



PRRS
2
PROJET DE SANTÉ
2018 - 2028 • RÉUNION - MAYOTTE

SRS

SCHÉMA DE SANTÉ

2018-2023

VOLET 1

LA RÉUNION ET MAYOTTE :
Principes transversaux structurants



SOMMAIRE

I. DES PARCOURS FLUIDES ET SANS RUPTURE.....	3
1. <i>La notion de parcours de santé</i>	<i>4</i>
2. <i>Cadre juridique et politique de la coordination des parcours</i>	<i>5</i>
3. <i>Schéma cible de la coordination des parcours à La Réunion et à Mayotte</i>	<i>7</i>
4. <i>Précisions sur le schéma cible de la coordination graduée des parcours pour Mayotte</i>	<i>9</i>
II. UNE OFFRE DE SANTE ACCESSIBLE A TOUS.....	10
1. <i>Renforcer l'accessibilité au 1er recours dans les écarts (La Réunion)</i>	<i>11</i>
2. <i>Soutenir l'accès au 2ème recours ambulatoire (La Réunion)</i>	<i>12</i>
3. <i>Garantir un maillage territorial et une accessibilité aux soins de 1er recours et au 2ème recours ambulatoire (Mayotte).....</i>	<i>13</i>
4. <i>Poursuivre le renforcement de l'attractivité pour les professionnels de santé et l'accès aux formations en santé (Mayotