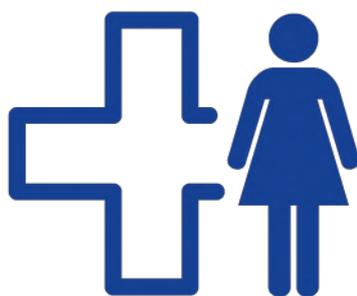
- Expérimenter des solutions de transports alternatifs solidaires et adaptés pour se rendre dans les structures de santé pour les personnes isolées géographiquement, âgées ou vivant avec un handicap
- Mener une réflexion avec la Région, les intercommunalités et les CPTS afin d'améliorer et de coordonner l'offre de transports et sa visibilité pour les patients devant se rendre dans les structures de soins
- Renforcer la communication sur la prescription médicale de transports sanitaires

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- Collectivités locales
- URPS
- CPTS
- Établissements de santé et médico-sociaux
- Associations

Population cible

- Population générale



LA SANTÉ DES FEMMES



THÉMATIQUE 6

LA SANTÉ DES FEMMES

Description

Indicateurs clés de la santé des femmes

L'espérance de vie des femmes à La Réunion est relativement élevée (84,6 ans) mais reste inférieure à l'hexagone (85,2 ans). Cette différence peut être expliquée par une plus forte prévalence des maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète et les maladies neuro-cardiovasculaires. La surcharge pondérale est répandue : presque 1 femme sur 2 (46,2%) est en surcharge pondérale (IMC \geq 25) dont 22,1% sont en situation d'obésité (IMC \geq 30).

De plus, 90 % des cancers du col de l'utérus et 80 % des maladies cardiovasculaires pourraient être évités grâce à une prévention efficace, et leurs complications par un dépistage précoce et un suivi de meilleure qualité. Le dépistage régulier des pathologies gynécologiques et l'identification des symptômes spécifiques des maladies cardiovasculaires chez les femmes sont encore trop peu pris en compte.

Ces dernières années, l'endométriose, longtemps ignorée, a été reconnue comme une pathologie touchant près d'1 femme sur 10, et justifiant la mise en place d'une filière accessible de diagnostic et de prise en charge.

Ces exemples illustrent les spécificités liées au genre en matière de santé qui sont un facteur d'inégalités pour les femmes dans la prise en compte de leur santé.

Structuration de deux parcours prioritaires : endométriose et ménopause

La Réunion ne dispose pas aujourd'hui d'une filière organisée de prise en charge de l'endométriose.

Par ailleurs, le vieillissement progressif de la population conduit à un accroissement des âges intermédiaires et donc des effectifs des femmes concernées par la ménopause, les exposant alors à un sur-risque de maladies chroniques (notamment pathologies cardiovasculaires, ostéoporose, cancers).

La construction de véritables parcours de santé pour les femmes entrant dans la ménopause, ou ménopausées, devrait favoriser un dépistage précoce et un meilleur suivi médical, d'initier rapidement les traitements appropriés et d'améliorer la qualité de vie des femmes concernées en réduisant les symptômes et en prévenant les complications potentielles.

Lutte contre les violences intrafamiliales

Les violences intrafamiliales sont surreprésentées à La Réunion et constituent un vrai défi de santé publique au regard de leur impact immédiat et à long terme sur la santé des victimes.

Sur 11 208 victimes de violences à La Réunion en 2022, 1 personne sur 2 l'est au sein de la famille. Les violences conjugales sont les plus représentées, soit 70% des violences intrafamiliales. Les femmes sont très majoritairement victimes de ces violences, mais aussi les enfants, victimes directs ou témoins de ces agressions.



L'approche sanitaire de cette problématique requiert la structuration d'une offre de prise en charge pluridisciplinaire pour les victimes, mais également pour les auteurs afin de prévenir la récurrence, et la poursuite d'une mobilisation sociale de prévention.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Promouvoir la santé des femmes à tous les âges de la vie
2. Réduire les violences intrafamiliales et leurs impacts sur la santé des victimes

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Organiser la filière de prise en charge de l'endométriose
2. Organiser un parcours adapté de prévention pour les femmes à partir de 45 ans
3. Renforcer la prévention des violences intrafamiliales et le repérage des victimes
4. Renforcer l'accès à une prise en charge coordonnée des victimes de violences

Indicateurs de résultats

- Taux de recours au dépistage du cancer du sein
- Taux de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus
- Taux de mortalité prématurée évitable des femmes par cancer et maladies cardiovasculaires



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-1

Organiser la filière de prise en charge de l'endométriose

Contexte/Enjeux

L'endométriose est responsable d'infertilité mais aussi d'expressions fonctionnelles multifocales (gynécologiques, digestives, urinaires) avec des douleurs chroniques invalidantes, altérant significativement la qualité de vie des femmes concernées.

Son étiologie est multifactorielle, possiblement épigénétique (par combinaison des facteurs génétiques et environnementaux). A cet égard, elle fait partie des pathologies-clés de la surveillance épidémiologique nationale des indicateurs de santé reproductive, en lien possible avec l'exposition aux perturbateurs endocriniens.

Selon les données de Santé Publique France issues du système d'information hospitalier, La Réunion affiche, avec la Martinique, les incidences les plus élevées par rapport au niveau national. Le sur-risque constaté à La Réunion affecte toutes les tranches d'âge en-dessous de 50 ans, y compris les jeunes filles mineures.

Actuellement, l'offre régionale de prise en charge est assurée principalement par des gynécologues hospitaliers et libéraux avec des efforts portés par le CHU de La Réunion pour organiser la concertation pluridisciplinaire et les consultations d'algologie. Par défaut de moyens spécifiquement dédiés, la filière n'est pas aujourd'hui structurée et pleinement lisible.

Actions à mettre en œuvre

- **Déployer une offre graduée en trois niveaux intégrant l'accompagnement social et professionnel :**
 - **Offre de niveau 1 de proximité (dépistage, diagnostic des formes simples et traitement)**
 - **Offre de niveau 2 de référence (confirmation diagnostic en cas de doute, bilan d'extension et prise en charge chirurgicale non complexe)**
 - **Offre de niveau 3 d'expertise (prise en charge des formes complexes nécessitant des interventions chirurgicales mobilisant plusieurs spécialités)**
- **Développer une offre d'hôpital de jour (unité de lieu et de temps des prises en charge) en niveaux 2 et 3 pour faciliter le recours aux soins et l'accompagnement et, si nécessaire, la reconnaissance du handicap**
- **Favoriser la prise en charge de la douleur avec adressage aux consultations « douleur chronique » en tant que de besoin**
- **Faciliter le recours aux centres d'AMP à des fins de préservation de la fertilité**
- **Ouvrir des programmes d'éducation thérapeutique dédiés**
- **Structurer un dispositif régional de coordination et d'animation territoriale en charge de l'animation de la filière, de l'association et de la formation de l'ensemble des acteurs concernés, hospitaliers et libéraux**



| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Établissements de santé • Réseau périnatal • Rectorat (santé scolaire) • Services de santé au travail • MDPH • Associations de patientes | <ul style="list-style-type: none"> • Femmes concernées par l'endométriose • Professionnels de santé libéraux et hospitaliers |

| Lien programmes ou plans d'action existants |
|---|
| <p>Plan interministériel pour l'égalité femmes-hommes</p> <p>Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose</p> <p>Instruction DGOS/R4/2022/183 du 12 juillet 2022 relative à l'organisation, sur les territoires, de filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose</p> |

| Indicateurs |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Part de professionnels de santé du 1^{er} recours formés • Nombre de dossiers discutés en RCP • Nombre de programmes d'ETP endométriose mis en œuvre dans chacune des zones de proximité • File active au titre de l'endométriose des consultations douleur |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-2

Organiser un parcours adapté de prévention pour les femmes à partir de 45 ans

Contexte/Enjeux

Les femmes à partir de 45 ans sont exposées aux conséquences de la carence hormonale en œstrogènes liée à la ménopause :

- L'ostéoporose post ménopausique, qui touche 1 femme sur 4, avec sur-risque de fractures pouvant entraîner une perte d'autonomie ;
- L'augmentation des maladies cardio-vasculaires : après la ménopause, les femmes rejoignent les hommes quant au risque d'infarctus du myocarde.

S'ajoute le risque de cancers liés à l'âge : au-delà de 50 ans, les femmes sont davantage exposées au cancer mammaire (50% sont diagnostiqués entre 50 et 59 ans et 28% après 69 ans, en l'absence de facteurs de risques individuels ou familiaux) et colorectal, tout en restant concernées par le risque de cancer du col utérin jusqu'à 65 ans.

L'objectif est de proposer aux femmes de 45 ans et plus un parcours de prévention adapté en prenant comme point de départ le rendez-vous de prévention à 45 ans (consultations de prévention aux âges clés de la vie).

Actions à mettre en œuvre

- Définir, avec les professionnels de santé, le contenu de la consultation de prévention pour les femmes de 45 ans et plus
- Communiquer en direction des femmes de 45 ans et plus sur l'importance d'une prévention renforcée à partir de 45 ans et sur le recours à la consultation de prévention
- Développer une offre de prévention personnalisée associant le dépistage du risque d'ostéoporose, d'infarctus du myocarde et des cancers

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- Conseil Départemental
- URPS
- Établissements de santé
- CRDC
- IREPS

Population cible

- Femmes de 45 ans et plus
- Professionnels de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Loi de finances de la sécurité sociale 2023 (consultation de prévention gratuites aux âges clés 25, 45 et 65 ans)

Feuille de route nationale relative à la santé des femmes

Indicateurs

- Part des femmes de 45 ans et plus recourant aux consultations de prévention
- Nombre de médecins libéraux sensibilisés à la consultation de prévention



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-3

Renforcer la prévention des violences intrafamiliales et le repérage des victimes

Contexte/Enjeux

L'enquête Virage (2018) met en lumière la forte exposition aux violences, notamment intrafamiliales, des enfants (26% des filles et 20% des garçons) et des femmes à La Réunion (15%). Ces violences entraînent de lourdes conséquences traumatiques : troubles du développement et du comportement pour les enfants, dépressions et tentatives de suicide, comportements addictifs, difficultés de maîtrise de la contraception (fréquence accrue d'IVG et de maternités non-désirées).

Les violences portent ainsi un risque d'altération durable de la santé des victimes, mais aussi des témoins (notamment les enfants au sein des familles), et constituent donc un enjeu de santé publique.

Actions à mettre en œuvre

- Soutenir les actions de prévention des violences dans le cadre des programmes de promotion de la santé et d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des élèves
- Intégrer aux formations initiales et continues des professionnels du 1^{er} recours, des modules spécifiques sur le dépistage et l'orientation des victimes
- Étendre le dispositif de coopération entre les établissements de santé et les forces de l'ordre pour permettre le recueil des plaintes au sein des 4 services d'urgences de La Réunion
- Renforcer les programmes de prise en charge psychiatrique des auteurs
- Recruter des médecins coordonnateurs en charge du suivi des injonctions de soin
- Expérimenter une consultation longue de repérage des violences intra familiales dans le cadre de l'article 51
- Communiquer auprès des professionnels de 1^{er} recours sur le repérage et l'orientation des victimes de violences intrafamiliales



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Rectorat • Justice • DRDFE • CAF • Conseil Départemental • Police et Gendarmerie • Unités médico-judiciaires • Établissements de santé • Psychiatres • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Associations • Coordonnateurs des contrats de ville • Délégués du Préfet • CRCSUR • Coordonnateurs CLSPD | <ul style="list-style-type: none"> • Élèves • Victimes de violences • Professionnels du 1^{er} recours |

Lien programmes ou plans d'action existants

Plan interministériel pour l'égalité femmes – hommes
Instruction N° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violence

Indicateurs

- Part des élèves bénéficiant d'une action de sensibilisation à la prévention des violences
- Nombre de professionnels du 1er recours formés
- Part des services d'urgences disposant d'une convention de recueil des plaintes



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 6-4

Renforcer l'accès à une prise en charge coordonnée des victimes de violences

Contexte/Enjeux

La filière victimologie, en lien avec la médecine légale, a été réorganisée ces dernières années avec la mobilisation de moyens nouveaux et la disposition d'une offre graduée de prise en charge du psycho trauma sur le territoire.

Cette organisation mérite d'être complétée afin de garantir la pluridisciplinarité et la continuité de la prise en charge des victimes.

Actions à mettre en œuvre

- Ouvrir une Maison des femmes et de l'enfant de La Réunion implantée sur chacune des 4 microrégions en proximité directe des services d'urgences, offrant une prise en charge pluridisciplinaire immédiate et sur la durée des femmes et enfants, témoins ou victimes des agressions
- Proposer, pour chaque femme ou enfant, témoin ou victime des agressions, un projet personnalisé de soins et d'accompagnement pouvant mobiliser une concertation pluri professionnelle
- Déployer une communication grand public sur l'offre de soins et les dispositifs d'aide aux victimes

Acteurs associés

- Assurance maladie DRDFE
- Conseil Départemental
- DEETS
- CAF
- Établissements de santé
- Unités médico-judiciaires
- Centre de ressources du psycho trauma
- Associations
- Délégués du Préfet

Population cible

- Victimes de violences
- Professionnels du 1^{er} recours

Lien programmes ou plans d'action existants

Plan interministériel pour l'égalité femmes – hommes
Instruction N° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violence

Indicateurs

- Maisons des femmes et de l'enfant installées



LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT



THÉMATIQUE 7

LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Description

Des indicateurs sanitaires défavorables pour les mères

Selon l'INSERM, le taux de mortalité maternelle à La Réunion était de 21,4 pour 100 000 naissances vivantes (9,5 hexagone et 32,1 pour l'ensemble des DOM) sur la période 2013-2015.

Au niveau national, les facteurs associés au risque de mort maternelle sont l'âge (risque multiplié par 3 à partir de 35 ans), l'obésité (risque multiplié par 2), le fait d'être migrante ou de résider dans un DOM.

Pour les causes directes (obstétricales) les plus fréquentes, l'INSERM considère que 24,5% des décès sont probablement évitables et 37,7% peut-être évitables. Il s'agit des embolies amniotiques (11%), des thrombo-embolies veineuses (9%), des hémorragies du post-partum (8%).

Pour les causes indirectes les plus fréquentes, l'INSERM retient que 7,9% des décès sont probablement évitables et 43,4% peut-être évitables. Il s'agit notamment des maladies cardiovasculaires (14% des cas) ou des suicides (13% des cas).

Dans plus de la moitié des décès maternels (55,6%), l'INSERM retient comme facteur l'inadéquation des soins prodigués, tout au long du parcours de santé de la femme, depuis avant la conception de l'enfant jusqu'à un an après l'accouchement.

Des indicateurs également défavorables pour les enfants

Le nombre moyen de naissances annuelles vivantes à La Réunion est de 13 500 sur les cinq dernières années. Comme pour les autres DOM, La Réunion se singularise par des taux plus élevés de prématurité (9,7% en 2021, contre 6,9% dans l'hexagone et 10,3% pour l'ensemble des DOM) et de petit poids de naissance (12% en 2021 contre 7% hexagone et 12% pour l'ensemble des DOM).

Le taux de mortalité infantile est également supérieur à l'hexagone (6,7 pour 1 000 naissances vivantes contre 3,7). La composante néonatale précoce a représenté 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes sur la période 2017-2019 (1,6‰ pour l'hexagone). Au-delà de la mortalité, la prématurité et le petit poids de naissance constituent des facteurs de risque de troubles du développement de l'enfant.

Par ailleurs, les troubles causés par l'alcoolisation foetale semblent être surreprésentés à La Réunion, avec un risque de sous-dépistage et la nécessité d'un meilleur repérage et d'une prévention accrue de la consommation d'alcool durant la grossesse mais également en amont de la conception.

Selon les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), en 2021, sur les 10 186 enfants scolarisés en petite section de maternelle ayant bénéficié d'un bilan de santé (75% des enfants âgés de 3 à 4 ans), les dépistages pratiqués ont permis de mettre en évidence 4,6% d'enfants ayant des troubles auditifs, 9,6% des troubles visuels et 12,1% des troubles du langage oral.



Développer un suivi de qualité de la mère, et ce avant même la conception puis en pré et post-natal, tant sur le plan physique que psychologique, est la condition d'une amélioration de ces indicateurs.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile
2. Prévenir, dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Agir auprès des femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale
2. Renforcer la qualité des prises en charge en périnatalité
3. Étendre le programme des « 1 000 premiers jours »
4. Prévenir et réduire les violences faites aux enfants
5. Faciliter le dépistage, l'orientation ainsi que l'accès à la prise en charge des enfants ayant des troubles du développement ou du comportement

Indicateurs de résultats

- Taux de mortalité maternelle
- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité néonatale précoce
- Taux de prématurité
- Taux de petit poids de naissance rapporté à l'âge gestationnel
- Taux d'enfants de petite section de maternelle bénéficiant d'un bilan de santé
- Taux d'enfants de grande section de maternelle et de 6^{ème} bénéficiant d'un bilan de santé



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-1

Agir auprès des femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale

Contexte/Enjeux

L'enquête nationale périnatale 2021 (ENP DROM Réunion) révèle pour les femmes enceintes des inégalités sociales et territoriales de recours aux soins.

Les femmes enceintes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont plus jeunes (15 à 29 ans majoritairement) que celles disposant d'une mutuelle. Dans leur parcours prénatal, ces femmes sont moins nombreuses à avoir bénéficié de l'entretien prénatal précoce (37% versus 58%) alors que la finalité de cet échange est de dépister les vulnérabilités psycho-sociales.

Elles sont trois fois plus nombreuses à avoir trois échographies et moins (16% versus 5%), sachant que le nombre recommandé d'échographies de dépistage est de 3.

En post-partum, elles sont moins nombreuses à pratiquer l'allaitement maternel exclusif (43% versus 71%) et plus nombreuses à recourir au lait du commerce que ce soit en allaitement mixte (33% versus 17%) ou en usage exclusif (24% versus 12%).

Les inégalités de recours aux soins sont plus prononcées pour les femmes de la zone Est de La Réunion.

Ces indicateurs motivent, dans le cadre d'une démarche d'universalisme proportionné, la mise en place d'un repérage précoce des grossesses à risque en ciblant en particulier les femmes en situation de vulnérabilité medio-psycho-sociale afin de leur proposer une prise en charge adaptée.

Actions à mettre en œuvre

- Définir des critères partagés de vulnérabilité médico-psycho-sociale pour un meilleur repérage des publics prioritaires
- Développer une offre d'aller-vers pour les femmes identifiées comme étant en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale
- Déployer, notamment dans les maternités de niveau 2 et 3, une offre de dépistage précoce des grossesses à haut risque (dispositif Prima facie), en hôpital de jour en particulier pour les femmes les plus vulnérables
- Créer des unités mère enfant pour la prise en charge post natale des situations de vulnérabilité maternelle ou parentale (soins médicaux renforcés ou psychiatrie périnatale)
- Autoriser la mention « ante et post-partum » en HAD pour un suivi périnatal renforcé à domicile des femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé (Maternités et PASS) • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Réseau périnatal • PMI • HAD | <ul style="list-style-type: none"> • Parents et futurs parents |

| Lien programmes ou plans d'action existants |
|---|
| Stratégie nationale sur la santé des femmes (à venir) |

| Indicateurs |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Référentiel d'interventions en pré et post natal à La Réunion, en fonction des situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale identifiées • Nombre de dispositifs Prima facie et file active |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-2

Renforcer la qualité des prises en charge en périnatalité

Contexte/Enjeux

L'enquête nationale périnatale 2021 (ENP DROM Réunion) a mis en évidence :

- Une absence de progrès significatifs dans la réduction du tabagisme maternel en prénatal (8.7% en 2021 et 8,4% en 2003), le tabac constituant un des facteurs de risque de naissance avec un faible poids par rapport à l'âge gestationnel. En post natal, la proportion de mères fumeuses (tabac ou cigarettes électroniques) est de 16,4% (16,6% pour l'hexagone). Le tabagisme parental est l'un des facteurs de risque de mort inattendue du nourrisson.
- Une proportion élevée de femmes ne rencontrant pas, en prénatal, l'équipe responsable de l'accouchement (22,1% versus 5,1% pour l'hexagone).
- Une proportion élevée de femmes ayant eu au moins 6 échographies prénatales (64,3% versus 49,0% pour l'hexagone)
- Une forte diffusion des visites à domicile en prénatal (49.3% versus 18.5% pour l'hexagone) et surtout en post natal (90,5% versus 79,1%)
- Une fréquence élevée de diabète gestationnel, en lien avec un dépistage universel pratiqué à La Réunion dès le 1^{er} trimestre de grossesse, au-delà des recommandations nationales. Le recours aux consultations diététiques est faible et il n'y a qu'une seule offre d'éducation thérapeutique, localisée dans la zone Nord. Le taux de macrosomie rapportée à l'âge gestationnel est inférieur à celui des Antilles et de l'hexagone.

Actions à mettre en œuvre

- **Définir une stratégie de communication sur l'importance du suivi pré et post- natal en direction du grand public et des professionnels de santé**
- **Développer l'offre de consultations de tabacologie/alcoolologie pré et post natal notamment dans le cadre du programme « 1 000 premiers jours »**
- **Améliorer la coordination ville – hôpital en facilitant l'adressage des patientes et la collaboration entre professionnels de santé**
- **Renforcer la qualité des actes de dépistage prénatal par des actions de formation ciblées et des outils adaptés et testés destinés aux médecins et aux sages-femmes**
- **Évaluer les pratiques régionales de dépistage et de diagnostic du diabète gestationnel**
- **Organiser la coopération entre maternités publiques et privées afin de garantir la permanence des soins et une répartition de l'activité favorisant le maintien du maillage territoriale des maternités**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Maternités, maison de naissance • URPS • Réseau périnatal • PMI • Services d'addictologie • Associations | <ul style="list-style-type: none"> • Parents et futurs parents • Professionnels de santé |

| Lien programmes ou plans d'action existants |
|--|
| Politique nationale relative aux 1 000 premiers jours de l'enfant Stratégie nationale sur la santé des femmes (à venir) |

| Indicateurs |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • File active de femmes enceintes en tabacologie et alcoologie • Proportion de femmes fumeuses au 3^{ème} trimestre de grossesse et à 2 mois en post-partum • Proportion de femmes enceintes ayant consulté, en prénatal, l'équipe responsable de l'accouchement • Proportion de femmes bénéficiaires de visites à domicile en pré et post natal • Incidence du diabète gestationnel • Taux de macrosomie rapporté à l'âge gestationnel • Taux d'entretien prénatal précoce • Taux d'entretien postnatal précoce |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-3

Étendre le programme des « 1 000 premiers jours »

Contexte/Enjeux

À la suite de l'appel à projets 2021 relatif au programme des 1 000 premiers jours, trois maternités se sont engagées dans la démarche de réduction de l'exposition aux perturbateurs endocriniens. Ces premières réalisations méritent d'être étendues à une prévention plus globale, prenant en compte l'environnement des familles ainsi que les résultats de l'ENP-DROM Réunion 2021 et les données du centre de référence de la mort inattendue du nourrisson de La Réunion.

Par ailleurs, la préoccupation de l'exposition excessive aux écrans, notamment des jeunes enfants, comme facteur de risque des troubles du développement, est progressivement documentée.

Actions à mettre en œuvre

- Déployer, en coordination avec l'ensemble des acteurs, le programme des « 1 000 premiers jours dans toutes les maternités en considérant les priorités suivantes :
 - Réduction de l'exposition aux polluants de l'environnement, (en particulier les perturbateurs endocriniens et le tabac)
 - Prévention de la consommation d'alcool
 - Soutien à l'allaitement maternel
 - Conseils sur le couchage de l'enfant
 - Promotion de l'alimentation adaptée pour la mère et l'enfant
 - Hygiène bucco-dentaire
- Réduire l'exposition des jeunes enfants aux écrans par une communication et une sensibilisation du grand public selon 3 axes :
 - Habitudes des adultes à domicile et dans les espaces collectifs
 - Réduction du temps passé devant les écrans pour tous
 - Protection des jeunes enfants vis-à-vis des contenus inadaptés



| Acteurs associés | Population cible |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • PMI • Maternités • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Réseau périnatal • Associations • Santé Publique France | <ul style="list-style-type: none"> • Parents • Professionnels de santé, professionnels de la petite enfance • Enfants |

| Lien programmes ou plans d'action existants |
|---|
| Politique nationale relative aux 1 000 premiers jours de l'enfant Programme « Périnatalité et petite enfance » de Santé publique France Stratégie nationale sur la santé des femmes (à venir) |

| Indicateurs |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Part des maternités engagées dans le programme 1 000 premiers jours |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-4

Prévenir les violences faites aux enfants

Contexte/Enjeux

L'enquête Virage (2018) en Outre-mer met en lumière la forte exposition aux violences, notamment intrafamiliales, des enfants à La Réunion (26% des filles et 20% des garçons, versus respectivement 18% et 13% pour l'hexagone).

Ces violences sont protéiformes (psychologiques et verbales, physiques ou sexuelles). Les auteurs des violences psychologiques et verbales sont principalement les parents directs. Les violences sexuelles dans l'enfance concernent davantage les filles (7%) que les garçons (1%). Selon l'INED (septembre 2021), « il s'agit principalement d'attouchements. Les viols et tentatives de viol concernent 2,4% des filles et 0,4% des garçons. Les violences sexuelles ont pu commencer très jeunes : pour 38% des filles, la 1^{ère} agression est survenue avant 8 ans et ces violences se sont répétées au cours de l'enfance et de l'adolescence pour 75% des victimes. » Les auteurs de violences sexuelles sont majoritairement des hommes de la famille élargie ou de l'entourage proche.

Les violences sexuelles incestueuses concernent près de 3% des filles à La Réunion (2,5% pour l'hexagone). Les auteurs en sont principalement les oncles, beaux-pères, pères.

Selon l'analyse faite par l'ORS, les enfants victimes sont 3 fois plus exposés à un manque de nourriture ou de soins, 5 fois plus exposés à des maltraitances à l'école, 5 fois plus exposés à l'alcoolisme d'un proche.

Ces données justifient la mise en place d'un plan d'actions visant à prévenir et à réduire les violences faites aux enfants, en favorisant notamment l'expression de la parole de l'enfant.

Actions à mettre en œuvre

- **Soutenir les programmes efficaces ou prometteurs visant à la bienveillance et au développement des compétences psycho-sociales des enfants :**
 - Généralisation du dispositif PANJO (Promotion de l'Attachement des Nouveaux nés et de leurs Jeunes parents) avec extension de son périmètre aux enfants âgés de 1 à 3 ans
 - Extension du PRODAS (PROgramme de Développement Affectif et Social) aux élèves des écoles maternelles et primaires
 - Interventions conjointes avec les équipes des Maisons des adolescents auprès des collégiens et lycéens
- Sensibiliser et former les professionnels de santé, de la petite enfance, les enseignants les acteurs associatifs et acteurs du secteur sportif au repérage/dépistage, à l'orientation et au signalement des faits de maltraitance, de négligence et de violence à enfant sur la base du référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Communiquer et informer sur le numéro vert Enfance en danger et le signalement à la CRIP
- Déployer les maisons de la femme et de l'enfant



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conseil Départemental • Rectorat • CAF • Associations • Acteurs du sport • Equipes des Maisons de l'adolescent • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Santé Publique France | <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adolescents • Professionnels de santé et de la petite enfance |

Lien programmes ou plans d'action existants

Politique nationale de la relative aux 1 000 premiers jours de l'enfant
Stratégie nationale sur la santé des femmes (à venir)

Indicateurs

- Part d'informations préoccupantes reçues par la CRIP transmises par les professionnels de santé de ville
- File active des maisons des femmes et des enfants



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 7-5

Faciliter le dépistage, l'orientation ainsi que l'accès à la prise en charge des enfants ayant des troubles du développement ou du comportement

Contexte/Enjeux

Depuis le 1^{er} mars 2019, tous les enfants sont éligibles à 20 examens de santé, qui s'échelonnent jusqu'à 16 ans. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs de responsabilité et sans avance de frais.

Ces examens ont pour objectif la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que le dépistage des déficits sensoriels (visuels et auditifs), des troubles du langage ou du comportement, et le recours aux vaccinations. Ces consultations doivent également permettre, de manière adaptée à l'âge, la prévention des addictions et l'abord de la santé sexuelle des jeunes.

Ces consultations peuvent être réalisées par un médecin généraliste ou un pédiatre en libéral, en centre de santé, en consultation externe dans un établissement de santé, ou en PMI jusqu'à 6 ans.

En milieu scolaire, des bilans de santé systématiques doivent être réalisés pour les enfants scolarisés en petite section de maternelle (3-4 ans), en grande section de maternelle (5-6 ans) et en classe de 6^{ème} (11-12 ans).

Selon les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), en 2021, 75% des enfants scolarisés en petite section de maternelle à La Réunion ont bénéficié d'un bilan de santé. Les dépistages pratiqués ont permis d'identifier 4,6% d'enfants ayant des troubles auditifs, 9,6% des troubles visuels et 12,1% des troubles du langage oral.

En grande section de maternelle, les bilans par les médecins de l'Education Nationale n'ont pas pu être réalisés de manière systématique, par insuffisance d'effectifs.

En classe de 6^{ème}, les bilans réalisés par les infirmières scolaires feront l'objet d'un meilleur *reporting* à partir de l'année scolaire 2023-2024, année de déploiement du nouveau système d'information propre au Rectorat.

Depuis plusieurs années, une Plateforme de Coordination et d'Orientation permet de mobiliser les ressources médico-sociales et de ville pour faciliter le diagnostic et la prise en charge précoces des troubles du neuro-développement.

Actions à mettre en œuvre

- **Sensibiliser et former les professionnels de santé et de la petite enfance au dépistage et à l'orientation des enfants ayant des troubles du développement ou du comportement**
- **En milieu scolaire, soutenir la réalisation des bilans de santé aux âges clés de l'enfant :**
 - **En petite section de maternelle, par les équipes de PMI, avec un objectif cible minimal de 80% des enfants scolarisés**



- En grande section de maternelle par les médecins de l'Education Nationale, avec l'appui de médecins libéraux le cas échéant, pour atteindre, a minima, la totalité des enfants repérés ou non vus par la PMI
- En classe de 6^{ème} par les infirmiers scolaires avec un objectif cible de 90% des collégiens scolarisés
- Renforcer les moyens d'actions de la Plateforme de Coordination et d'Orientation
- Clarifier et harmoniser le parcours de santé des enfants vulnérables :
 - Consolider le suivi hospitalier jusqu'à 7-8 ans pour les grands prématurés, les enfants avec un poids de naissance de 1 000 à 1 500 grammes et les enfants à risque de handicap
 - Renforcer le suivi en CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) jusqu'à 6 ans pour les enfants dont le poids de naissance est inférieur à 1 000 grammes et les enfants ayant un handicap
 - Clarifier le rôle des acteurs et des dispositifs relais après 6 ans
- Partager les indicateurs régionaux de suivi

| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • PMI • Rectorat • Assurance maladie • URPS • Établissement de santé (équipes hospitalières de pédiatrie) • Plateforme de Coordination et d'Orientation • CAMSP • DAC-La Réunion (ETAP SANTE) | <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adolescents |

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie nationale de la santé de l'enfant (à venir)

Indicateurs

- Taux d'enfants scolarisés en petite section de maternelle, en grande section de maternelle et en classe de 6^{ème} bénéficiaires d'un bilan de santé
- Proportion d'enfants ayant un dépistage positif et une orientation proposée à 3-4 ans, 5-6 ans et 11-12 ans
- Taux de COE facturés et taux de certificats de santé reçus par la PMI à 8 jours, 8 mois et 24 mois
- File active de la Plateforme de Coordination et d'Orientation relative aux enfants ayant des troubles du développement
- File active d'enfants vulnérables selon les différentes catégorisations et bénéficiaires d'un suivi hospitalier ou en CAMSP
- Proportion d'enfants suivis en CAMSP et orientés après 6 ans



LA SANTÉ NUTRITIONNELLE



THÉMATIQUE 8

LA SANTÉ NUTRITIONNELLE

Description

Obésité et surpoids, une évolution préoccupante

Près d'1 réunionnais sur 2 est en surcharge pondérale : 28% de la population est en surpoids et 16% en situation d'obésité.

L'obésité touche davantage les femmes (20% contre 12% des hommes) et survient de manière plus précoce par rapport à l'hexagone : 9% des réunionnaises de 15 à 24 ans sont obèses contre 5%.

Il n'y a pas de différence entre les sexes pour le surpoids.

La fréquence des futures mères en surcharge pondérale, facteur de risque de diabète gestationnel, augmente de manière préoccupante ces dernières années : l'obésité maternelle a quasiment doublé en 16 ans. Ainsi, parmi les mères ayant accouché en 2020 dans le Sud de l'île, près de la moitié était en surcharge pondérale avant la grossesse, et près d'un quart en obésité.

Une forte prévalence du diabète

La Réunion est l'une des régions les plus touchées par le diabète et ses complications :

- Près de 13% de la population adulte suit un traitement contre le diabète, soit 2 fois plus qu'en hexagone.
- 35% des personnes de plus de 65 ans sont atteintes par le diabète.
- L'entrée dans le diabète est également plus précoce.
- 2 femmes enceintes sur 10 développent un diabète pendant leur grossesse (diabète gestationnel) augmentant le risque d'être atteintes par le diabète ultérieurement.
- Le diagnostic, et donc la prise en charge, est tardif : 1 diabétique sur 3 ignore sa maladie.
- La fréquence des complications est élevée (insuffisance rénale, atteintes ophtalmologiques, amputations...), traduisant un suivi insuffisant des patients.

Des comportements nutritionnels éloignés des recommandations

Les comportements nutritionnels (alimentation et activité physique) jouent un rôle important dans le maintien de la santé et sont des facteurs majeurs de prévention des principales pathologies chroniques, malgré la suspicion de prédispositions génétiques.

À La Réunion, les données en population générale montrent des comportements éloignés des recommandations :

- Moins de 10% des réunionnais, et particulièrement les plus modestes, consomment chaque jour au moins 5 portions de fruits et légumes.
- Plus de 10% des réunionnais consomment chaque jour des boissons sucrées.
- La restauration hors domicile et la consommation de produits ultra-transformés progressent.
- Seul un quart des réunionnais de 15 ans et plus pratique au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour ou au moins 150 minutes de sport par semaine.



- L'alimentation des réunionnais est plus riche en protéines animales et en aliments gras, sucrés ou salés qu'en hexagone.

Les habitudes nutritionnelles sont fortement liées au contexte socio-économique : les personnes avec un niveau de vie moins favorable sont davantage concernées par les comportements nutritionnels à risque. De plus, une forte pression commerciale et économique s'exerce, avec une publicité à grande échelle pour des produits à faible qualité nutritionnelle ou néfastes, et la perception qu'une alimentation saine coûte plus cher pour les ménages.

Dans ce contexte, la prévention ne doit pas seulement cibler les comportements individuels mais porter sur la qualité de l'offre alimentaire et la distribution.

Un sujet de mobilisation des acteurs réunionnais

Institutions, collectivités, Assurance Maladie, acteurs de la santé et associations font preuve d'une grande mobilisation. Cette synergie se matérialise par un programme d'actions commun (Programme Réunionnais de Nutrition et de lutte contre le Diabète – PRND 2020-2023), une gouvernance stratégique et opérationnelle spécifique et des appels à projets conjoints.

Cet engagement s'inscrit dans les politiques nationales : Plan National Nutrition Santé (PNNS 4 et son volet Outre-mer), Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS), Plan National Alimentation (PNA), Feuille de route nationale Obésité.

Au niveau local, les dispositifs territoriaux constituent un atout pour le déploiement des actions de santé nutritionnelle : contrats locaux de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, maisons sport santé ont investi la thématique de la santé nutritionnelle afin de déployer une offre de prévention et de soins de proximité.

La mobilisation des secteurs de l'agroalimentaire et de la distribution est à renforcer.

Le Programme Réunionnais de Nutrition et de lutte contre le Diabète, arrivé à échéance en 2023, sera renouvelé pour la période du présent schéma régional de santé, portant le détail des actions retenues par les partenaires. Un bilan en sera préalablement partagé.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Améliorer les comportements nutritionnels (activité physique régulière, alimentation plus favorable à la santé, réduction de la sédentarité...) afin d'agir sur l'incidence du surpoids, de l'obésité et du diabète de type 2
2. Améliorer le parcours de santé des personnes en situation de surpoids ou d'obésité et des patients pré-diabétiques et diabétiques afin de prévenir la survenue des complications
3. Poursuivre la mobilisation concertée de l'ensemble des acteurs locaux

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Améliorer la qualité de l'offre alimentaire
2. Promouvoir la pratique d'activités physiques et la lutte contre la sédentarité



3. Déployer des actions de santé nutritionnelle selon une approche territorialisée et populationnelle
4. Améliorer la qualité du parcours de santé des personnes présentant un pré-diabète et un diabète
5. Consolider le parcours de prévention et de soins des personnes en surpoids ou obésité
6. Renforcer les actions de communication pour des comportements favorables à la santé nutritionnelle

Indicateurs de résultats

- Fréquence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et en population générale
- Taux de patients diabétiques ayant suivi les consultations et examens recommandés
- Incidence et prévalence du diabète et du diabète gestationnel
- Incidence des principales complications liées au diabète
- Taux de recours à la chirurgie bariatrique
- Nombre de bénéficiaires d'un programme d'éducation thérapeutique du patient et d'un programme de sport santé sur ordonnance (pré-diabète, diabète, obésité)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-1

Améliorer la qualité de l'offre alimentaire

Contexte/Enjeux

Parallèlement à l'action sur les comportements individuels, il est nécessaire de porter également des efforts sur l'offre alimentaire, en termes de qualité et d'accessibilité, notamment pour les personnes en situation de précarité. A La Réunion, l'offre alimentaire est, pour une large part, constituée de produits importés, et dépend de dispositions nationales qui doivent être complétées par des actions locales.

Actions à mettre en œuvre

- Inciter au déploiement du Nutri-score auprès des industriels et des distributeurs
- Elaborer une stratégie d'action pour une offre alimentaire plus favorable à la santé visant à améliorer :
 - La qualité nutritionnelle des aliments produits et transformés à La Réunion
 - La qualité nutritionnelle des repas servis en restauration collective (cantines scolaires, établissements de santé/médico-sociaux...)
 - La qualité de la restauration dans les camions-bar (principalement ceux installés en proximité des établissements scolaires)
- Encourager la consommation d'eau par rapport à d'autres boissons en priorité auprès des enfants
- Poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits figurant dans le panier du Bouclier Qualité Prix (BQP)
- Améliorer la qualité des colis délivrés par le réseau d'aide alimentaire
- Poursuivre le déploiement des Projets Alimentaires Territoriaux visant à améliorer l'accessibilité aux fruits et des légumes
- Promouvoir la consommation de fruits et légumes

Acteurs associés

- Préfecture et services de l'Etat (DAAF, DEETS)
- Collectivités locales
- ADEME
- Secteur de l'agro-alimentaire et de la distribution
- ADIR
- Chambre des métiers et de l'artisanat,
- Chambre de l'agriculture
- Associations de prévention en santé
- Santé Publique France

Population cible

- Population générale
- Enfants et jeunes
- Personnes en situation de précarité

Lien programmes ou plans d'action existants



Programme national de l'alimentation et de la nutrition (PNAN)

Programme national nutrition santé (PNNS 4 et volet Outre-mer)

Programme national pour l'alimentation (PNA 3)

PRND 2020-2023

PRND 2024-2028 (à venir)

Un lien devra être fait avec la Stratégie nationale alimentation, nutrition, climat (SNANC) qui sera publiée prochainement



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-2

Promouvoir la pratique d'activités physiques et la lutte contre la sédentarité

Contexte/Enjeux

L'activité physique régulière a des effets bénéfiques démontrés sur la santé et le maintien de l'autonomie à tous les âges de la vie. Il importe d'encourager le développement de sa pratique à tous les âges de la vie, en veillant à ses conditions de réalisation.

La Réunion est pionnière dans le développement de l'offre d'activités physiques et sportives à des fins de santé (sport-santé) : label Sport Santé Bien-Etre (label SSBE) avec 550 créneaux labellisés sur l'île à fin juin 2023, Maisons Sport-Santé (MSS), structuration de l'offre de formation régionale.

Cette dynamique doit se poursuivre.

Actions à mettre en œuvre

- **Développer l'offre de sport-santé sur le territoire réunionnais en s'appuyant sur les projets sportifs territoriaux :**
 - La création, l'entretien, la réhabilitation des équipements sportifs de proximité et parcours de santé, les aménagements urbains facilitant les modes de déplacement actifs
 - La labellisation des créneaux sport-santé
 - Le recensement de l'offre de pratique pour les acteurs de la santé et du sport
 - L'offre de formation régionale en matière de sport-santé
- Établir des coopérations entre les Maisons Sport-Santé et les CPTS, MSP, CLS
- Expérimenter le Sport-Santé sur Ordonnance (SSsO) ciblant en priorité les personnes pré-diabétiques et diabétiques

Acteurs associés

- Rectorat
- DRAJES
- ANCV
- Collectivités locales
- IREPS
- Acteurs du mouvement sportif
- Maison sport-santé (MSS)
- URPS, CPTS, MSP

Population cible

- Population générale

Lien programmes ou plans d'action existants



Programme national de l'alimentation et de la nutrition (PNAN)
Programme national nutrition santé (PNNS 4 et volet Outre-mer)
Programme national pour l'alimentation (PNA 3)
PRND 2020-2023
PRND 2024-2028 (à venir)
Stratégie nationale sport-santé bien-être et déclinaison régionale

Un lien devra être fait avec la Stratégie nationale alimentation, nutrition, climat (SNANC) qui sera publiée prochainement



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-3

Déployer des actions de santé nutritionnelle selon une approche territorialisée et populationnelle

Contexte/Enjeux

Les dispositifs territoriaux constituent un atout pour le déploiement durable des actions de santé nutritionnelle (information, éducation nutritionnelle, repérage/dépistage, ateliers collectifs pratiques...). Les CLS, CPTS, les Projets Alimentaires Territoriaux ou encore les Maisons sport-santé doivent favoriser l'inscription locale de ces actions.

La stratégie vise à accentuer les interventions auprès de 4 publics :

- Les femmes enceintes dans le cadre du suivi de leur grossesse
- Les enfants jusqu'à 6 ans et leurs parents par le réseau des acteurs de la petite enfance
- Les enfants et adolescents, et leurs parents, notamment via le milieu scolaire
- les personnes en situation de précarité et habitants des quartiers prioritaires (principalement les quartiers prioritaires de la politique de la ville QPV), habitants des Hauts et de l'Est de La Réunion.

Actions à mettre en œuvre

- **Faire émerger des projets territorialisés de santé nutritionnelle et de lutte contre le diabète dans les quartiers prioritaires de La Réunion**
- **Élaborer et déployer un programme d'intervention nutritionnelle auprès des femmes enceintes (actions d'éducation nutritionnelle, Education thérapeutique du patient)**
- **Déployer le projet Nutrition Petite Enfance Péi**
- **Déployer l'opération Nutrition Marmay visant à mettre en œuvre des actions d'éducation nutritionnelle à destination des enfants et des parents**
- **Mettre en œuvre des actions de santé nutritionnelle reposant sur l'aller-vers**
- **Poursuivre le plaidoyer auprès des entreprises et administrations pour des interventions nutritionnelles dans le milieu du travail (Charte des établissements actifs PNNS)**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assurance Maladie • CAF • Rectorat • DAAF • DEETS • Collectivités locales • Entreprises et administrations • IREPS • Acteurs de la petite enfance • Services de santé au travail • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA | <ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes • Enfants et parents • Personnes en situation de précarité • Salariés |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Programme national de l'alimentation et de la nutrition (PNAN) Programme national nutrition santé (PNNS 4 et volet Outre-mer) Programme national pour l'alimentation (PNA 3) PRND 2020-2023 PRND 2024-2028 (à venir) Un lien devra être fait avec la Stratégie nationale alimentation, nutrition, climat (SNANC) qui sera publiée prochainement</p> | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-4

Améliorer la qualité du parcours de santé des personnes présentant un pré-diabète et un diabète

Contexte/Enjeux

Les actions visant à améliorer le diagnostic précoce du diabète de type 2 et le repérage des patients atteints de pré-diabète, afin d'engager le plus tôt possible un parcours de soins et de prévention, doivent être poursuivies, notamment à l'égard des professionnels de santé de ville.

Les thématiques du diabète et de la nutrition ont été inscrites de façon prioritaire dans les projets de santé des structures d'exercice coordonné (MSP et CPTS) afin que les équipes de soins de ville puissent améliorer le suivi des patients diabétiques.

Actions à mettre en œuvre

- Déployer les actions de prévention, de dépistage et de repérage des facteurs de risque du diabète de type 2 en s'appuyant sur l'outil Find Risk Péi
- Sensibiliser les médecins traitants et les services d'urgences aux symptômes du diabète de type 1 chez l'enfant afin d'éviter les diagnostics tardifs, et rendre plus lisible l'offre de prise en charge pour les parents
- Sensibiliser la population et les médecins traitants au pré-diabète afin de favoriser l'orientation vers le programme ETP RUNPREDIABETE et les dispositifs de sport santé
- Élaborer et diffuser un outil à destination des médecins traitants pour améliorer l'annonce du diagnostic, la prise en charge/suivi et l'orientation des patients pré-diabétiques et diabétiques vers les spécialistes et les dispositifs existants
- Former les professionnels de santé à l'annonce du diagnostic et à l'entretien motivationnel pour mieux prendre en charge les patients diabétiques (formation continue proposée par des organismes DPC agréés)
- Élaborer et diffuser, avec les associations de patients, un guide du patient diabétique
- Encourager l'inscription des patients diabétiques en ALD afin de faciliter leur orientation dans les dispositifs de soin et de prévention
- Promouvoir auprès des médecins traitants l'orientation des nouveaux patients diabétiques vers une consultation avec un médecin endocrinologue
- Déployer les programmes ETP Diabète
- Accompagner les personnes diabétiques en écart de soins
- Renforcer le dépistage et la prise en charge des complications ophtalmologiques et podologiques au travers des CPTS et MSP et en mobilisant les dispositifs d'aller-vers
- Expérimenter le positionnement de coordonnateur de parcours pour patients diabétiques complexes au niveau du DAC
- Soutenir les actions de prévention bucco-dentaire auprès de personnes avec pré-diabète, diabète ou surpoids, pour améliorer leur santé globale et diminuer les risques de complications



| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assurance Maladie • URPS • SEDMER • DAC – La Réunion (ETAP SANTE) • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Établissements de santé • Associations de patients • GCS TESIS • ETP-La Réunion (ETAP-SANTE) | <ul style="list-style-type: none"> • Patients diabétiques, ou pré-diabétiques, enfants et adultes |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-5

Consolider le parcours de prévention et de soins des personnes en surpoids ou obésité

Contexte/Enjeux

Près d'un réunionnais sur 2 est en surcharge pondérale en 2019 : 28% de la population est en surpoids et 16% en situation d'obésité. Les fréquences régionales sont proches de celles constatées dans l'hexagone, contrairement aux autres DROM. Il existe toutefois des particularités régionales : l'obésité touche davantage les femmes et survient de manière précoce. Par ailleurs, la fréquence de la surcharge pondérale des mères, facteur de risque de diabète gestationnel, augmente de manière préoccupante ces dernières années. Chez les enfants, la prévalence du surpoids et de l'obésité est également marquée.

L'enjeu est donc de consolider l'offre de prévention et la filière de prise en charge des enfants et des adultes.

Actions à mettre en œuvre

- Diffuser les bonnes pratiques et les programmes efficaces ou prometteurs en matière de prévention nutritionnelle
- Renforcer la prévention ciblée et les dispositifs de prise en charge des enfants en surpoids ou en d'obésité
- Élaborer et diffuser un outil à destination des médecins traitants pour les guider dans le repérage, l'annonce du diagnostic, la prévention et la prise en charge des personnes en surpoids ou en obésité
- Développer un programme d'ETP ambulatoire pour l'obésité adulte
- Ouvrir des consultations spécialisées pour les personnes avec obésité morbide sur tout le territoire en s'appuyant sur les CPTS, le CSO, et les services hospitaliers dont les services médicaux et de réadaptation
- Étendre le parcours de prise en charge pour les femmes enceintes en situation d'obésité à l'ensemble du territoire
- Prendre en compte l'obésité dans le PRND 2024-2028

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- CHU (Centre spécialisé obésité – CSO)
- Etablissements de santé
- URPS
- SEDMER
- CPTS, MSP, GMPSOI, devenu FéeCOIA
- REUNIR
- ADNR
- ETP-La Réunion (ETAP-SANTE)

Population cible

- Personnes en situation de surpoids ou d'obésité

Lien programmes ou plans d'action existants

Feuille de route nationale sur l'obésité



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 8-6

Renforcer les actions de communication pour des comportements favorables à la santé nutritionnelle

Contexte/Enjeux

La communication constitue un levier pour l'amélioration des comportements alimentaires et de la lutte contre l'obésité et le diabète. L'objectif est de renforcer les actions déployées par les partenaires du PRND selon une charte graphique, des éléments de langage communs et la mobilisation de canaux de communication variés (radios locales, réseaux sociaux...) et adaptés aux publics visés.

Les besoins de communication portent notamment sur :

- Le partage des données de santé auprès des acteurs et du grand public
- La promotion des recommandations nutritionnelles du PNNS
- Une meilleure visibilité des dispositifs et des acteurs œuvrant dans ce domaine...

L'accent doit en particulier être mis sur la visibilité et la lisibilité de l'offre pour permettre un adressage adapté des patients et une meilleure appropriation des dispositifs de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement par les malades, leurs proches et les professionnels.

Actions à mettre en œuvre

- **Promouvoir les repères nutritionnels et la pratique régulière d'activité physique au travers d'approches innovantes et d'une communication renouvelée**
- **Développer des stratégies de communication ciblées sur deux thématiques prioritaires : les boissons sucrées et les bienfaits d'une pratique d'activité physique quotidienne**
- **Mettre à disposition un annuaire et une cartographie de l'offre et des acteurs/dispositifs**

Acteurs associés

- Rectorat
- IREPS
- GCS TESIS
- Partenaires du Programme régional de nutrition diabète (PRND)
- Santé publique France

Population cible

- Population générale
- Patients diabétiques

Lien programmes ou plans d'action existants

Programme national de l'alimentation et de la nutrition (PNAN)
Programme national nutrition santé (PNNS 4 et volet Outre-mer)
Programme national pour l'alimentation (PNA 3)
PRND 2020-2023
PRND 2024-2028 (à venir)
Un lien devra être fait avec la Stratégie nationale alimentation, nutrition, climat (SNANC) qui sera publiée prochainement.



LA SANTÉ MENTALE



THÉMATIQUE 9

LA SANTÉ MENTALE

Description

Une population exposée à tous les âges aux affections mentales

Selon l'OMS, une personne sur huit est touchée par un trouble psychique au cours de sa vie.

À La Réunion, la demande de soins liée à des troubles psychiques est en constante augmentation pour toutes les classes d'âge, mais reste inférieure au niveau national.

La récente enquête de santé mentale en population générale semble montrer une moindre prévalence des troubles psychiques à La Réunion (23% de personnes concernées de 18 ans et plus contre 32% dans l'hexagone, avec une différence plus marquée pour les troubles anxieux, hors psycho traumatismes). De même, le taux de mortalité par suicide est inférieure d'un quart au niveau hexagonal, à structure d'âge équivalente.

Par ailleurs, si la crise sanitaire COVID a eu un effet de catalyseur des problèmes psychiques en hexagone, cela semble être moins le cas à La Réunion à l'exception des femmes jeunes pour lesquelles Santé Publique France a pu observer une détérioration des indicateurs de santé mentale.

Le taux standardisé de recours aux soins psychiatriques hospitaliers pour 2019 s'établit à 28,2‰ contre 31,7‰ pour la France entière.

Pour autant, la précarité socio-économique est reconnue comme affectant la santé mentale ce qui, au regard des indicateurs sociaux locaux, constitue un facteur de plus forte exposition des réunionnais.

L'âge est également déterminant avec des moments clés que sont par exemple l'adolescence, la maternité ou la vieillesse, périodes qui peuvent être marquées par l'isolement, la détresse psychologique, une consommation accrue de psychotropes ou des actes suicidaires.

Chez les réunionnais de 15-24 ans, les affections psychiatriques et neurologiques sont les deux premiers motifs de maladies chroniques reconnues, avec des taux supérieurs aux taux hexagonaux. La mortalité par suicide touche particulièrement la population jeune, et est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans. Les jeunes sont d'autant plus vulnérables depuis l'avènement des réseaux sociaux qui transforment les relations sociales pouvant laisser place à une certaine pression psychologique ou au harcèlement.

Chez les personnes âgées, l'enquête « Gramounes care » révèle que 46% des réunionnais d'au moins 65 ans ont un risque de dépression.

La dépression post-partum affecte de nombreuses femmes après la naissance de leur enfant.

La santé mentale reste très largement connotée négativement et les patients affectés se sentent souvent stigmatisés. L'amélioration de la santé mentale suppose donc de travailler sur le changement des mentalités et des représentations, et de favoriser l'inclusion sociale et le maintien de lien des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou vivant avec un handicap psychique.



Des acteurs locaux impliqués

Les acteurs locaux de la santé mentale se sont réunis au sein de la Communauté Territoriale de Santé Mentale (hospitalisation publique et privée, professionnels de ville, secteur social et médico-social). Cette communauté associe également des représentants des usagers. Elle œuvre au partage de l'analyse des besoins du territoire, à l'élaboration de solutions concertées et à la complémentarité des interventions.

Elle a conclu avec l'ARS un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM), pour la période 2021-2024, porteur de 7 orientations :

- Éviter les principales ruptures de prise en charge des adultes en renforçant de manière significative l'offre de proximité dans les centres médico-psychologiques et en créant les structures d'accompagnement faisant défaut sur le territoire
- Améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents, notamment en consolidant la psychiatrie périnatale et la filière spécifique à destination des adolescents
- Structurer la filière de soins psychiatriques à destination des personnes âgées
- Déployer des dispositifs spécialisés, à vocation intersectorielle voire régionale (prise en charge du psycho traumatisme, prévention du suicide)
- Renforcer les coopérations entre les acteurs de la santé mentale, notamment dans le cadre de la recherche
- Renforcer le soutien aux aidants
- Favoriser la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

Une offre de soins en développement

L'offre réunionnaise de santé mentale bénéficie depuis 2018 d'un plan de rattrapage en cours de déploiement. Les acteurs de la santé mentale et l'ARS se sont accordés sur les priorités de développement au travers du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) :

- Renforcement de la psychiatrie extrahospitalière pour permettre aux CMP (centres médico-psychologiques) et CMPEA (centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents) d'accueillir les situations dites péri-critiques dans les 72 heures et de diminuer les listes d'attente
- Création de lits pour mettre fin au sous-équipement de certains territoires de l'île (Sud et Est notamment) ou proposer une prise en charge intensive (unité de soins intensifs psychiatriques)
- Structuration de filières spécifiques (psychiatrie périnatale, psychiatrie des adolescents, géronto-psychiatrie)
- Déploiement de dispositifs spécialisés de prévention du suicide ou de prise en charge des psycho traumatismes
- Accroissement des capacités de réhabilitation psycho-sociale et appui aux aidants.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Prévenir les troubles mentaux et les conduites suicidaires
2. Dépister, diagnostiquer et prendre en charge précocement les troubles mentaux

3. Garantir la continuité des soins, la qualité des accompagnements et l'inclusion sociale des patients
4. Renforcer la connaissance et la recherche et évaluer l'impact des politiques de santé mentale

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Lutter contre la stigmatisation et prévenir l'apparition des troubles psychiques
2. Renforcer les capacités de repérage, d'orientation et de prise en charge précoce
3. Organiser l'accès aux soins psychiatriques non programmés ou urgents
4. Compléter l'offre de prise en charge
5. Favoriser les droits et l'inclusion dans la société des personnes souffrant de troubles psychiques
6. Disposer d'une capacité régionale d'évaluation des actions, et de recherche et d'épidémiologie en santé mentale

Indicateurs de résultats

- Incidence des suicides
- Nouvelles admissions annuelles en ALD 23 chez les moins de 25 ans
- Délai de première prise en charge en CMP et CMPEA



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-1

Lutter contre la stigmatisation et prévenir l'apparition des troubles psychiques

Contexte/Enjeux

Les personnes atteintes de troubles peuvent être victimes de stigmatisation, comme le montre l'enquête Santé mentale en population générale réalisée à La Réunion en 2022.

La connotation négative de la maladie mentale peut engendrer exclusion sociale et retarder l'entrée dans les soins. Une communication positive doit permettre de renforcer la prévention primaire, secondaire et tertiaire et donner plus de lisibilité à l'offre de soins encourageant l'accès aux soins.

L'information et la communication en direction du grand public visent également à augmenter les capacités d'agir de la population et à lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Avec environ la moitié des troubles mentaux se manifestant avant l'âge de 14 ans (OMS), le renforcement des facteurs de protection et la promotion de la santé mentale positive dès l'enfance est essentiel, notamment par l'acquisition des compétences psychosociales afin de permettre aux jeunes d'identifier, comprendre et faire face à leurs émotions et d'oser parler.

Les nombreux facteurs qui déterminent la santé mentale, qu'ils soient socio-économiques, biologiques et environnementaux, portent à déployer des actions de prévention en santé mentale dans tous les milieux de vie et particulièrement en milieu scolaire et professionnel.

Actions à mettre en œuvre

- **Sensibiliser le grand public à la santé mentale : ciné-débats, semaine d'information en santé mentale, témoignages vidéos...**
- **Communiquer sur l'offre de santé mentale afin de la rendre lisible et accessible à la population**
- **Soutenir les programmes de développement des compétences psycho-sociales des enfants et des parents**
- **Développer la prévention des risques psycho-sociaux dans le milieu professionnel**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé et médico-sociaux • Médecine du travail • CTSM 974 • Rectorat • Conseil Départemental • DEETS • CAF • IREPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Associations de prévention | <ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents • Population générale • Familles des patients • Professionnels de santé |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) Instruction interministérielle relative à la stratégie nationale de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes - 2022-2037 Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie 2018 Convention ARS-Rectorat 2021-2025</p> | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ESMPG reconduite : indicateurs sur l'image de la santé mentale • Bien être des enfants étude Enabee (SPF) / Enclass (OFDT) | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-2

Renforcer les capacités de repérage, d'orientation et de prise en charge précoce

Contexte/Enjeux

Si la prévention primaire joue un rôle majeur dans l'apparition des troubles psychiques, la prévention secondaire et tertiaire permettent d'identifier et d'orienter précocement les personnes atteintes de troubles psychiques afin d'éviter l'installation et l'aggravation de pathologies mentales. L'offre des CMP et CMPEA est en cours de renforcement dans le cadre des moyens de rattrapage dont bénéficie La Réunion ; cet effort doit être complété par une meilleure articulation avec la ville.

Actions à mettre en œuvre

- Déployer les formations permettant d'améliorer le repérage et le dépistage des troubles psychiques : formations premiers secours en santé mentale, formations en prévention du suicide et réseaux Sentinelle
- Poursuivre la réorganisation des CMP et des CMPEA pour garantir une première prise en charge dans des délais réduits
- Organiser la coopération entre les CMP et CMPEA et les professionnels de ville (médecins généralistes, psychiatres, psychologues)
- Clarifier l'articulation des missions des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS), Centre Medico-Psychologique Enfants Adolescents (CMPEA), Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), Plateforme de Coordination et Orientation (PCO) pour faciliter l'orientation des patients et la complémentarité de l'offre de soins



| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé et médico-sociaux • Médecine du travail • Entreprises et administrations • Conseil Départemental • Rectorat • CPTS • URPS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Psychiatres et Psychologues libéraux | <ul style="list-style-type: none"> • Population générale • Jeunes enfants, adolescents • Professionnels de santé libéraux et hospitaliers |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) Instruction inter ministérielle Prévention suicide Contrat de prévention et de protection de l'enfance Programme « 1000 premiers jours »</p> | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Délais d'accès à une première consultation en CMP et CMPEA • Nombre de personnes formées aux premiers secours en santé mentale | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-3

Organiser l'accès aux soins psychiatriques non programmés ou urgents

Contexte/Enjeux

Enfants, jeunes et adultes peuvent se trouver face une détresse psychique intense, nécessitant une aide rapide. L'urgence en psychiatrie, définie légalement comme « une demande dont la réponse ne peut être différée », est précisée par la circulaire du 30 juillet 1992 : « Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question [de pouvoir différer ou non], qu'il s'agisse du patient lui-même, de l'entourage ou du médecin (...) L'urgence nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

L'urgence, nécessitant une prise en charge immédiate, se distingue d'une situation dite péri-critique, c'est-à-dire appelant une réponse rapide (dans les 72 heures).

La structuration de l'offre de soins doit satisfaire à ces deux enjeux, en veillant à associer les acteurs publics et privés dans la réponse.

Outre la réponse immédiate ou rapide, il convient de pouvoir proposer une prise en charge post-urgence permettant de sécuriser les patients : hospitalisation complète (en service de psychiatrie ou autres services avec l'appui des équipes de liaison), en hospitalisation de jour, et ou suivi ambulatoire ou à domicile.

Actions à mettre en œuvre

- **Etendre le Service d'Accès aux Soins aux demandes de soins psychiatriques**
- **Installer une coordination de l'accès aux soins psychiatriques urgents et post-urgents entre l'hospitalisation publique et privée au travers d'une coordination territoriale des lits**
- **Expérimenter des équipes de soins intensifs à domicile complémentaires des visites à domicile**

Acteurs associés

- Etablissements de santé publics et privés
- SAMU
- Service d'Accès aux Soins (SAS)
- URPS
- CPTS
- Conseil Départemental

Population cible

- Population générale

Lien programmes ou plans d'action existants

Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)
Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie
Cahier des charges PDESES (à venir)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-4

Compléter l'offre de prise en charge

Contexte/Enjeux

Le plan de rattrapage de l'offre de psychiatrie à La Réunion a permis de concrétiser la plupart des ambitions affichées dans le projet territorial de santé mentale via la signature du contrat territorial de santé mentale 2021-2024. Si toutes les actions n'ont pas encore été mises en œuvre, le renforcement des capacités d'hospitalisation et de la psychiatrie extrahospitalière est déjà réel.

Le renforcement global de l'offre doit être poursuivi en privilégiant la prise en charge ambulatoire et en structurant de nouvelles filières spécialisées de prise en charge.

L'articulation entre l'addictologie et la santé mentale, ville/hôpital et médico-social, doit être recherchée au bénéfice d'une prise en charge globale et continue.

Il est enfin nécessaire d'intégrer dans les réflexions la reconnaissance de nouveaux métiers : infirmiers de pratique avancée, pair-aidants.

Actions à mettre en œuvre

- Identifier et structurer des filières spécialisées : troubles des comportements alimentaires (TCA) en lien avec les services hospitaliers somatiques
- Consolider la coopération entre la psychiatrie et l'offre médico-sociale (handicap, personnes âgées, addictologie), notamment pour les prises en charge urgentes ou en situation de crise
- Intégrer la pair-aidance et les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans la prise en charge des patients
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient, accessibles aux patients et à leurs proches
- Poursuivre le déploiement d'une offre graduée de la prise en charge des adolescents à toutes les étapes sur le territoire

Acteurs associés

- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS
- Conseil Départemental
- CPTS
- MSP
- GMPSOI, devenu FéeCOIA

Population cible

- Population générale

Lien programmes ou plans d'action existants

Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)
Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie
Cahier des charges PDES (à venir)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-5

Favoriser les droits et l'inclusion dans la société des personnes souffrant de troubles psychiques

Contexte/Enjeux

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, reconnaît le handicap psychique et, de cette manière, a posé le premier jalon d'une approche globale et d'inclusion des personnes vivant avec un handicap psychique.

L'enjeu pour les personnes vivant avec un handicap psychique et leurs familles est celui d'une meilleure autonomie et d'une inclusion sociale pleine et entière. Le logement et l'insertion professionnelle sont des facteurs de rétablissement reconnus et font donc partie intégrante des réponses à apporter aux personnes.

Actions à mettre en œuvre

- **Consolider les dispositifs d'accès et de maintien au logement et à l'emploi**
- **Faciliter l'accès aux soins ne relevant pas de la santé mentale (soins somatiques, addictologie ...) des personnes souffrant de troubles psychiques**
- **Soutenir les familles d'accueil sociales et les assistants familiaux, par l'intervention de services d'aide et de soins ou de services médico-sociaux**
- **Former et soutenir les aidants pour favoriser le maintien à domicile**

Acteurs associés

- Conseil Départemental
- Etablissements de santé et médico-sociaux
- DEETS
- Un chez soi d'abord
- Plateforme d'emploi accompagné (PEA)
- Associations d'usagers et/ou de familles

Population cible

- Population générale
- Familles d'accueil sociales et assistants familiaux
- Aidants des patients

Lien programmes ou plans d'action existants

Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)
Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
Logement d'abord
Programme Régional de Santé Travail 2021-2025

Indicateurs

- File active des dispositifs d'accompagnement dans le logement et à l'emploi



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 9-6

Disposer d'une capacité d'évaluation des actions, été de recherche et d'épidémiologie en santé mentale

| Contexte | |
|---|---|
| <p>L'adaptation de l'offre de soins et de prévention en santé mentale requiert de disposer d'une évaluation des besoins mais aussi des pratiques et des parcours.</p> <p>Les spécificités du territoire conduisent à devoir disposer d'études régionales sur la santé mentale, l'accès aux soins et les parcours des patients.</p> | |
| Actions à mettre en œuvre | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Créer un centre de ressources régional en santé mentale chargé de contribuer à l'évaluation épidémiologique et des actions menées en santé mentale et à la diffusion des connaissances • Soutenir les études en santé mentale permettant de caractériser la situation régionale et d'orienter l'action publique • Soutenir la recherche en santé mentale à La Réunion | |
| Acteurs associés | Population cible |
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé et médico-sociaux • Conseil Départemental • ORS • Santé Publique France • Acteurs de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Population générale |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)</p> | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture du centre de ressources régional en santé mentale | |



LES CONDUITES ADDICTIVES



THÉMATIQUE 10

LES CONDUITES ADDICTIVES

Description

Une diversité des conduites addictives

Une addiction est définie comme un comportement ayant pour fonction initiale de procurer du plaisir ou de soulager un malaise, et qui se caractérise par une perte de contrôle et sa persistance malgré les conséquences négatives.

Les addictions sont souvent liées à la consommation de substances psychoactives, mais il existe également des addictions sans produit, dites comportementales (troubles des conduites alimentaires, écrans, jeux d'argent et de hasard, addictions sexuelles...).

Les modes de consommation de substances psychoactives varient d'un usage occasionnel, social et festif, à un usage régulier, qui peut être ou devenir un usage à risque en fonction des produits consommés, de leur quantité, de leurs effets nocifs, des conditions d'utilisation ou de la dépendance générée.

Les addictions sont multi factorielles et entraînent de graves conséquences socio-sanitaires, au coût humain et économique très élevé.

Le tabac, principal cause de mortalité évitable

Le tabac et l'alcool restent les premières causes de mortalité évitable en France : la consommation de tabac est responsable de 75 000 décès par an (dont 45 000 décès par cancer), l'alcool de 41 000 décès (dont 15 000 décès par cancer).

À La Réunion, le tabac cause près de 700 décès chaque année. Une surmortalité pour BCPO liée au tabagisme est également observée, près de 2 fois supérieure à l'hexagone.

Le tabac est un facteur de risque majeur des principales maladies cardiovasculaires et pulmonaires et des cancers, et un facteur aggravant pour la majorité des maladies chroniques, notamment le diabète, touchant fortement la population réunionnaise.

Les données épidémiologiques rendent compte d'un tabagisme quotidien inférieur à l'hexagone. Pour autant, il y a toujours plus de 100 000 fumeurs quotidiens. Par ailleurs, la crise COVID a manifestement eu un impact sur les comportements et les consommations : alors que le tabagisme était en baisse constante depuis 2018, il a été observé une recrudescence à partir de 2021 au niveau national.

L'exposition quotidienne au tabagisme passif est particulièrement fréquente à La Réunion : plus d'1 réunionnais de 15 ans ou plus sur 5 déclare être exposé tous les jours à la fumée des autres en intérieur, soit une fréquence presque 2 fois plus élevée par rapport à l'hexagone.

L'alcool, un fléau réunionnais

Si la consommation moyenne d'alcool par habitant est inférieure à l'hexagone, le taux de mortalité lié à l'alcool est supérieur de 38% à celui constaté dans l'hexagone (plus de 230 décès par an). Deux hypothèses sont avancées pour expliquer cette apparente contradiction :

- La concentration de la consommation d'alcool sur un nombre limité de buveurs excessifs, définis comme étant des buveurs consommant plus de 49 verres standard



par semaine (selon l'ORS, 10% des consommateurs consommeraient 58% de la quantité d'alcool bue à La Réunion).

- La part de consommation de spiritueux ou alcools forts, importante à La Réunion (43% des quantités d'alcool bues contre 23% pour l'hexagone), plusieurs études internationales concluant à une surmortalité liée aux spiritueux.

La Réunion est également particulièrement concernée par la problématique des troubles neuro-développementaux causés par l'alcoolisation foétale (prévalence estimée à près du double de celle de l'hexagone).

L'alcool est en cause dans 1 accident de la route sur 5, et 1 accident de la route mortel sur 3.

Enfin, La Réunion est le 3^{ème} département le plus touché par les violences intrafamiliales, qui se produisent, dans la majorité des cas, dans un contexte d'alcoolisation.

Le cannabis, une consommation en évolution

Des différentes drogues illicites, le cannabis est le produit le plus expérimenté et le plus consommé à La Réunion. La consommation de cannabis (ou « zamal ») est toutefois en diminution et à la hauteur de ce qui est observé dans l'hexagone.

Par contre, La Réunion se caractérise par un niveau de dépendance plus important que dans l'hexagone, aussi bien chez les adultes que chez les jeunes.

La production locale de zamal a tendance à être supplantée par des produits importés bien plus dosés en THC (Tétrahydrocannabinol, principe psychoactif du cannabis).

La diversification des autres consommations de drogues illicites

La consommation des autres drogues illicites semble moins répandue que dans l'hexagone mais, depuis 2000, une augmentation et une diversification des saisies (cocaïne, LSD, champignons, ecstasy, amphétamines) témoignent de la disponibilité de ces produits sur le territoire, ainsi que de l'émergence de nouveaux produits de synthèse, avec de nombreuses alertes et passages aux urgences.

Le rapport TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues, 2022) de l'OFDT confirme ces évolutions avec une augmentation des consommateurs d'ecstasy et de MDMA.

Enfin, l'usage détourné de médicaments (antalgiques, psychotropes...) est une préoccupation spécifique à La Réunion s'agissant notamment de l'Artane, du Rohypnol, du Rivotril. S'il est difficile d'avoir une estimation du nombre de personnes concernées, 5% des patients des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont suivis pour ce motif.

Une corrélation sexe et faibles revenus avec les consommations

Les addictions touchent le plus souvent des hommes et les personnes en situation de précarité (fort gradient social des addictions). Les hommes sont ainsi 15 fois plus atteints que les femmes par les psychoses alcooliques.

En matière de tabagisme quotidien, il y a ainsi une différence de près de 15 points de la part des fumeurs entre les plus hauts et les plus bas revenus (18% contre 33%).

Les personnes ayant une problématique de santé mentale, ou les personnes vivant avec un handicap, ont également un risque plus important de conduites addictives.

Les jeunes, des évolutions contrastées des consommations

De manière générale, les consommations des jeunes sont en baisse, et à un niveau inférieur à ce qui est observé que dans l'hexagone.



Les lycéens semblent se détourner de la cigarette (usage quotidien passé de 19% des jeunes à 9% entre 2015 et 2021). La consommation d'alcool a également tendance à diminuer (usage régulier passé de 7% à 4% entre 2015 et 2021) de même que l'expérimentation ainsi que l'usage régulier du cannabis (8% d'usage régulier en 2015, 5% en 2021).

Pour autant, l'usage de la chicha, dont la toxicité est très supérieure à la cigarette, est en hausse. De même, La Réunion n'est pas épargnée par les nouvelles tendances comme les cigarettes électroniques et en particulier les cigarettes électroniques jetables aux goûts fruité qui constituent une potentielle source d'addictions pour les jeunes, même si la nocivité de ces produits semble inférieure aux produits basés sur la combustion de tabac. Par ailleurs, l'âge d'expérimentation est souvent plus précoce à La Réunion. Or, le lien est démontré entre expérimentation précoce, consommations excessives à l'adolescence et dépendance à l'âge adulte : commencer à consommer de l'alcool au début de l'adolescence multiplie par dix le risque de devenir alcoolo-dépendant à l'âge adulte, par rapport à une initiation plus tardive, vers l'âge de 20 ans.

Ceci pourrait expliquer en partie la dépendance au cannabis des jeunes, bien plus importante à La Réunion que dans l'hexagone (3% des élèves de 3^{ème} ayant une addiction au cannabis à La Réunion contre 1% pour l'hexagone), dépendance plus fréquente qui semble se confirmer à l'âge adulte

Enfin, de nombreux acteurs alertent sur l'augmentation du mésusage des écrans, avec un possible risque de cyberaddiction. La MILDECA estime que 12% des jeunes ont un usage à risque ou problématique (1 jeune sur 8 au niveau national). Selon l'ORS, 13% des étudiants réunionnais auraient un usage à risque ou problématique d'internet et 8% un usage problématique de jeux vidéo. A cela s'ajoute les phénomènes de harcèlement via les réseaux sociaux.

Une offre de soins développée, mais à renforcer

Le territoire dispose d'une offre de prise en charge hospitalière développée et graduée. Pour autant, l'offre médico-sociale (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie – CSAPA, et Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues – CAARUD) reste inférieure à celle disponible dans l'hexagone, alors que ces services permettent « l'aller-vers » et l'accompagnement dans la durée.

De même, la liaison avec la psychiatrie est à renforcer, ainsi que la prise en charge des comorbidités liées aux addictions (santé mentale, troubles neurocognitifs, santé somatique).

Enfin, il est nécessaire de proposer des réponses adaptées à certains publics spécifiques : les femmes et les couples ayant un projet d'enfant, les personnes sous-main de justice, les personnes vivant avec un handicap ou ayant des troubles psychiques, les personnes en situation de précarité.

La prévention générale des addictions doit se doubler d'une action ciblée, préventive et d'accompagnement vers les soins, à destination de certains publics davantage exposés aux addictions et à leurs conséquences.



Les conditions de l'efficacité d'une politique de prévention et de lutte contre les addictions : la mobilisation de plusieurs leviers

La prévention des addictions suppose de mobiliser simultanément :

- la sensibilisation, l'information et la formation afin de prévenir l'entrée dans les addictions,
- la restriction de l'accès aux produits et la lutte contre la banalisation des usages,
- le repérage et l'accompagnement médio-psycho-social précoce et sur la durée des personnes ayant des conduites addictives,
- les actions de réduction des risques.

Concernant les jeunes, l'enjeu est d'agir le plus tôt possible et d'éviter l'entrée dans un processus d'addiction, en limitant leur exposition aux substances, en développant leurs compétences psychosociales leur permettant d'éviter les conduites à risques, et en renforçant la capacité des adultes à détecter les usages à risque et à orienter vers une prise en charge précoce.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Prévenir les consommations à risque, y compris les addictions sans produit
2. Orienter et prendre en charge les patients avec addictions

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. **Consolider la connaissance des conduites addictives**
2. **Renforcer les actions de prévention**
3. **Faire de la vie festive un environnement plus protecteur**
4. **Outiller les professionnels pour le repérage précoce et l'orientation vers une prise en charge**
5. **Renforcer les capacités de prise en charge et leur articulation**

Indicateurs de résultats

- Taux de mortalité directement liée à l'alcool
- Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans
- Taux de mortalité directement liée au tabac
- Consommation/expérimentation du tabac, de l'alcool et du cannabis chez les collégiens et les lycéens
- Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-1

Consolider la connaissance des conduites addictives

Contexte/Enjeux

Les consommations et conduites addictives évoluent selon les profils et pratiques des personnes. L'observation sur les usages de produits, licites et illicites, et les conduites addictives, avec ou sans produit, est un préalable nécessaire à l'ajustement des stratégies de prévention et de soins.

La surveillance régionale engagée, avec l'installation d'un groupe régional d'observation des addictions, doit se poursuivre en veillant au partage des informations avec les acteurs locaux et l'ensemble de la population.

Actions à mettre en œuvre

- **Reconduire le tableau de bord des comportements addictifs à La Réunion**
- **Compléter l'observation par des études sur les profils des consommateurs et certains usages (dont les mésusages médicamenteux, et les écrans)**

Acteurs associés

- Préfecture
- Rectorat
- Assurance Maladie
- Douanes
- MILDECA
- Santé Publique France
- Observatoire Régional de Santé
- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS
- SAOME

Population cible

- Professionnels et institutions
- Population générale

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (2023-2027)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-2

Renforcer les actions de prévention

Contexte/Enjeux

La prévention est un pilier de la lutte contre les addictions, son efficacité dépend de son adaptation aux publics visés. Chaque environnement a ses propres caractéristiques et une approche personnalisée permet de maximiser l'efficacité des mesures préventives. Cela permet de cibler les populations à risque, d'augmenter la réceptivité des individus, de prendre en compte les facteurs de risque et de protection propres à chaque contexte, et de mobiliser les liens communautaires.

L'enjeu premier est d'agir le plus tôt possible et d'éviter l'entrée des jeunes dans un processus d'addiction.

Actions à mettre en œuvre

- Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication adaptée sur les addictions y compris celles sans produit (écrans, jeux...) à destination de publics spécifiques (jeunes, couples avec un projet d'enfant, parents ...) et envers les professionnels et évaluer les actions de communication
- Sensibiliser aux risques d'un usage excessif des écrans
- Agir sur l'environnement quotidien pour limiter l'exposition aux produits :
 - Promotion des interdictions protecteurs
 - Poursuite de la démarche des lieux de santé sans tabac
 - Labellisation des lieux et espaces publics sans tabac
 - Régulation de la publicité sur les produits et des ventes promotionnelles
 - Soutien à l'adoption d'une fiscalité plus dissuasive
- Déployer des programmes de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire et périscolaire en ciblant les enfants, les professionnels à leur contact ainsi que les parents.
- Étendre les programmes efficaces ou prometteurs à destination des jeunes et de leur entourage
- Sensibiliser les entreprises et administrations à la prévention sur les lieux de travail des conduites addictives
- Encourager l'intégration durable des actions de prévention des conduites addictives et de réduction des risques dans les projets d'établissement de santé et médico-sociaux
- Poursuivre la prévention des conduites addictives dans les établissements pénitenciers



| Acteurs associés | Population cible |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Rectorat • Collectivités locales • Université • DEETS • Administration pénitentiaire • Administrations • Entreprises • Assurance Maladie • CAF • MILDECA • Santé Publique France • Etablissements de santé et médico-sociaux • IREPS • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA | <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • Population générale |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (2023-2027) | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-3

Faire de la vie festive un environnement plus protecteur

Contexte/Enjeux

Les événements festifs, festivals, soirées sont souvent associés à une consommation excessive d'alcool ou autres substances. Le milieu festif offre une occasion de toucher un large public, en particulier les jeunes, souvent plus exposés aux usages abusifs.

En sensibilisant les participants, en modifiant les normes sociales, en soutenant les organisateurs d'événements, il est possible de contribuer à créer un environnement festif plus sûr, responsable et propice à la prévention des addictions.

Actions à mettre en œuvre

- **Soutenir lors des grands rassemblements festifs :**
 - mise en place de stands de prévention attractifs et de réduction des risques liés à la consommation de drogues
 - mise à disposition de matériel de réduction des risques et des dommages (RDRD) (bouchons d'oreille, éthylotests, accès à l'eau, préservatifs...)
 - présence d'équipes spécialisées dans la réduction des risques et des dommages
- Encourager les organisateurs de moments festifs à valoriser la faible consommation d'alcool et la consommation de boissons non alcoolisées
- Encourager la formation aux conduites addictives des personnels de sécurité intervenants sur les grands événements

Acteurs associés

- Préfecture
- MILDECA
- Direction des affaires culturelles
- DRAJES
- Prestataires d'événementiels
- Associations de prévention

Population cible

- Population générale
- Jeunes

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (2023-2027)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-4

Outiller les professionnels pour le repérage précoce et l'orientation vers une prise en charge

Contexte/Enjeux

La prise en charge des addictions intervient tardivement, alors que les conduites à risque auraient pu être repérées plus tôt, notamment à l'occasion des épisodes de soins, ou pour les jeunes, dans le cadre de leur parcours scolaire et d'études.

Les consultations de prévention, aux âges clés de la vie, de même que le suivi pré et post-partum, sont des occasions de repérage et d'orientation par les professionnels de santé.

Des programmes ont été déployés à La Réunion ces dernières années dans les établissements pour jeunes pour former les professionnels au repérage et à l'orientation précoces.

Actions à mettre en œuvre

- **Sensibiliser, former et outiller les professionnels de santé et éducatifs au repérage des conduites à risque ou addictives (premiers repères en addictologie, formation au repérage précoce et à l'intervention brève) et à l'orientation des personnes**
- **Etendre le déploiement des stratégies d'intervention précoce auprès des publics identifiés comme particulièrement à risques (jeunes, personnes en grande précarité) sur l'ensemble du territoire**
- **Intégrer le repérage des conduites addictives et l'orientation des personnes aux consultations de prévention aux âges clés de la vie et de suivi de grossesses**
- **Intégrer systématiquement, lors du suivi médical des femmes et des couples ayant un projet d'enfant, un repérage des conduites addictives, y compris chez l'homme, et porter une attention particulière à la période post-partum**

Acteurs associés

- Université et instituts de formation en santé
- Rectorat
- Conseil Départemental
- URPS

Population cible

- Professionnels de santé
- Professionnels en relation avec les jeunes
- Couple avec enfants ou ayant un projet d'enfant
- Population générale

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (2023-2027)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 10-5

Renforcer les capacités de prise en charge et leur articulation

Contexte/Enjeux

L'offre d'accompagnement en addictologie repose sur de multiples acteurs : établissements de santé publics et privés (consultations, hospitalisations), établissements médico-sociaux (CSAPA, CAARUD), et professionnels libéraux.

La continuité et la gradation doivent être assurées entre ces intervenants afin de proposer un parcours soutenu de soins médico-psycho-social.

Les comorbidités psychiatriques et somatiques doivent également être prises en charge.

La filière de soins est structurée mais apparaît insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins avec des déséquilibres territoriaux.

Actions à mettre en œuvre

- **Ouvrir des lieux d'accueil bas seuil (CAARUD) sur les territoires dépourvus (Nord-Est et Sud) et poursuivre les démarches d'aller-vers pour les publics précaires**
- **Rééquilibrer l'offre de CSAPA sur les territoires avec une consolidation de l'offre sur le territoire Sud**
- **Créer un CSAPA avec hébergement permettant la consolidation des soins**
- **Renforcer l'offre sanitaire avec la disposition d'une hospitalisation de jour en addictologie sur chacune des microrégions**
- **Poursuivre le renforcement des consultations jeunes consommateurs**
- **Améliorer la structuration du parcours des personnes détenues**
- **Proposer une prise en charge spécifique aux femmes enceintes, à l'hôpital et en ambulatoire :**
 - **Expérimenter des lits de sevrage dédiés dans les maternités**
 - **Développer les formations continues pour les sages-femmes en addictologie**
- **Formaliser des coordinations territoriales des acteurs de santé, au-delà du champ de l'addictologie, en particulier avec la psychiatrie, afin de garantir la continuité et complémentarité des prises en charge**
- **Développer de nouvelles approches thérapeutiques : éducation thérapeutique du patient, systémie familiale, sport-santé, pair-aidance...**
- **Soutenir des initiatives d'auto-support, notamment via des groupes d'entraide mutuelle**



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé et médico-sociaux • Intervenants sociaux • Administration pénitentiaire • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • URPS | <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels sociaux et de santé • Population générale |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (2023-2027) Stratégie santé des personnes Placées sous-main de justice, 2017 Plan d'action régional de prévention du syndrome d'alcoolisation foétale (SAF)</p> | |



LA QUALITÉ DE VIE ET LA SANTÉ DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP



THÉMATIQUE 11

LA QUALITÉ DE VIE ET SANTÉ DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

Description

Une population en forte croissance et concernée par le vieillissement

La population reconnue vivant avec un handicap à La Réunion par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) est évaluée à 60 743 personnes fin 2021, soit 7 % de la population réunionnaise, avec un taux de progression d'environ 8 % par an depuis 2011, principalement en raison de l'amélioration de l'accès aux droits.

Avec un peu plus de la moitié des personnes vivant avec un handicap (58%) âgée de 20 à 60 ans et un quart âgé de plus de 60 ans, la dynamique de vieillissement est importante et représente un défi pour les années à venir. Elle traduit également la part du handicap acquis à l'âge adulte.

Une offre d'accompagnement en développement mais encore insuffisante

Les actions menées depuis 2018 dans le cadre du précédent Projet Régional de Santé ont permis l'augmentation de l'offre médico-sociale, le développement de projets visant à améliorer l'accès à la santé ou favorisant l'inclusion scolaire, le renforcement du soutien aux aidants ou encore le repérage et la prise en charge précoce du handicap.

Toutefois, la situation régionale présente des faiblesses persistantes :

- Déficit d'offre d'accompagnement, avec des taux d'équipement en retrait sur les moyennes nationales, mais également très deçà des besoins recensés au travers des orientations en vigueur de la MDPH,
- Répartition encore inégale de l'offre sur le territoire,
- Augmentation des jeunes en aménagement Creton : progression de 146% en 10 ans, mobilisant un quart de l'offre IME pour les enfants,
- Difficultés de déplacement malgré l'objectif d'autonomie quotidienne des personnes vivant avec handicap,
- Limitation de l'accès à la santé, tant pour les soins que pour la prévention,
- Accès insuffisant au logement, en dépit des progrès récents de l'habitat inclusif,
- Taux d'emploi bien moindre qu'en population générale.

Certaines thématiques sont encore insuffisamment investies :

- L'aide aux aidants, corollaire de l'inclusion des personnes vivant avec un handicap, qui doit bénéficier d'une meilleure structuration et visibilité et d'une offre accrue de services et prestations,
- Le vieillissement des personnes vivant avec un handicap, qui appelle des solutions nouvelles d'accompagnement prenant également en compte la situation des aidants,
- L'accès à la santé des personnes vivant avec un handicap, la rédaction de la première Charte Romain Jacob en 2014 à La Réunion justifiant davantage de solutions locales concrètes et d'exemplarité.



Plus généralement, une transformation de l'offre médico-sociale et sociale est attendue afin de favoriser l'inclusion en milieu ordinaire.

La promotion d'une société inclusive

L'action en faveur des personnes vivant avec un handicap est en profonde mutation depuis 20 ans, avec l'affirmation du principe d'inclusion et l'objectif que chacun puisse bénéficier d'une réponse globale et adaptée dans le temps, sans rupture de parcours, quelle que soit la complexité de sa situation.

Ce changement du paradigme s'inscrit dans un mouvement général de désinstitutionnalisation et de virage domiciliaire visant à promouvoir une société inclusive plus en accord avec le projet de vie exprimé par chacun.

Pour les prochaines années, il exige de privilégier les solutions d'accessibilité et d'intégration sur le raisonnement en terme de capacités médico-sociales, à l'appui d'un développement significatif des moyens consacrés à l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap :

- Promotion et soutien de l'inclusion scolaire et de l'accès à la formation et à l'emploi,
- Coordination des acteurs pour favoriser des parcours sans rupture,
- Solutions opérationnelles d'accès aux soins et à la prévention,
- Prise en compte des publics présentant des besoins spécifiques insuffisamment considérés (handicap avec vieillissement, autisme, handicap psychique, jeunes relevant de l'ASE avec handicap...),
- Anticipation des évolutions démographiques en cours (allongement de l'espérance de vie des personnes vivant avec un handicap, vieillissement de la population et donc des aidants),
- Prise en compte de la singularité des attentes de chaque personne vivant avec un handicap et des souhaits de ses proches aidants.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Prévenir, dépister et prendre en charge précocement les déficiences à tous les âges
2. Promouvoir et accompagner l'inclusion et l'accès aux droits des personnes vivant avec un handicap
3. Anticiper les conséquences du vieillissement des personnes vivant avec un handicap

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoce des déficiences
2. Accroître les capacités d'accompagnement en soutenant l'inclusion et l'autodétermination
3. Soutenir l'inclusion sociale et l'autonomie
4. Développer l'accès à la santé
5. Soutenir les aidants



Indicateurs de résultats

- Évolution des listes d'attente enfants et adultes (orientations MDPH/capacités ESMS installées)
- Taux de scolarisation des enfants porteurs de handicap
- Part de l'offre des services dans les capacités médico-sociales pour enfants et adultes en situation de handicap
- Nombre d'adultes maintenus en ESMS enfants au titre de l'amendement Creton
- Taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap
- Taux d'ESMS pour adultes vivant avec un handicap mettant en œuvre annuellement des actions d'accès au dépistage des cancers (col de l'utérus, sein, colorectal)



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-1

Améliorer le repérage, le dépistage et la prise en charge précoce des déficiences

Contexte/Enjeux

L'amélioration du repérage, du dépistage et de la prise en charge des déficiences est essentielle pour maximiser les chances de développement et de bien-être des personnes vivant avec un handicap et éviter la survenue de sur-handicap.

Actions à mettre en œuvre

- Renforcer les capacités de la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO), des CAMPS et des CMPP avec des objectifs de réduction des délais de prise en charge
- Sensibiliser les professionnels de santé et les professionnels des premières lignes au repérage et au dépistage précoce des déficiences et à l'annonce du diagnostic
- Renforcer l'articulation de l'ensemble des acteurs du diagnostic, repérage et prise en charge précoce (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes)
- Mettre à disposition des professionnels de santé une cartographie des dispositifs facilitant l'orientation des patients
- Promouvoir l'accompagnement post-diagnostic et la guidance des parents et aidants

Acteurs associés

- Conseil Départemental
- MDPH
- Établissements de santé et médico-sociaux
- CPTS
- URPS
- Centre Ressources Autisme (CRA)
- GIPSAP

Population cible

- Professionnels de santé
- Établissements et services médico-sociaux
- Enfants et parents
- Population générale

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie nationale autisme et TND

Indicateurs

- Délais de prise en charge en CAMPS, CMPP et PCO



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-2

Accroître les capacités d'accompagnement en faisant le choix de l'inclusion

Contexte/Enjeux

Les personnes vivant avec un handicap connaissent des parcours souvent complexes et ponctués par des ruptures ou des difficultés d'accès aux accompagnements nécessaires.

L'insuffisance de solutions médico-sociales ou médico-éducatives, attestée par l'écart entre les orientations MDPH et les capacités médico-sociales, génèrent des défauts ou arrêts d'accompagnement. Au-delà, il s'agit aussi d'accentuer le pilotage de la transformation de l'offre pour soutenir l'inclusion et favoriser l'autodétermination des personnes vivant avec un handicap.

Actions à mettre en œuvre

- Installer une commission régionale de coordination des politiques publiques en matière de handicap
- Renforcer l'accompagnement médico-social à l'inclusion scolaire :
 - Intégration des IME/SESSAD dans les établissements scolaires en mettant fin à la distinction établissement/service et en promouvant un modèle d'équipe médico-sociale ressource au service des élèves d'un même établissement scolaire ou groupe d'établissements scolaires
 - Ouverture de nouvelles unités d'enseignement externalisées
 - Renforcement des capacités des SESSAD avec une gestion en file active
 - Identification de capacités de repli médico-social temporaire pour les élèves avec handicap dont le projet d'inclusion scolaire est mis en échec
- Redéployer les capacités d'internat médico-sociaux en veillant au maintien d'une offre de proximité par territoire
- Déployer des programmes personnalisés d'accompagnement vers l'autonomie des jeunes relevant de l'amendement Creton par autorisation de surcapacités temporaires des IME
- Encourager les dispositifs de FAM/MAS hors les murs et le rôle de plateformes ressources de ces établissements pour favoriser l'autonomisation des adultes vivant avec un handicap
- Augmenter les capacités d'accueil temporaire enfants et adultes
- Poursuivre le développement d'unités de vie résidentielles pour personnes avec autisme en situation complexes
- Mobiliser une réserve de financement annuel pour l'accompagnement des situations complexes
- Définir, avec la MDPSH, les ESMS et le Département, un dispositif d'accès renforcé à l'accompagnement médico-social des enfants vivant avec un handicap et relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE)



- Évaluer les effets du vieillissement des personnes vivant avec un handicap sur leurs besoins d'accompagnement via une enquête auprès des établissements et services médico-sociaux et une étude à mener avec la MDPH
- Construire des dispositifs personnalisables d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap et vieillissantes, leur garantissant la continuité des aides au quotidien
- Améliorer l'offre d'accompagnement médico-social en milieu ouvert de type de SSIAD/SAD et SAMSAH pour les adultes vivant avec un handicap

| Acteurs associés | Population cible |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Collectivités locales • Rectorat • MDPH • Établissements de santé et médico-sociaux • DAC -La Réunion (ETAP-SANTE) • Représentants de patients et usagers, parents et aidants | <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adultes vivant avec un handicap • Aidants et familles |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| « Réponse accompagnée pour tous » | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Listes d'attente MDPH • Nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-3

Soutenir l'inclusion sociale et l'autonomie

Contexte/Enjeux

Le handicap est le premier motif de discriminations en France, devant l'état de santé et l'origine.

Il existe encore de nombreux freins à l'autonomie et à l'inclusion des personnes vivant avec un handicap, liés, d'une part, à l'absence d'accessibilité universelle et, d'autre part, à des réponses insuffisantes ou inadaptées aux besoins. Ces barrières se rencontrent de façon transversale dans de nombreux domaines : transport, éducation, santé, scolarisation, formation, logement, emploi...

Des actions correctives sont à mener en lien avec l'ensemble des acteurs sur le territoire.

Actions à mettre en œuvre

- Intégrer l'accessibilité et le handicap dans les contrats locaux de santé
- Poursuivre l'encouragement à l'ouverture des structures « petite enfance » aux jeunes enfants avec handicap
- Soutenir les projets favorisant l'inclusion dans le champ périscolaire
- Faciliter l'accès aux lieux de culture, de loisirs et aux activités sportives
- Fluidifier les parcours d'emplois protégés adaptés en milieu ordinaire (EPMO) et renforcer les capacités du dispositif « emploi accompagné »
- Accroître les capacités d'accompagnement vers le logement autonome et domotique
- Étendre les dispositifs de conseil sur les aides techniques (type Équipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques)
- Ouvrir de nouveaux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)
- Encourager la remédiation cognitive
- Soutenir les actions visant à développer des dispositifs d'autorégulation pour développer la capacité d'agir
- Promouvoir le recours à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)
- Promouvoir la communication « facile à lire et à comprendre »
- Renforcer l'accompagnement et l'éducation à la vie relationnelle, affective et intime
- Développer l'offre d'accompagnement à la parentalité des adultes vivant avec un handicap
- Promouvoir auprès des entreprises, la communication sur les handicaps invisibles
- Créer une unité d'évaluation de réentraînement social et professionnel (UEROS) (pour accueillir et accompagner les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise)



| Acteurs associés | Population cible |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conseil Départemental • Rectorat • CAF • Communes • DEETS • DRAJES • MDPH • Établissements et services médico-sociaux • Bailleurs sociaux • AGEFIPH • Centre de ressources IntimAgir • Associations de patients • Chambres consulaires • MEDEF • CAP Emploi • France Travail | <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adultes vivant avec un handicap • Aidants et familles |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Circulaire du 5 juillet 2021 relative à l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences</p> | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-4

Développer l'accès à la santé

Contexte/Enjeux

Les personnes vivant avec un handicap présentent des vulnérabilités particulières. Leurs problèmes de santé, qu'ils soient ou non liés au handicap, se traduisent par un cumul de fragilités et des retards d'accès à la prévention et aux soins.

Ainsi, elles consultent plus tardivement, présentent des situations d'urgence plus fréquentes, des problèmes plus complexes et sont plus difficilement touchées par les campagnes de prévention.

Malgré la prise de conscience des acteurs de la santé, notamment au travers de la charte Romain Jacob, les freins restent nombreux et interrogent sur l'accessibilité de notre système de santé et l'effectivité des droits reconnus aux patients vivant avec un handicap.

Actions à mettre en œuvre

- Soutenir le comité départemental de la Charte Romain Jacob comme espace de promotion de solutions innovantes et de bonnes pratiques pour l'accès à la santé
- Promouvoir l'utilisation d'Handifaction et assurer une publication régionale régulière des résultats
- Développer l'interconnaissance en organisant des temps de formation croisée entre les professionnels du secteur sanitaire et médico-social
- Ouvrir l'offre de stage en établissements et services médico-sociaux pour les futurs professionnels de santé
- Doter chaque établissement de santé d'un référent handicap
- Développer l'aller-vers pour l'habitation aux soins et renforcer l'accès à la santé
- Poursuivre le soutien à la médiation en santé notamment pour les personnes atteintes de déficiences sensorielles
- Identifier, avec les CPTS, les cabinets de ville avec une accessibilité renforcée et un accompagnement aux soins
- Développer les consultations spécialisées : Handisanté, Handiconsult, Handident, Handigynéco, et les protocoles d'accueil aux urgences
- Expérimenter Handibloc dans les blocs opératoires
- Promouvoir, avec l'Assurance maladie, des dispositifs de transports mutualisés solidaires pour accéder aux structures de soins
- Intégrer la prévention et promotion de la santé, l'accès à la vaccination et aux dépistages dans les accompagnements médico-sociaux via les CPOM des établissements et services médico-sociaux
- Encourager le recrutement d'infirmiers de pratique avancée dans les établissements et services médico-sociaux
- Structurer une offre d'activités physiques adaptées (APA) pour les personnes vivant avec un handicap



- Renforcer l'accompagnement en fin de vie des personnes vivant avec un handicap (formation des professionnels de santé, lien privilégié avec les établissements sanitaires et l'hospitalisation à domicile)

| Acteurs associés | Population cible |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assurance maladie • Comité départemental de la Charte Romain Jacob • MDPH • Établissements de santé et médico-sociaux • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • URPS • Acteurs de la prévention en santé • Associations d'usagers et de familles • Acteurs du Sport Santé Bien Être • Ligue de La Réunion de sport adapté • Ligue Handisport | <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adultes vivant avec un handicap • Aidants et familles |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| Charte Romain Jacob | |
| Indicateurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Données Handifaction | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 11-5

Soutenir les aidants

Contexte/Enjeux

Les aidants familiaux et proches jouent un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap. Ils participent ainsi activement à l'inclusion sociale et à la continuité de l'accompagnement. Pour autant, ceci peut représenter une lourde charge impactant leur santé. Depuis plusieurs années des dispositifs de soutien aux aidants ont été initiés. L'aide aux aidants, corollaire de l'inclusion des personnes vivant avec un handicap, doit bénéficier d'une meilleure structuration et visibilité et d'une offre accrue de services et prestations.

Cet objectif opérationnel s'applique aussi aux aidants des personnes âgées et des patients atteints de maladies chroniques.

Actions à mettre en œuvre

- Communiquer plus spécifiquement sur les aides existantes auprès des aidants
- Intégrer le soutien aux aidants dans les missions des établissements et services médico-sociaux
- Soutenir le développement et la pérennisation des dispositifs de répit-repos
- Faire connaître et communiquer sur le dispositif du relai
- Développer l'accueil et l'hébergement temporaires en établissement pour soutenir les familles
- Développer avec le Département des solutions temporaires de familles d'accueil social, avec soutien des établissements et services médico-sociaux
- Soutenir la formation des aidants
- Mettre en œuvre des actions de prévention en santé destinées aux aidants

Acteurs associés

- Conseil Départemental
- MDPH
- Groupement d'Intérêt Public pour les Services À la Personne (GIPSAP)
- Établissements médico-sociaux
- Communautés 360
- Associations
- Complémentaires santé
- URPS
- Assurance maladie

Population cible

- Enfants et adultes vivant avec un handicap
- Aidants et familles

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie « Agir pour les aidants » 2020-2022
Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap
Label Cap'Handéo



LA QUALITÉ DE VIE ET LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES



THÉMATIQUE 12

LA QUALITÉ DE VIE ET LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Description

Un vieillissement engagé de la population

La Réunion est un des départements les plus jeunes de France ; pour autant, il est concerné par le vieillissement de sa population dont l'avancée en âge, corrélée à un maintien des naissances, va constituer l'essentiel de la croissance démographique dans les prochaines années. En 2050, La Réunion comptera quatre fois plus de personnes âgées de plus de 75 ans qu'en 2015 (soit 138 000 réunionnais contre 32 000) et trois fois plus de personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie.

La demande croissante pour un maintien à domicile conduit à une évolution des besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants.

Dès lors, l'accompagnement du vieillissement et la prévention et prise en charge de la perte d'autonomie constituent des enjeux considérables pour le territoire.

Le soutien des solidarités familiales

À La Réunion, les séniors vivent très majoritairement à domicile, avec le soutien de leurs proches. Les solidarités intergénérationnelles restent bien présentes même si leurs modalités évoluent avec la diminution de la coexistence au sein d'un même logement.

Si 59% des seniors reçoivent une aide de la part de leur entourage familial (proches aidants), 20% des séniors ne disposent pas d'aide et en expriment le besoin.

Les personnes âgées connaissent sur l'île des conditions de logements et de revenus plus précaires que dans l'hexagone qui se traduisent par une plus grande vulnérabilité. Les difficultés de déplacement accentuent les risques d'isolement et de sous-recours aux soins. Le soutien des aidants est donc déterminant pour les conditions de vie des personnes âgées.

Une offre sociale et médico-sociale insuffisante

L'offre sociale et médico-sociale présentent plusieurs faiblesses :

- Un retard d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), même s'il ne s'agit que d'une réponse parmi d'autres à la grande dépendance ou à l'isolement social,
- Une palette de services et de prestations encore insuffisamment développée et diversifiée pour répondre aux besoins et attentes d'accompagnement en dehors du recours aux EHPAD,
- Des solutions limitées de répit pour les aidants, et notamment d'accueil temporaire,
- Une inégale répartition de l'offre sur le territoire.

L'adaptation des réponses sociales et médico-sociales aux attentes des personnes âgées

Le souhait d'une plus grande personnalisation de l'accompagnement, et l'émergence de situations complexes, appellent des réponses coordonnées entre les différents acteurs.



L'offre sanitaire, sociale et médico-sociale doit s'adapter pour répondre à la logique de parcours en alliant prévention de la perte d'autonomie, précocité des interventions, renforcement de l'inclusion sociale et soutien des aidants.

La Réunion a bénéficié en 2021 d'un plan national de rattrapage pluriannuel de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées, associé à des soutiens à l'investissement dans le cadre du Ségur de la Santé. Son déploiement doit être guidé par l'adaptation de l'offre d'accompagnement et par une exigence de concertation et de convergence de l'action de l'ARS et du Conseil Départemental :

- Répondre au besoin persistant de places en institution, notamment pour les personnes âgées dépendantes souffrant de maladies neurodégénératives ;
- Diversifier l'offre et proposer des solutions alternatives aux personnes âgées et à leur entourage en facilitant le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles ;
- Veiller à une couverture territoriale équitable ;
- Renforcer l'offre de soins hospitalière et de ville, déjà mobilisée sur la constitution des filières de soins gériatriques, le développement des prises en charge en géronto-psychiatrie, la coordination des professionnels libéraux dans les projets de santé des Communautés professionnelles territoriales de santé et des Maisons de santé.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Prévenir, repérer et retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées
2. Renforcer les parcours de santé des personnes âgées
3. Adapter l'offre de santé et d'accompagnement au vieillissement de la population
4. Promouvoir le soutien et l'insertion sociale des personnes âgées et des aidants

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Développer l'expertise en santé publique sur le vieillissement et ses conséquences
2. Prévenir, repérer et retarder la perte d'autonomie
3. Faciliter l'accès au diagnostic neurodégénératif et à la prise en charge
4. Améliorer et fluidifier le parcours de santé des personnes âgées
5. Diversifier les réponses médico-sociales conformément aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs proches

Indicateurs de résultats

- Nombre annuel de séjours hospitaliers pour chute
- Nombre et pourcentage de séjours avec passage évitable par les urgences
- Evolution du taux d'équipement social et médico-social en faveur des personnes âgées dépendantes



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-1

Développer l'expertise en santé publique sur le vieillissement et ses conséquences

Contexte/Enjeux

Les évolutions démographiques ainsi que les spécificités épidémiologiques et sociales rendent nécessaire de disposer d'une connaissance actualisée et d'une anticipation des enjeux du vieillissement à La Réunion. L'objectif est d'identifier les priorités d'action et les adaptations de l'organisation des prises en charge, de la prévention et des services rendus aux personnes âgées et à leurs proches.

Actions à mettre en œuvre

- Créer un gérontopôle porté par le CHU et associant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, universitaires et économiques du champ du vieillissement
- Accélérer l'universitarisation de la filière gériatrique
- Encourager la création d'un DU en gériatrie
- Ouvrir un centre mémoire recherches et ressources conforme au cahier des charges, national, sous réserve d'une amélioration préalable du fonctionnement des consultations mémoires
- Améliorer la connaissance de la santé des aidants

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- Conseil Départemental
- Université
- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS
- CPTS
- Groupement d'Intérêt Public pour les Services À la Personne (GIPSAP)
- ORS
- Instituts de formation

Population cible

- Personnes âgées
- Aidants
- Professionnels de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Cahier des charges des Gérontopôles
Cahier des charges des consultations mémoires et des centres mémoire recherche et ressources



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-2

Prévenir, repérer et retarder la perte d'autonomie

Contexte/Enjeux

L'espérance de vie « en bonne santé », c'est à dire sans être limité dans ses activités quotidiennes, est en soi un objectif de santé publique.

Le vieillissement engagé de la population et les risques avérés de saturation de l'offre de soins et d'accompagnement renforce cette exigence.

Une prévention accrue de la dépendance est à encourager. Elle doit mobiliser l'ensemble des acteurs et professionnels de santé, mais aussi les intervenants sociaux, sportifs et culturels ainsi que les politiques publiques contribuant à l'amélioration des conditions de vie.

Cette prévention comprend le repérage précoce des fragilités annonciatrices de perte d'autonomie.

Actions à mettre en œuvre

- Déployer l'expérimentation ICOPE sur l'ensemble de l'île
- Définir, avec les acteurs de la gérontologie, le contenu attendu de la consultation de prévention de 65 ans et promouvoir le recours
- Communiquer auprès des personnes âgées, des familles et des équipes de soins sur les signaux de la dénutrition et en favoriser son repérage précoce
- Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse auprès des médecins libéraux, établissements de santé et des EHPAD
- Organiser l'accès aux soins bucco-dentaires dans les EHPAD
- Adopter un Plan Antichute des personnes âgées
- Développe les actions de prévention du vieillissement au travers des contrats locaux de santé et de la conférence des financeurs
- Soutenir les programmes d'activité physique adaptée en EHPAD et à domicile
- Former les professionnels des EPHAD et les professionnels des services à domicile à la détection des troubles sensoriels



| Acteurs associés | Population cible |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assurance Maladie • Conseil Départemental • Établissements de santé et médico-sociaux • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • Groupement d'Intérêt Public pour les Services A la Personne (GIPSAP) • Club seniors • Communes • CCAS • Caisse de retraites • Service de santé a travail • Associations de patients et d'usagers | <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées • Aidants • Professionnels de santé |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Plan antichute Stratégie Vieillir en bonne santé Stratégie régionale sport santé bien-être</p> | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-3

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

Contexte/Enjeux

L'allongement de l'espérance de vie et l'avancée en âge s'accompagnent d'une augmentation du risque de maladies chroniques neurodégénératives responsables de limitations fonctionnelles et cognitives.

Il est donc primordial de rendre l'accès au diagnostic neurodégénératif le plus rapide possible afin de favoriser une prise en charge précoce.

Actions à mettre en œuvre

- Renforcer les capacités des consultations mémoire sur le territoire afin de réduire les délais d'attente
- Permettre à chaque patient diagnostiqué de disposer d'un plan d'aide et de soins, actualisé avec la mobilisation du DAC et des CRT en appui
- Structurer la filière neurodégénérative et comportementale
- Renforcer les capacités d'intervention des services soins infirmiers à domicile pour les personnes atteintes
- Augmenter les capacités médico-sociale d'accueil de jour et les services d'hospitalisation de jour spécialisé en SMR gériatrique
- Doter chaque EHPAD d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et poursuivre l'expérimentation des PASA de nuit
- Adapter les conditions d'accueil et de soins en EHPAD
- Renforcer l'intervention des équipes mobiles de gériatrie hors de l'hôpital

Acteurs associés

- Conseil Départemental
- Établissements de santé et médico-sociaux
- DAC-La Réunion (ETAP SANTE)
- CPTS
- MSP
- URPS
- GIPSAP
- Consultations mémoire
- Neurologues libéraux
- Associations

Population cible

- Personnes âgées
- Aidants
- Professionnels de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Feuille de route nationale Maladies neurodégénératives

Indicateurs

Données des consultations mémoires



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-4

Améliorer et fluidifier le parcours de santé des personnes âgées

Contexte/Enjeux

L'avancée en âge et la multiplicité des pathologies peut complexifier les parcours de soins et d'accompagnement. La lisibilité, l'accessibilité de l'offre de soins et la coordination des intervenants deviennent alors impératives.

Actions à mettre en œuvre

- Compléter la filière gériatrique hospitalière sur chacun des territoires de proximité en intégrant le SMR spécialisé et l'offre de gérontopsychiatrie
- Ouvrir des capacités d'accueil en EHPAD en sortie d'hospitalisation (environ 20 lits par territoire de proximité) afin de préparer le retour à domicile ou l'orientation en établissement
- Promouvoir les dispositifs de coordination et de coopération (DAC, CPTS) auprès des professionnels de santé et acteurs médico sociaux
- Faciliter l'accès aux consultations de médecins spécialistes via la téléconsultation (domicile, MSP, EHPAD, soins médicaux et de réadaptation)
- Renforcer le suivi et l'actualisation des Plans d'accompagnement individualisé en EHPAD
- Organiser l'admission directe non-programmée des personnes âgées dans les services hospitaliers, en provenance du domicile ou de l'EHPAD via une plateforme régionale articulée avec le SAMU (extension sur le Nord et l'Est)
- Étendre l'astreinte téléphonique gériatrique 7J/7, en journée et en soirée, accessible à la régulation du SAS et de la PDSA, aux urgences et aux médecins de ville
- Évaluer l'activité des équipes mobiles de gériatrie et adapter leurs missions et moyens
- Former les professionnels à l'accompagnement de la fin de vie
- Renforcer les capacités de prise en charge en soins palliatifs notamment via les équipes mobiles de soins palliatifs
- Augmenter le nombre d'unités cognitivo-comportementales (UCC)
- Soutenir l'activité des équipes mobiles de géronto-psychiatrie



| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé et médico-sociaux • CPTS • DAC-La Réunion (ETAP SANTE) • URPS • CPTS • MSP • GMPSOI, devenu FéeCOIA • SAMU/SAS • HAD • Communes • Associations | <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées • Professionnels de santé |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 Pacte de refondation des urgences</p> | |



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 12-5

Diversifier les réponses médico-sociales conformément aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs proches

Contexte/Enjeux

L'admission en EHPAD ne répond pas à la demande prédominante des personnes âgées et de leur entourage. Si elle doit rester possible avec des créations de capacités nouvelles accompagnant les évolutions démographiques, toute une palette d'autres services et modalités d'accompagnement doit être mobilisée afin de maintenir les liens sociaux des personnes âgées et répondre à leurs souhaits de vie.

Des alternatives à l'institution sont à rechercher : hébergement temporaire, accueil de jour, équipes mobiles, plateforme de répit, services d'aide et de soins à domicile, accueil familial avec soutien de services de soins, petites unités de vie avec médicalisation externe...

L'enjeu réside dans l'anticipation de l'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale pour faire face au vieillissement, à l'entrée plus précoce dans la perte d'autonomie, au cumul des fragilités sociales et médicales et à l'augmentation des maladies chroniques et des troubles psychiques.

Actions à mettre en œuvre

- Ouvrir de nouvelles places supplémentaires d'EHPAD, a minima 500
- Ouvrir de nouvelles capacités d'accueil de jour en veillant au maillage territorial
- Renforcer l'intervention de l'HAD dans les EHPAD notamment pour les prises en charge médicales complexes et les soins palliatifs
- Inscrire chaque EHPAD dans un partenariat avec une équipe hospitalière de soins palliatifs
- Développer l'offre d'hébergement temporaire et d'hébergement d'urgence au sein de chaque EHPAD
- Installer les Centres de Ressources Territoriaux, portés par les EHPAD, au bénéfice des personnes âgées et familles des environs
- Evaluer les expérimentations d'EHPAD hors les murs et définir un cadre pertinent et un modèle économique viable, le cas échéant, de pérennisation et de développement
- Favoriser le maillage territorial en petites unités de vie avec une organisation des soins adaptées
- Mettre en œuvre la réforme des services de soins et d'aide à domicile
- Déployer l'outil Via Trajectoire Grand Age et ouvrir un guichet unique des admissions en EHPAD et en USLD
- Soutenir et rendre lisible l'offre de soutien aux familles et aidants
- Développer avec les acteurs locaux, une communication grand public pour changer le regard sur les EHPAD (et autres établissements) et faire connaître l'offre existante
- Soutenir l'adaptation du domicile ou l'accès à un domicile adapté



- Soutenir le développement de l'habitat inclusif et partagé
- Accompagner par la formation continue, le rapprochement des personnels des SAAD et SSIAD dans le cadre de la réforme des services à domicile

| Acteurs associés | Population cible |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conseil Départemental • Établissements de santé • Établissements et services sociaux et médico-sociaux • Assurance maladie • DAC-La Réunion (ETAP SANTE) • Communes et CCAS • GIPSAP • Association de patients et de familles | <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées • Aidants |
| Lien programmes ou plans d'action existants | |
| <p>Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 Feuille de route HAD Label « Villes amies des aînés »</p> | |
| Indicateurs | |
| <p>Evolutions des capacités d'accueil et d'accompagnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux</p> | |



LES COMPÉTENCES ET RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ



THÉMATIQUE 13

LES COMPÉTENCES ET RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Description

Une démographie de professionnels de santé contrastée

La Réunion est un territoire globalement attractif pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Elle dispose d'une densité médicale proche des moyennes nationales :

- 145 médecins généralistes pour 100 000 habitants, densité en hausse constante ces dernières années, contre 133 pour l'hexagone,
- 168 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, contre 178 pour l'hexagone.

De même, la densité de professionnels paramédicaux (infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures podologues et orthoptistes) reste supérieure à la France entière avec un taux de 464 pour 100 000 habitants contre 305.

Pour autant, l'exercice libéral présente des disparités : si la démographie des médecins généralistes de ville est nettement plus favorable que pour l'hexagone (101 praticiens pour 100 000 habitants contre 87, en progression de 13% entre 2010 et 2022), l'offre de spécialistes libéraux est nettement en deçà des moyennes hexagonales (63 contre 83 en 2020 pour 100 000 habitants).

La répartition territoriale des professionnels de santé libéraux est également inégale : l'Ouest présente la plus forte densité de médecins généralistes libéraux (116 praticiens pour 100 000 habitants) alors que les Hauts et l'Est sont en net retrait (83 praticiens pour 100 000 habitants dans l'Est).

De même, la population médicale vieillit : un tiers des médecins spécialistes ont 55 ans et plus ; plus de 4 généralistes sur 10 sont dans cette situation. Ceci laisse craindre une dégradation à terme de la densité de professionnels médicaux, dans un contexte national de baisse de la démographie médicale pour encore quelques années, dans l'attente des effets de la suppression du numérus clausus.

Des différences d'attractivité

Le secteur hospitalier public et privé reste attractif, avec globalement moins de difficultés de couverture des postes vacants qu'observées dans l'hexagone. Les différences de statuts entre la fonction publique hospitalière et les cliniques peuvent toutefois se traduire au détriment de ces dernières dans le recrutement et la fidélisation des soignants.

À l'inverse, le secteur médico-social peine davantage à recruter avec des tensions sur plusieurs métiers (aides-soignants, infirmiers, professionnels de rééducations, gériatres). Les raisons sont multiples et appellent une réponse concertée : différences de statuts et de rémunérations, plus forte attractivité de l'exercice libéral pour les métiers de la rééducation, insuffisante d'adaptation des maquettes d'organisation du travail à la charge en soin ou en dépendance, taille des structures limitant les perspectives de déroulement de carrière, plus forte usure professionnelle...



Une offre de formation diversifiée mais à développer

Les principales formations paramédicales sont disponibles à La Réunion à l'exception notable des orthophonistes pour lesquels un projet d'institut de formation est actuellement porté par l'Université de La Réunion.

L'Institut Régional de Management en Santé de l'Océan Indien (IRMSOI) propose des formations supérieures en encadrement.

L'Institut régional du travail social de l'île de La Réunion (IRTS) complète ce dispositif en proposant des formations dans le champ social et médico-social.

A la rentrée 2023, l'Université de La Réunion a ouvert la formation des infirmiers de pratique avancée. Ceci constitue une opportunité majeure d'apport de compétences nouvelles et de mise en synergie des différents professionnels médicaux autour du patient.

Depuis 2012, l'Université assure, avec le CHU, la formation des futurs médecins avec la disposition locale du 1^{er} et du 3^{ème} cycle. L'ouverture du 2^{ème} cycle est intervenue pour la rentrée de septembre 2023, pour une capacité incomplète.

Entre 2012 et 2023, le nombre d'internes, pour chaque nouvelle promotion, est passé de 81 à 141. Toutefois, l'offre de formation sur le territoire pour les spécialités médicales reste incomplète du fait de l'insuffisance de personnels hospitalo-universitaires pour un jeune CHU (10 ans en 2022).

Si la formation des sages-femmes est assurée localement, celles en pharmacie et odontologie se déroulent dans l'hexagone, avec toutefois l'ouverture partielle de l'internat de pharmacie fin 2023.

Plus généralement, l'offre de formation est numériquement insuffisante pour couvrir les besoins locaux en professionnels de santé ; la bonne densité observée résulte de l'attractivité globale du territoire réunionnais, favorisant l'installation de professionnels venant d'autres régions.

Cet élément est à prendre en considération au regard d'une part des tensions nationales affectant certains métiers de la santé et qui pourraient se répercuter sur la démographie des professionnels à La Réunion, et d'autre part de l'intérêt des métiers de la santé comme débouché professionnel local pour les jeunes réunionnais.

La disposition d'une prospective complète de la démographie des soignants, en lien avec le Conseil Régional, compétent pour les formations sanitaires et sociales initiales, apparaît nécessaire pour adapter les capacités de formation aux besoins de la population.

Par ailleurs, la situation insulaire de La Réunion peut amener à certaines contraintes en termes de mobilité et donc d'accès aux formations.

De nouvelles modalités d'exercice, des attentes et besoins à anticiper et à accompagner

L'exercice en équipe et l'exercice coordonné semblent répondre au souhait des professionnels déjà installés ou en cours d'installation. Le fort développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) à La Réunion en témoigne.

De même, il convient de prendre en compte l'évolution des attentes des professionnels, et des nouvelles générations, dans la conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle.

La participation à la permanence des soins, notamment en établissements de santé, est de plus en plus ressentie comme une contrainte ajoutant à la pénibilité de l'exercice



professionnel ; cette réalité appelle la construction de solution territoriale, favorisant la mutualisation des équipes et le partage de la charge entre le public et le privé.

La crise COVID a mis en lumière le mal être des professionnels de santé, particulièrement dans les établissements de santé, avec le sentiment d'une perte de sens. Les mesures salariales mises en œuvre dans le cadre du Ségur de la Santé n'ont pas suffi à endiguer un mouvement national de départ de l'hôpital voire d'abandon, par certains, du métier de la santé.

Cette crise a également révélé, au-delà de la capacité démontrée d'adaptation et d'engagement des équipes, la nécessité de pouvoir disposer d'une réserve de professionnels de santé rapidement mobilisables en renfort.

Les protocoles de coopération, ou le renforcement des compétences des paramédicaux (infirmiers de pratique avancée) semblent être un élément de réponse au triple défi de la démographie médicale et de la restauration nécessaire du temps médical et soignant, de l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement appelant plus de coordination entre les professionnels faisant équipe autour du patient, et de l'attente des professionnels paramédicaux de davantage de responsabilité et d'autonomie. Ces protocoles sont encore investis par un nombre trop limité de professionnels de santé.

Les métiers de la coordination de parcours émergent et nécessitent des formations adaptées.

Enfin, l'irruption du numérique en santé, l'approche des parcours de soins, le virage préventif ou encore la prise en compte des déterminants environnementaux de la santé sont des dimensions nouvelles des métiers de la santé, devant être intégrées dans les formations initiales et continues.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Adapter l'offre de formation aux évolutions des besoins et des métiers de la santé et du secteur médicosocial
2. Renforcer l'attractivité des métiers de la santé et la répartition territoriale des professionnels

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. **Accroître et étendre les capacités de formation en santé**
2. **Accompagner les étudiants dans leur formation afin de prévenir les ruptures**
3. **Faire connaître les métiers de la santé**
4. **Faciliter l'installation des professionnels de santé sur le territoire**
5. **Soutenir et fidéliser les professionnels en exercice**

Indicateurs de résultats

- Densité des médecins généralistes et spécialistes par mode d'exercice (libéral, salarié, mixte)
- Age médian des médecins par spécialité, et part des plus de 55 ans



- Densité des paramédicaux, par métier et mode d'exercice (libéral, salarié, mixte)
- Âge médian des paramédicaux, et part des plus de 55 ans
- Nombre d'installations de médecins dans les zones prioritaires
- Evolution des capacités des formations en santé
- Part des cursus en santé incluant des séquences dédiées à la santé environnementale
- Part des cursus en santé incluant des séquences dédiées au numérique en santé



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-1

Accroître et étendre les capacités de formation en santé

Contexte/Enjeux

La Réunion fait face à une croissance démographique et à un vieillissement de sa population, générant un besoin de soins accru. Les indicateurs globalement satisfaisants de la démographie des professionnels de santé doivent être appréciés avec nuance au regard de l'avancée en âge de ces professionnels, augurant une nécessité de remplacement, et de la dépendance du territoire à l'installation de professionnels venant d'autres régions dans un contexte national de tension sur les effectifs soignants.

L'offre locale de formation doit donc s'adapter, quantitativement et qualitativement, pour mieux répondre aux besoins sanitaires actuels et à venir de la population. Ces évolutions dépendent principalement de l'Université et de la Région auxquelles l'ARS s'associe en lien avec les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

La Région est notamment compétente pour établir le schéma régional des formations sanitaires et sociales et ainsi arrêter le cadrage souhaitable d'évolution de l'offre de formation.

Actions à mettre en œuvre

- Compléter la formation des étudiants en médecine par l'ouverture du 2^{ème} cycle
- Soutenir l'augmentation des effectifs hospitalo-universitaires afin de couvrir davantage de spécialités médicales
- Augmenter chaque année l'effectif de postes d'internes, poursuivre la diversification des spécialités et permettre l'ouverture de terrains de stages d'internat dans les établissements privés de santé
- Ouvrir l'internat de pharmacie (3^{ème} cycle long)
- Ouvrir un centre de formation en orthophonie, portée par l'Université
- Augmenter les quotas de formation en santé, dont infirmiers, IADE, IBODE, aides-soignants, ambulanciers et manipulateurs en électroradiologie médicale ainsi que les métiers de la rééducation
- Soutenir la création d'un Diplôme Universitaire « coordonnateur de parcours »
- Soutenir la création d'un diplôme Universitaire de Patient expert
- Augmenter et diversifier les terrains de stage pour les étudiants en santé notamment dans les établissements médico-sociaux
- Développer la formation en santé par la simulation
- Expérimenter, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, des contrats du type « contrats d'engagement de service public outre-mer » avec extension à d'autres professions de santé

Acteurs associés

- Conseil Régional
- Université de La Réunion
- DEETS
- Écoles de formation

Population cible

- Étudiants en santé (médicaux et paramédicaux)
- Professionnels de santé



- Établissements sanitaires et médicosociaux
- URPS
- CGEOI

Lien programmes ou plans d'action existants

Schéma régional des formations en santé (à venir)

Indicateurs

Nombre d'étudiants formés et diplômés



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-2

Accompagner les étudiants dans leur formation afin de prévenir les ruptures

Contexte/Enjeux

Une part conséquente d'étudiants rencontrent des difficultés dans la poursuite de leur formation avec des abandons ou un défaut de validation de leur diplôme.

Cette situation requiert une attention des formateurs et des terrains de stage mais aussi des institutions impliquées dans les études en santé.

L'accompagnement des étudiants tout au long de leur formation peut prendre la forme d'aides matérielles ou psychologiques mais aussi de soutien pédagogique.

Il doit se mettre en place en amont et tout au long de la formation.

Actions à mettre en œuvre

- Interroger les procédures de sélection des formations paramédicales afin de s'assurer de la motivation des étudiants et de leur bonne compréhension des attendus des cursus
- Favoriser le tutorat des étudiants en santé
- Poursuivre la formalisation d'une politique qualité concernant l'accueil et l'encadrement des stagiaires et développer l'évaluation des terrains de stage par les étudiants
- Faire connaître les dispositifs de médiation au bénéfice des étudiants en santé en difficulté
- Développer la voie de l'apprentissage pour les formations en santé
- S'assurer que tous les étudiants en santé disposent de l'accès aux droits universitaires
- Soutenir l'action des centres de santé universitaires

Acteurs associés

- Conseil régional
- Rectorat
- Université de La Réunion
- Instituts de formation
- Établissements sanitaires et médico-sociaux
- CGEOI
- MSP
- GMPSOI, devenu FéeCOIA

Population cible

- Étudiants en santé (médicaux et paramédicaux)
- Professionnels de santé



Lien programmes ou plans d'action existants

Politique régionale de l'encadrement des stagiaires (pilotage ARS)

Indicateurs

- Enquêtes de satisfaction destinées aux apprenants en santé (toutes filières)
- Taux de diplomation à l'issue des formations
- Taux d'abandon en cours de formation



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-3

Faire connaître les métiers de la santé

Contexte/Enjeux

Les métiers de la santé sont des professions d'engagement, de service, porteurs de valeurs fortes, mais souvent perçus comme astreignants ou s'exerçant dans des organisations de travail en perte de sens.

La crise COVID a pu renforcer cette perception négative des métiers de la santé et freiner les vocations.

Le secteur médico-social peine plus particulièrement à recruter à La Réunion. Il regroupe pourtant une diversité de métiers souvent méconnus du public.

La communication doit contribuer à l'attractivité des métiers de la santé et s'adresser à différents publics : élèves et futurs étudiants, parents, enseignants et conseillers d'orientation. Il est important de leur fournir des informations claires et objectives pour les aider à faire des choix pertinents de formation en toute connaissance des débouchés offerts.

Les médias, les réseaux sociaux et les événements dédiés à la santé sont des canaux de communication efficaces pour toucher une large audience.

Actions à mettre en œuvre

- **Rendre visible les métiers de la santé à travers une stratégie de communication ciblée comprenant :**
 - La promotion des métiers de la santé auprès du grand public en lien avec les instituts et écoles de formation
 - Une sensibilisation des élèves du second degré par l'intervention des professionnels au sein des établissements scolaires
 - Une présence des acteurs de la santé dans les forums et salons étudiants
- **Mettre en place une bourse régionale des terrains de stage dans le secteur de la santé pour les élèves de 3^{ème}**

Acteurs associés

- Rectorat
- Conseil Régional
- Université de La Réunion
- Instituts et écoles de formation en santé
- Établissements de santé et médico-sociaux
- Associations étudiantes
- France travail
- URPS et ordres professionnels

Population cible

- Élèves (collèges, lycées)
- Entourage familial
- Professionnels en exercice

Indicateurs

- Nombre de journées, séminaires sur les métiers de la santé
- Suivi du nombre d'étudiants formés et taux d'insertion professionnelle à La Réunion



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-4

Faciliter l'installation des professionnels de santé sur le territoire

Contexte/Enjeux

Les modalités et aspirations d'exercice des professionnels de santé évoluent, avec le risque de délaisser l'installation en ville.

De nombreuses mesures sont mises en place pour les professionnels libéraux pour l'installation et le maintien dans les zones fragiles.

Le secteur hospitalier public connaît peu de difficultés de recrutement même si des tensions peuvent exister sur certaines spécialités.

Il est ainsi essentiel de veiller à l'adaptation des mesures incitatives et à l'accompagnement simplifié des professionnels dans leurs projets d'installation.

Actions à mettre en œuvre

- **Étoffer les capacités d'accompagnement du guichet unique pour l'installation des professionnels de santé avec l'identification d'un référent pour chaque professionnel**
- **Poursuivre la sensibilisation et information des étudiants en santé durant leur formation sur les démarches et procédures d'installation**
- **Identifier, avec les collectivités locales, des réserves foncières ou immobilières facilitant l'ouverture d'un cabinet (ou MSP ou CDS) et l'accès au logement pour les professionnels libéraux s'installant, avec intégration de cette approche dans les Contrats Locaux de Santé (CLS)**
- **Expérimenter le compagnonnage pour les professionnels souhaitant s'installer ou nouvellement installés**

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- Collectivités locales
- Université de La Réunion
- Instituts et écoles de formation en santé
- CGEOI
- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS et ordres professionnels

Population cible

- Professionnels de santé



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 13-5

Soutenir et fidéliser les professionnels en exercice

Contexte/Enjeux

Si le territoire réunionnais reste globalement attractif pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, l'enjeu repose sur la fidélisation de ces professionnels, certaines professions étant affectées par un fort turn-over.

Cette fidélisation repose sur des conditions de travail favorables, des opportunités de développement professionnel notamment via une évolution des pratiques, une ouverture à la recherche.

Actions à mettre en œuvre

- Soutenir l'ouverture de projets de recherche aux professionnels de ville
- Accentuer l'engagement des établissements de santé et médico-sociaux dans les démarches de qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux
- Communiquer sur les dispositifs de médiation pour les professionnels rencontrant des difficultés dans leurs établissements
- Auditer la sécurité des établissements de santé et médico-sociaux afin de s'assurer de la mise en œuvre des mesures de protection des personnels
- Favoriser une gestion mutualisée des ressources humaines entre les gestionnaires médico-sociaux afin de proposer des parcours professionnels attractifs tout au long de la carrière
- Soutenir l'accès à la formation d'infirmiers de pratique avancée
- Soutenir le développement des protocoles de coopération permettant aux professionnels d'exercer de nouvelles compétences et missions de soins
- Développer le recours aux assistants médicaux
- Promouvoir le numéro vert de l'association de soins aux professionnels de santé et aux étudiants

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- Université de La Réunion
- Instituts et écoles de formation en santé
- Collège des médecins généralistes enseignants
- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS et ordres professionnels
- ANFH et OPCO Santé
- ASPS
- ARACT

Population cible

- Professionnels de santé



LE NUMÉRIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ



THÉMATIQUE 14

LE NUMÉRIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ

Description

Le numérique en santé, une opportunité pour la qualité des soins et la coordination des parcours

Le monde de la santé n'échappe pas à l'entrée massive du numérique dans l'ensemble des activités humaines. Le numérique doit être entendu comme une opportunité d'amélioration de l'information en santé, et donc de la prévention, de facilitation de l'exercice des professionnels de santé, de renforcement de la qualité et de la continuité des prises en charge et accompagnements.

Le numérique peut être un gage d'efficacité du système de santé, de développement d'innovations thérapeutiques et organisationnelles, et contribuer à rendre le patient acteur de sa santé et à libérer du temps de soins pour les professionnels.

Les apports de l'intelligence artificielle dans la sécurisation des choix thérapeutiques doivent également être appréhendés, en préservant la qualité de la relation entre soignants et patients.

La prise en charge des patients, tout au long de leur vie, fait appel à l'intervention de multiples professionnels de santé du secteur hospitalier, médico-social ou de ville. La bonne coordination des parcours, notamment pour les maladies chroniques, le handicap ou le vieillissement, nécessite de doter ces professionnels d'outils numériques communicants.

Le numérique en santé doit ainsi permettre d'assurer un meilleur partage d'informations entre les professionnels de santé autour d'un patient, et donner aux patients la maîtrise de l'information sur leur état de santé et leurs soins.

Cependant, l'essor de nouvelles solutions ne doit pas se faire au détriment du patient. Une attention particulière est à portée aux usagers en situation d'illectronisme. Ce dernier peut entraîner une exclusion numérique, en particulier parmi les personnes âgées, les personnes à faible revenu et celles vivant dans des zones rurales ou isolées. Les efforts concertés doivent ainsi concerner l'essor de solutions innovantes tout en promouvant l'inclusion numérique de la population.

La télésanté contribue également à l'accès aux soins en abolissant les distances géographiques et en facilitant la mobilisation du bon professionnel au bon moment.

Le développement du numérique en santé appelle une révision des organisations médicales et soignantes, en tenant compte des besoins des patients, des professionnels et du territoire, et une formation des professionnels de santé à ces nouveaux usages.

Le développement accéléré du numérique en santé

Le numérique en santé fait l'objet d'un effort national conséquent de développement, au travers du Ségur de la Santé, pour accélérer le partage des données de santé entre les professionnels de santé et le patient, améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et faciliter l'exercice professionnel.



Il repose principalement sur le déploiement de « Mon Espace Santé », carnet de santé numérique permettant la disposition par le patient des informations de santé le concernant et le partage avec les professionnels de santé constituant son équipe de soins.

Les objectifs de volet numérique du Ségur de la Santé sont de :

- Généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé, en passant de 10 à 500 millions de documents médicaux échangés annuellement d'ici 2024 ;
- Fédérer l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, et de la ville, autour du développement des usages.

L'impératif de cyber sécurité

La cyber sécurité englobe tous les moyens organisationnels et techniques qui permettent d'assurer la protection des outils et communications numériques, notamment en assurant la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des données, et la continuité des moyens de la prise en charge des patients en toute sécurité.

La cyber sécurité répond aux enjeux de :

- Garantie de la qualité et de la sécurité des soins,
- Maintien de la continuité opérationnelle des structures de soins,
- Protection des données, et tout particulièrement des données de santé des patients,
- Prévention et réponse aux potentielles attaques ou aux incidents techniques ou mésusages.

Les établissements de santé et médicosociaux sont particulièrement dépendants de la permanence du bon fonctionnement de leurs systèmes numériques. Toute défaillance de ceux-ci, qu'elle relève d'un dysfonctionnement technique fortuit ou d'une attaque ciblée, risque de perturber gravement la continuité du fonctionnement des services et mettre en cause l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins.

La menace cyber auquel les établissements sont confrontés impose de rehausser en permanence le niveau de sécurité par des dispositifs techniques, de sensibiliser les personnels, de garantir la disponibilité de solutions de réponse à incidence, de mobiliser au besoin des plans de continuité et de reprise d'activité.

Face à l'intensification des menaces, la cyber sécurité doit être considérée comme un enjeu stratégique par l'ensemble des acteurs de la santé, justifiant un investissement financier plus conséquent dans les infrastructures informatiques et la constitution d'équipes dédiées.

Un environnement régional favorable

La Réunion a très tôt posé les bases et les infrastructures techniques nécessaires au partage et à l'échange des données de santé. En effet, depuis 2010, l'ensemble des structures de santé est connecté au même réseau numérique. Un entrepôt régional des données de santé a été créé afin de garantir aux réunionnais la souveraineté de leurs données ainsi que le respect des règles imposées par une législation française et européenne protectrice.

Dès 2014, La Réunion, lauréate de l'appel à projet Territoire de Soins Numérique, s'est engagée dans la voie du numérique en santé avec plusieurs réalisations :

- Un serveur régional d'identité,
- Un portail patient (remplacé depuis par « Mon Espace Santé »)

- Un portail de prévention grand public « masante.re »,
- Une structure d'appui à la coordination, désormais intégrée dans le Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes (DAC)
- Un outil numérique de suivi des parcours (LIEN PARCOURS),
- Un répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Le savoir-faire régional est reconnu au niveau national : La Réunion a ainsi été deux fois lauréate des « Talents de la e-santé » avec les projets PANORAMA (stockage et partage régional des comptes rendus d'imagerie) et TELEDIADE (télé-diagnostique de l'autisme pour adultes dépendants).

Enfin, La Réunion, à l'instar des autres régions françaises, s'est dotée d'un Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé (GRADeS), le GCS TESIS (Télé médecine et Système d'Information en Santé), dont sont membres les hôpitaux et cliniques, les professionnels libéraux au travers de leurs URPS, et les établissements et services médico-sociaux. TESIS dispose de ressources et de compétences dédiées au développement régional de la e-santé.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Renforcer la cyber sécurité
2. Promouvoir les usages des solutions numériques labellisées pour la prévention, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la coordination des prises en charge
3. Déployer et promouvoir un cadre propice à l'innovation

Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Sensibiliser et former les professionnels de santé à la cyber sécurité
2. Prévenir et détecter les incidents de cyber sécurité et y remédier
3. Organiser la continuité et la reprise d'activité afin de limiter les risques d'indisponibilité de l'offre de soins
4. Proposer des solutions de télésanté en rapport avec les besoins identifiés
5. Outiller les acteurs de la santé pour une coordination efficace
6. Informer et former les professionnels de la santé ainsi que les citoyens au numérique en santé
7. Mobiliser les outils numériques au service de la prévention

Indicateurs de résultats

- Taux d'EHPAD ayant accès à des téléconsultations
- Taux d'ESMS Handicap ayant accès à des téléconsultations
- Nombre de parcours formalisés bénéficiant d'un outils numérique spécifique
- Nombre de personnels de santé formés ou sensibilisés au numérique en santé
- Nombre de projets innovants ou de recherche accompagnés
- Nombre de collectifs de soins accompagnés, formés, numérisés



- Nombre d'outils (ou projets) accompagnés au bénéfice de la population
- Taux d'établissements de santé et médico-sociaux ayant réalisé un exercice de crise
- Nombre d'établissement disposant d'un PCA et/ou d'un PRA



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-1

Sensibiliser et former les professionnels de santé à la cyber sécurité

Contexte/Enjeux

En adoptant les bons réflexes au quotidien et en maintenant la vigilance face aux risques de piratage informatique, les professionnels de santé contribuent à la sécurité des systèmes d'information et des données de santé. Ceci concerne les établissements publics et privés de santé et médico-sociaux mais également l'exercice en ville ainsi que les structures de coordination des parcours.

La sensibilisation de la communauté soignante aux bons gestes repose sur une communication régulière.

Actions à mettre en œuvre

- Déployer un label régional de promotion de la cyber sécurité en santé
- Organiser régulièrement un forum régional sur la cyber sécurité en santé
- Proposer et promouvoir une offre de sensibilisation et de formation des professionnels de santé aux enjeux de la cyber sécurité
- Installer un collège régional de la sécurité des systèmes d'information, avec l'appui du GCS TESIS, afin de promouvoir les bonnes pratiques et initiatives régionales et d'adapter la stratégie régionale

Acteurs associés

- Etablissements de santé et médico-sociaux
- URPS et ordres professionnels
- GCS TESIS
- Le référent sûreté et expert en nouvelles technologies de la gendarmerie

Population cible

- Professionnels de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Plan Cyber Accélération Résilience des Etablissements
Feuille de route nationale du numérique en santé

indicateurs

- Nombre de sessions de formation/sensibilisation à la cyber sécurité réalisées
- Nombre de professionnels de santé bénéficiaires



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-2

Prévenir et détecter les incidents de cyber sécurité et y remédier

Contexte/Enjeux

Le perfectionnement croissant des attaques informatiques impose de renforcer la capacité de détection et de traitement rapide des incidents afin d'en atténuer l'impact pour l'offre de soins.

Actions à mettre en œuvre

- Promouvoir une offre régionale de veille et d'alerte en cyber sécurité à destination des acteurs de santé
- Disposer d'une offre régionale de réponse à incident de cyber sécurité
- Encourager la mutualisation des compétences en cyber sécurité entre établissements de santé et médico-sociaux
- Veiller à l'homologation des systèmes d'information des opérateurs de santé ainsi que des outils numériques régionaux en santé

Acteurs associés

- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS et ordres professionnels
- GCS TESIS
- Le référent sûreté et expert en nouvelles technologies de la gendarmerie

Population cible

- Professionnels de santé
- Acteurs de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Plan Cyber Accélération Résilience des Etablissements
Feuille de route nationale du numérique en santé



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-3

Organiser la continuité et la reprise d'activité afin de limiter les risques d'indisponibilité de l'offre de soins

Contexte/Enjeux

Les établissements de santé sont aujourd'hui dépendants de la permanence du fonctionnement de leurs systèmes numériques. Toute défaillance de ceux-ci, qu'elle relève d'un dysfonctionnement technique fortuit ou d'une attaque ciblée, risque de perturber gravement la continuité des services médicaux et paramédicaux, et d'impacter en conséquence directement la sécurité et l'accessibilité des soins.

Par ailleurs, l'impact d'une cyberattaque peut avoir des conséquences allant au-delà de la structure touchée en affectant en cascade d'autres opérateurs.

La préparation et l'entraînement des professionnels et opérateurs de santé doivent permettre d'éprouver la réaction de l'ensemble des acteurs de la chaîne du soin.

Actions à mettre en œuvre

- Réaliser annuellement des exercices de continuité d'activité en mode « numérique dégradé » simulant une cyberattaque pour anticiper les impacts et améliorer la gestion de la réponse
- Organiser un exercice de crise régional annuel de cyber sécurité
- Inscire dans les CPOM des établissements de santé et médico-sociaux la production de Plans de continuité et de reprise d'activité (PCA-PRA) intégrant la composante numérique

Acteurs associés

- Établissements de santé et médico-sociaux
- Préfecture
- GCS TESIS
- Le référent sûreté et expert en nouvelles technologies de la gendarmerie

Population cible

- Établissements de santé et médico-sociaux
- Professionnels de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Plan Cyber Accélération Résilience des Etablissements

Indicateurs

- Taux d'établissements de santé et médico-sociaux ayant réalisé un exercice de crise
- Taux d'établissements de santé et médico-sociaux couverts par un PCA/PRA



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-4

Proposer des solutions de télésanté en rapport avec les besoins identifiés

Contexte/Enjeux

La Réunion ne présente pas les mêmes problématiques d'accès aux soins qu'un grand nombre de territoires de l'hexagone. S'il existe des difficultés de déplacement, La Réunion dispose d'une offre de soins globalement satisfaisante. Toutefois des projets numériques structurés doivent être accompagnés et soutenus pour faciliter l'accès à certaines spécialités.

L'entrée de la télésurveillance dans le droit commun permet la rémunération du suivi réalisé à distance par une équipe soignante et celle du dispositif médical numérique associé. Au regard du nombre important de patients porteurs de maladies chroniques, le recours à la télésurveillance devra être développé dans un cadre régulé.

Le GCS TESIS constitue l'espace régional de développement des nouveaux outils et usages de télésanté en organisant la communauté des professionnels et acteurs de santé (établissements de santé et médico-sociaux, professionnels de ville) et en disposant de l'expertise technique et de conduite de projet, conditions de l'aboutissement des développements et de leur mise à disposition de tous.

Actions à mettre en œuvre

- **Mettre en place une veille technologique permettant de proposer des solutions numériques répondant aux besoins d'organisations innovantes**
- **Favoriser les projets de téléconsultation et télé expertise répondant à un défaut d'offre de soins (dermatologie, cardiologie, cancérologie, psychiatrie...), notamment au travers d'un appui spécifique aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**
- **Soutenir le développement de la télésurveillance**
- **Promouvoir des outils conformes au cadre national de sécurité, d'interopérabilité et d'éthique**

Acteurs associés

- Assurance Maladie
- Établissements de santé et médico-sociaux
- CPTS
- URPS et ordres professionnels
- Préfecture
- GCS TESIS

Population cible

- Population générale
- Professionnels de santé
- Opérateurs de santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Feuille de route du numérique en santé

Indicateurs

- Nombre de projets accompagnés par le GCS TESIS



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-5

Outiller les acteurs du soin pour une coordination efficace

Contexte/Enjeux

La feuille de route nationale du numérique en santé, au travers d'un investissement inédit (Ségur de la Santé), porte l'accélération du développement numérique dans les champs hospitaliers, médico-sociaux et de la ville.

La finalité de ces programmes est de permettre l'échange ainsi que le partage sécurisé et fluide des données de santé facilitant ainsi la coordination interprofessionnelle et la maîtrise par les patients de leurs données de santé.

Au regard d'une part significative de la population réunionnaise atteinte de maladie chronique, le numérique offre l'opportunité d'outiller et de renforcer la coordination des professionnels impliqués dans leur prise en charge et accompagnement. Le programme national « e-parcours » répond à cet enjeu, en identifiant les points de rupture, en positionnant le médecin traitant au cœur de la coordination, et en permettant le développement d'outils de gestion du parcours.

La coordination usuelle et non formalisée devra passer par un outil de messagerie instantanée sécurisée.

Au vu des impacts techniques et organisationnels, un accompagnement régional soutenu des opérateurs est nécessaire notamment via le GCS TESIS.

Actions à mettre en œuvre

- **Mettre à disposition des professionnels de santé un répertoire des ressources du territoire, numérisé, mis à jour, et accessible**
- **Accompagner le déploiement des services numériques nationaux et promouvoir leurs usages**
- **Identifier et formaliser les parcours pour lesquels le recours aux outils numériques permettrait d'améliorer significativement la coordination et de sécuriser les prises en charge**
- **Mettre à disposition des structures dédiées de coordination (DAC, CTPS, MSP) des outils spécifiques de facilitation de cette coordination pour les équipes de prise en charge**
- **Doter l'ensemble des professionnels de santé d'un chat sécurisé permettant la coordination usuelle via le partage et l'échange des données dans le respect des règles de sécurité et d'éthique**
- **Œuvrer à l'interopérabilité des outils de parcours au sein des outils métier des professionnels et promouvoir des outils conformes**
- **Généraliser l'usage de la Messagerie Sécurisée de Santé entre les professionnels et la Messagerie Sécurisée de Santé citoyenne entre les professionnels et les patients**

Acteurs associés

- Direction du Numérique en Santé /Agence du Numérique en Santé
- DGOS
- Assurance Maladie

Population cible

- Population générale
- Professionnels de santé
- Opérateurs de santé



- Établissements de santé et médico-sociaux
- CPTS
- MSP
- Structures de coordination de parcours
- URPS et ordres professionnels
- GCS TESIS

Lien programmes ou plans d'action existants

E-parcours
Volet Numérique du Ségur de la Santé
Feuille de route du numérique en santé

Indicateurs

- Nombre de parcours numérisés
- Nombre de structures de coordination utilisant les outils de coordination régionaux
- Nombre de professionnels utilisant le chat sécurisé régional



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-6

Informer et former les professionnels de la santé ainsi que les citoyens au numérique en santé

Contexte/Enjeux

Les professionnels de la santé doivent être formés à la e-santé afin de pouvoir s'approprier les nouvelles pratiques liées au numérique. Il peut s'agir de formations initiales mais aussi continues, portant sur la maîtrise des technologies de l'information et de la communication, la connaissance des normes et réglementations en vigueur, la compréhension des enjeux de la protection des données de santé, la capacité à utiliser des systèmes d'information de santé, le travail en équipe interdisciplinaire...

Le numérique en santé doit être une opportunité pour chacun d'être acteur de sa santé et de son parcours de vie. Le carnet de santé numérique a été mis à disposition pour répondre aux besoins quotidiens du citoyen. Au regard de l'importance de l'illectronisme, il est nécessaire d'accompagner les usagers, notamment les plus éloignés du numérique, à l'usage des services numériques en santé.

Actions à mettre en œuvre

- Définir et mettre en œuvre une stratégie de communication et de sensibilisation sur les outils numériques nationaux et régionaux
- Intégrer des modules de e-santé dans la formation initiale et continue des professionnels de santé
- Encourager la mutualisation des modules de formation au numérique en santé entre les organismes de formation sur les sujets du numérique en santé
- Mobiliser la médiation en santé pour accompagner les patients dans un usage autonome des outils numériques

Acteurs associés

- Université et instituts de formation en santé
- ANFH et OPCO Santé
- Assurance Maladie
- GCS TESIS
- Collectivités locales
- Associations de patients

Population cible

- Population générale
- Professionnels de santé
- Etudiants en santé

Lien programmes ou plans d'action existants

Stratégie d'accélération de la santé numérique
France 2030

Indicateurs

- Nombre de professionnels touchés par une action d'information ou de formation
- Nombre d'interventions réalisées par les experts ARS/TESIS
- Nombre de citoyens touchés par une action de sensibilisation
- Participation de l'ARS au consortium AMI CMA porté par l'université de La Réunion



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 14-7

Mobiliser les outils numériques au service de la prévention

Contexte/Enjeux

Les outils numériques peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de la santé de la population en aidant à modifier les comportements afin de mieux prévenir les maladies, à diagnostiquer les problèmes de santé, à suivre les progrès des traitements et à améliorer la communication entre les patients et les professionnels de la santé.

Leur développement soulève des enjeux éthiques d'accessibilité.

Actions à mettre en œuvre

- Soutenir l'émergence d'outils numériques innovants de prévention en santé nutritionnelle, santé mentale et santé sexuelle et encourager les usages via les réseaux sociaux et le marketing social
- Expérimenter l'accès à des conseils en santé (robots conversationnels...) afin d'améliorer la santé mentale, sexuelle et physique de la population
- Développer des « serious games » et autres outils numériques adaptés à destination des jeunes
- Encourager le montage de consortiums régionaux (opérateurs de santé, collectivités territoriales, industriels, structures de recherche clinique) autour de projets numériques de prévention

Acteurs associés

- Université
- Opérateurs de santé
- GCS TESIS
- Collectivités locales
- IREPS et associations de prévention

Population cible

- Population générale



LA VEILLE ET LA SURVEILLANCE SANITAIRES, INTÉGRANT LA DIMENSION « UNE SEULE SANTÉ », ET LA RÉPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES



THEMATIQUE 15

LA VEILLE ET LA SURVEILLANCE SANITAIRE, INTEGRANT LA DIMENSION « UNE SEULE SANTE », ET LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Description

Une exposition particulière aux risques sanitaires

La Réunion, par sa situation géographique, est exposée à un niveau élevé de risques :

- Risques naturels : cyclones et autres événements climatiques, éruptions volcaniques,
- Risques sanitaires et notamment infectieux, émergents ou non : maladies vectorielles (dengue, chikungunya, leptospirose ...), épidémies virales...

Son insularité et son éloignement de l'hexagone justifient de disposer d'organisations robustes pour identifier les menaces et organiser la réponse sanitaire aux événements exceptionnels afin de garantir la continuité, l'adaptation et la résilience du système de santé.

La Réunion doit renforcer ses moyens d'analyse des signaux et sa capacité de surveillance épidémiologique, pour anticiper au maximum les potentielles situations de crise.

Il convient également de prendre en compte le contexte sanitaire des autres pays de l'Océan Indien et la responsabilité zonale de La Réunion pour la zone de défense Océan Indien (La Réunion et Mayotte).

Le contrôle de ces risques repose notamment sur la mobilisation des acteurs de santé pour le signalement précoce des événements sanitaires susceptibles de représenter une menace, et donc sur leur participation aux systèmes de surveillance et de vigilance.

L'approche « une seule santé » (One Health)

Les mondes animal, végétal et humain sont intimement liés. Le changement climatique a des impacts majeurs sur les équilibres écologiques, et engendre de fait des menaces sanitaires nouvelles qu'il s'agit d'anticiper au mieux.

Le concept « une seule santé » (« One Health ») vise à mettre en lumière les relations et l'interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et les écosystèmes, et à faire le lien entre l'écologie et la médecine humaine et vétérinaire. Il se concentre principalement sur les maladies infectieuses, qu'elles se transmettent des animaux aux humains ou inversement, leur émergence en lien avec les changements globaux, la résistance aux antimicrobiens, et la sécurité sanitaire des aliments.

Les enseignements de la crise COVID

Comme l'ensemble du monde, La Réunion a été impactée par l'épidémie de COVID.

Cette situation inédite a nécessité l'engagement des moyens importants : surveillance épidémiologique, contrôle sanitaire aux frontières, diagnostic biologique, contact-



tracing, accès au dépistage, campagne massive de vaccination, adaptation des capacités d'hospitalisation et mobilisation de la médecine de ville, continuité des accompagnements médico-sociaux...

Elle a souligné la dépendance de La Réunion aux approvisionnements en produits de santé, à l'exemple des équipements de protection individuelle, et la réalité de l'éloignement du recours sanitaire de l'hexagone.

Elle a été l'occasion d'une mobilisation remarquable de l'ensemble des professionnels de santé, mais a également mis en lumière la nécessité de disposer de renforts humains locaux et externes, et d'une offre de soins régionale suffisamment dimensionnée, particulièrement en biologie médicale, infectiologie, et soins critiques.

Elle a renforcé l'impérative adaptation locale de la réponse sanitaire. Il est ainsi nécessaire de pouvoir gérer localement, et au moins dans les premiers temps, une crise de grande ampleur avec des moyens pré-positionnés et, dans un deuxième temps, d'intégrer et de coordonner l'apport extérieur de ressources et de renforts.

Au-delà de la réactivité témoignée par l'ensemble des acteurs, la crise COVID a démontré l'importance de préparer et d'exercer le système de santé à faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, et de sensibiliser la population aux risques et aux conduites à tenir.

L'internationalisation des risques et la réponse de la coopération dans l'Océan Indien

L'augmentation des déplacements internationaux et le transport maritime mondialisé favorisent le risque d'introduction d'agents infectieux sur le territoire réunionnais. Cette interdépendance régionale et internationale justifie un renforcement de la vigilance et une approche coordonnée entre pays pour la surveillance et la gestion des signaux sanitaires.

La coopération en santé des Etats appartenant à la Communauté des pays de l'Océan Indien (COI), levier de promotion de la santé des populations, doit être poursuivie pour mieux identifier les risques sanitaires, se concerter sur la réponse cohérente à apporter, et mettre en œuvre la solidarité régionale autant que nécessaire.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Installer une coopération « Une seule santé » pérenne entre les acteurs de la santé humaine, de la santé animale et de l'environnement, en collaboration avec les pays de l'Océan Indien
2. Construire une capacité de prospective et d'anticipation dans le domaine « Une seule santé »
3. Renforcer la veille sanitaire grâce à des systèmes d'information dédiés pour l'anticipation des événements sanitaires
4. Améliorer la capacité de surveillance épidémiologique des risques
5. Renforcer la préparation et l'adaptation pour augmenter la résilience aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)



Objectifs opérationnels à 5 ans

1. Installer une coopération sur les enjeux d'une seule santé au niveau local et international
2. Renforcer la veille sanitaire et l'utilisation des systèmes d'information à cet effet
3. Renforcer la surveillance sanitaire en intégrant la dimension « Une seule santé »
4. Se préparer aux crises et situations sanitaires exceptionnelles (SSE) dans un contexte d'insularité

Indicateurs de résultats

- Nombre d'alarmes et d'alertes traitées, y compris celles des réseaux sociaux
- Nombre d'exercices de crise
- Nombre de formations et de sensibilisations dispensées sur la gestion de crise sanitaire
- Pourcentage d'événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) clôturés
- Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année
- Pourcentage d'établissements et services médico-sociaux n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année
- Évolution de la consommation d'antibiotiques ciblés dans les ES, les ESMS et en ville
- Nombre d'indicateurs sanitaires composant la surveillance épidémiologique



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-1

Installer une coopération sur les enjeux d'une seule santé

Contexte/Enjeux

L'approche en santé One Health (Une seule santé) exige un rapprochement entre l'ensemble des acteurs de la santé humaine, animale et du milieu de vie. Cette coopération est aujourd'hui à structurer à l'échelle de La Réunion mais aussi de la zone Océan Indien.

L'ARS La Réunion contribue à la coopération régionale notamment par les échanges de compétences et connaissances avec les pays de la zone Océan Indien (OI), au sein de la Commission de l'Océan Indien (COI).

La santé est en effet un axe prioritaire de la COI (santé Globale, avec le réseau SEGA ONE HEALTH) ; ces conditions doivent permettre l'élaboration d'une politique de coopération régionale en santé et de renforcer les échanges avec les opérateurs et les autorités de la zone Océan indien.

Parmi les défis de cette coopération, sont déjà identifiées la fragilité des ressources en eau mais aussi l'émergence des bactéries multi résistantes (BMR).

Actions à mettre en œuvre

- **Créer une plateforme d'échanges et de collaboration avec les acteurs locaux et internationaux**
- **Déployer la stratégie nationale de lutte contre l'antibiorésistance (centre régional, équipes d'appui et conseil au professionnels de santé), en veillant à son extension au champ médico-social et ambulatoire**
- **Poursuivre les coopérations sur l'antibiorésistance au niveau international**
- **Contribuer à une réflexion sur les ressources en eau potable et eau de loisirs dans la zone Océan Indien afin de définir les axes d'une coopération internationale régionale**

Acteurs associés

- Préfecture et services de l'Etat (DAAF, DEAL)
- Région
- Santé Publique France
- Pays membres de la COI
- CIRAD
- Agence Française de Développement
- Service de santé des armées
- ORS
- Etablissements de santé
- URPS
- Acteurs de la santé animale
- Acteurs de l'environnement

Population cible

- Population générale
- Professionnels de santé
- Acteurs locaux et internationaux



Lien programmes ou plans d'action existants

Réseau COI/SEGA

Prévention de la résistance aux antibiotiques : une démarche « Une seule santé », Santé Publique France

Plan d'action conjoint « Une seule santé » (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture FAO, Organisation mondiale de la Santé OMS, Organisation mondiale de la santé animale OMSA, anciennement OIE, Programme des Nations Unies pour l'environnement PNUE)

Indicateurs

- Nombre d'informations partagées sur une plateforme d'échange avec les acteurs locaux et internationaux
- Nombre de réunions/projets de la communauté des pays de l'Océan Indien



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-2

Renforcer la veille sanitaire et l'utilisation des systèmes d'information à cet effet

Contexte/Enjeux

La veille sanitaire consiste dans la recherche active et permanente d'informations permettant d'anticiper l'émergence de risques sanitaires et de permettre la mise en place de contre-mesures au plus tôt. Elle doit intégrer les alertes environnementales pouvant constituer des atteintes à la santé.

Elle repose sur la mobilisation des acteurs de santé pour le signalement précoce, via les systèmes de surveillance et de vigilance, des événements sanitaires susceptibles de représenter une menace. Ceci nécessite la sensibilisation des acteurs de santé et des collectivités et le développement d'une culture du signalement.

La veille sanitaire peut aussi prendre appui sur l'exploitation des signaux des réseaux sociaux. Afin de garantir des capacités de veille sanitaire et de riposte élargies et pertinentes, la veille devrait relever d'une approche intégrée et inclure les signalements en lien avec la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes.

Actions à mettre en œuvre

- **Intégrer l'approche « Une seule santé » la veille sanitaire**
- **Sensibiliser des acteurs de santé et des collectivités aux enjeux de la veille sanitaire et aux systèmes de signalements**
- **Analyser des informations, dont les réseaux sociaux, pour la détection précoce des signaux**

Acteurs associés

- Santé Publique France
- Établissements de santé et médico-sociaux
- URPS
- CPTS
- Systèmes de vigilance – Réseau RREVA
- Pays membres de la COI
- CIRAD
- Agence Française de Développement

Population cible

- Population générale
- Professionnels de santé
- Acteurs locaux et internationaux

Lien programmes ou plans d'action existants

Programme Une seule santé (Organisation Mondiale de la Santé)
« One health » – une seule sante, Sante humaine, animale, environnement : Les leçons de la crise, contribution du conseil scientifique covid-19
Réseau COI/SEGA

Indicateurs

- Nombre d'alertes collectées et traitées, dont celles issues des réseaux sociaux



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-3

Renforcer la surveillance sanitaire en intégrant la dimension « Une seule santé »

Contexte/Enjeux

La surveillance épidémiologique consiste dans le recueil continu et régulier et l'analyse d'indicateurs identifiés permettant de surveiller l'état de santé de la population.

L'intégration de la dimension « Une seule santé », c'est-à-dire la surveillance d'indicateurs du monde humain, animal et végétal, permet une surveillance en santé intégrative et globale.

La situation ultramarine de La Réunion et son environnement international justifient de disposer d'une capacité de surveillance au travers de la mobilisation des organismes dont relève cette mission. La diffusion des connaissances épidémiologique constitue un levier de sensibilisation de la population et des acteurs de santé, et participe de la construction, de l'évaluation et de la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional.

Actions à mettre en œuvre

- **Installer une coordination locale regroupant l'ensemble des producteurs de données et études en santé humaine, animale, et environnementale, afin de favoriser la cohérence de la surveillance épidémiologique et l'adéquation aux enjeux du territoire**
- **Veiller à l'intégration de la dimension internationale Océan Indien aux travaux de surveillance épidémiologique**
- **Soutenir la diffusion des travaux de surveillance épidémiologique et des indicateurs auprès du grand public et des acteurs de santé**
- **Mobiliser les capacités de recherche nationales et internationales**
- **Mettre en place une veille scientifique orientée « une seule santé »**

Acteurs associés

- Santé Publique France
- Observatoire Régional de Santé (ORS)
- Université et équipes de recherche
- CIRAD
- Agence Française de Développement
- Etablissements de santé et médico-sociaux
- URPS
- Pays membres de la COI

Population cible

- Population générale
- Professionnels de santé
- Acteurs locaux et internationaux

Lien programmes ou plans d'action existants

- Programme Une seule santé, Organisation Mondiale de la Santé
- « One health » – une seule sante, Sante humaine, animale, environnement : Les leçons de la crise, contribution du conseil scientifique covid-19
- Réseau COI/SEGA

Indicateurs

- Nombre et diversité des publications sur la surveillance sanitaire
- Nombre des indicateurs existants, y compris intégrant le concept d'« une seule santé »



OBJECTIF OPÉRATIONNEL 15-4

Se préparer aux crises et situations sanitaires exceptionnelles (SSE) dans un contexte d'insularité

Contexte/Enjeux

La Réunion est un territoire où les risques sanitaires sont omniprésents, favorisés par un climat tropical, une exposition internationale, par la précarité des conditions d'habitat et de vie. Cette situation de vulnérabilité est renforcée par son éloignement des renforts nationaux.

Ceci implique de conforter, outre la veille et la sécurité sanitaire, la capacité de prévention et de réponse aux crises en associant les acteurs locaux qui participent des dispositifs de réponse à situation exceptionnelle.

La préparation aux événements exceptionnels relevant de crises sanitaires ou environnementales est d'autant plus importante à La Réunion où l'insularité et l'éloignement avec l'hexagone impliquent de pouvoir gérer localement, au moins dans les premiers temps, une éventuelle crise de grande ampleur et d'être en capacité d'intégrer et de coordonner la mobilisation de ressources et de renforts extérieurs.

Actions à mettre en œuvre

- **Élaborer une cartographie des risques et évaluer leurs criticités pour une mise en place de contre-mesures le cas échéant**
- **Former et sensibiliser des acteurs concernés à la gestion de crise et aux risques sanitaires**
- **Réaliser des exercices de crise, intégrant les opérateurs de santé**
- **Réaliser des Retex des crises et des exercices**
- **Poursuivre l'élaboration des plans de continuité d'activité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et systématiser leur intégration dans les exercices organisés sur la gestion de crise**
- **Poursuivre la prévention et la lutte contre le risque vectoriel avec tous les acteurs concernés locaux et internationaux**

Acteurs associés

- Préfecture
- Établissements de santé
- Établissements médico-sociaux
- Collectivités locales
- Services de santé des armées
- Météo-France
- Sécurité civile
- Santé Publique France
- URPS
- Réseau COI/SEGA
- CIRAD (Réseau Animal Risk)
- Agence Française de Développement
- MSP et CPTS

Population cible

- Population générale
- Professionnels de santé
- Acteurs locaux et internationaux



Lien programmes ou plans d'action existants

- Plans de secours

Indicateurs

- Nombre de formations et sensibilisation dispensées sur la gestion de crise sanitaire
- Nombre d'exercices de crise
- Nombre d'établissements de santé et médico-sociaux couverts par un PCA/PRA



VOLET OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS (OQOS) 2023-2028





SOMMAIRE

| | |
|--|------------|
| VOLET OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS (OQOS) 2023-2028.... | 187 |
| ✓ Éléments de contexte | 190 |
| ✓ Les activités de soins et les équipements matériels lourds | 191 |
| ✓ Les zones du schéma régional de santé | 192 |
| ✓ Les OQOS relatifs aux activités de soins et équipements matériels lourds..... | 197 |
| Médecine | 199 |
| Chirurgie..... | 202 |
| Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réani-mation néonatale | 206 |
| Psychiatrie..... | 210 |
| Soins médicaux et de réadaptation..... | 216 |
| Activité de médecine nucléaire..... | 224 |
| Soins de longue durée | 226 |
| Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques | 228 |
| Traitement des grands brûlés | 231 |
| Chirurgie cardiaque | 233 |
| Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie | 235 |
| Neurochirurgie | 240 |
| Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie..... | 242 |
| Médecine d'urgence | 242 |
| Soins critiques | 248 |
| Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale | 251 |



| | |
|--|-----|
| Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal | 255 |
| Activité de traitement du cancer..... | 260 |
| Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales..... | 271 |
| Hospitalisation à domicile | 273 |
| Activité de radiologie interventionnelle..... | 277 |
| Équipements d'imagerie en coupes (IRM/SCAN)..... | 278 |
| Caisson hyperbare | 281 |
| Cyclotron à utilisation médicale | 283 |



● Éléments de contexte

Le Schéma Régional de Santé (SRS) fixe pour chaque zone donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds :

- a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd
- b) Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds
- c) Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé.

Les activités de soins et des équipements matériels lourds sont définis aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du Code de la Santé Publique.

Les objectifs quantitatifs et qualitatifs du présent schéma portent l'évolution de l'offre de soins par activité de soins et équipement matériel lourd en réponse aux besoins du territoire.

Cette programmation s'inscrit dans un cadre réglementaire rénové qui prévoit la révision du Schéma Régional de Santé du Projet Régional de Santé au plus tard le 1er novembre 2023, ouvrant ainsi une période de confirmation des autorisations existantes et d'autorisation des nouvelles implantations.

Pour les activités de soins impactées par le nouveau régime des autorisations sanitaires entré en vigueur au 1er juin 2023, des décrets précisent les nouvelles conditions d'implantations et conditions techniques de fonctionnement. Pour les autres activités et équipements matériels lourds, une révision du volet OQOS du présent schéma sera nécessaire pour tenir compte des évolutions réglementaires à venir.



● Les activités de soins et les équipements matériels lourds

| Les activités de soins et les équipements matériels lourds (R6122-25 et R6122-26 CSP) | |
|---|---|
| AS n°1 Médecine | AS n°12 Neurochirurgie |
| AS n°2 Chirurgie | AS n°13 Activité intervient° sous imagerie médicale en neuroradiologie |
| AS n°3 Gynéco-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale | AS n°14 Médecine d'urgence |
| AS n°4 Psychiatrie | AS n°15 Soins critiques |
| AS n°5 Soins médicaux et de réadaptation | AS n°16 Traitement de l'IRC par épuration extrarénale |
| AS n°6 Activité de médecine nucléaire | AS n°17 Activités cliniques et biologiques d'AMP et activités biologiques de DPN |
| AS n°7 Soins de longue durée | AS n°18 Traitement du cancer |
| AS n°8 Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques | AS n°19 Examen des caractéristiques génétiques |
| AS n°9 Traitement des grands brûlés | AS n°20 Hospitalisation à domicile |
| AS n°10 Chirurgie cardiaque | AS n°21 Activité de radiologie interventionnelle |
| AS n°11 Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie | |
| EML n°1 (Abrogé) | EML n°4 Caisson hyperbare |
| EML n°2 Equipements d'imagerie en coupes (IRM/SCAN) | EML n°5 Cyclotron à utilisation médicale |
| EML n°3 (Abrogé) | |

Cadre réglementaire rénové au 1^{er} juin 2023

Cadre réglementaire non rénové au 1^{er} juin 2023



● Les zones du schéma régional de santé

Selon l'article R.1434-30 du Code de la Santé Publique, le directeur général de l'ARS définit les zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds définis à l'article R. 6122-25 et l'article R. 6122-26 du Code de la Santé Publique. Ces zones peuvent être communes à plusieurs activités de soins et équipements matériels lourds.

Au sein de ces zones sont définis des objectifs quantitatifs pour chaque activité de soins ou équipement matériel lourd.

La délimitation des zones du Schéma Régional de Santé prend en compte, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd :

- Les exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de permanence, de continuité des prises en charge,
- La cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation.

Elle concourt à garantir pour chaque activité de soins et équipements matériels lourds la gradation des soins, la continuité des prises en charge, la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficacité de l'offre de soins.

Ces zones sont définies par l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 du directeur général de l'ARS La Réunion après les avis favorables de la commission spécialisée de l'offre de soins de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, rendu le 15 juin 2023, et du préfet de La Réunion en date du 20 juin 2023.

Niveau de proximité

Il s'agit du **premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique accessible rapidement 24h/24.**

Il doit garantir l'accès rapide, programmé ou non programmé, aux premiers soins hospitaliers.

D'un point de vue territorial, il correspond à l'aire de chalandise d'établissements disposant d'une structure d'urgences, autour de la médecine polyvalente, de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'imagerie conventionnelle. Les activités de proximité impliquent également l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville/hôpital ainsi que l'articulation sanitaire/médico-social.

Les activités de soins et équipement matériel lourd relevant des zones de proximité sont :

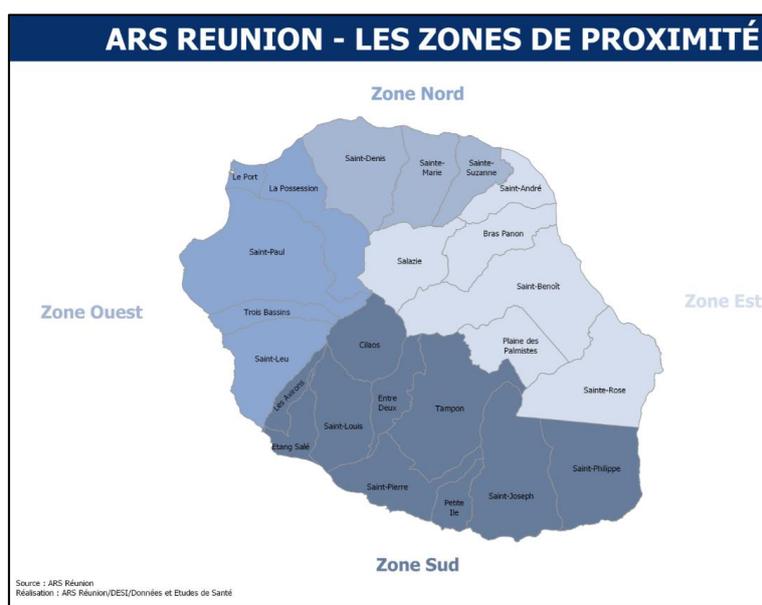
- Médecine
- Chirurgie
- Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
- Psychiatrie
- Soins médicaux et de réadaptation
- Médecine d'urgence

- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
- Hospitalisation à domicile
- Equipements d'imagerie en coupe

Au nombre de 4, les zones de proximité pour le territoire sont :

- La **zone Nord** qui couvre les communes de **Saint Denis à Sainte Suzanne**
- La **zone Est** qui couvre les communes de **Saint André à Sainte Rose**
- La **zone Ouest** qui couvre les communes de **La Possession à Saint Leu**
- La **zone Sud** qui couvre les communes de **Trois Bassins à Saint Philippe**.

Ce découpage s'appuie sur les délimitations des territoires d'action sociale du Conseil Départemental, permettant une articulation sanitaire/médico-social, et sur celles des microrégions ou arrondissements.



Niveau de recours

Il s'agit du **deuxième niveau de prise en charge au sein d'un parcours de soins**.

La mission de recours conjugue compétences médicales et paramédicales et un plateau technique spécialisé ainsi que des conditions techniques de fonctionnement ou des modalités de recours limitant la multiplication des implantations.

Ce niveau est celui des soins spécialisés dont les taux de recours sont moindres que ceux de la proximité et qui peuvent requérir néanmoins des temps d'accès limités.

Les activités de soins et EML relevant des zones de recours sont :

- Soins de longue durée

- Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie
- Soins critiques
- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal
- Traitement du cancer

Au nombre de 2, les zones de recours pour le territoire sont :

- **La Zone nord-est** qui couvre les communes de **Saint Denis à Sainte Rose**
- **La Zone sud-ouest** qui couvre les communes de **Saint Philippe à La Possession.**



Niveau de référence

Il comprend des **services de santé très spécialisés avec une rareté du recours, un très haut niveau d'exigence de sécurité et de technicité des soins** se traduisant par des conditions de fonctionnement et des seuils d'activité élevés.

Le caractère hautement spécialisé et la fréquence du recours justifie la concentration sur un plateau technique spécifique qui permet ainsi d'optimiser la ressource médicale et paramédicale experte mobilisée ainsi que les équipements et investissements.

Les activités de soins et équipements matériels lourds relevant de la zone de référence sont :

- Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du Code de la Sécurité Sociale
- Traitement des grands brûlés
- Chirurgie cardiaque
- Neurochirurgie

- Activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
- Médecine nucléaire
- Cyclotron à utilisation médicale
- Caisson hyperbare

Cette zone recouvre l'ensemble de La Réunion.



Liste des communes constituant les zones du SRS 2023-2028:

| Code Insee | Nom de la commune | Les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des AS et EML | | |
|------------|-------------------------|---|----------------------------|-------------------------------|
| 97411 | SAINT-DENIS | Zone de proximité Nord | Zones de recours Nord-Est | Zones de référence La Réunion |
| 97418 | SAINTE-MARIE | | | |
| 97420 | SAINTE-SUZANNE | | | |
| 97409 | SAINT-ANDRE | Zone de proximité Est | | |
| 97402 | BRAS-PANON | | | |
| 97421 | SALAZIE | | | |
| 97410 | SAINT-BENOIT | | | |
| 97406 | LA PLAINE-DES-PALMISTES | | | |
| 97419 | SAINTE-ROSE | Zone de proximité Ouest | Zones de recours Sud-Ouest | |
| 97408 | LA POSSESSION | | | |
| 97407 | LE PORT | | | |
| 97415 | SAINT-PAUL | | | |
| 97423 | TROIS-BASSINS | | | |
| 97413 | SAINT-LEU | | | |
| 97401 | LES AVIRONS | Zone de proximité Sud | | |
| 97404 | L'ETANG-SALE | | | |
| 97414 | SAINT-LOUIS | | | |
| 97424 | CILAOS | | | |
| 97403 | ENTRE-DEUX | | | |
| 97416 | SAINT-PIERRE | | | |
| 97422 | LE TAMPON | | | |
| 97405 | PETITE-ILE | | | |
| 97412 | SAINT-JOSEPH | | | |
| 97417 | SAINT-PHILIPPE | | | |



■ Les OQOS relatifs aux activités de soins et équipements matériels lourds

Pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd, les OQOS sont définis par des fourchettes présentant un minimum et un maximum permettant, pendant la durée du Schéma Régional de Santé, d'afficher une évolution de l'offre de soins destinée à répondre aux besoins du territoire en tenant compte des évolutions démographiques.

Les OQOS sont exprimés pour les activités de soins et certains équipements matériels lourds en nombre d'implantations, et en nombre d'implantations et appareils pour les autres équipements matériels lourds.

Les propositions d'implantations s'appuient sur une analyse de l'activité, des besoins et des projections d'activité à partir des prévisions d'évolution de la population.

Des fiches techniques (documents de travail) présentant les analyses des taux de recours, des flux de patients et des projections d'activités pour les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation ont été élaborées par l'ARS et sont consultables sur son site Internet. La présentation des activités de soins et équipements matériels lourds de ce volet est élaborée selon l'ordre défini par le Code de la Santé Publique.

| |
|--|
| 1°/ Médecine |
| 2°/ Chirurgie |
| 3°/ Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale |
| 4°/ Psychiatrie |
| 5°/ Soins médicaux et de réadaptation |
| 6°/ Activité de médecine nucléaire |
| 7°/ Soins de longue durée |
| 8°/ Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale |
| 9°/ Traitement des grands brûlés |
| 10°/ Chirurgie cardiaque |
| 11°/ Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie |
| 12°/ Neurochirurgie |
| 13°/ Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie |
| 14°/ Médecine d'urgence |
| 15°/ Soins critiques |

| |
|--|
| 16°/ Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale |
| 17°/ Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal |
| 18°/ Traitement du cancer |
| 19°/ Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales |
| 20°/ Hospitalisation à domicile |
| 21°/ Activité de radiologie interventionnelle |
| EML 2°/ Equipements d'imagerie en coupes (IRM/SCAN) |
| EML 4°/ Caisson hyperbare |
| EML 5°/ Cyclotron à utilisation médicale |



1. MÉDECINE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité de médecine relève de la zone de proximité.**

● Éléments de contexte

L'activité de soins de médecine fait l'objet d'une réforme des autorisations détaillée dans les textes ci-dessous :

- Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine
- Décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine.

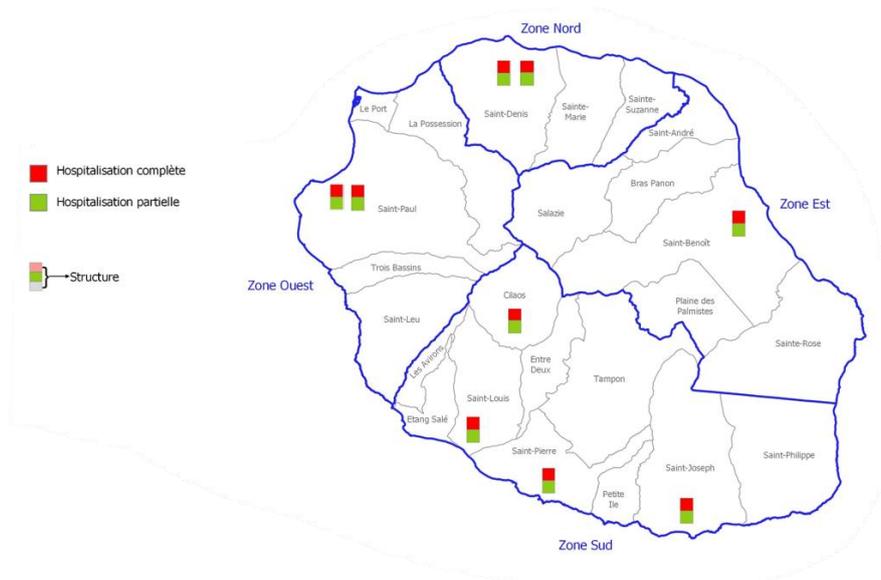
L'activité de médecine est désormais définie comme suit :

« L'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, de pathologies aiguës ou chroniques des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel.

Cette activité comporte, le cas échéant, la réalisation d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle inclut les actions de prévention et d'éducation à la santé. »

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE PROXIMITÉ | Médecine | |
|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| | Hospitalisation complète | Hospitalisation partielle |
| LA REUNION-NORD | 2 | 2 |
| LA REUNION-OUEST | 2 | 2 |
| LA REUNION-SUD | 4 | 4 |
| LA REUNION-EST | 1 | 1 |



● Objectifs qualitatifs

- Promouvoir des coopérations entre établissements de santé public et privés pour les mono activités en médecine (endoscopie digestive, endoscopie bronchique...) afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge
- Favoriser la mise en place des consultations avancées sur les territoires ayant des difficultés d'accès aux spécialistes de second recours
- Mieux accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques en facilitant l'intervention des Infirmiers en Pratiques Avancées (IPA) pour le suivi en ambulatoire
- Encourager la mise en place des équipes médicales territoriales entre les établissements membres du GHT dans les disciplines à fortes tensions en ressources humaines en santé
- Renforcer les filières de soins entre La Réunion et Mayotte en s'appuyant sur les outils de la e-santé

Focus sur l'insuffisance cardiaque chronique (ICC) :

- Améliorer le parcours des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique :
 - Mieux repérer et dépister les facteurs de risque (FDR) de maladies cardiovasculaires et sensibiliser les usagers et les populations cibles (les femmes, les plus de 45 ans, les personnes âgées) sur ces FDR (HTA, sédentarité, mauvaise alimentation, tabac)
 - Identifier les ruptures de parcours des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique et définir un plan d'actions dans le cadre d'une gouvernance régionale
 - Poursuivre le développement d'une offre ambulatoire d'éducation thérapeutique du patient atteint d'ICC
 - Promouvoir la télésurveillance en cardiologie dans le cadre des protocoles de coopération et le recours aux infirmiers de pratique avancée (IPA)
 - Développer des consultations avancées ou téléconsultations en cardiologie en s'appuyant sur les MSP et les CPTS
 - Sensibiliser les professionnels du 1^{er} recours aux signes d'alerte et à l'orientation vers la prise en charge de l'ICC



- Renforcer l'accès aux soins médicaux et de réadaptation
- Faciliter la mise en place des équipes de soins spécialisées en cardiologie en articulation avec les CPTS et le GHT

Focus sur l'insuffisance respiratoire chronique :

- Améliorer la pertinence du parcours des patients atteints de BPCO :
 - Mettre en place une gouvernance régionale de ce parcours
 - Améliorer la prévention, le diagnostic précoce, l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients
 - Promouvoir la mise en place de téléconsultations pour des patients insuffisants respiratoires chroniques

Focus sur la pédiatrie :

- Construire une filière territoriale de soins pédiatriques visant à renforcer les coopérations afin de faciliter la continuité des parcours des patients et de répondre aux besoins d'expertise (lien ville-hôpital, CHU/hôpitaux généraux/hôpital d'enfants/cliniques privées)
- Identifier une unité d'accueil et de prise en charge des enfants en danger (UAPED) dans chaque zone de proximité

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Activité | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|----------|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | Médecine | | 2 | 2 |
| EST | Médecine | | 1 | 1 |
| OUEST | Médecine | | 2 | 2 |
| SUD | Médecine | | 4 | 4 |

(*) Pas d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement

Les implantations cibles sont issues des analyses prospectives de recours réalisées pour l'activité de médecine et des projections capacitaires en cours des établissements titulaires d'une autorisation d'activité de médecine avant le 1^{er} juin 2023. L'offre actuelle et les projections capacitaires sont en mesure d'absorber l'augmentation prévisionnelle d'activité sans justifier d'autoriser de nouvelles implantations.

Au vu de l'évolution des besoins et du bilan à mi-parcours du schéma régional de santé, les implantations cibles ci-dessus pourront être revues.



2. CHIRURGIE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité de chirurgie relève de la zone de proximité.**

● Éléments de contexte

L'activité de soins de chirurgie fait l'objet d'une réforme des autorisations détaillée dans les textes ci-dessous :

- Décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie
- Décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie
- Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du CSP et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du CSP

La réforme du régime d'autorisation de l'activité de chirurgie introduit 3 modalités d'exercice de l'activité de soins de chirurgie :

- 1 **chirurgie adulte**
- 2 **chirurgie pédiatrique**
- 3 **chirurgie bariatrique**

Afin de rendre lisible l'offre de soins, l'article R.6123-202 du CSP fixe, pour la **chirurgie adulte**, 11 pratiques thérapeutiques spécifiques, non ciblées dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins mais précisées dans la demande d'autorisation et mentionnées dans la décision d'autorisation :

- Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie plastique reconstructrice
- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de la chirurgie cardiaque
- Chirurgie vasculaire et endovasculaire
- Chirurgie viscérale et digestive
- Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale
- Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière
- Chirurgie ophtalmologique
- Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale
- Chirurgie urologique



Chirurgie pédiatrique :

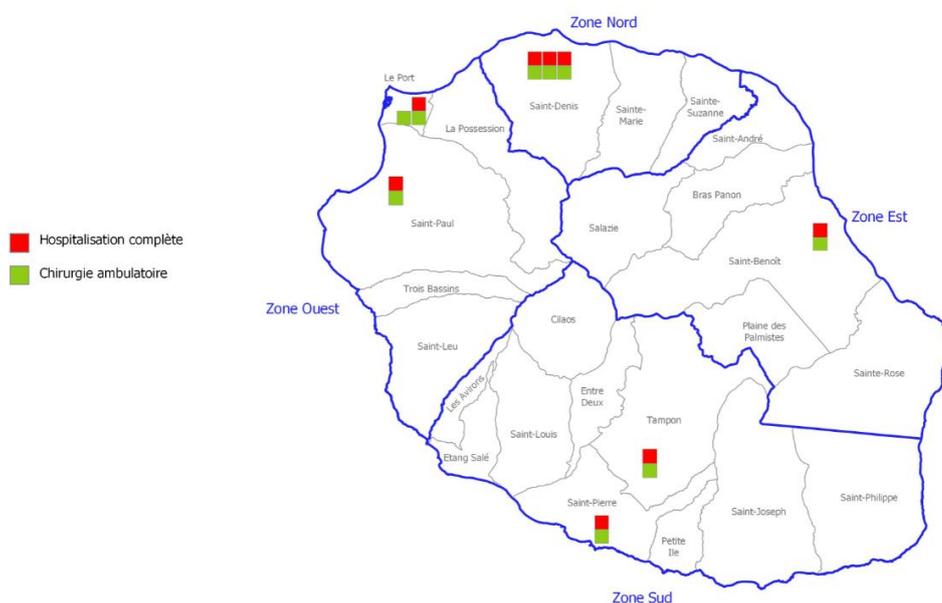
Cette modalité concerne la prise en charge chirurgicale des enfants de moins de 15 ans.

Deux catégories d'exception sont à prendre en compte, sous réserve de l'application du cadre légal et réglementaire :

- La modalité pédiatrique n'est pas nécessaire pour des interventions relevant des spécialités suivantes : chirurgie ophtalmologique, chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale, chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et orale, chirurgie plastique reconstructrice.
- La modalité pédiatrique n'est pas nécessaire pour la prise en charge en urgence d'enfants de plus de 3 ans, relevant des spécialités suivantes : chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie gynécologique et obstétrique, chirurgie urologique.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONE DE PROXIMITE | Chirurgie | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|
| | Hospitalisation complète | Chirurgie ambulatoire |
| LA REUNION-NORD | 3 | 3 |
| LA REUNION-OUEST | 2 | 3 |
| LA REUNION-SUD | 2 | 2 |
| LA REUNION-EST | 1 | 1 |





● Objectifs qualitatifs

- Accentuer le virage ambulatoire
 - Poursuivre le développement de chirurgie ambulatoire
 - Définir une stratégie régionale de soutien des programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), en lien avec l'Assurance Maladie

Chirurgie pédiatrique :

- Structurer et formaliser une offre de soins graduée et coordonnée de chirurgie pédiatrique La Réunion - Mayotte
- Créer un dispositif spécifique régional (DSR) pédiatrique dont les principales missions seront de :
 - Adapter l'organisation et les articulations entre les établissements prenant en charge les enfants
 - Renforcer les modalités de coopérations et améliorer la fluidité du parcours patient
 - Adapter les capacités des dispositifs de chirurgie pédiatrique
 - Renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins
 - Diffuser les bonnes pratiques
 - Aider à la mise en œuvre des nouvelles autorisations et à l'application des décrets
 - Communiquer sur l'offre de chirurgie pédiatrique de la région

Chirurgie bariatrique :

- Structurer le parcours de prise en charge de l'obésité en veillant à la pertinence des actes de chirurgie bariatrique avec l'installation d'une RCP régionale Océan Indien en lien avec le Centre Spécialisé Obésité (CSO) Réunion-Mayotte pour les patients à haut risque, notamment des mineurs
- Construire un partenariat avec les établissements autorisés, le CSO et les établissements de SMR spécialisés dans la prise en charge « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »
 - Promouvoir la préparation et le suivi des patients avec la mise en place de programme d'éducation thérapeutique de préparation pour les patients candidats à une chirurgie bariatrique et de suivi pour les patients opérés
 - Proposer une offre de prise en charge multidisciplinaire aux candidats à la chirurgie bariatrique



● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|-------------------------|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | Chirurgie - Adultes | | 3 | 3 |
| | Chirurgie - Pédiatrique | | 1 | 1 |
| | Chirurgie – Bariatrique | | 2 | 2 |
| EST | Chirurgie - Adultes | | 1 | 1 |
| | Chirurgie - Pédiatrique | | 0 | 0 |
| | Chirurgie - Bariatrique | | 0 | 0 |
| OUEST | Chirurgie - Adultes | | 3 | 3 |
| | Chirurgie - Pédiatrique | | 0 | 0 |
| | Chirurgie – Bariatrique | | 2 | 2 |
| SUD | Chirurgie - Adultes | | 2 | 2 |
| | Chirurgie - Pédiatrique | | 1 | 1 |
| | Chirurgie - Bariatrique | | 0 | 0 |

(*) Absence d'implantation autorisée avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement



3. GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale relève de la zone de proximité.**

● **Éléments de contexte**

L'activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale concerne la santé reproductive des femmes, la prise en charge des grossesses, des accouchements et les soins spécialisés aux nouveau-nés.

L'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer une prise en charge adaptée, il organise le transfert du nouveau-né vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

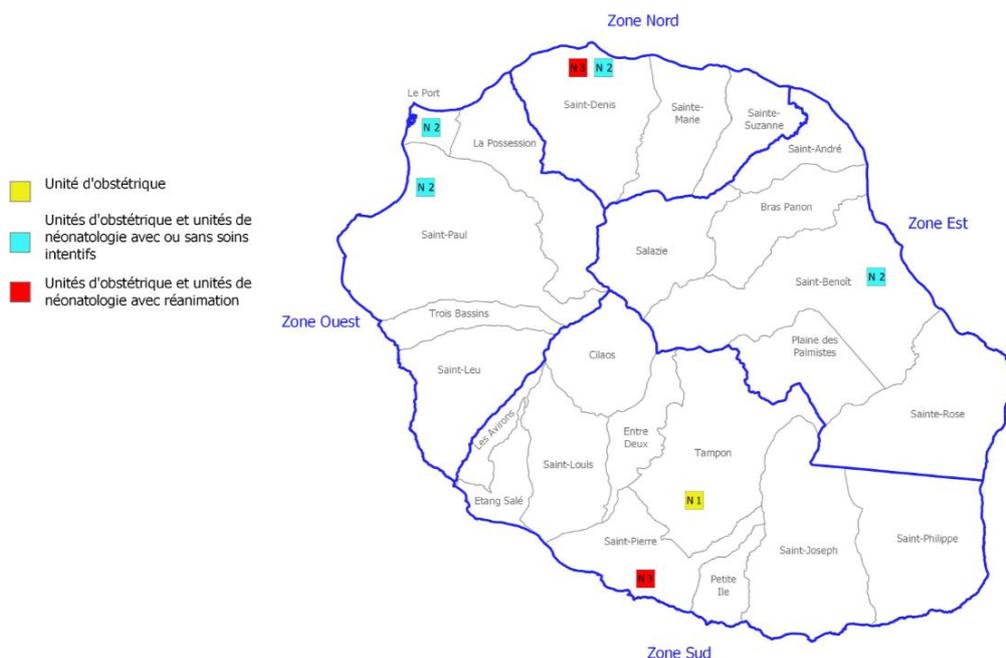
La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état de santé s'est dégradé après la naissance.

La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

L'activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale est une activité dont les textes n'ont pas été révisés.

● **Situation des implantations au 31 octobre 2023**

| ZONES DE PROXIMITÉ | Périnatalité | | | |
|--------------------|--------------|--------------|---------------------------|---------------|
| | Obstétrique | Néonatalogie | Néonat + Soins intensifs. | Réa néonatale |
| LA REUNION-NORD | 2 | 2 | 1 | 1 |
| LA REUNION-OUEST | 2 | 2 | 1 | 0 |
| LA REUNION-SUD | 2 | 1 | 1 | 1 |
| LA REUNION-EST | 1 | 1 | 0 | 0 |



● Objectifs qualitatifs

La Réunion présente un sur risque de mortalité maternelle (21,4 pour 100 000 naissances vivantes versus 9,5 pour l'hexagone et 32,1 groupe DROM sur la période 2013-2015 selon l'Inserm) et de mortalité infantile (6,7‰ versus 3,7‰ pour l'hexagone en 2021, selon l'Insee).

L'Inserm estime que le sur risque de mortalité maternelle est lié à deux mécanismes non exclusifs l'un de l'autre. Il s'agirait, d'une part du « *profil spécifique des parturientes des DROM qui les rendrait plus à risque de complications graves* » et d'autre part, « *d'une moins bonne qualité des soins prodigués* ».

Les résultats de l'ENP-DROM 2021 à La Réunion sont venus apporter des éléments d'éclairage.

Concernant le profil des parturientes à La Réunion, elles se démarquent de celles de l'hexagone, sur différents plans :

- Caractéristiques socio-économiques plus dégradées : 48% de bénéficiaires de complémentaire santé solidaire (11% métropole), moindres niveaux d'éducation et d'insertion professionnelle ;
- Cumul de facteurs de risque de morbi-mortalité : surcharge pondérale et obésité (46% versus 37% dans l'hexagone), HTA et diabète avant et pendant grossesse, anémie maternelle (52% versus 25%).

Pour ce qui est des soins, le suivi prénatal, assuré par un gynéco-obstétricien pour 62% des femmes et une sage-femme pour 23%, se situe, sur le plan quantitatif, à des niveaux supérieurs à l'hexagone sur certains indicateurs tels que le taux d'entretien prénatal précoce, le taux de dépistage du diabète gestationnel, le nombre moyen d'échographies, le taux de visites à domicile par une sage-femme libérale. L'articulation ville – maternités semble être de moins bonne qualité (78% de consultations avec l'équipe médicale de maternité à La Réunion versus 95%).



Des inégalités sociales et territoriales de recours aux soins existent. Les femmes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont plus jeunes, moins nombreuses à avoir bénéficié de l'entretien prénatal précoce (37% versus 58% des femmes ayant une mutuelle) et trois fois plus nombreuses à avoir trois échographies et moins (16% versus 5%). Les maternités du CHU, du GHER et de la clinique des Orchidées concentrent le plus de profils de femmes en situation de précarité.

S'agissant de l'état de santé des enfants à la naissance, les taux de prématurité et de petit poids de naissance rapporté à l'âge gestationnel sont plus élevés à La Réunion que dans l'hexagone. Le tabagisme maternel ou parental est identifié comme l'un des facteurs de risque de petit poids de naissance et de mort inattendue du nourrisson.

Partant de ces constats, **les objectifs qualitatifs de l'activité de gynécologie-obstétrique avec ou sans néonatalogie** sont les suivants :

- Déployer, notamment dans les maternités de niveau 2 et 3, une offre de dépistage précoce des grossesses à haut risque (dispositif Prima facie), autant que possible sous format d'hôpital de jour pour une unité de lieu et de temps des prises en charge, en ciblant les femmes les plus vulnérables (âge < 18 ans, grossesse déclarée après 15 SA, cumul de 3 à 4 critères de précarité suivants : RSA, complémentaire santé solidaire, vit seule, pas de logement individuel)
- Généraliser les consultations de tabacologie en pré et post natal, dans toutes les maternités, dans le cadre du programme des « 1 000 premiers jours »
- Contribuer au déploiement, dans les maternités, de programmes d'éducation thérapeutique pour les femmes en surcharge pondérale et en obésité, en préconceptionnel, en pré et post natal
- Mettre en place au moins deux unités mère enfant en post natal, dans le cadre soit d'une activité de Soins Médicaux et de Réadaptation (possibilité de prise en charge globale, somatique, psychologique et sociale), soit de la psychiatrie périnatale. Ces unités ont vocation à s'adresser aux mères isolées ou sans logement individuel adapté
- Spécialiser l'offre d'hospitalisation à domicile au suivi périnatal des femmes en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale et au suivi des enfants vulnérables à risque de handicap
- Organiser le recours à l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques en secteur de naissance et en réanimation néonatale ainsi que l'accompagnement des parents dans leur deuil
- Structurer le parcours de soin et d'accompagnement des femmes et des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse

D'une manière générale, il convient d'organiser, entre établissements de santé, dans le respect des critères médicaux, l'orientation des femmes enceintes lors de leur accouchement, notamment dans l'Ouest et le Sud, afin de préserver des niveaux d'activité de chaque maternité en rapport avec le respect des seuils règlementaires et le maintien du maillage actuel.



● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|---|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | Unité d'obstétrique | 0 | 0 | 0 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs | 1 | 1 | 1 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs | 0 | 0 | 0 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation | 1 | 1 | 1 |
| EST | Unité d'obstétrique | 0 | 0 | 0 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs | 1 | 1 | 1 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs | 0 | 0 | 0 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation | 0 | 0 | 0 |
| OUEST | Unité d'obstétrique | 0 | 0 | 0 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs | 1 | 1 | 1 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs | 1 | 1 | 1 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation | 0 | 0 | 0 |
| SUD | Unité d'obstétrique | 1 | 1 | 1 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs | 0 | 0 | 0 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs | 0 | 0 | 0 |
| | Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation | 1 | 1 | 1 |



4. PSYCHIATRIE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité de psychiatrie relève de la zone de proximité.**

● Éléments de contexte

L'activité de soins de psychiatrie fait l'objet d'une réforme des autorisations détaillée dans les textes ci-dessous :

- Décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie
- Décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie
- Arrêté du 28 septembre 2022 modifié fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du code de la santé publique
- Instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie

L'activité de soins de psychiatrie est désormais structurée en quatre mentions :

- 1° **psychiatrie de l'adulte**
- 2° **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** (*De la naissance à l'âge de dix-huit ans*)
- 3° **psychiatrie périnatale** (*Soins conjoints parents-bébés, dès l'anté-conceptionnel et le prénatal*)
- 4° **soins sans consentement**

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont désormais fixés dans le schéma régional de santé par mention et non plus par formes de prise en charge.

Les autorisations regroupent les trois grands modes de prise en charge (séjour à temps complet, séjour à temps partiel, et soins ambulatoires)

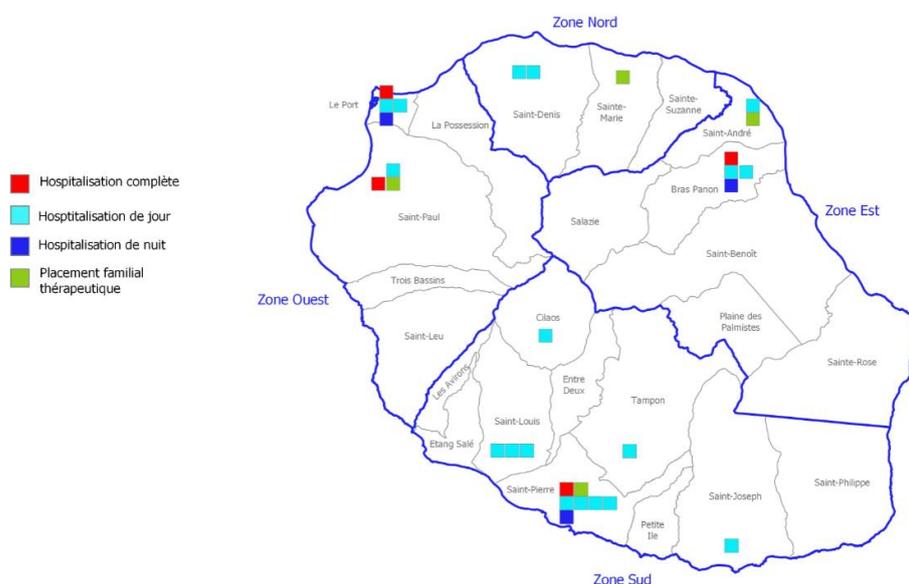
- Séjours à temps complet : séjours à temps complet correspondent aux soins dispensés en hospitalisation complète, centre de crise ; centre d'accueil permanent, centre de postcure, appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique
- Séjours à temps partiel : séjours à temps partiel correspondent aux soins dispensés en hôpital de jour et en hôpital de nuit
- Soins ambulatoires : soins ambulatoires correspondent aux centres médico-psychologiques, centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, des structures de protection maternelle infantile, des établissements scolaires et universitaires, en consultations et à domicile.

L'arrêté du 28 septembre modifié fixe 13 modes de prises pouvant être déployés en dehors du site géographique autorisé. Ces modes de prise en charge sont :

- Les centres d'accueil permanent
- Les centres de crise
- Les appartements thérapeutiques
- Les accueils familiaux thérapeutiques
- Les centres médico-psychologiques (CMP)

Psychiatrie infanto-juvénile

| ZONES DE PROXIMITÉ | Psychiatrie - Infanto-juvénile | | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| | Hospi complète | Hospi partielle jour | Hospi partielle nuit | Placement fam. | Appt. Thérap. | Centre postcure | Centre de crise |
| LA REUNION-NORD | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| LA REUNION-OUEST | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| LA REUNION-SUD | 1 | 10 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| LA REUNION-EST | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |



● Objectifs qualitatifs

Les objectifs qualitatifs de l'offre de soins en psychiatrie sont détaillés dans les fiches « objectifs opérationnels » dédiées à la promotion et à la protection de la santé mentale du Schéma Régional de Santé.

Il est retenu de veiller aux objectifs complémentaires suivants :

- L'encadrement strict de l'hospitalisation des mineurs en secteur adulte :
Par principe, les mineurs doivent être hospitalisés dans des services de pédopsychiatrie. Néanmoins, au regard des problématiques et des troubles spécifiques touchant la tranche d'âge des 16-25 ans, il peut être pertinent de proposer des unités d'hospitalisation spécifiques regroupant grands adolescents et jeunes adultes (unités dites « mixtes »). Enfin, dans certaines situations exceptionnelles, notamment dans les situations d'urgence ou en l'absence de place disponible dans un établissement autorisé en psychiatrie de



l'enfant et de l'adolescent, un mineur âgé de 16 ans et plus peut être pris en charge dans un établissement autorisé en psychiatrie de l'adulte.

Un transfert sera organisé dès que possible dans un établissement autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Dans tous les cas, un patient mineur ne doit pas partager sa chambre avec un patient majeur.

- La responsabilité territoriale partagée entre les établissements publics et les établissements privés dans le cadre de la réponse aux urgences et aux soins non programmés :

Le régime des autorisations en psychiatrie s'inscrit dans une logique d'organisation territoriale intégrant l'ensemble des établissements autorisés afin de proposer des parcours de soins répondant aux besoins identifiés sur le territoire.

Il est souhaitable que les établissements non désignés pour la mission de secteur exercent leur activité en partenariat avec l'établissement assurant cette mission par le biais d'une convention.

L'intégration de la prise en charge des urgences dans la convention de partenariat doit inciter les établissements autorisés en psychiatrie dans une même zone d'intervention à proposer ensemble des modalités de prise en charge des patients en amont et en aval des urgences.

Ainsi, il est souhaitable que chaque établissement participe à la réponse aux soins non programmés, en journée comme en période de permanence des soins.

De même, les établissements doivent s'organiser pour fluidifier les parcours post-urgence et proposer des réponses tant en termes de disponibilité de lits d'hospitalisation (régulation des lits, bed management, réservation de lits post-urgence ...) qu'en termes d'alternatives ou de sorties anticipées d'hospitalisation (hôpitaux de jour post-urgence, développement d'équipes mobiles de prise en charge intensive...).

- La prise en charge globale du patient doit tenir compte aussi bien des problématiques psychiques que somatiques ou d'addiction, et prévoir la réinsertion sociale en lien avec les acteurs de proximité :

Les troubles psychiques s'accompagnent le plus souvent de troubles somatiques, notamment de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires. Par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans.

Concernant les comorbidités addictives, environ 15% des patients souffrant de troubles psychiatriques prennent ou ont pris des substances, drogues ou alcool, avec une prévalence plus importante chez les patients souffrant de troubles mentaux sévères.

Au regard de ces enjeux, le titulaire d'une autorisation de psychiatrie doit contribuer à l'organisation de l'accès aux soins somatiques du patient quelle que soit la forme de prise en charge du patient.

Pour les patients pris en charge en ambulatoire, cette prise en charge des soins somatiques doit être organisée avec le médecin traitant et les autres acteurs pouvant intervenir à domicile.



Dans le cadre du parcours de soins des patients, le titulaire apporte son concours aux professionnels de 1^{er} recours, aux autres établissements de santé ainsi qu'aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, accueillant notamment des personnes présentant un handicap psychique.

Enfin, afin de favoriser la réadaptation du patient pris en charge, le titulaire de l'autorisation permet l'accès à des soins de réhabilitation psycho-sociale au patient dès le début de sa prise en charge en intra ou via des partenariats avec des acteurs du social ou du médico-social.

Un soutien aux familles doit également être dispensé.

Des pairs-aidants seront utilement associés à ces accompagnements de réhabilitation psychosociale.

- Garantir l'accès à la sismothérapie sur le territoire :
L'activité de sismothérapie développée uniquement par Clinique Les Flamboyants Ouest continuera d'être mise en œuvre dans le cadre d'une autorisation d'activité de psychiatrie.
A ce titre, l'ARS La Réunion s'engage à poursuivre le soutien financier de cette activité au niveau des déficits constatés, et à favoriser l'accroissement du recours selon les indications validées par les autorités sanitaires nationales.



● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | Psychiatrie de l'adulte | | 1 | 1 |
| | Psychiatrie de l'enfant et adolescent | | 1 | 1 |
| | Psychiatrie périnatale | | 1 | 1 |
| | Soins sans consentement | | 0 | 0 |
| EST | Psychiatrie de l'adulte | | 2 | 2 |
| | Psychiatrie de l'enfant et adolescent | | 2 | 2 |
| | Psychiatrie périnatale | | 1 | 1 |
| | Soins sans consentement | | 1 | 1 |
| OUEST | Psychiatrie de l'adulte | | 2 | 2 |
| | Psychiatrie de l'enfant et adolescent | | 2 | 2 |
| | Psychiatrie périnatale | | 1 | 1 |
| | Soins sans consentement | | 1 | 1 |
| SUD | Psychiatrie de l'adulte | | 2 | 2 |
| | Psychiatrie de l'enfant et adolescent | | 2 | 2 |
| | Psychiatrie périnatale | | 1 | 1 |
| | Soins sans consentement | | 1 | 1 |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement



5. SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, l'activité de soins médicaux et de réadaptation relève de la zone de proximité.

● Éléments de contexte

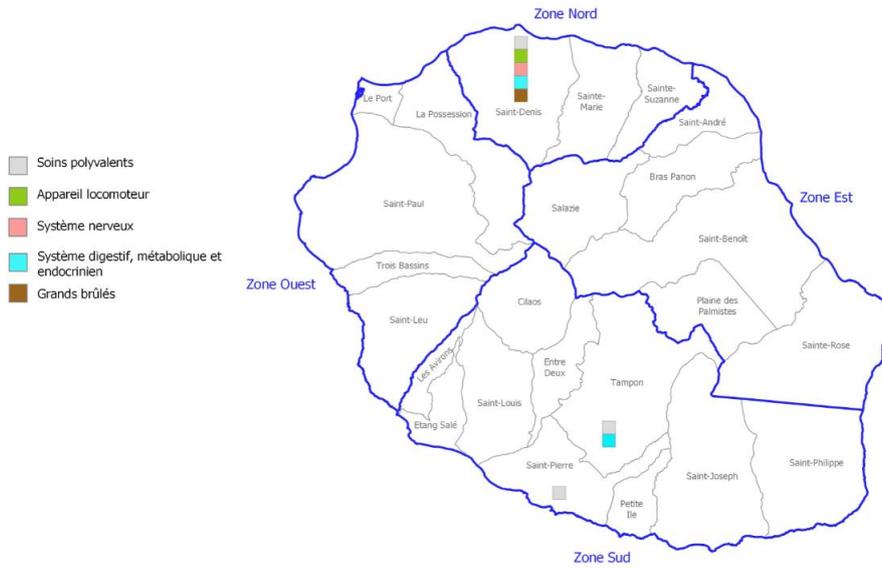
L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales.

L'activité de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), précédemment dénommée Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a fait l'objet d'une réforme quant aux conditions d'implantation et de fonctionnement. Les principales évolutions de l'activité de SMR portent sur :

- Le **changement de la dénomination de l'activité** qui devient activité de « soins médicaux et de réadaptation » afin de mieux reconnaître l'activité effective des établissements et notamment des évolutions constatées dans les profils de patients accueillis
- La **création de la modalité « pédiatrie »**, exclusive pour la prise en charge des enfants, afin d'identifier la filière pédiatrique et de répondre à l'exigence de qualité
- La **création de la mention « polyvalent »**, pour en préciser les conditions techniques de fonctionnement
- La **création de la mention « oncologie »**, pour faciliter l'accès des patients atteints d'un cancer à la réadaptation à chaque étape de leur parcours
- La **description de l'organisation territoriale de l'offre**, qui permet notamment :
 - Une mission de soutien des structures SMR aux autres acteurs du territoire en matière d'évaluation et d'orientation des patients
 - Un rôle de recours des établissements SMR « spécialisés » vis-à-vis des « polyvalents » et/ou autorisés pour d'autres mentions spécialisées.

Structuration de l'activité de SMR :

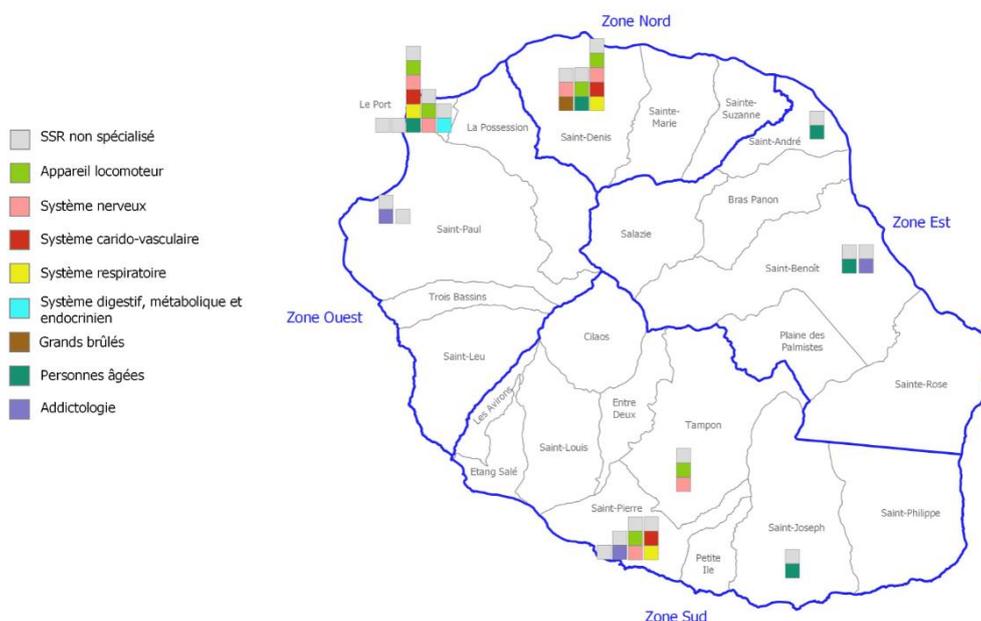
- 1° Mention **polyvalent**
- 2° Mention **gériatrie**
- 3° Mention **locomoteur**
- 4° Mention **système nerveux**
- 5° Mention **cardio-vasculaire**
- 6° Mention **pneumologie**
- 7° Mention **système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition**
- 8° Mention **brûlés**
- 9° Mention **conduites addictives**
- 10° Modalité pédiatrie comprenant les mentions suivantes :
 - a) Mention **enfants et adolescents** [de 4 ans à 18 ans]
 - b) Mention **jeunes enfants, enfants et adolescents** [de 0 ans à 18 ans]



SSR Adulte :

| SSR Adultes [09 - Adulte (âge >=18 ans)] | 50 - SSR non spécialisés | | 51 - SSRS - Affections appareil locomoteur | | 52 - SSRS - Affections du système nerveux | | 53 - SSRS - Affections cardio-vasculaires | | 54 - SSRS - Affections respiratoires | | 55 - SSRS - Affect. syst. dig. méta. endo. | | 57 - SSR - Affections des brûlés | | 58 - SSRS - Affect. liées conduites addict. | | 59 SSRS - Affections de la personne âgée | |
|--|--------------------------|----|--|----|---|----|---|----|--------------------------------------|----|--|----|----------------------------------|----|---|----|--|----|
| | HC | HP | HC | HP | HC | HP | HC | HP | HC | HP | HC | HP | HC | HP | HC | HP | HC | HP |
| LA REUNION-NORD | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| LA REUNION-OUEST | 7 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| LA REUNION-SUD | 6 | 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| LA REUNION-EST | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Activité - Soins Médicaux et de Réadaptation



● Objectifs qualitatifs

La stratégie régionale vise à maintenir à minima l'offre actuelle de SMR existante avec des activités spécialisées confortées.

La zone Est devra disposer des mentions « locomoteur », « système nerveux », « cardio vasculaire », « pneumologie », « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » permettant de répondre à l'absence antérieure d'offre pour ces mentions dans ce territoire.

Dans le cadre de la filière d'aval des établissements de court séjour, l'offre polyvalente est reconduite pour l'ensemble des établissements.

Il est souhaitable que les SMR autorisés à une mention spécialisée soit également titulaire de la mention polyvalente.

De même, afin de ne pas démultiplier les plateaux techniques, il est souhaitable que les nouvelles autorisations de mention soient regroupées sur un nombre limité de site géographique par zone.

Toutes mentions confondues :

- Conventionner avec les HAD afin de mieux préparer le retour des patients à domicile
- Améliorer l'orientation des patients par un meilleur remplissage des SI (outil ROR et Via trajectoire)
- Faciliter l'accès aux SMR en développant les admissions directes depuis le domicile sans passage par le court séjour
- A l'admission d'une personne âgée de + de 60 ans, réaliser une évaluation AGGIR, Pathos, ICOPE
- Conventionner avec les consultations « douleur »
- Conventionner avec une équipe de soins palliatifs et développer l'accès aux soins palliatifs



- Mettre en œuvre les 5 missions principales, dont les points communs sont leur caractère multidimensionnel, pluridisciplinaire et personnalisé :
 - La mission de soins médicaux
 - La mission de réadaptation
 - La mission de prévention
 - La mission de transition
 - La mission de coordination.
- Constituer des équipes mobiles de rééducation-réadaptation afin de renforcer la fluidité des prises en charge pour des filières de soins ou pathologies nécessitant un suivi répété et au long cours.
- Maintenir l'offre de prise en charge des EVC- EPR

Mention « Gériatrie » :

Au regard du vieillissement de la population réunionnaise, l'offre en SMR spécialisées dans la prise en charge « gériatrie », est renforcée dans chaque zone de proximité à l'exception de l'Est où existent déjà deux implantations.

Dans le cadre de la filière neurodégénérative et personnes âgées, deux Unités Cognitivo-Comportementales supplémentaires pourront être installées en veillant à la bonne répartition territoriale.

Mention « Pneumologie » :

Prévoir l'accès sur site ou par convention à une consultation de tabacologie.

Mention « Système digestif, Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition » :

Compte tenu des données épidémiologiques régionales défavorables (forte prévalence des pathologies liées à la nutrition, population en surpoids et diabétique), une offre de SMR spécialisée dans la prise en charge « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » accessible au plus près des patients est retenue dans chaque zone de proximité.

Les SMR devront s'articuler avec le CSO en vue de la préparation des patients candidats à une chirurgie bariatrique et du suivi pour les patients opérés.

Ils devront assurer l'accès sur site, ou par convention, à un médecin nutritionniste, et mesurer l'IMC lors de l'admission et en assurer le suivi régulier, selon le type de pathologies prises en charge.

Mention « Grands Brûlés » :

La Réunion dispose d'une implantation pour cette mention. Elle est portée par le CHU. Sa zone de recrutement s'étend à la région Océan Indien.

Il convient d'assurer l'accès sur site, ou par convention, à un chirurgien plasticien et de reconstruction.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients sera recherchée par l'installation de chambres individuelles.

Mention « Conduites addictives » :

Les SMR spécialisés dans la prise en charge « conduites addictives » sont organisés sur la base d'une implantation dans chaque zone de proximité à l'exception de la zone Nord. Les patients



de la zone Nord peuvent en effet être orientés vers les structures des zones situées à proximité à l'Est et l'Ouest.

- Faciliter l'accès aux SMR en développant les admissions directes depuis le domicile sans passage par le court séjour
- Améliorer le recours aux pairs aidants dans le cadre des projets individualisés de prise en charge des patients
- Conforter l'offre avec la disposition d'une hospitalisation de jour en addictologie sur chacune des microrégions

Modalité « Cancers » :

Ces éléments qualitatifs sont valables pour la mention « oncologie » et la mention « oncologie et hématologie » :

- Implication des SMR dans la filière de soins palliatifs pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et proposer une démarche palliative incluant le cas échéant les soins palliatifs de la fin de vie
- Développement d'un programme de soins médicaux et de réadaptation spécifiquement en lien avec le programme personnalisé de soins
- Prise en charge les complications de la maladie cancéreuse (dénutrition/syndrome occlusif) notamment en période préopératoire et post-opératoire
- Délivrance des soins oncologiques de support en HDJ
- Admission des patients de 60 ans et + dès lors que leur état de santé requière en priorité des soins oncologiques
- Elaboration du parcours de reconstruction en cas de chirurgie onco délabrante (exemple : ORL) en lien avec les spécialistes concernés (Chirurgien plasticien et de reconstruction/ orthophoniste...)

Modalité « Pédiatrie » :

Ces éléments qualitatifs concernent les deux mentions « enfants et adolescents » et « jeunes enfants, enfants et adolescents ».

La prise en charge au plan des soins peut être très longue allant de quelques semaines à quelques années en raison d'une dépendance extrême ou d'un contexte social complexe.

Dans la zone sud, la prise en charge en soins médicaux de réadaptation pédiatrique sera renforcée dans le cadre d'un partenariat entre l'hôpital d'enfants de l'ASFA disposant d'une expertise en SMR pédiatrique et le CHU, sans augmentation du nombre d'implantation dans la zone Sud.

- Faciliter l'accès aux SMR en développant les admissions directes depuis le domicile sans passage par le court séjour
- Impliquer les SMR dans la filière de soins palliatifs pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients avec un conventionnement avec une équipe de soins palliatifs
- Assurer la scolarité des enfants et des adolescents pris en charge
- Améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur chronique soit sur site, soit par convention avec une consultation douleur
- Coopérer avec le secteur médico-social handicap

Le centre HORUS propose une offre de prise en charge des patients présentant des déficiences sensorielles. Au vu du vieillissement de la population et de l'importance des maladies chroniques sur le territoire, cette offre de SMR sensorielle, qui ne relève pas d'une mention spécifique, devra être confortée.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Modalité | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|-----------|---|--|--------------------------------|------|
| | | | | Mini | Maxi |
| NORD | | Polyvalent | | 3 | 3 |
| | | Gériatrie | | 2 | 2 |
| | | Locomoteur | | 2 | 2 |
| | | Système nerveux | | 2 | 2 |
| | | Cardio-Vasculaire | | 1 | 1 |
| | | Pneumologie | | 1 | 1 |
| | | Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition | | 1 | 1 |
| | | Brûlés | | 1 | 1 |
| | | Conduites addictives | | 0 | 0 |
| | Pédiatrie | Enfants et adolescents | | 0 | 0 |
| | Pédiatrie | Jeunes enfants, enfants et adolescents | | 1 | 1 |
| | Cancer | Oncologie | | 1 | 1 |
| | Cancer | Oncologie et hématologie | | 1 | 1 |
| EST | | Polyvalent | | 3 | 3 |
| | | Gériatrie | | 2 | 2 |
| | | Locomoteur | | 1 | 1 |
| | | Système nerveux | | 1 | 1 |
| | | Cardio-Vasculaire | | 1 | 1 |
| | | Pneumologie | | 1 | 1 |
| | | Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition | | 1 | 1 |
| | | Brûlés | | 0 | 0 |
| | | Conduites addictives | | 1 | 1 |
| | Pédiatrie | Enfants et adolescents | | 0 | 0 |



| | | | | | | |
|-------|-----------|---|--|---|---|---|
| | Pédiatrie | Jeunes enfants, enfants et adolescents | | 0 | 0 | |
| | Cancer | Oncologie | | 1 | 1 | |
| | Cancer | Oncologie et hématologie | | 0 | 0 | |
| OUEST | | Polyvalent | | 7 | 7 | |
| | | Gériatrie | | 2 | 2 | |
| | | Locomoteur | | 2 | 2 | |
| | | Système nerveux | | 2 | 2 | |
| | | Cardio-Vasculaire | | 1 | 1 | |
| | | Pneumologie | | 1 | 1 | |
| | | Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition | | 1 | 1 | |
| | | Brûlés | | 0 | 0 | |
| | | Conduites addictives | | 1 | 1 | |
| | | Pédiatrie | Enfants et adolescents | | 0 | 0 |
| | | Pédiatrie | Jeunes enfants, enfants et adolescents | | 0 | 0 |
| | | Cancer | Oncologie | | 1 | 1 |
| | | Cancer | Oncologie et hématologie | | 0 | 0 |
| | SUD | | Polyvalent | | 6 | 6 |
| | | Gériatrie | | 2 | 2 | |
| | | Locomoteur | | 2 | 2 | |
| | | Système nerveux | | 2 | 2 | |
| | | Cardio-Vasculaire | | 2 | 2 | |
| | | Pneumologie | | 2 | 2 | |
| | | Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition | | 1 | 1 | |
| | | Brûlés | | 0 | 0 | |
| | | Conduites addictives | | 1 | 1 | |
| | | Pédiatrie | Enfants et adolescents | | 1 | 1 |
| | | Pédiatrie | Jeunes enfants, enfants et adolescents | | 1 | 1 |
| | | Cancer | Oncologie | | 1 | 1 |
| | | Cancer | Oncologie et hématologie | | 1 | 1 |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement



6. ACTIVITÉ DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité de médecine nucléaire relève de la zone de référence.**

● Éléments de contexte

L'activité de médecine nucléaire consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique ou thérapeutique, d'un médicament radio pharmaceutique ou d'un dispositif médical implantable actif, en sources non scellées, émetteur de rayonnements ionisants, administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à tomographie d'émission mono photonique ou à tomographie par émission de positons et intégrant, le cas échéant, d'autres systèmes d'imagerie.

La réforme des autorisations fait de la médecine nucléaire une activité de soins.

Pour répondre à l'objectif principal de cette réforme, qui est de renforcer la sécurité et la qualité des soins dispensés au sein des services de médecine nucléaire, dans les cabinets libéraux comme dans les établissements de santé, l'autorisation d'EML est remplacée par une autorisation d'activité de soins de médecine nucléaire avec mise en place d'une gradation à deux niveaux :

Mention « A », lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicaments radio pharmaceutiques prêts à l'emploi ou préparés conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;

Mention « B », lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés en mention A, les actes suivants :

- Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicaments radio pharmaceutiques préparés selon un procédé aseptique en système ouvert ;
- Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
- Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration d'un dispositif médical implantable actif ;
- Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicaments radio pharmaceutiques.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

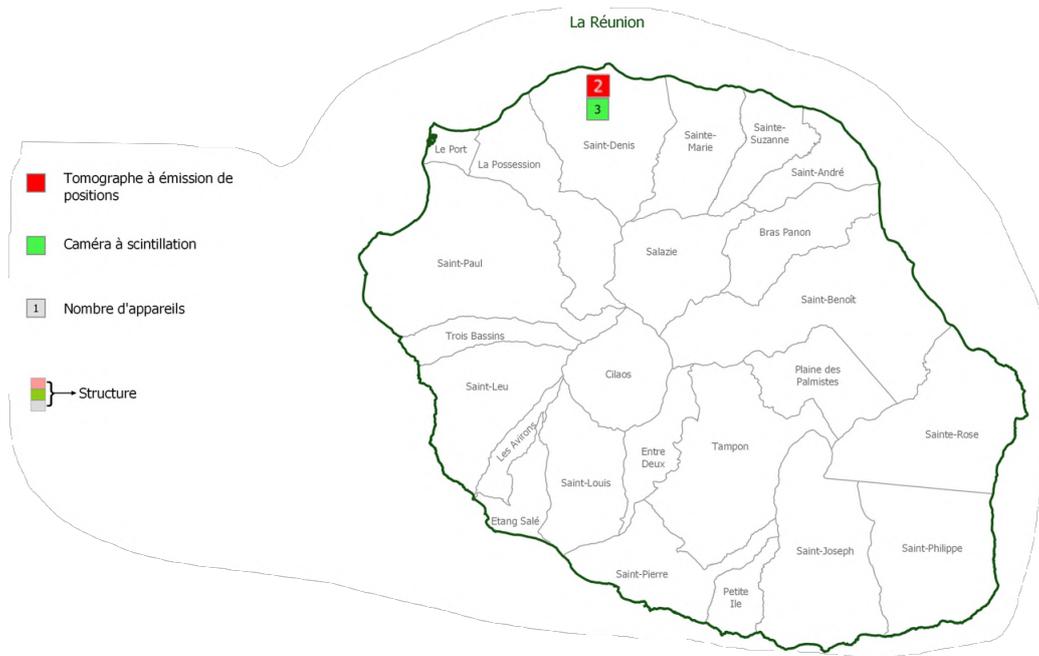
Tomographe à émissions de positons (TEP) :

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Implantation | Appareil |
|----------------------|--------------|----------|
| LA RÉUNION / MAYOTTE | 1 | 2 |



Caméras à scintillation munies ou non de détecteurs d'émission de positons en coïncidence (Gammacaméra) :

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Implantation | Appareil |
|----------------------|--------------|----------|
| LA REUNION / MAYOTTE | 1 | 3 |



Objectifs qualitatifs

- Veiller à l'accessibilité du plateau technique pour l'ensemble de la population de La Réunion

Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-------------------|--|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| LA RÉUNION | A : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radio pharmaceutique en système clos | | 0 | 0 |
| | B : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radio pharmaceutique en système clos ouvert | | 1 | 1 |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement.



7. SOINS DE LONGUE DURÉE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, l'activité de soins de longue durée relève de la zone de recours.

● Éléments de contexte

L'activité de soins de longue durée ne fait pas l'objet d'une nouvelle réglementation.

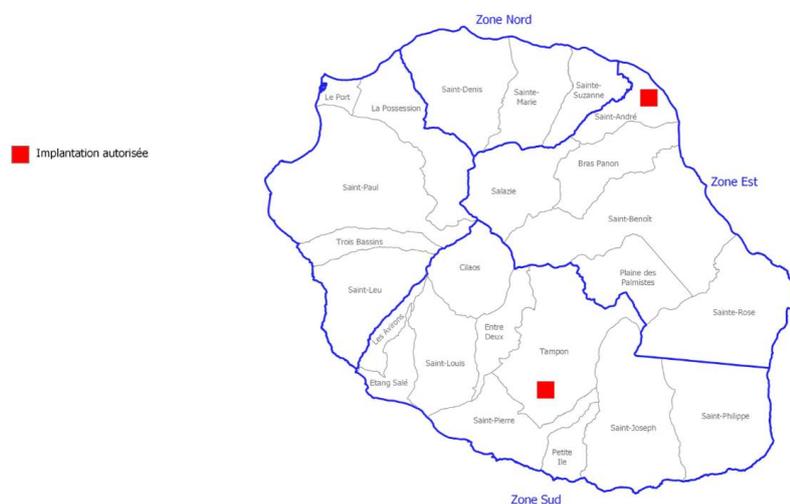
Le territoire compte deux implantations USLD. L'objectif quantifié ouvert sur le PRS précédent pour le territoire Ouest n'a pas fait l'objet de demande d'autorisation.

Des travaux nationaux portant sur la requalification des USLD en unités de soins prolongés (USPC) à vocation sanitaire sont actuellement en cours. Cette requalification vise à mieux accompagner les personnes hospitalisées à tous les âges et à différencier plus nettement les critères d'admission par rapport aux EHPAD médico-sociaux (Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023).

A ce stade, et dans l'attente de l'aboutissement de la réflexion nationale sur le devenir des USLD, il n'est pas retenu d'ouvrir de nouvelles implantations au-delà de celles déjà en fonctionnement.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE PROXIMITÉ | USLD |
|--------------------|------|
| LA REUNION-NORD | 0 |
| LA REUNION-OUEST | 0 |
| LA REUNION-SUD | 1 |
| LA REUNION-EST | 1 |





● Objectifs qualitatifs

- Fluidifier le parcours de santé des personnes âgées en s'appuyant sur un partenariat avec les établissements de santé disposant d'une autorisation en SMR Polyvalent ou de SMR Gériatrie et avec les acteurs du secteur médico-social
- Développer le partenariat avec l'HAD par l'intermédiaire des évaluations anticipées, les équipes de soins palliatifs et les consultations « douleur chronique »
- Inscire l'activité de soins dans le déploiement du futur Gérontopôle de La Réunion

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Activité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|-----------------------|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD - EST | Soins de longue durée | 1 | 1 | 1 |
| OUEST - SUD | Soins de longue durée | 1 | 1 | 1 |



8. GREFFES D'ORGANES ET GREFFES DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, l'activité de greffes relève de la zone de référence.

● Éléments de contexte

L'activité de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques procède de procédures chirurgicales complexes permettant de traiter des patients souffrant de défaillances tissulaires ou, pour les greffes de moelle osseuse utilisées dans le cadre du traitement des cancers hématologiques, de permettre la production des lignées cellulaires sanguines et d'exercer un effet immunothérapeutique.

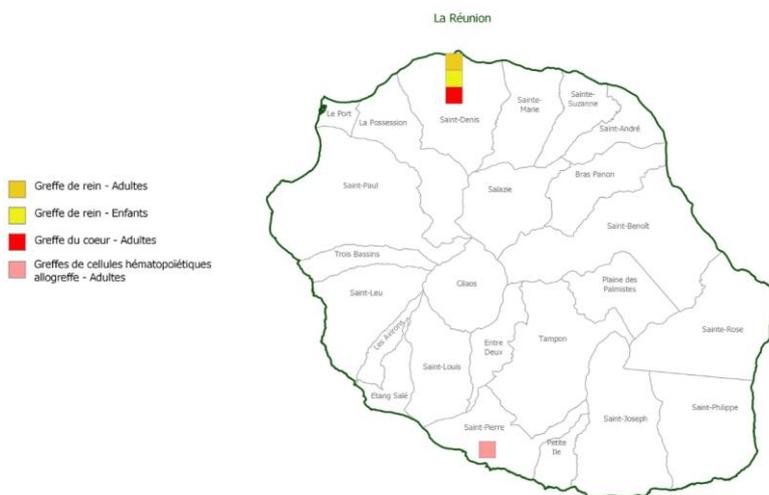
Aucune activité pédiatrique de greffe de cellules souches hématopoïétiques n'est autorisée à La Réunion. Ainsi, les patients pédiatriques sont adressés aux établissements spécialisés de l'hexagone. Cette organisation permet de répondre aux besoins de la population des patients pédiatriques de la région et concerne un faible nombre d'enfants par an.

L'activité de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques est une activité soumise à autorisation dont les textes n'ont pas été révisés.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONE DE RÉFÉRENCE | 80 - Greffe de rein | | 85 - Greffe de cœur | | 88 - Greffe de cellules hématopoïétiques allogreffe | |
|----------------------|---------------------|---------|---------------------|---------|---|---------|
| | Adultes | Enfants | Adultes | Enfants | Adultes | Enfants |
| LA REUNION / MAYOTTE | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |

Activité - Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques



● Objectifs qualitatifs

- Augmenter le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés : améliorer l'identification des donneurs potentiels via Cristal Action
- Développer le prélèvement et la greffe de tissus :
 - Renforcer l'adéquation des moyens humains et matériels
 - Intégrer les Infirmiers en Pratique Avancée dans les activités « tissus »
 - Augmenter le nombre de donneurs de tissus prélevés et le nombre de tissus prélevés par donneur
 - Soutenir le recrutement de donneurs volontaires de moelle osseuse et l'inscription de nouveaux donneurs
- Renforcer l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus :
 - Améliorer le recueil et la qualité des données des patients
 - Améliorer l'évaluation des activités grâce à des outils de mesure de la qualité de vie post-greffe
- Améliorer la qualité des pratiques et la sécurité des soins :
 - Formaliser et améliorer l'analyse des événements indésirables en matière de prélèvement
 - Mettre en œuvre, à sa parution, le référentiel national de risques pour les incidents post-greffe de cellules souches hématopoïétiques
- Consolider le parcours des patients ayant eu une greffe de cellules souches hématopoïétiques :
 - Formaliser la collaboration des équipes de greffe de cellules souches hématopoïétiques et thérapie cellulaire avec les spécialistes d'organes (cardiologues, pneumologues, dermatologues, ophtalmologues, gynécologues, psychiatres)
 - Développer l'offre en SMR pour le suivi des patients receveurs de CSH
 - Mettre en place un comité régional de suivi à long terme des patients greffés



- Inclure dans le comité de pilotage du parcours cancer régional les patients immunodéprimés ayant un besoin de lits d'aval, en lien avec les SMR mention « oncologie » et « oncohématologie »
- Mobiliser le grand public et les professionnels :
 - Sensibiliser le grand public, les patients et leurs proches, ainsi que les professionnels, au don d'organes et de tissus via des campagnes multicanales
 - Fidéliser les IDE formés à la cytaphérèse
 - Stabiliser les effectifs de l'équipe médicale de greffe et l'équipe du laboratoire de thérapie cellulaire du CHU en vue du bon fonctionnement du programme greffe
 - Consolider les systèmes de gestion qualité du centre d'allogreffe de CSH en lien avec les personnels qualité qualifiés
 - Impliquer les associations et des représentants d'usagers

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Activité | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-------------------|--|-------------|--|--------------------------------|------|
| | | | | Mini | Maxi |
| LA REUNION | Greffe de rein | Adulte | 1 | 1 | 1 |
| | Greffe de pancréas | | | 0 | 0 |
| | Greffe rein-pancréas | | | 0 | 0 |
| | Greffe de foie | | | 1 | 1 |
| | Greffe d'intestin | | | 0 | 0 |
| | Greffe de cœur | | | 1 | 1 |
| | Greffe de poumon | | | 0 | 0 |
| | Greffe cœur-poumons | | | 0 | 0 |
| | Greffe de cellules hématopoïétiques allogreffe | | | 1 | 1 |
| | Greffe de rein | Pédiatrique | 1 | 1 | 1 |
| | Greffe de pancréas | | | 0 | 0 |
| | Greffe rein-pancréas | | | 0 | 0 |
| | Greffe de foie | | | 0 | 0 |
| | Greffe d'intestin | | | 0 | 0 |
| | Greffe de cœur | | | 0 | 0 |
| | Greffe de poumon | | | 0 | 0 |
| | Greffe cœur-poumons | | | 0 | 0 |
| | Greffe de cellules hématopoïétiques allogreffe | | | 0 | 0 |



9. TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, l'activité de traitement des grands brûlés relève de la zone de référence.

● Éléments de contexte

L'activité de traitement des grands brûlés mentionnée au 9° de l'article R. 6122-25 du CSP consiste à prendre en charge les patients atteints de brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation.

L'activité de traitement des grands brûlés est une activité soumise à autorisation dont les textes n'ont pas été révisés.

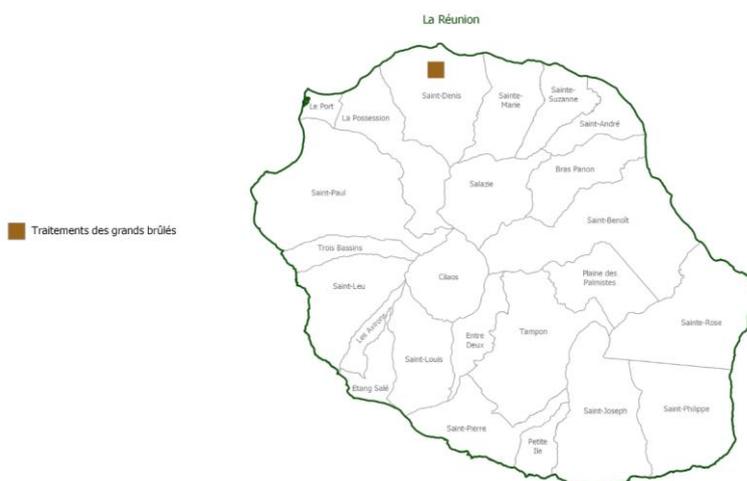
L'autorisation de pratiquer cette activité mentionne si le titulaire prend en charge des adultes, des enfants ou à la fois des adultes et des enfants.

Le traitement des grands brûlés implique une approche multidisciplinaire et nécessite la collaboration de plusieurs professionnels de la santé. Il nécessite des installations spécialisées et un accès à des technologies de pointe.

La structure installée sur le site Nord du CHU accueille des adultes et des enfants. Il s'agit d'une structure de référence sur le territoire dont le recrutement de patients s'étend à la zone Océan Indien (La Réunion, Mayotte, Comores).

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Traitement des grands brûlés |
|----------------------|------------------------------|
| LA REUNION / MAYOTTE | 1 |





● Objectifs qualitatifs

- Mettre en conformité le service de grands brûlés :
 - Identification de lits d'hospitalisation pour les enfants accueillis situés dans un environnement pédiatrique et dans un espace réservé aux enfants et disposant d'équipements et de matériels adaptés aux enfants
 - Adaptation de l'offre capacitaire de lits pour répondre à la mission de recours pour la zone Océan Indien
 - Renforcement de l'équipe soignante et médicale afin de garantir la permanence des soins
- Mettre en œuvre d'une organisation spécifique relative aux évacuations sanitaires concernant les grands brûlés entre Mayotte, les Comores et le CHU site Nord.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Activité et modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-------------------|--|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| LA REUNION | Traitement des grands brûlés modalité Adultes | 0 | 0 | 0 |
| | Traitement des grands brûlés modalité Enfants | 0 | 0 | 0 |
| | Traitement des grands brûlés modalité Adultes et Enfants | 1 | 1 | 1 |



10. CHIRURGIE CARDIAQUE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité de chirurgie cardiaque relève de la zone de référence.**

● Éléments de contexte

L'activité de soins de chirurgie cardiaque comprend toutes les interventions chirurgicales intra thoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire (cœur, péricarde, artères coronaires, veines afférentes, gros vaisseaux afférents et efférents), que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extracorporelle.

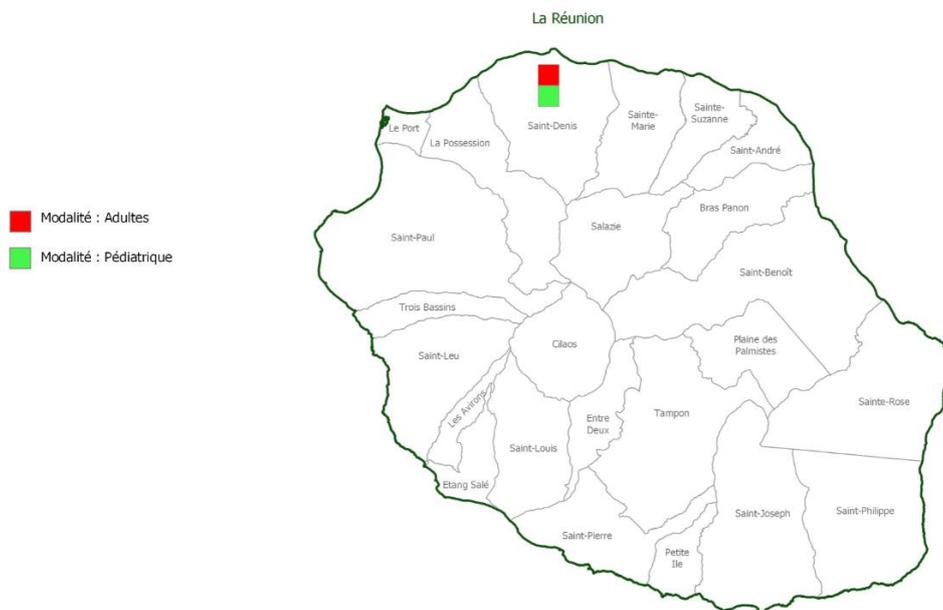
L'activité de soins de chirurgie cardiaque fait l'objet d'une réforme des autorisations détaillée dans les textes ci-dessous :

- Décret n°2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;
- Décret n°2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;
- Arrêté du 24 janvier 2006 fixant l'activité minimale des établissements exerçant les activités de soins de chirurgie cardiaque prévues à l'article R.6123-74 du code de la santé publique.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

Dans le cadre du PRS précédent, le territoire a bénéficié d'une implantation d'activité en chirurgie cardiaque enfants. Dans un souci de sécurisation des prises en charge, cette activité est mise en œuvre sur l'implantation de la chirurgie cardiaque adultes.

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Chirurgie cardiaque | |
|----------------------|-------------------------------|------------------|
| | 09 - Adulte (âge >=18 ans) | 10 - Pédiatrique |
| LA REUNION / MAYOTTE | 1 | 1 |



● Objectifs qualitatifs

- Consolider la filière de chirurgie cardiaque (adulte/enfant) La Réunion/Mayotte et le recours à La Réunion pour les patients de Mayotte
- Formaliser l'organisation entre les deux établissements (CHU et CHM).

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE REFERENCE | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| LA REUNION | Chirurgie cardiaque - Adulte | | 1 | 1 |
| | Chirurgie cardiaque - Pédiatrique | | 1 | 1 |

(*) Pas d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement



11. ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie relève de la zone de recours.**

● Éléments de contexte

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie correspond à la prise en charge des troubles du rythme cardiaque, des malformations cardiaques ou des troubles vasculaires relatifs au muscle cardiaque.

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie a fait l'objet d'une réforme des autorisations détaillée dans les textes ci-dessous, actualisant les exigences réglementaires et élargissant le périmètre des actes soumis à autorisation :

- Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ;
- Décret n° 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation ;
- Arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du code de la santé publique.

L'une de principales évolutions portées par la réforme réside dans l'élargissement du périmètre d'activité avec l'introduction de la pose des pacemakers, des activités diagnostiques en rythmologie et des coronarographies. La structuration autour des 3 types d'activité que sont la rythmologie interventionnelle, la prise en charge des cardiopathies congénitales et les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte est conservée, en cohérence avec la nouvelle maquette du troisième cycle des études de médecine pour cette discipline médicale.

Par ailleurs, la gradation est désormais prévue au sein de chacun des types d'activité. Elle vise à tenir compte de la complexité différenciée des techniques et des exigences à poser en termes de qualité, de sécurité et d'inscription dans les filières de cardiologie des territoires.

- La rythmologie interventionnelle comprenant les mentions :
 - **Mention A** : les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde chez l'adulte
 - **Mention B** : en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multi-sites chez l'adulte



- **Mention C** : en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe
- **Mention D** : en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe
- Les cardiopathies congénitales hors rythmologie comprenant les mentions :
 - **Mention A** : les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales
 - **Mention B** : en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire
- Les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

Dans le cadre des travaux du Schéma Régional de Santé 2023-2028 sur l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, l'ARS a sollicité une expertise professorale auprès du CNU de cardiologie portant sur la cartographie cible de l'offre de soins pour la modalité de rythmologie interventionnelle.

Cette mission d'expertise avait pour but :

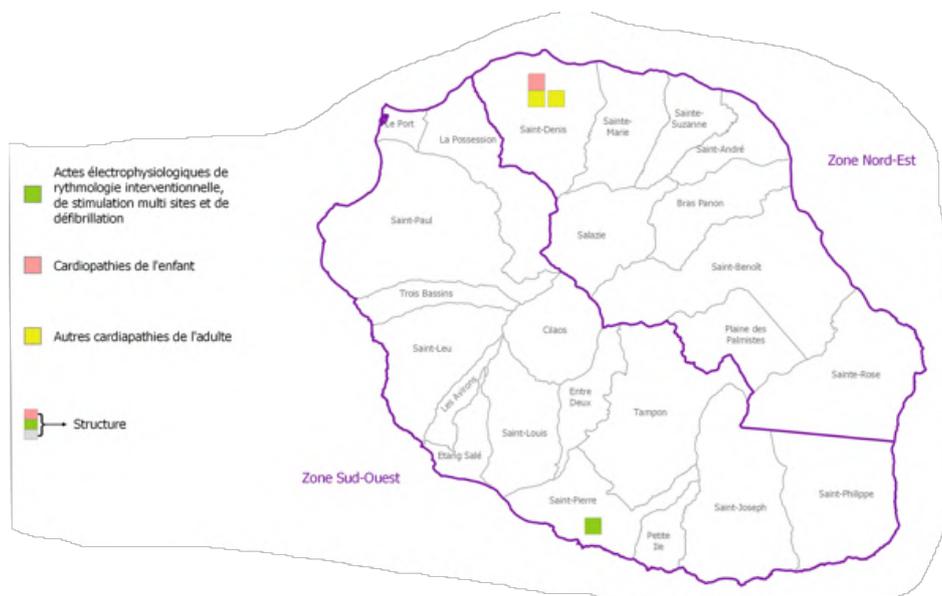
- D'estimer les besoins populationnels à La Réunion en matière de rythmologie interventionnelle et l'existence d'un besoin non couvert au regard de l'activité permise par les mentions en cardiologie interventionnelle dont disposent les établissements autorisés dans le nord et le sud ;
- De faire toute préconisation sur le développement et conditions de déploiement des activités de rythmologie interventionnelle à La Réunion en considération des équipes en place, des besoins de la population et des nouvelles conditions réglementaires d'implantation et de fonctionnement.

La mission d'expertise a conclu à une offre de soins actuellement insuffisante en rythmologie interventionnelle dans la partie nord de l'île et relève que l'un des freins majeurs à une meilleure prise en charge des patients tient à des difficultés multifactorielles de mobilité de la population. Des préconisations sur le développement et conditions de déploiement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ont été formulées et seront mises en œuvre dans le cadre du présent PRS.



● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie | | | |
|--|--|---|---|
| ZONES DE RECOURS | 81 - Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation | 82 - Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte | 83 - Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte |
| LA REUNION NORD-EST | 0 | 1 | 2 |
| LA REUNION SUD-OUEST | 1 | 0 | 0 |



● Objectifs qualitatifs

- Structurer et formaliser le maillage territorial de la cardiologie interventionnelle sur le territoire
- Favoriser la coopération entre les établissements de santé permettant aux cardiologues formés, exerçant en établissements non autorisés, de réaliser des actes relevant du champ de l'autorisation de la rythmologie interventionnelle au sein des établissements autorisés, le cas échéant par la mise en place d'équipes médicales du territoire.
- Mutualiser les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et les rendre accessibles aux cardiologues hospitaliers et aux cardiologues libéraux.
- Etablir des conventions de partenariat public-privé en lien avec la mutualisation des plateaux techniques et la création d'équipe mutualisée notamment pour la permanence des soins.

- Mettre en place une collaboration étroite, par convention ou en présentiel, entre médecins compétents en cardiologie pédiatrique et congénitale et les chirurgiens cardiaques pédiatriques dans le cadre de l'autorisation sous la modalité « cardiopathies congénitales hors rythmologie ».
- Amorcer le virage ambulatoire pour certains actes interventionnels sur les prises en charge programmées dès lors que les pré requis sont réunis dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

À la lumière des préconisations de la mission d'expertise, en concertation avec les établissements du territoire et pour répondre aux conditions réglementaires issues de la réforme des autorisations, les implantations cibles 2023-2028 sont :

| ZONES DE RECOURS | Modalité | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|------------------|--|--|--|--------------------------------|------|
| | | | | Mini | Maxi |
| NORD-EST | Rythmologie interventionnelle | A - comprenant, chez l'adulte, les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde | | 2 | 2 |
| | | B - comprenant, chez l'adulte, en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multi sites | | 2 | 2 |
| | | C - comprenant, en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe | | 1 | 1 |
| | | D - comprenant, en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe | | 1 | 1 |
| | Cardiopathies congénitales hors rythmologie | A - comprenant les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales | | 1 | 1 |
| | | B - comprenant, en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire | | 1 | 1 |
| | Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte | | | 2 | 2 |

Activité - Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie



| SUD-OUEST | | | | | |
|-----------|--|--|--|---|---|
| | Rythmologie interventionnelle | A - comprenant, chez l'adulte, les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde | | 1 | 1 |
| | | B - comprenant, chez l'adulte, en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multi sites | | 1 | 1 |
| | | C - comprenant, en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe | | 1 | 1 |
| | | D - comprenant, en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe | | 1 | 1 |
| | Cardiopathies congénitales hors rythmologie | A - comprenant les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales | | 0 | 0 |
| | | B - comprenant, en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire | | 0 | 0 |
| | Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte | | | 1 | 1 |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement



12. NEUROCHIRURGIE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, l'activité de neurochirurgie relève de la zone de référence.

● Éléments de contexte

L'activité de soins de neurochirurgie mentionnée au 12° de l'article R. 6122-25 comprend la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discoale, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques.

Un cadre réglementaire rénové s'applique pour l'activité de soins de neurochirurgie du fait de la suppression des schémas inter-régionaux de l'offre sanitaire (SIOS) qui portaient cette activité auparavant et par la parution de deux décrets relatifs à la chirurgie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie fixant de nouvelles conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

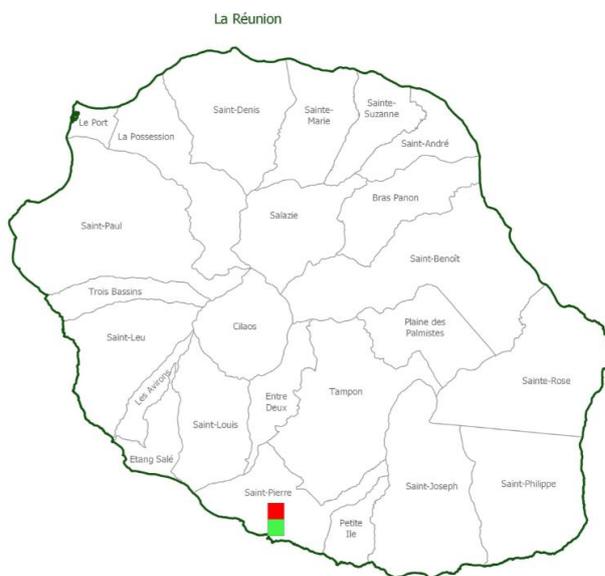
La neurochirurgie se décline en trois pratiques suivantes :

- 1° Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale
- 2° Radiochirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques
- 3° Neurochirurgie pédiatrique

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Neurochirurgie | | | |
|----------------------|-----------------------|------------------------------|--|------------------|
| | Générale pour adultes | 87 – Fonctionnelle cérébrale | 88 - Radiochirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques | 10 - Pédiatrique |
| LA REUNION / MAYOTTE | 1 | 0 | 0 | 1 |

Dans le cadre du PRS précédent, le territoire a bénéficié d'une implantation relative à la neurochirurgie pédiatrique. Dans un souci de sécurisation des prises en charge, elle est installée sur l'implantation de la neurochirurgie adulte.



● Objectifs qualitatifs

- Améliorer la fluidité du parcours de soins des patients admis en neurochirurgie par la mise en place d'une filière d'aval avec le SMR mention « Locomoteur » et le SMR mention « Système Nerveux »
- Veiller à une prise en compte individualisée des enfants présentant des AVC en phase aiguë avec les autres spécialistes (neurologues, neuroradiologues, neuro-pédiatres et les neuroréanimateurs)
- Améliorer l'accueil des enfants pris en charge en neurochirurgie par la mise en place de lits dédiés à cette activité

L'activité de neurochirurgie est une réponse aux besoins de la population de la région Océan Indien. La prise en charge des patients recrutés au niveau de la zone fait l'objet d'une organisation des évacuations sanitaires vers l'établissement porteur de l'autorisation.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-------------------|--|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| LA REUNION | Socle | | 1 | 1 |
| | Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale | | 1 | 1 |
| | Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques | | 1 | 1 |
| | Neurochirurgie pédiatrique | | 1 | 1 |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement



13. ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN NEURORADIOLOGIE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie relève de la zone de référence.**

● Éléments de contexte

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie concerne les actes diagnostiques et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéo-articulaire. Les actes portant sur la thyroïde ne sont pas concernés.

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie fait l'objet d'une réforme des autorisations détaillée dans les textes ci-dessous, qui précisent ainsi le périmètre des actes concernés :

- Décret n° 2022-21 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
- Décret n° 2022-22 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
- Arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie prévu à l'article R. 6123-110 du code de la santé publique.

Afin de prendre en compte les spécificités de la thrombectomie mécanique, la réforme des autorisations introduit une gradation de l'activité selon 2 mentions :

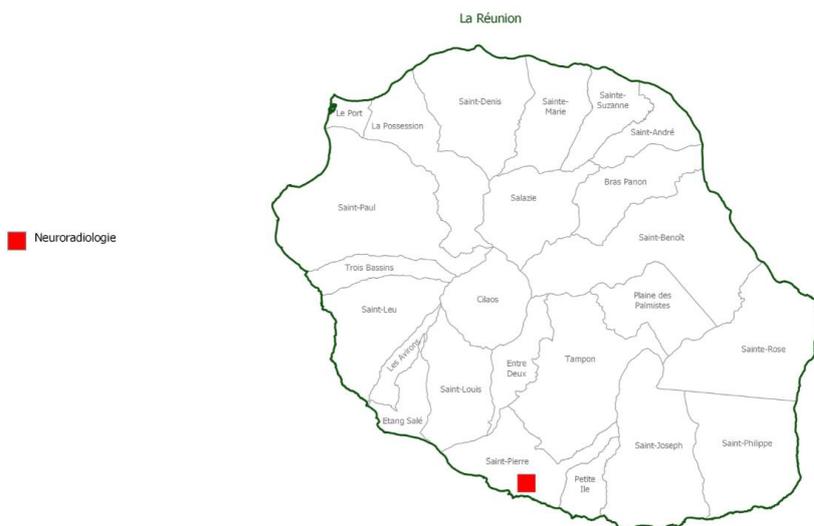
- **La mention A** qui recouvre la réalisation de la thrombectomie mécanique et des actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu.
- **La mention B** qui permet la réalisation de l'ensemble des activités diagnostiques et thérapeutiques de neuroradiologie interventionnelle. Les actes relevant de cette mention sont :
 - Les actes diagnostiques non suivis d'actes thérapeutiques immédiats, tels les bilans de malformations artério-veineuses, d'anévrismes, de certaines vascularites, afin notamment d'en améliorer la pertinence
 - La réalisation des traitements endovasculaires sur sténoses intracrâniennes.

Afin de répondre aux enjeux d'amélioration de la pertinence des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins, des seuils d'activité minimale annuelle sont fixés.



● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en neuroradiologie |
|----------------------|--|
| LA REUNION / MAYOTTE | 1 |



● Objectifs qualitatifs

- S'assurer de la qualité de l'adressage et de l'organisation des transports urgents garantissant des délais conformes de prise en charge et l'accès pour l'ensemble de la population de l'île lors des AVC ischémiques aigus nécessitant un recours direct au centre de référence du CHU site sud.
- Veiller au respect des règles entourant la radioprotection et au concours d'un physicien médical pour optimiser l'exposition aux rayonnements ionisants.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-------------------|---|--|-----------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| LA RÉUNION | Mention A comprenant uniquement la réalisation de la thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu | | 0 | 0 |
| | Mention B comprenant l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie | | 1 | 1 |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement



14. MÉDECINE D'URGENCE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, l'activité de médecine d'urgence relève de la zone de proximité.

● Éléments de contexte

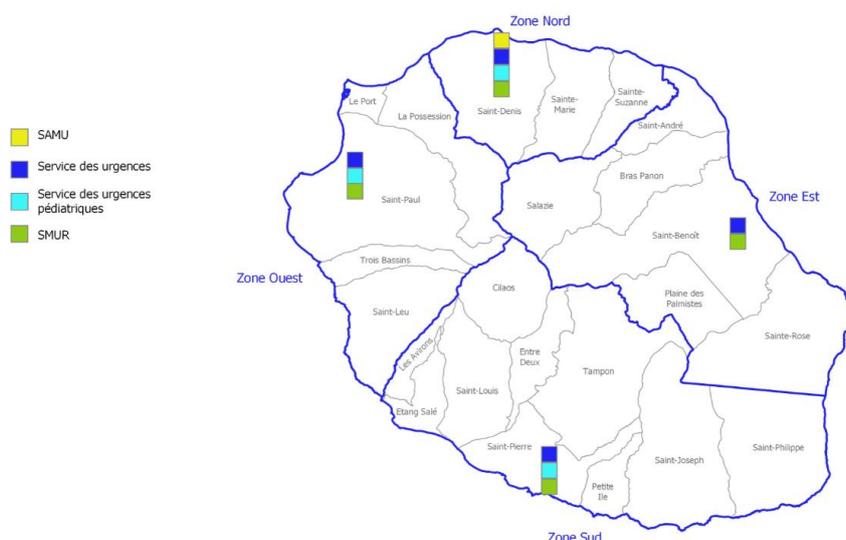
L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

- 1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente ;
- 2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;
- 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Les textes relatifs à l'application de la réforme de l'activité de médecine d'urgences sont en attente de publication. L'offre de soins relative à cette activité sera amenée à évoluer.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE PROXIMITE | 22 - SAMU Service d'aide médicale urgente | 23 - SU Structure des urgences | 24 - SUP Structure des urgences pédiatriques | 26 - SMUR Structure mobile d'urgence et de réanimation | 27 - SMURP Structure mobile d'urg et de réa pédiatrique | 29 - SMUR Antenne |
|--------------------|---|--------------------------------|--|--|---|-------------------|
| LA REUNION-NORD | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| LA REUNION-OUEST | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| LA REUNION-SUD | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| LA REUNION-EST | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |



● Objectifs qualitatifs

- Communication :
 - Poursuivre les actions de communication et de sensibilisation grand public sur le bon usage des services d'urgences, du 15 et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)
- Articulation urgences/PDSA/SAS :
 - Maintenir l'articulation ville-hôpital pour assurer la complémentarité entre la permanence des soins ambulatoires et le recours aux urgences
 - Mettre en œuvre le cahier des charges de la PDSA, notamment la ligne d'astreinte à Cilaos et la maison médicale de garde au CHU Nord
 - Améliorer l'accès aux soins non programmés, hors période de permanence des soins ambulatoires, afin de délester les urgences, par une communication grand public sur le Service d'Accès aux Soins (SAS), les structures de Soins Non Programmés (SNP) et le recours au médecin traitant
 - Inciter les médecins exerçant ou résidant dans les écarts à être correspondants du SAMU
- Service d'Accès aux Soins :
 - Promouvoir le métier d'assistant médical de régulation
 - Déployer le volet « santé mentale » et « gériatrique » du Service d'Accès aux Soins
 - Mobiliser les infirmiers libéraux volontaires pour assurer une réponse aux Soins Non Programmés à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS
- Admissions directes :
 - Structurer, en articulation avec la régulation du SAMU, une plateforme d'admission directe en hospitalisation en provenance d'EHPAD ou domicile pour répondre aux urgences gériatriques



- Gestion des lits :
 - Mettre en place la fonction de gestionnaire des lits dans tous les établissements de santé sièges de services d'urgence
 - Mettre en œuvre une gestion territoriale des lits pour fluidifier l'obtention de lits d'aval, en association avec les établissements de santé du territoire et l'HAD
- Transferts sanitaires :
 - Diversifier les modalités de transports urgents, hors SMUR (transport infirmier inter-hospitalier, transport avec sages-femmes, ambulance)
 - Renforcer le partenariat régional OI entre les services d'urgences (La Réunion-Mayotte) et la liaison avec les plateaux hospitaliers métropolitains
- Qualité et sécurité des prises en charge :
 - Améliorer la réponse à l'urgence dans les services d'accueil Adultes et Enfants notamment pour l'identification de filières courtes ou spécifiques

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | SAMU | 1 | 1 | 1 |
| | SMUR | 1 | 1 | 1 |
| | SMUR PEDIATRIQUE | 0 | 0 | 0 |
| | SMUR SAISONNIERE | 0 | 0 | 0 |
| | ANTENNES SMUR | 0 | 0 | 0 |
| | STRUCTURES D'URGENCES | 1 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES PEDIATRIQUES | 1 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES SAISONNIERES | 0 | 0 | 0 |
| EST | SAMU | 0 | 0 | 0 |
| | SMUR | 1 | 1 | 1 |
| | SMUR PEDIATRIQUE | 0 | 0 | 0 |
| | SMUR SAISONNIERE | 0 | 0 | 0 |
| | ANTENNES SMUR | 0 | 0 | 0 |
| | STRUCTURES D'URGENCES | 1 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES PEDIATRIQUES | 0 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES SAISONNIERES | 0 | 0 | 0 |



| | | | | |
|-------|------------------------------------|---|---|---|
| OUEST | SAMU | 0 | 0 | 0 |
| | SMUR | 1 | 1 | 1 |
| | SMUR PEDIATRIQUE | 0 | 0 | 0 |
| | SMUR SAISONNIERE | 0 | 0 | 0 |
| | ANTENNES SMUR | 0 | 0 | 0 |
| | STRUCTURES D'URGENCES | 1 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES PEDIATRIQUES | 1 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES SAISONNIERES | 0 | 0 | 0 |
| SUD | SAMU | 0 | 0 | 0 |
| | SMUR | 1 | 1 | 1 |
| | SMUR PEDIATRIQUE | 0 | 0 | 0 |
| | SMUR SAISONNIERE | 0 | 0 | 0 |
| | ANTENNES SMUR | 0 | 0 | 0 |
| | STRUCTURES D'URGENCES | 1 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES PEDIATRIQUES | 1 | 1 | 1 |
| | STRUCTURES D'URGENCES SAISONNIERES | 0 | 0 | 0 |



15. SOINS CRITIQUES

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité des soins critiques relève de la zone de recours.**

● Éléments de contexte

L'activité de soins critiques fait l'objet d'une réforme des autorisations et est encadrée par les textes ci-dessous :

- Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques ;
- Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques ;
- Arrêté du 4 août 2006 modifié fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique de recours
- Instruction n° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques.

La réforme élargit ainsi le périmètre des autorisations de la réanimation au champ des soins critiques. Les activités anciennement dénommées réanimation, soins intensifs, unités de surveillance continue sont désormais regroupées dans un même périmètre « soins intensifs ».

L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

L'activité est graduée et repose sur 2 modalités, les soins critiques adultes et les soins critiques pédiatriques, et sur plusieurs mentions :

Soins critiques adultes :

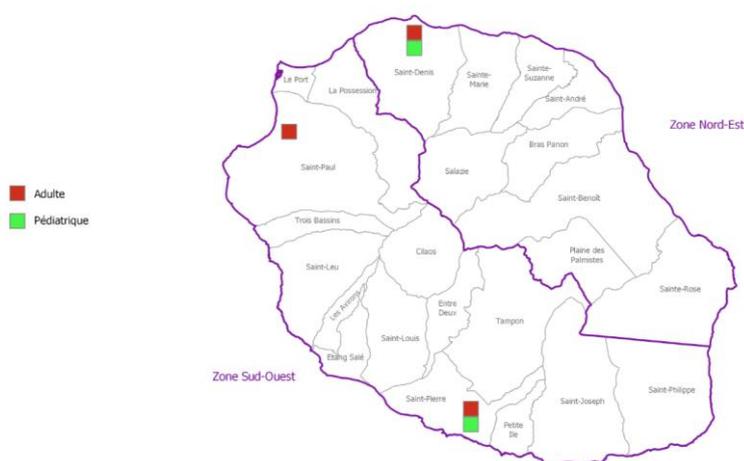
- Mention 1 : Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant
- Mention 2 : Soins intensifs polyvalents dérogatoires
- Mention 3 : Soins intensifs de cardiologie
- Mention 4 : Soins intensifs de neurologie vasculaire
- Mention 5 : Soins intensifs d'hématologie

Soins critiques pédiatriques :

- Mention 1 : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant
- Mention 2 : Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant
- Mention 3 : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires
- Mention 4 : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE RECOURS | Réanimation | | |
|----------------------|----------------------------|------------------|-----------------------------|
| | 09 - Adulte (âge >=18 ans) | 10 - Pédiatrique | 98- Pédiatrique spécialisée |
| LA REUNION NORD-EST | 1 | 1 | 0 |
| LA REUNION SUD-OUEST | 2 | 1 | 0 |



● Objectifs qualitatifs

Conformément à l'article D.6124-28-6 du Code de la santé Publique, un Dispositif Spécifique Régional (DSR) de soins critiques sera créé à La Réunion et tous les titulaires d'autorisations d'activités de soins critiques devront y adhérer.

Selon l'instruction N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques :

- Le DSR de soins critiques aura pour périmètre les filières adultes et pédiatriques ;
- Il sera constitué d'experts médicaux et paramédicaux de réanimation, adulte et pédiatrique, ainsi que de représentants des filières d'urgences (dont le SAMU) et de soins de spécialité (cardiologie, neurovasculaire, oncohématologie, obstétrique, pédiatrie, etc.) avec notamment pour objectifs :
 - Adapter l'articulation entre les établissements de santé ayant une activité autorisée de soins critiques pour améliorer la fluidité des parcours des patients ;
 - Organiser l'ajustement capacitaire de l'offre de soins critiques en matériel ainsi qu'en personnel pour faire face aux variations saisonnières et aux situations sanitaires exceptionnelles ;
 - Promouvoir l'efficacité des soins et renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins, par la diffusion des bonnes pratiques ;
 - Garantir l'accès aux soins palliatifs avec recours aux équipes mobiles de soins palliatifs ou à l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques, en tant que de besoin ;



- Aider à la mise en œuvre des nouvelles autorisations et à l'application de la feuille de route des soins critiques ;
- Communiquer sur l'offre de soins critiques de la région

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE RECOURS | Modalité | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | | |
|---|-------------|------------|--|--------------------------------|------|-----|
| | | | | Mini | Maxi | |
| NORD-EST | Adultes | R6123-34-1 | 1° - Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant | | 1** | 2** |
| | | | 2° - Soins intensifs polyvalents dérogatoires | | 1** | 2** |
| | | | 3° - Soins intensifs de cardiologie | | 2 | 2 |
| | | | 4° - Soins intensifs de neurologie vasculaire | | 1 | 1 |
| | | | 5° - Soins intensifs d'hématologie | | 1 | 1 |
| | Pédiatrique | R6123-34-2 | 1° - Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant | | 1 | 1 |
| | | | 2° - Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant | | 0 | 0 |
| | | | 3° - Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires | | 0 | 0 |
| 4° - Soins intensifs pédiatriques d'hématologie | | | | 1 | 1 | |
| SUD-OUEST | Adultes | R6123-34-1 | 1° - Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant | | 2 | 2 |
| | | | 2° - Soins intensifs polyvalents dérogatoires | | 1 | 1 |
| | | | 3° - Soins intensifs de cardiologie | | 1 | 1 |
| | | | 4° - Soins intensifs de neurologie vasculaire | | 1 | 1 |
| | | | 5° - Soins intensifs d'hématologie | | 1 | 1 |
| | Pédiatrique | R6123-34-2 | 1° - Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant | | 0 | 0 |
| | | | 2° - Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant | | 1 | 1 |
| | | | 3° - Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires | | 0 | 0 |
| 4° - Soins intensifs pédiatriques d'hématologie | | | | 0 | 0 | |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement

(**) la variation se fera par la transformation d'une implantation de Soins intensifs polyvalents dérogatoires en Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant



16. TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale relève de la zone de proximité.

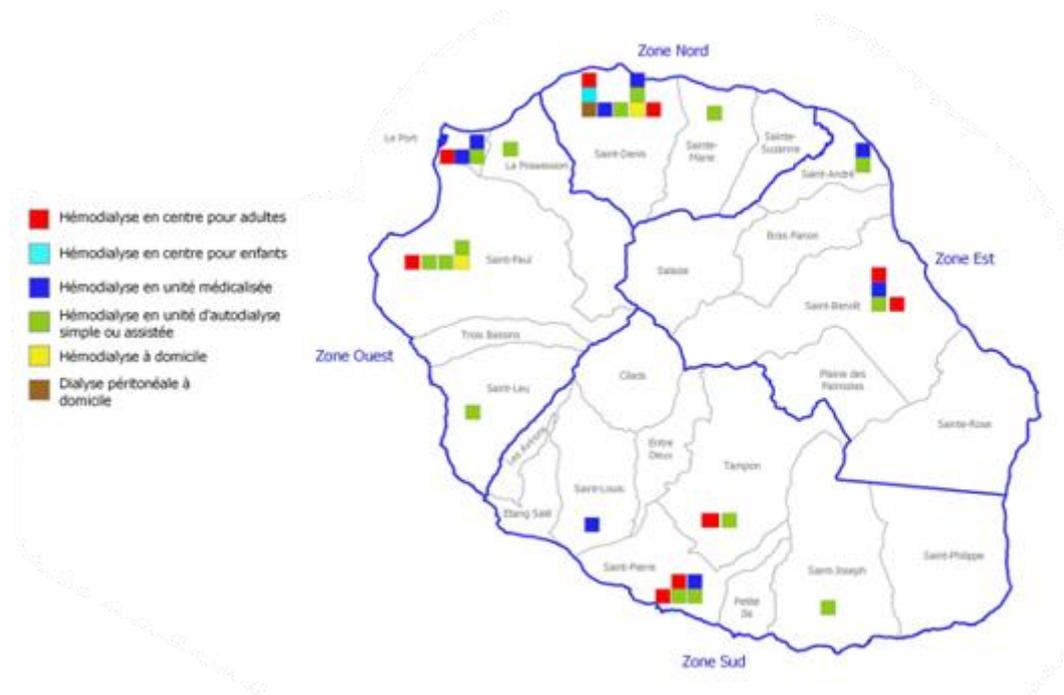
● Éléments de contexte

Les textes encadrant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale par épuration extrarénale n'ont pas évolué et concerne les quatre modalités de l'épuration extrarénale :

- Hémodialyse en centre
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée
- Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée
- Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE PROXIMITÉ | Insuffisance Rénale Chronique | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------|
| | 40 Dialyse centre adulte | 41 Dialyse centre enfnt | 42 Dialyse unité méd. | 43 Autodialyse simple | 44 Autodialyse assistée | 45 Dialyse Domicile | 46 Dialyse peritp. domicile |
| LA REUNION-NORD | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| LA REUNION-OUEST | 2 | 0 | 2 | 6 | 6 | 1 | 0 |
| LA REUNION-SUD | 3 | 0 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| LA REUNION-EST | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |



● Objectifs qualitatifs

- Prévenir l'entrée dans la maladie rénale chronique (MRC)
 - Promouvoir des actions de prévention pour réduire les facteurs de risque liés aux modes de vie, au diabète et à l'hypertension artérielle. Les objectifs de promotion des habitudes de vie favorables à la santé sont détaillés dans les fiches objectifs opérationnels dédiées à la santé nutritionnelle du schéma régional de santé (SRS)
 - Améliorer le repérage et le dépistage de la maladie rénale chronique chez les personnes à risque (patients diabétiques et les patients hypertendus)
- Retarder la survenue de l'entrée dans la suppléance en favorisant l'inscription du patient dans un parcours d'éducation thérapeutique dès son entrée dans la MRC.
- Développer la greffe rénale avec un objectif de 80 greffes par an :
 - Promouvoir 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
 - Promouvoir la greffe à partir des donneurs vivants
 - Consolider les équipes de prélèvement
 - Intégrer les infirmières en pratique avancée (IPA) dans le suivi post-greffe
- Promouvoir la dialyse à domicile sur l'ensemble du territoire
- Promouvoir la coordination entre professionnels pour améliorer la prise en charge du patient dans son parcours de soins et s'appuyer sur le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) en cas de situation complexe

- Disposer sur chaque site d'une autonomie minimale en eau et d'une garantie d'alimentation électrique afin d'assurer la continuité ou la reprise des activités en aval des événements climatiques (fortes pluies, cyclones...).

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|---|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | Hémodialyse en centre pour adultes | 2 | 2 | 2 |
| | Hémodialyse en centre pour enfants | 1 | 1 | 1 |
| | Hémodialyse en unité médicalisée | 2 | 2 | 2 |
| | Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée | 3 | 3 | 3 |
| | Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale | 2 | 2 | 2 |
| EST | Hémodialyse en centre pour adultes | 2 | 2 | 2 |
| | Hémodialyse en centre pour enfants | 0 | 0 | 0 |
| | Hémodialyse en unité médicalisée | 2 | 2 | 2 |
| | Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée | 2 | 2 | 2 |
| | Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale | 0 | 1 | 1 |
| OUEST | Hémodialyse en centre pour adultes | 2 | 2 | 2 |
| | Hémodialyse en centre pour enfants | 0 | 0 | 0 |
| | Hémodialyse en unité médicalisée | 2 | 2 | 2 |
| | Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée | 6 | 6 | 6 |
| | Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale | 1 | 1 | 1 |
| SUD | Hémodialyse en centre pour adultes | 3 | 3 | 3 |
| | Hémodialyse en centre pour enfants | 0 | 0 | 0 |
| | Hémodialyse en unité médicalisée | 2 | 2 | 2 |
| | Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée | 4 | 5* | 5* |
| | Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale | 0 | 1 | 1 |

*L'implantation supplémentaire pour le territoire Sud concerne le cirque de Cilaos en considération des exigences d'accès aux soins.



Hors dialyse à domicile, aucune nouvelle implantation n'est prévue, l'objectif étant, face à l'accroissement probable du nombre de patients, d'augmenter les capacités des structures actuelles au regard des enjeux techniques d'équipement et de la démographie des néphrologues.



17. ACTIVITÉS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ET ACTIVITÉS BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal relèvent de la zone de recours.

● Éléments de contexte

Les activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, à l'exception de l'insémination artificielle, ne peuvent être pratiquées que dans des établissements de santé.

Les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation ne peuvent être pratiquées que dans des établissements publics de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Les conditions d'autorisation et de fonctionnement (R2142-1 à R2142-49) des **activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP)**, ont fait l'objet de modification, avec notamment la création de deux nouvelles modalités.

Les conditions d'autorisation et de fonctionnement (R2131-5-5 à R2131-9-1) des **activités biologiques de diagnostic prénatal (DPN)** n'ont pas fait l'objet de modification au 1^{er} juin 2023.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONE DE RECOURS | Activités cliniques d'AMP | | | | | Activités biologiques d'AMP | | | | | | |
|----------------------|---|---|--|--|---|---|--|---|---|---|--|--|
| | R2142-1 du CSP | | | | | R2142-1 du CSP | | | | | | |
| | a/1° | b/1° | c/1° | d/1° | e/1° | a/2° | b/2° | c/2° | d/2° | e/2° | f/2° | g/2° |
| | 47 | 49 | 50 | 48 | 73 | 51 | 80 | 52 | 54 | 75 | 74 | 59 |
| | 47-AMP clinique : prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP | 49-AMP clinique : prélèvement de spermatozoïdes | 50-AMP clinique : transfert des embryons en vue de leur implantation | 48-AMP clinique : prélèvement d'ovocytes en vue d'un don et d'une autoconservation de gamètes L2141-12 | 73 AMP Clinique : mise en œuvre de l'accueil des embryons | 51-AMP Bio : préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle | 80-AMP Bio : activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation | 52-AMP Bio : Activités liées au don de sperme et autoconservation de gamètes L2141-12 | 54-AMP Bio : Activités liées au don d'ovocytes ou conservation de gamète L2142-12 | 75-AMP Bio : AMP Bio : Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L.2141-11 et autoconservation de gamètes L2141-12 | 74-AMP Bio : conservation des embryons en vue d'un projet parental | 59-AMP Bio : Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci |
| LA REUNION NORD-EST | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LA REUNION SUD-OUEST | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |



● Objectifs qualitatifs

Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation

La loi de bioéthique du 2 août 2021 a introduit dans le code de la santé publique l'article L.2141-12 ouvrant la possibilité pour une personne majeure, répondant à certaines conditions, de bénéficier de la conservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation.

L'octroi de l'autorisation est réservé aux établissements publics de santé ou aux établissements privés à but non lucratif habilités à assurer le service public hospitalier. L'encadrement concerne les titulaires d'autorisation pour l'activité clinique, qui sont nécessairement des établissements de santé, mais non pour les titulaires d'autorisation pour la seule activité biologique, qui sont des laboratoires de biologie médicale.

Il en résulte qu'un établissement public de santé autorisé à l'activité clinique de prélèvement de gamètes en application de l'article L.2141-12 pourra :

- Assurer lui-même la conservation des gamètes prélevés, s'il dispose d'une autorisation d'activité biologique correspondante ;
- Confier la conservation des gamètes prélevés à un laboratoire de biologie médicale externe disposant de l'autorisation d'activité biologique correspondante.

En revanche, le texte ne prévoit pas qu'un établissement privé à but lucratif puisse être autorisé à assurer une activité clinique de prélèvements de gamètes en application du L.2141-12, dès lors qu'il y a une offre couverte par un établissement public de santé dans le même département. Toutefois, afin de créer une meilleure coordination entre les différents centres clinico-biologiques, notamment entre public, ESPIC et privé, des travaux sont en cours sur le parcours de soin des bénéficiaires de cette activité.

La mise en œuvre des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation en application du L.2141-12 doit répondre aux conditions définies dans le décret n°2021-1933 du 30 décembre 2021.

Activités de diagnostic prénatal

- Accroître le recours à l'activité biologique régionale de diagnostic prénatal en travaillant notamment sur le parcours de soin et en renforçant l'accès aux consultations par le moyen du numérique afin de faciliter les coopérations
- Prendre en compte des nouvelles compétences pour les conseillers en génétiques et favoriser leur recrutement
- Améliorer l'accès aux consultations de génétique, aux Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) et au diagnostic préimplantatoire (DPI)
- Améliorer la qualité des échographies obstétricales et fœtales
- Accompagner l'amélioration des outils informatiques (interopérabilité et remontées des données) pour l'ensemble des activités autorisées afin de répondre aux missions de remontée d'information à visée d'évaluation
- Développer la plate-forme régionale de CGH array et de séquençage à haut débit portée par le CHU



● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation | | | | | |
|---|------------------|---|--|--------------------------------|------|
| ZONES DE REOURS | Modalité | | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
| | | | | Mini | Maxi |
| NORD-EST | a/1°/R2142-1 | AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP | 0 | 0 | 0 |
| | b/1°/R2142-1 | AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes | 0 | 0 | 0 |
| | c/1°/R2142-1 | AMP CLI - transfert des embryons en vue de leur implantation | 0 | 0 | 0 |
| | d/1°/R2142-1 | AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don | 0 | 0 | 0 |
| | e/1°/R2142-1 | AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons | 0 | 0 | 0 |
| | f/1°/R2142-1(*) | AMP CLI - Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L.2141-12 | | 0 | 0 |
| | a/2°/R2142-1 | AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle | 0 | 0 | 0 |
| | b/2°/R2142-1 | AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation | 0 | 0 | 0 |
| | c/2°/R2142-1 | AMP BIO - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don | 0 | 0 | 0 |
| | d/2°/R2142-1 | AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don | 0 | 0 | 0 |
| | e/2°/R2142-1 | AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 | 0 | 0 | 0 |
| | f/2°/R2142-1 | AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 | 0 | 0 | 0 |
| | g/2°/R2142-1 | AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci | 0 | 0 | 0 |
| | h/2°/R2142-1(**) | AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes. | | 0 | 0 |
| SUD-OUEST | a/1°/R2142-1 | AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP | 2 | 2 | 2 |
| | b/1°/R2142-1 | AMP CLI - Prélèvement de spermatozoïdes | 2 | 2 | 2 |
| | c/1°/R2142-1 | AMP CLI - transfert des embryons en vue de leur implantation | 2 | 2 | 2 |
| | d/1°/R2142-1 | AMP CLI - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don | 1 | 1 | 1 |
| | e/1°/R2142-1 | AMP CLI - Mise en œuvre de l'accueil des embryons | 1 | 1 | 1 |

Activité - Activités cliniques et biologiques d'AMP et activités biologiques de diagnostic prénatal



| | | | | |
|------------------|---|---|---|---|
| f/1°/R2142-1(*) | AMP CLI - Prélèvements d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L.2141-12 | | 1 | 1 |
| a/2°/R2142-1 | AMP BIO - Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle | 2 | 2 | 2 |
| b/2°/R2142-1 | AMP BIO - Activité relative à la FIV avec ou sans micromanipulation | 2 | 2 | 2 |
| c/2°/R2142-1 | AMP BIO - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don | 1 | 1 | 1 |
| d/2°/R2142-1 | AMP BIO - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don | 1 | 1 | 1 |
| e/2°/R2142-1 | AMP BIO - Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 | 2 | 2 | 2 |
| f/2°/R2142-1 | AMP BIO - Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 | 2 | 2 | 2 |
| g/2°/R2142-1 | AMP BIO - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci | 1 | 1 | 1 |
| h/2°/R2142-1(**) | AMP BIO - Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes. | | 1 | 1 |

(*) Créée par les dispositions du a du 1° de l'article 4 du décret n°2021-1933 du 30 décembre 2021 (entrent en vigueur le 1er juin 2023)

(**) Créée par les dispositions du c du 1° de l'article 4 du décret n°2021-1933 du 30 décembre 2021 (entrent en vigueur le 1er juin 2023)

| Activités biologiques de diagnostic prénatal | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|------|---|
| ZONES DE RECOURS | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | | |
| | | | Mini | Maxi | |
| NORD-EST | I /R2131-1 du CSP - Activités de DPN - Examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de grossesse | | | | |
| | 1°/I /R2131-1 | DPN - Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels | 1 | 1 | 1 |
| | 2°/I /R2131-1 | DPN - L'échographie obstétricale et fœtale au sens du 1° du III du R2131-1 | 1 | 1 | 1 |
| | 3°/I /R2131-1 | DPN - Les examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel | 0 | 1 | 1 |
| NORD-EST | II/R2131-1 du CSP - Activités de DPN - Examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique | | | | |
| | 1°/II/R2131-1 | DPN - Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliquées à la cytogénétique | 1 | 1 | 1 |



| | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|
| | 2°/II/R2131-1 | DPN - Les examens de génétique moléculaire | 1 | 1 | 1 |
| | 3°/II/R2131-1 | DPN - Les examens de biochimie fœtale à visée diagnostique | 1 | 1 | 1 |
| | 4°/II/R2131-1 | DPN - Les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses | 0 | 0 | 0 |
| | 5°/II/R2131-1 | DPN - L'échographie obstétricale et fœtale au sens du 2° du III du R2131-1 | 1 | 1 | 1 |
| | 6°/II/R2131-1 | DPN - Les autres techniques d'imagerie fœtale à visée diagnostique | 0 | 1 | 1 |
| | I /R2131-1 - Activités de DPN - Examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de grossesse | | | | |
| | 1°/I /R2131-1 | DPN - Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels | 0 | 0 | 0 |
| | 2°/I /R2131-1 | DPN - L'échographie obstétricale et fœtale au sens du 1° du III du R2131-1 | 1 | 1 | 1 |
| | 3°/I /R2131-1 | DPN - Les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel | 0 | 0 | 0 |
| | II/R2131-1 - Activités de DPN - Examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique | | | | |
| SUD-OUEST | 1°/II/R2131-1 | DPN - Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique | 0 | 0 | 0 |
| | 2°/II/R2131-1 | DPN - Les examens de génétique moléculaire | 0 | 0 | 0 |
| | 3°/II/R2131-1 | DPN - Les examens de biochimie fœtale à visée diagnostique | 0 | 0 | 0 |
| | 4°/II/R2131-1 | DPN - Les examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses | 0 | 1 | 1 |
| | 5°/II/R2131-1 | DPN - L'échographie obstétricale et fœtale au sens du 2° du III du R2131-1 | 1 | 1 | 1 |
| | 6°/II/R2131-1 | DPN - Les autres techniques d'imagerie fœtale à visée diagnostique | 0 | 1 | 1 |



18. ACTIVITÉ DE TRAITEMENT DU CANCER

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité de traitement du cancer relève de la zone de recours.**

● Éléments de contexte

L'activité de soins de traitement du cancer mentionnée au 18° de l'article R. 6122-25 consiste à traiter les tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical ou réalisé par radiothérapie externe ou par curiethérapie.

L'activité de soins de traitement du cancer fait l'objet d'une réforme des autorisations détaillée dans les textes ci-dessous :

- Décret n°2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer ;
- Décret n°2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer ;
- Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ;
- Instruction n° DGOS/R3/2022/271 du 23 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer.

L'activité de traitement du cancer comprend trois modalités :

- La chirurgie oncologique
- La radiothérapie externe, curiethérapie
- Les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)

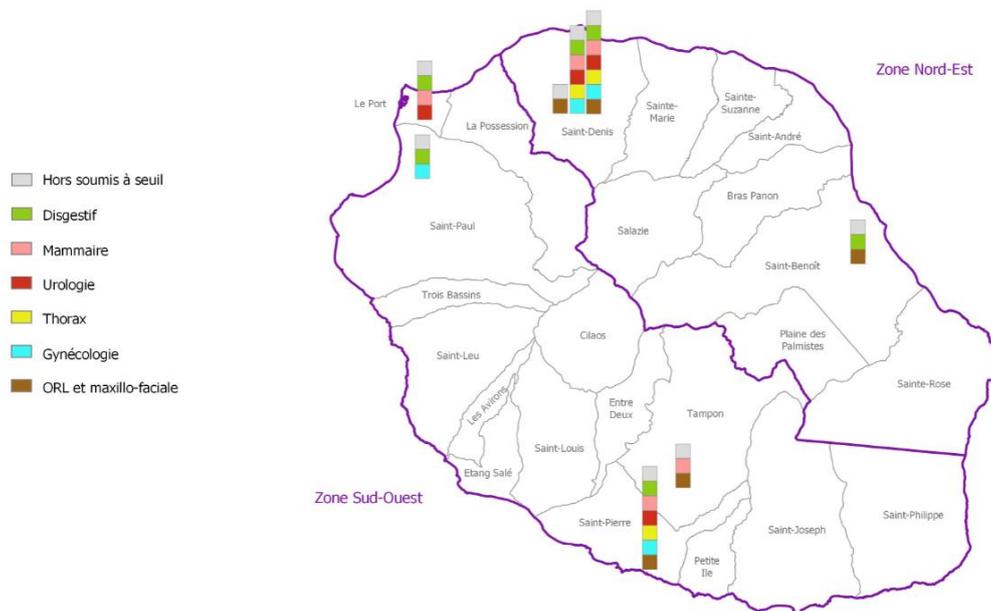
Elle s'organise autour de trois mentions : A, B, C.

Les nouveaux textes instaurent pour les adultes une gradation de l'offre de chirurgie oncologique et de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), modifient les seuils d'activité et régulent l'offre de traitement du cancer pédiatrique.



● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| Cancer | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--------------------|--------------------|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| ZONE DE RECOURS | Autres traitements des cancers | | | | | Chirurgie des cancers | | | | | |
| | 67 - Chimiothérapie ou autre traitement spécifique du cancer | 68 - Radiothérapie | 70 - Curiothérapie | 71 - Radiothérapie métabolique (Sources non scellées) | 69 - Chirurgie des cancers hors soumis à seuil | 90 - Chirurgie cancers : digestif | 91 - Chirurgie des cancers : sein | 92 - Chirurgie des cancers : urologie | 93 - Chirurgie des cancers : thorax | 94 - Chirurgie des cancers : gynécologie | 95 - Chirurgie cancers : ORL et maxillo-faciale |
| LA REUNION NORD-EST | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| LA REUNION SUD-OUEST | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 |



● Objectifs qualitatifs

Les titulaires des autorisations de traitement du cancer veilleront à mettre en œuvre les **actions inscrites à la feuille de route régionale de lutte contre le cancer 2022-2025** :

- Participation à la mise en œuvre des lieux de santé sans tabac
- Mise en place d'une offre de dépistage des cancers aux patients hospitalisés ou aux consultants externes. Une attention particulière sera portée aux femmes âgées de 45



ans et plus, concernées par les trois types de cancer actuellement dépistables, en s'appuyant sur le rendez-vous de prévention à 45 ans

- Création d'une offre de prévention personnalisée destinée aux personnes identifiées comme étant à risque de cancer au regard des antécédents personnels et familiaux
- Déploiement de circuits rapides d'accès aux soins (diagnostic et traitement) pour les cancers dépistables et pour les cancers, dont les taux de survie sont perfectibles (estomac, foie, pancréas, poumon, ORL, endomètre, sarcome et cerveau)
- Généralisation de l'usage de la chirurgie robotisée, notamment dans les mentions A3/B3, A4/B4 et A5/B5 et de la réhabilitation améliorée après la chirurgie
- Développement d'une offre de radiologie interventionnelle thérapeutique par la mise en œuvre de solutions mini-invasives (radiofréquence, cryothérapie, chimio-embolisation, immunothérapie intra-tumorale)
- Organisation de parcours structurés en soins oncologiques de support et de parcours global post cancer, en lien avec les unités de SMR oncologiques ou onco-hématologiques, le cas échéant
- Recours à la filière de soins palliatifs (consultations, hôpital de jour, équipe mobile de soins palliatifs, équipe ressources régionale de soins palliatifs pédiatriques) en tant que de besoin
- Mise à disposition des associations des patients des lieux d'accueil et d'information des patients et aidants.

La Chirurgie oncologique : (rappel à titre d'information, seules les dispositions légales et réglementaires sont opposables)

Quelle que soit la mention (A, B ou C), les titulaires des autorisations de chirurgie oncologique doivent satisfaire aux **quatre conditions d'implantation communes** suivantes :

1. Avoir une autorisation de chirurgie ou de neurochirurgie, le cas échéant (A7)
2. Mettre en place une organisation sur site ou par voie de convention pour :
 - La réalisation d'examens d'anatomopathologie, y compris en extemporané : le développement de la pathologie numérique est devenu incontournable, afin de réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques. Le nombre réduit d'opérateurs et le caractère insulaire soulignent l'enjeu d'une plateforme régionale de télépathologie
 - La réalisation d'examens d'imagerie post-opératoire en programmé ou en non programmé, afin d'optimiser les délais de prise en charge des complications post opératoires immédiates
 - La gestion sécurisée des complications opératoires, y compris en urgence
3. Avoir la double autorisation chirurgie oncologique et traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), en cas de pratique hybride (administration d'un TMSC en peropératoire ou dans les suites immédiates de l'intervention chirurgicale)
4. Structurer une organisation leur permettant d'être en appui des titulaires d'autorisation d'activité de chirurgie non oncologique pour construire le parcours du patient, en amont et en aval de la chirurgie oncologique d'exérèse.



La Chirurgie oncologique de mention A : (rappel à titre d'information, seules les dispositions légales et réglementaires sont opposables)

Les titulaires des autorisations d'activités de chirurgie oncologique de mention A doivent satisfaire aux **conditions d'implantation** spécifiques suivantes :

| Mention A | Seuil | Conditions d'implantation | Moyens |
|--|-----------|--|--|
| A1 viscérale et digestive & A4 urologique | 30 | 1. Accès à l'endoscopie digestive ; | Sur place ou par voie de convention |
| | | 2. Accès à une unité de radiologie interventionnelle aux fins de gestion d'éventuelles complications post-opératoires en lien avec des risques d'obstruction d'organe ou des risques hémorragiques. | |
| A2 thoracique | 40 | 1. Accès à l'endoscopie digestive ; | Sur place ou par voie de convention |
| | | 2. Accès à une unité de radiologie interventionnelle aux fins de gestion d'éventuelles complications post-opératoires en lien avec des risques d'obstruction d'organe ou des risques hémorragiques ; | |
| | | 3. Unité de surveillance continue, hors soins critiques ; | Sur place |
| | | 4. Permanence médicale assurée par un médecin spécialisé en anesthésie – réanimation (MAR) ou en médecine intensive réanimation (MIR) ; | Garde ou astreinte opérationnelle |
| A3 ORL | 20 | Accès à un laboratoire de prothèse maxillo-faciale. | Sur place ou par voie de convention |
| A6 mammaire | 70 | 1. Pour la préparation de l'intervention chirurgicale oncologique: <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux techniques de repérage mammaire ; • Accès aux techniques de ganglion sentinelle dans le cadre d'un protocole préétabli avec une équipe de médecine nucléaire ; | <ul style="list-style-type: none"> • Sur place ; • Sur place ou par voie de convention |
| | | 2. Pendant le temps opératoire, accès à l'imagerie mammaire de la pièce opératoire au sein du secteur interventionnel ou bien au sein d'un plateau technique d'imagerie, et dans le cadre d'un protocole préétabli avec des médecins radiologues. | Dans l'enceinte de l'ES ou bâtiment voisin* |
| | | 3. Accès aux techniques de reconstruction mammaire | Sur place ou par voie de convention |



* La notion de « bâtiment voisin » s'apprécie sur des délais d'accès compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, à la suite immédiate du bloc opératoire, et non sur un temps prolongé de transport du patient. Le transfert du patient doit être organisé et structuré en amont.

La mention A7 est une autorisation générique permettant aux titulaires de pratiquer les interventions pour les localisations non concernées par les mentions A1 à A6, excepté la thyroïde :

- Une activité limitée aux actes de chirurgie thyroïdienne entre dans la mention A7, puisqu'elle ne peut justifier à elle seule la mention A3 ;
- La chirurgie oncologique d'exérèse des cancers à localisation neurologique ne peut être exercée que si le titulaire a une autorisation d'activité de neurochirurgie.

La Chirurgie oncologique de mention B : (rappel à titre d'information, seules les dispositions légales et réglementaires sont opposables)

Outre les dispositions transversales de qualité en cancérologie, les dispositions spécifiques à la chirurgie oncologique et les seuils, les titulaires des autorisations d'activités de chirurgie oncologique de mention B doivent respecter les **conditions d'implantation communes à la mention B** :

- Disposer d'une organisation permettant de mettre en œuvre la mission socle de la mention B, à savoir :
 - Organisation des RCP de recours pour les cas complexes
 - Protocolisation des interventions multidisciplinaires en peropératoire (B1 ; B2 ; B4) et en non programmé
 - Intervention en appui des titulaires de chirurgie oncologique de mention A, si besoin en lien avec le DSR du cancer Oncorun
- Disposer, sur place :
 - D'une unité de surveillance continue, hors soins critiques
 - D'une organisation de la continuité et de la permanence des soins faisant intervenir, en garde sur place ou par voie d'astreinte opérationnelle, des MAR ou des MIR

À ces conditions communes s'ajoutent des **conditions spécifiques** aux mentions suivantes :

| Mention B | Seuil | Conditions d'implantation | Moyens |
|--|-----------|--|-------------------------------------|
| B1 viscérale et digestive | 30 | 1. Accès à l'endoscopie digestive ; | Sur place ou par voie de convention |
| | | 2. Accès à une unité de radiologie interventionnelle aux fins de gestion d'éventuelles complications post-opératoires en lien avec des risques d'obstruction d'organe ou des risques hémorragiques ; | |
| | | 3. Accès à une unité de soins intensifs, en capacité de prendre en charge les syndromes respiratoires aigus, ou de réanimation, en cas de pratique de la PTS œsophage. | Sur site ou bâtiment voisin* |



| | | | |
|----------------------|-----------|--|-------------------------------------|
| | | <i>Collaboration multidisciplinaire protocolisée peropératoire avec des médecins spécialistes en chirurgie thoracique et cardiovasculaire (condition de fonctionnement)</i> | Sur site |
| B2 thoracique | 40 | 1. Accès à l'endoscopie digestive ; | Sur place ou par voie de convention |
| | | 2. Accès à une unité de radiologie interventionnelle aux fins de gestion d'éventuelles complications post-opératoires en lien avec des risques d'obstruction d'organe ou des risques hémorragiques ; | |
| | | 3. Accès à une unité de réanimation ; | Sur site ou bâtiment voisin* |
| | | 4. Accès à une technique de circulation extracorporelle. | Sur place |
| | | <i>Collaboration multidisciplinaire protocolisée peropératoire avec des médecins spécialistes en chirurgie du rachis ou plastique de reconstruction (condition de fonctionnement)</i> | Sur site |
| B3 ORL | 20 | Accès à un laboratoire de prothèse maxillo-faciale. | Sur place ou par voie de convention |
| B4 urologique | 30 | 1. Accès à l'endoscopie digestive ; | Sur place ou par voie de convention |
| | | 2. Accès à une unité de radiologie interventionnelle aux fins de gestion d'éventuelles complications post-opératoires en lien avec des risques d'obstruction d'organe ou des risques hémorragiques. | |
| | | <i>Collaboration multidisciplinaire protocolisée peropératoire avec des médecins spécialistes en chirurgie viscérale et digestive ou vasculaire (condition de fonctionnement)</i> | Sur site |

* La notion de « bâtiment voisin » s'apprécie sur des délais d'accès compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, à la suite immédiate du bloc opératoire, et non sur un temps prolongé de transport du patient. Le transfert du patient doit être organisé et structuré en amont

A date, il existe très peu d'actes CCAM permettant le suivi de la mission socle de la mention B. Le PMSI ne sera pas exhaustif.

La Chirurgie oncologique de mention C et oncopédiatrie : (rappel à titre d'information, seules les dispositions légales et réglementaires sont opposables)

Pour être autorisé en mention C de chirurgie oncologique pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans, l'établissement de santé doit respecter les conditions d'implantation suivantes :

- Disposer de la double autorisation chirurgie oncologique pédiatrique et TMSC mention C, étant entendu que les TMSC couvrent aussi bien cancers solides qu'hématologiques ;
- Garantir, aux enfants et adolescents de moins de 18 ans pris en charge, un accès à l'endoscopie digestive et à une unité de radiologie interventionnelle sur place ou par voie de convention ;



- Garantir, aux enfants et adolescents de moins de 18 ans pris en charge, l'accès, sur site, à une unité de surveillance continue, hors soins critiques ;
 - Organiser la présence permanente, sur place ou par voie d'astreinte, de MAR ou de MIR.
- Il n'y a pas de seuil d'activité pour la chirurgie oncologique de mention C.

La Radiothérapie externe, curiethérapie : (rappel à titre d'information, seules les dispositions légales et réglementaires sont opposables)

Il n'existe pas de seuil d'activité pour la curiethérapie (mention B).

Concernant la radiothérapie externe, sont maintenus les seuils de :

- 600 patients adultes par an pour la mention A ;
- 600 patients adultes et de 12 mises en traitement d'enfants de moins de 16 ans, hors irradiations corporelles totales et traitements palliatifs, pour la mention C. Les enfants entre 16 et 18 ans sont comptabilisés parmi les adultes.

Le **contenu** de l'autorisation de radiothérapie externe ou de curiethérapie consiste en :

- La préparation des traitements, dont imagerie de contourage et dosimétrie, et leur réalisation, sur site ;
- Le suivi hebdomadaire des patients, en consultation sur site par le médecin radiothérapeute ;
- La coordination du suivi post radiothérapie pendant au moins cinq ans, sur site ou par voie de convention avec d'autres titulaires d'activités de soins de traitement du cancer.

Pour les trois modalités (A, B ou C) de radiothérapie externe et curiethérapie, les quatre conditions d'implantation communes suivantes s'appliquent :

- Disposer, sur site, d'une unité de radiothérapie avec salles de consultations et équipements pour la préparation et la réalisation des traitements ;
- Garantir aux patients l'accès sur site à un plateau d'imagerie pour assurer la préparation et les contrôles du traitement par radiothérapie par l'équipe de soins dédiée :
 - Ce plateau d'imagerie est équipé au moins d'un scanner dédié
 - Ce plateau technique d'imagerie peut être situé dans l'unité de radiothérapie ou mutualisé avec l'activité de soins d'imagerie dont le titulaire dispose sur le site en propre ou par voie de convention
 - En cas de nécessité de recours à une imagerie multimodale pour le contourage des volumes cibles, le titulaire organise l'accès, sur site ou par voie de convention sur un autre site, à un examen d'IRM ou de tomographie par émission de positons (TEP). L'accès est protocolisé avec les équipes de radiologie ou de médecine nucléaire concernées
- En cas de recours aux traitements en condition stéréotaxique, le titulaire doit disposer d'un parc d'au moins deux appareils à particules, dont au moins un dédié à ces traitements. Si le titulaire pratique la radiothérapie intracrânienne sous condition stéréotaxique pour les tumeurs primitives cérébrales, une protocolisation doit être établie



avec des médecins spécialisés en neurochirurgie pratiquant la radiothérapie intracrânienne sous condition stéréotaxique ;

- En cas de recours à la protonthérapie, le titulaire dispose sur le même site d'une autorisation de cyclotron à utilisation médicale et d'une autorisation d'anesthésie ambulatoire. En cas d'orientation du patient vers un titulaire pratiquant la protonthérapie, le titulaire adresseur peut contribuer à la préparation du traitement et au suivi post traitement, par voie de convention. La prise en charge partagée est consignée au dossier médical du patient, et l'activité réalisée est comptabilisée pour les deux parties. Il en est de même pour le cas où l'équipe de radiothérapie du titulaire adresseur se déplace pour la co-utilisation de la technique sur le site du titulaire pratiquant la protonthérapie.

Les Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) : (rappel à titre d'information, seules les dispositions légales et réglementaires sont opposables)

Les TMSC regroupent la chimiothérapie (intraveineuse ou orale), les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les thérapies innovantes, dont les Car T cells. Le seuil d'activité minimale est porté à 100 patients adultes dont 65 en hospitalisation de jour. Le seuil ne recouvre qu'une partie de l'activité car il concerne uniquement les traitements dispensés par voie intra veineuse. Cependant, même si le seuil est déterminé sur les TMSC par voie intra veineuse, l'autorisation de TMSC s'applique à l'ensemble des traitements cités.

Le **contenu** de l'autorisation TMSC consiste en :

- L'élaboration d'une proposition thérapeutique issue d'une RCP ;
- La mise en place d'une consultation de primo-prescription de tout nouvel épisode de TMSC ;
- La réalisation du TMSC :
 - En cas de chimiothérapie orale, la liaison avec la ville est protocolisée
 - En cas de recours à l'immunothérapie ou aux thérapies innovantes, la continuité des soins est organisée de façon multidisciplinaire avec un circuit court d'accès, pour la prise en charge des complications liées aux traitements
- La prise en charge de l'aplasie pour les mentions B et C
- La mise en œuvre d'un suivi du patient pendant et après l'épisode de traitement.

Pour les modalités B ou C des TMSC, les **conditions d'implantation** suivantes s'appliquent :

- Organiser la permanence médicale sur place pour une prise en charge spécialisée et renforcée du patient dont la chimiothérapie intensive entraîne une aplasie prévisible de plus de huit jours ;
- Disposer sur site d'une unité de surveillance continue, hors soins critiques ;
- Disposer d'une unité de soins intensifs hématologiques en cas de mention B et d'une unité de soins intensifs hématologiques pédiatriques en cas de mention C ;
- Garantir l'accès, aux patients sous aplasie et à risque de défaillance multi viscérale, à une unité de réanimation ayant un dispositif de décontamination de l'air.

Pour les trois modalités (A, B ou C), le circuit du médicament doit être respecté et consigné dans le dossier du patient. Les étapes de prescription, préparation, reconstitution, dispensation, transport et administration du médicament injectable sont formalisées et tracées dans le dossier



du patient, et enregistrées dans les documents de traçabilité rédigés et conservés par la pharmacie à usage intérieur. La gestion des déchets cytotoxiques est également organisée et tracée, notamment par la pharmacie à usage intérieur.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

Modalité : la chirurgie oncologique :

| ZONES DE REOURS | Mention | Implantations autorisées au 31/05/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-----------------|---|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD-EST | A1- chirurgie oncologique viscérale et digestive | | 1 | 1 |
| | A2- chirurgie oncologique thoracique | | 1 | 1 |
| | A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde | | 1 | 1 |
| | A4- chirurgie oncologique urologique | | 0 | 0 |
| | A5- chirurgie oncologique gynécologique | | 1 | 1 |
| | A6- chirurgie oncologique mammaire | | 2 | 2** |
| | A7- chirurgie oncologique indifférenciée | | 4 | 4 |
| | B1- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe | | 2 | 2 |
| | B2- chirurgie oncologique thoracique complexe | | 1 | 1 |
| | B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe | | 1 | 1 |
| | B4- chirurgie oncologique urologique complexe | | 2 | 2 |
| | B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe | | 1 | 1 |
| | C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans | | 1 | 1 |
| SUD-OUEST | A1- chirurgie oncologique viscérale et digestive | | 1 | 1 |
| | A2- chirurgie oncologique thoracique | | 0 | 0 |
| | A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde | | 1 | 1 |
| | A4- chirurgie oncologique urologique | | 1 | 1 |
| | A5- chirurgie oncologique gynécologique | | 1 | 1 |
| | A6- chirurgie oncologique mammaire | | 3 | 3 |
| | A7- chirurgie oncologique indifférenciée | | 5 | 5 |
| | B1- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe | | 2 | 2 |



| | | | |
|--|--|---|---|
| B2- chirurgie oncologique thoracique complexe | | 0 | 0 |
| B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe | | 1 | 1 |
| B4- chirurgie oncologique urologique complexe | | 1 | 1 |
| B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe | | 1 | 1 |
| C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans | | 0 | 0 |

(*) Absence d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement

**En considération des enjeux d'accès aux soins, une nouvelle implantation de chirurgie oncologique mammaire est prévue dans la zone Nord Est.

L'offre actuelle de **chirurgie oncologique thoracique, dans la zone Nord Est**, est organisée sur deux implantations dans le Nord. Pour répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins, et pour tenir compte de la disponibilité des ressources médicales, une coopération entre les établissements, notamment au sein du GHT est à rechercher entre les équipes chirurgicales. Il est attendu que le CHU, dans le cadre de son autorisation, sous réserve de sa délivrance, permette l'accès de son plateau aux chirurgiens du CHOR.

Modalité : La radiothérapie externe, curiethérapie :

| ZONES DE RECOURS | Mention | Implantations autorisées au 31/05/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|------------------|---|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD-EST | A - Radiothérapie externe chez l'adulte | | 1 | 1 |
| | B - Curiethérapie chez l'adulte | | 0 | 0 |
| | C - Radiothérapie externe chez l'adulte et les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans | | 0 | 0 |
| | C - Curiethérapie chez l'adulte et les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans | | 0 | 0 |
| SUD-OUEST | A - Radiothérapie externe chez l'adulte | | 1 | 1 |
| | B - Curiethérapie chez l'adulte | | 1 | 1 |
| | C - Radiothérapie externe chez l'adulte et les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans | | 0 | 0 |
| | C - Curiethérapie chez l'adulte et les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans | | 0 | 0 |

(*) Pas d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement

Modalité : Les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)



| ZONES DE RECOURS | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|------------------|--|--|-----------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD-EST | A - TMSA chez l'adulte, hors chimiothérapie intensive de mention B | | 2 | 2 |
| | B - TMSA chez l'adulte, y compris les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de 8 jours et gestion de cette aplasie | | 0 | 0 |
| | C - TMSA chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans, y compris les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de 8 jours et gestion de cette aplasie | | 1 | 1 |
| SUD-OUEST | A - TMSA chez l'adulte, hors chimiothérapie intensive de mention B | | 0 | 0 |
| | B - TMSA chez l'adulte, y compris les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de 8 jours et gestion de cette aplasie | | 1 | 1 |
| | C - TMSA chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans, y compris les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de 8 jours et gestion de cette aplasie | | 0 | 0 |

(*) Pas d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement

Un centre associé de chimiothérapie dans l'Est devra être ouvert afin de rapprocher les soins des patients.

Pour la zone Sud –Ouest, afin de favoriser les soins de proximité et la qualité de vie des patients, l'offre de chimiothérapie sera confortée dans l'Ouest par la reconnaissance de deux sites dits « associés ».



19. EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES

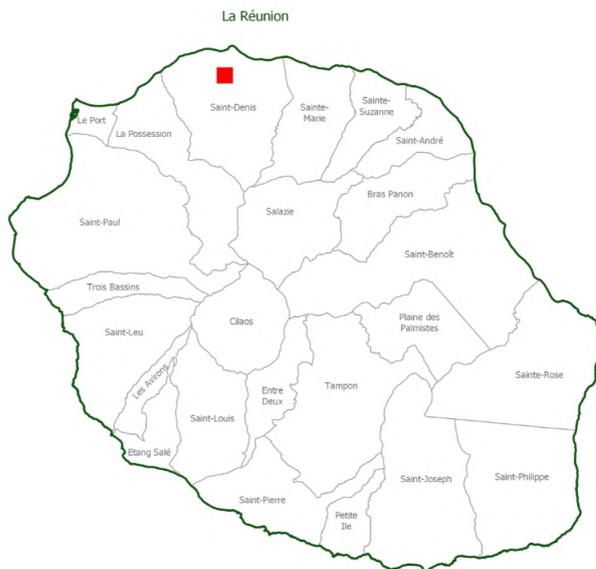
Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales relèvent de la zone de référence.

● Éléments de contexte

Cette activité de soins n'a pas été impactée par la réforme des autorisations relative à la rénovation (ou la création) des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONE DE REFERENCE | Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales | |
|----------------------|---|--|
| | 84 - Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire | 85 - Analyses de génétique moléculaire |
| LA REUNION / MAYOTTE | 1 | 1 |



■ Analyse de cytogénétique, y compris
compris les analyses de cytogénétique
moléculaire et Analyse de génétique
moléculaire

● Objectifs qualitatifs

Conformément à la feuille de route cancer 2022-2025 de La Réunion, il s'agit de mettre en place la plate-forme régionale de génétique tumorale en complément des tests moléculaires existants de 1^{er} niveau qui sont assurés par les services et cabinets d'anatomo-cyto-pathologie (IHC, FISH, PCR).

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Modalité | Implantations autorisées au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|-------------------|--|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| LA RÉUNION | Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire | 1 | 1 | 1 |
| | Analyses de génétique moléculaire | 1 | 1 | 1 |



20. HOSPITALISATION À DOMICILE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **l'activité d'hospitalisation à domicile relève de la zone de proximité.**

● Éléments de contexte

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) a « pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Le titulaire de l'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile contribue à l'évaluation et à l'orientation du patient. Il assure si nécessaire une prise en charge psychosociale et des actions d'éducation thérapeutique du patient ».

Activité de soins hospitalière à part entière, l'hospitalisation à domicile évolue et se décline désormais en 4 mentions : socle, réadaptation, ante et post-partum, enfants de moins de trois ans. Cette nouvelle activité est régie par les dispositions réglementaires suivantes :

- Décret n°2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile ;
- Décret n°2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile ;
- Instruction N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile.

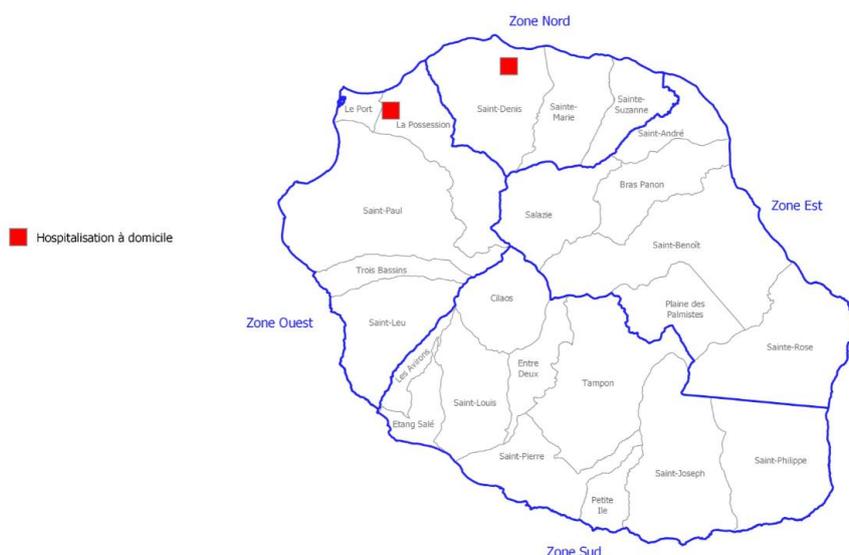
Les mentions réadaptation, ante et post-partum, enfants de moins de trois ans viennent en complément de la mention socle.

Le titulaire de l'autorisation d'HAD prend en charge des patients dans une aire géographique d'intervention définie par l'autorisation d'activité d'HAD. Cette aire géographique est déterminée par l'énumération des communes, existantes à la date de la délivrance de l'autorisation, qui la constituent.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE PROXIMITÉ | HAD |
|--------------------|-----|
| LA REUNION - NORD | 1 |
| LA REUNION - OUEST | 1 |
| LA REUNION - SUD | 0 |
| LA REUNION - EST | 0 |

Les implantations existantes sont comptabilisées sur la zone dont relève le siège social de chaque entité juridique détentrice de l'autorisation. Elles couvrent chacune l'ensemble du territoire de La Réunion, chacune disposant d'une antenne dans chaque zone de proximité.



● Objectifs qualitatifs

- Améliorer la connaissance de l'HAD pour les prescripteurs :
 - Mieux faire connaître l'HAD auprès des professionnels de santé et des établissements du secteur sanitaire, médico-social et social
 - Valoriser les professions de médecins et d'infirmier en HAD en présentant l'activité HAD dans le parcours de formation des professionnels de santé
- Améliorer le recours à l'HAD et renforcer la place de l'HAD dans l'organisation des soins du territoire :
 - Développer les évaluations précoces conjointes avec l'HAD dans les établissements hospitaliers et les EHPAD
 - Associer les HAD aux cellules territoriales de gestion des lits
 - Permettre aux HAD de disposer de locaux au sein des établissements sièges de services d'urgence afin de positionner des équipes facilitant l'orientation vers l'HAD en sortie d'hospitalisation voire dès les urgences
 - Intégrer systématiquement l'HAD dans la réflexion autour du projet de sortie du patient, notamment dans le parcours des enfants hospitalisés et les filières de soins palliatifs
 - Développer les soins spécialisés : oncologie, soins médicaux et de réadaptation, prise en charge des maladies neurodégénératives
 - Promouvoir le recours à l'HAD dans le parcours des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, sur critères médicaux
 - Renforcer l'articulation entre l'HAD et le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)
 - Développer les liens avec les équipes mobiles intervenant dans le champ des personnes âgées, du handicap, de la précarité ou en santé mentale



- Maintenir l'organisation des HAD en antennes implantées, par opérateur, dans chacune des zones de proximité
- Renforcer la qualité et la pertinence de la prise en charge en HAD :
 - Favoriser la diffusion des bonnes pratiques auprès des professionnels intervenant en HAD
- Développer la e-santé et le numérique :
 - Intégrer les établissements d'HAD dans les programmes et outils de la e –santé
 - Encourager l'usage des outils de télésanté par l'HAD (téléconsultation, télésurveillance, télésoin, objets connectés à domicile)
 - Améliorer l'accès à un avis médical spécialisé par la télémedecine
- Permettre au patient et à ses aidants d'être acteurs dans le parcours HAD
 - Inclure davantage les patients et leurs aidants dans leurs soins en mobilisant leur expertise
 - Renforcer l'autonomie des patients grâce à l'éducation thérapeutique

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITÉ | Mention | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles** 2028 | |
|--------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | Socle | | 1 | 1 |
| | Réadaptation | | 1 | 1 |
| | Ante et post partum | | 1** | 1** |
| | Enfants de moins de trois ans | | 1** | 1** |
| EST | Socle | | 0 | 0 |
| | Réadaptation | | 0 | 0 |
| | Ante et post partum | | 0 | 0 |
| | Enfants de moins de trois ans | | 0 | 0 |
| OUEST | Socle | | 1 | 1 |
| | Réadaptation | | 1 | 1 |
| | Ante et post partum | | 1** | 1** |
| | Enfants de moins de trois ans | | 1** | 1** |

| | | | | |
|-----|-------------------------------|--|---|---|
| SUD | Socle | | 0 | 0 |
| | Réadaptation | | 0 | 0 |
| | Ante et post partum | | 0 | 0 |
| | Enfants de moins de trois ans | | 0 | 0 |

(*) Pas d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement

** Les mentions spécialisées « Ante et post partum » et « Enfants de moins de trois ans » figurant dans le tableau ci-dessus seront mises en œuvre à raison d'une seule de chaque et chacune pour l'ensemble du territoire et des communes de La Réunion.

L'aire géographique d'intervention des implantations cibles socles et spécialisation sera, pour chacune des HAD, les 24 communes de La Réunion et sera précisée dans l'autorisation conformément aux dispositions du III de l'article R6123-140 du CSP.

L'offre d'HAD mention socle correspond à l'offre d'HAD existante ; l'intervention sur l'ensemble du territoire, et donc des communes de l'île, doit être reconduite.

Les titulaires d'HAD disposant des mentions spécialisées ont vocation à intervenir sur l'ensemble des zones.



21. ACTIVITÉ DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

● Éléments de contexte

La réforme des autorisations a fait de la radiologie interventionnelle une activité de soins à part entière encadrée et nouvellement réglementée par les dispositions ci-dessous :

- Décret n°2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle ;
- Décret n°2022-1238 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle.

L'activité de radiologie interventionnelle est désormais structurée en quatre mentions :

- **Mention A** : Les actes de radiologie interventionnelle vasculaires par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes cités en mention B, C et D
- **Mention B** : En sus des actes de la mention « A », hors actes cités en mention C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle et les actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle.
- **Mention C** : En sus des actes des mentions « B », hors actes cités en mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle et les actes thérapeutiques du cancer par voie endo-veineuse et endo-artérielle
- **Mention D** : ensemble des actes de radiologie interventionnelle (mentionnés à l'Art. R. 6123-165 du CSP), y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques

En l'absence de liste fiabilisée des actes encadrant cette activité arrêtée au niveau national conformément aux décrets relatifs à la réforme de l'autorisation pour la radiologie interventionnelle, les implantations cibles seront définies ultérieurement dans le cadre d'une révision du projet régional de santé.



EML 2. ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE EN COUPES (IRM/SCAN)

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **les équipements d'imagerie en coupe relèvent de la zone de proximité.**

● Éléments de contexte

Les équipements matériels lourds ont fait l'objet d'une réforme des autorisations quant aux conditions d'implantation et de fonctionnements qui l'encadrent :

- Décret n°2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle
- Décret n°2022-1238 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle
- Arrêté du 16 septembre 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique.

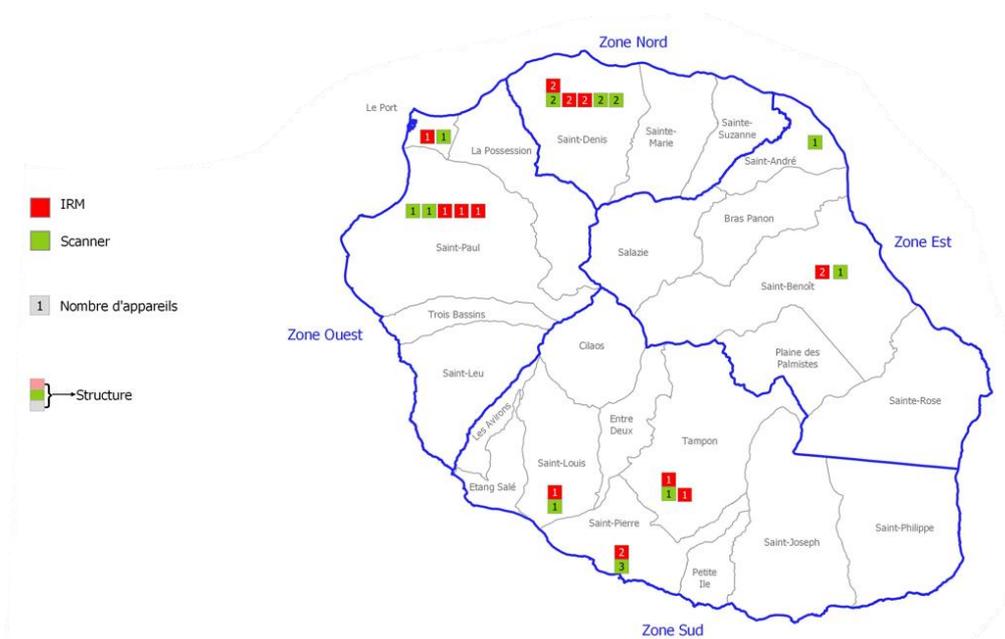
Les principales évolutions portent sur :

- La simplification de l'installation des IRM et des scanners pour faciliter l'acquisition de nouveaux équipements afin d'adapter de manière réactive le nombre d'équipements aux besoins de la population et améliorer les délais d'accès aux équipements.
- La suppression des Objectifs quantifiés par appareils (IRM et Scanner) dans le Schéma Régional de Santé.

Le nouveau régime d'autorisation repose ainsi sur un plateau socle de 3 équipements matériels lourds (scanner et IRM) avec obligation d'une mixité d'appareil effective dès 3 équipements sur un plateau. Au-delà de 3 appareils, l'acquisition d'un nouvel équipement est soumise à l'autorisation du directeur général de l'ARS qui se prononce en fonction « de la situation territoriale, du volume des actes, de leur nature ou de la spécialisation de l'activité ».

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE PROXIMITÉ | IRM | SCAN | Implantation (IRM + SCAN) |
|------------------------------------|-----|------|---------------------------|
| ZONE DE PROXIMITÉ REUNION-NORD | 6 | 6 | 5 |
| ZONE DE PROXIMITÉ LA REUNION-OUEST | 4 | 3 | 7 |
| ZONE DE PROXIMITÉ REUNION-SUD | 5 | 5 | 4 |
| ZONE DE PROXIMITÉ REUNION-EST | 2 | 2 | 3 |



Au 31 octobre 2023 le territoire compte 17 IRM et 16 scanners. Ces équipements sont portés par 19 entités juridiques différentes qui disposent chacune a minima d'un équipement (scanner ou IRM), et constituent chacune une implantation au sens du régime des autorisations (19 implantations).

Ce bilan fait apparaître de nombreuses implantations avec un nombre d'appareils inférieur à 3.

L'assouplissement des conditions d'acquisition de nouveaux scanners et IRM par les titulaires autorisés conduit à un risque d'inflation du nombre d'appareils pour l'ensemble du territoire sur les 5 prochaines années (si tous les détenteurs de moins de 3 EML devaient acquérir de nouveaux appareils jusqu'au seuil de 3).

Dans un contexte de tension sur la démographie des médecins radiologues et de manipulateurs en électroradiologie pouvant entraîner des ruptures dans la permanence de soins, il n'est pas prévu de créer de nouveaux sites d'implantation sur le territoire sur la durée du schéma régional de santé (SRS).

● Objectifs qualitatifs

- Maintenir et développer une offre d'imagerie adossée à des établissements de santé MCO leur garantissant sur site des EML (scanner et IRM) en réponse à leur activité. L'offre d'EML adossés aux établissements MCO, au-delà du seuil de 3 appareils, pourra être complétée au vu de l'activité constatée et des délais de prise en charge
- Maintenir une offre de d'imagerie en coupes accessible depuis la ville, soit par les implantations extrahospitalières soit par l'ouverture des implantations hospitalières aux patients de ville
- Maintenir le maillage territorial de l'accès à l'imagerie avec la consolidation ou constitution d'équipes territoriales de radiologues afin de répondre aux enjeux de démographie médicale et de permanence des soins.



Toute nouvelle demande ou de remplacement d'équipement d'imagerie en coupes devra garantir une offre de soins de qualité et une prise en charge optimale des patients et répondre aux besoins de la population en termes :

- D'accessibilité géographique ;
- De priorisation pour les activités demandeuses de ces imageries : activité de cancérologie, de cardiologie ou de neurologie...

Toute nouvelle demande doit tenir compte des filières et trajectoires des patients en quantifiant le besoin local filière par filière, le nombre d'examen à réaliser à partir de la file active et des recommandations de bonnes pratiques ou du guide de bon usage des examens d'imagerie et de prévoir des priorisations des rendez-vous dans les délais compatibles avec les nécessités de la prise en charge de ces patients.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONES DE PROXIMITE | Equipement matériel lourd | Implantations autorisées au 31/10/2023 (*) | OQOS Implantations cibles 2028 | |
|--------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|------|
| | | | Mini | Maxi |
| NORD | Equipements d'imagerie en coupes | | 5 | 5 |
| EST | Equipements d'imagerie en coupes | | 3 | 3 |
| OUEST | Equipements d'imagerie en coupes | | 3 | 3 |
| SUD | Equipements d'imagerie en coupes | | 4 | 4 |

(*) Pas d'implantations autorisées avant l'entrée en vigueur des nouveaux décrets relatifs aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement

Au 31 octobre 2023 le territoire Ouest compte 4 IRM et 3 scanners. Ces équipements sont portés par 7 entités juridiques distinctes.

Cette situation pourrait conduire à de 21 appareils pour la seule zone de l'Ouest sur la durée du SRS.

Dans le cadre des travaux du SRS, les titulaires des autorisations d'exploitation des EML de ce territoire ont été invités à réfléchir à une réorganisation de l'offre en terme d'implantation sur ce territoire, sans réduction du nombre d'appareils, tout en répondant de manière optimale aux besoins de la population.

La réduction envisagée du nombre d'implantations sur ce territoire s'inscrit dans le cadre d'un regroupement des opérateurs sur les deux établissements MCO du territoire :

- Regroupement des implantations situées sur le site de la Clinique Les orchidées
- Regroupement des implantations situées sur le site du CHOR
- Maintien d'une implantation extrahospitalière.

L'ARS veillera à autoriser l'augmentation du nombre d'appareils sur les sites hospitaliers en fonction du nombre d'actes et des délais de prise en charge.

Sur la zone Sud, il convient qu'une implantation soit délocalisée au sein de la Clinique Durieux.



EML 4. CAISSON HYPERBARE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, le caisson hyperbare relève de la zone de référence.

● Éléments de contexte

Le caisson hyperbare est une installation medicotechnique permettant de répondre à des situations aussi bien en urgence (accidents de plongée, intoxications au monoxyde carbone, embolie gazeuse...) que pour des pathologies chroniques (ulcères artériels ou diabétiques, pathologie post-radique, troubles de la cicatrisation, surdités brusques...).

Sur les deux appareils autorisés dans le cadre du schéma régional de santé 2018-2023, seul un caisson est actuellement mis en service.

● Situation des implantations au 31 octobre 2023

| ZONES DE RECOURS | Caisson hyperbare |
|----------------------|------------------------------|
| LA REUNION NORD-EST | 0 |
| LA REUNION SUD-OUEST | 1 implantation (2 appareils) |





● Objectifs qualitatifs

Cet équipement à vocation régionale doit être implanté dans des établissements aisément accessibles par voie routière et/ou aérienne (hélicoptère), et disposant notamment d'une réanimation adulte et pédiatrique et de capacités mobiles d'urgence et de réanimation. La haute technicité et la nécessité de ressources humaines dûment formées ainsi que la garantie d'une permanence de soins dédiée sont des prérequis à la pratique de cette activité.

Le territoire dispose aujourd'hui d'un caisson au CHU Sud, site de Saint-Pierre. Sur le site du CHU Sud, un deuxième équipement a été précédemment autorisé et est en cours d'installation.

La stratégie régionale vise à maintenir l'existant. La mise en service du deuxième équipement doit permettre de renforcer l'offre et répondre aux besoins du territoire.

La vocation de recours régional de l'implantation des équipements est réaffirmée. L'offre existante doit s'accompagner d'une coopération entre les établissements de santé, notamment pour favoriser l'accès des patients du Nord nécessitant une prise en charge de cicatrisation des plaies et pour ouvrir la possibilité à des médecins externes à l'établissement détenteur de l'autorisation de disposer de plages d'intervention pour les patients qu'ils suivent.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Équipement matériel lourd | Implantations autorisées au 31/10/2023 | Appareils autorisés au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | | OQOS Appareils cibles 2028 | |
|-------------------|---------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|------|----------------------------|------|
| | | | | Mini | Maxi | Mini | Maxi |
| LA REUNION | Caisson hyperbare | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |



EML 5. CYCLOTRON À UTILISATION MÉDICALE

Conformément à l'arrêté n°247-2023/ARS du 10 juillet 2023 relatif à la délimitation des zones relatives aux activités de soins et des équipements matériels lourds du Schéma Régional de Santé, **le cyclotron à utilisation médicale relève de la zone de référence.**

● Éléments de contexte

Le cyclotron assure la production de radio isotopes contribuant principalement au diagnostic et au traitement du cancer.

Lorsque le titulaire d'une autorisation de traitement du cancer par radiothérapie externe souhaite pratiquer la technique de proton thérapie, il doit disposer également, sur le même site, d'une autorisation de cyclotron à utilisation médicale.

● Situation des implantations et nombre d'appareils au 31 octobre 2023

Aucune implantation n'est autorisée sur le territoire au 31 octobre 2023.

● Objectifs quantitatifs – Implantations cibles 2028

| ZONE DE RÉFÉRENCE | Équipement matériel lourd | Implantations autorisées au 31/10/2023 | Appareils autorisés au 31/10/2023 | OQOS Implantations cibles 2028 | | OQOS Appareils cibles 2028 | |
|-------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|------|----------------------------|------|
| | | | | Mini | Maxi | Mini | Maxi |
| LA REUNION | Cyclotron à utilisation médicale | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |



LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PDSES) 2023-2028





INTRODUCTION

La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge en établissement de santé de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés, et dont l'hospitalisation n'était pas programmée.

Elle se distingue donc de la continuité des soins qui fait obligation à tout établissement de santé de garantir l'intervention d'un médecin, 24H/24, pour tout patient déjà hospitalisé.

Le volet dédié à l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) fixe des objectifs pour les zones du Schéma Régional de Santé en nombre de lignes de garde ou d'astreinte par spécialité médicale.

En application de l'article R.6111-41 du Code de la Santé Publique, il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds.

Les établissements de santé éligibles au titre de la mission de permanence des soins peuvent bénéficier d'un financement permettant de valoriser leur participation à cette mission de service public, pour les disciplines de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). L'éligibilité et le financement de cette mission d'intérêt général sont inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé.

● Schéma cible 2023-2028

Le volet du Schéma Régional de Santé consacré à la permanence des soins en établissements de santé sera élaboré en 2024.

Dans le cadre de la construction du schéma cible 2023-2028 de la PDSES du présent SRS, il y a lieu de prendre en compte les éléments suivants :

- La publication récente du rapport de l'IGAS sur la Permanence de Soins en Etablissements de Santé (PDSES)
- La révision du régime des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation, entrée en vigueur en juin 2023.

Ces éléments doivent conduire à une réforme nationale de la permanence des soins justifiant un temps complémentaire de concertation locale.

Dans l'attente de ces travaux régionaux, les lignes de la PDSES telles que définies dans le schéma cible du précédent SRS sont reconduites.



LEXIQUE ET GLOSSAIRE

A

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

AFD : Agence Française de Développement

AGEFIPH : Association nationale de GEstion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AGORAH : AGence pour L'Observation de La Réunion, l'Aménagement et l'Habitat

ALD : Affection de Longue Durée

AMAVI : Afflux Massif de Victimes

Ambulatoire (soins) : Les soins ambulatoires (ou soins de ville) sont les soins effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire. Ils sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) au titre de leur activité libérale. A l'hôpital, qualifie une prestation médicale assurée auprès d'un malade séjournant moins de 24 heures.

AME : Aide Médicale d'Etat

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANDISS : Association National des Directeurs et Intervenants d'Installations et des Services des Sports

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

B

BMR : Bactéries Multi Résistantes

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

BQP : Bouclier Qualité Prix

C

C2DS : Comité pour le Développement Durable en Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CAF : Caisse D'allocations Familiales



- CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- CDS** : Centre De Santé
- CEGIDD** : Centres Gratuits d'Information, Dépistage et Diagnostic
- CESP** : Contrat d'Engagement de Service Public
- CETD** : Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
- CGSS** : Caisse Générale de Sécurité Sociale
- CH** : Centre Hospitalier
- CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- CIRAD** : Centre de coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement
- CLS** : Contrats Locaux de Santé
- CLSPD** : Conseil Local et Conseil Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
- CMP** : Centre Medico-Psychologique
- CMPEA** : Centres Médico-Psychologiques de l'Enfant et Adolescent
- CMUC** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- CNR** : Conseil National de la Refondation
- COI** : Communauté de l'Océan Indien
- COS** : Cadre d'Orientations Stratégiques
- CPEM** : Cycle Préparatoire Aux Etudes De Médecine
- CPOM** : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- CNSA** : Caisse Nationale De Solidarité Pour l'Autonomie
- CRCSUR** : Centre de ressources Cohésion sociale et urbaine à La Réunion
- CREPS** : Centre De Ressources d'Expertise Et De Performance Sportive
- CROS** : Comité Régional Olympique Et Sportif
- CRSA** : Conférence(s) Régionale(s) de la Santé et de l'Autonomie
- CRT** : Centre de Ressources Territorial
- CSS** : Complémentaire Santé Solidaire
- CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CTSM** : Communauté Territoriale de Santé Mentale
- CTSM** : Contrat Territorial de Santé Mentale

D

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



DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

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

DEETS : Directions de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

DPC : Développement Professionnel Continu

DRAJES : Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports

DRDFE : Direction Régionale Aux Droits Des Femmes Et A L'égalité

DROM : Département et Régions d'Outre-Mer

E

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPMO : Emplois Protégés-adaptés en Milieu Ordinaire

ES : Etablissement de Santé

ESMS : Etablissement Social ou Médico-Social

ESMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

ETP : Education Thérapeutique du Patient

F

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

FHF : Fédération Hospitalière de France

FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

G

GCS Tesis : Groupement de Coopération Sanitaire. Organisation de santé publique à but non lucratif, détenue et gouvernée par les acteurs de la santé et du médico-social de La Réunion et de Mayotte. Développe des services e-Santé.

GEM : Groupement d'Entraide Mutuelle

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIPSAP : Groupement d'Intérêt Public pour les Services A la Personne

GMPSOI : Groupement des Maisons et Pôles de Santé de l'Océan Indien



H

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité en Santé

I

ICOPE : Integrated Care for Older People (Soins intégrés pour personnes âgées) ; Développé par l'OMS, le programme ICOPE a pour objectif de retarder la dépendance en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les séniors.

IDE : Infirmiers Diplômés d'Etat

IFSI : Institut de Formation des Soins Infirmiers

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmiers en Pratiques Avancées

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

IRTS : Institut Régional du Travail Social

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

J

JDC : Journée de Défense et de Citoyenneté

L

LAM : Lit d'Accueil Médicalisé

LHSS : Lit Halte Soins Santé

M

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Conduites Addictives

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSS : Messagerie Sécurisée de Santé



N

NEET : Ni En Emploi, Ni En Etudes, Ni En Formation

O

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMSA : Organisation Mondiale de la Santé Animale

ORS : Observatoire Régional de Santé

P

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PCA : Plan de Continuité d'Activité

PCO : Plateforme de Coordination et Orientation

PDALHPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées

PDS : Permanence des soins. Organisation de l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées des patients ; c'est une mission de service public qui peut incomber aux ES.

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires. C'est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

PFTA : Plateforme Territoriale d'Accompagnement

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNA : Plan National Alimentation

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNSE : Plan National Santé Environnement

PNUE : Programme des Nations Unies pour l'Environnement

PRA : Plan de Reprise de l'Activité

PRAANS : Programme Régional Alimentation Activités Nutrition Santé

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

PRS : Projet Régional de Santé

PRSE : Projet Régional de Santé Environnement



PS : Professionnel de Santé

Q

QPV : Quartier Prioritaire de la Ville

QVT : Qualité de Vie au Travail

R

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

RGP : Recensement Général de la Population

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

RSA : Revenu Solidarité Active

S

SAD : Services Autonomie à Domicile

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAOME : Santé Addictions Outre-Mer. Centre de ressources et d'expertise sur les usages et addictions

SPF : Santé Publique France **SAS** : Service d'accès aux soins (SAS). Le SAS est un service d'orientation de la population permettant d'accéder rapidement à un professionnel de santé pouvant fournir un conseil médical, orienter le patient vers une consultation non programmée en ville ou vers un service d'urgence et/ou déclencher l'intervention d'un SMUR.

SE : Santé Environnement

SEDMER : Société d'endocrinologie diabète métabolismes de La Réunion

SEGA (Réseau) : Le réseau SEGA – One Health regroupe les cinq États membres de la COI, l'Union des Comores, France/Réunion, Madagascar, Maurice et Seychelles. L'objectif du réseau SEGA – One Health est de renforcer la sécurité sanitaire dans l'espace COI.

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

SNANC : Stratégie Nationale Alimentation, Nutrition, Climat

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SNSS : Stratégie Nationale de Sport Santé

Soins primaires : Soins de premier recours ou de premier niveau, c'est-à-dire le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent.

SRS : Schéma Régional de Santé

SSE : Situations Sanitaires Exceptionnelles

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSsO : Stratégie Sport Santé sur Ordonnance

T

TCA : Trouble Comportement Alimentaire

THC : Tétrahydrocannabinol (principe psychotrope du cannabis)

TND : Trouble du Neuro-Développement

U

Usager (du système de santé) : Celui qui a recours au système de santé pour les soins courants. Les usagers du système de santé représentent donc, potentiellement, l'ensemble des personnes vivant en France sous l'angle spécifique de leur rapport au système de santé, en tant qu'utilisateurs, mais également contributeurs de son financement ou encore - dans l'idéal - de son organisation.

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux

USIP : Unité de Soins Intensifs et Polyvalente

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs

V

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B



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

www.lareunion.ars.sante.fr



ARS LA RÉUNION

2bis, Avenue Georges Brassens
CS 61002 - 97743 Saint Denis CEDEX 9
☎ 02 62 97 90 00

*Votre santé
notre ambition*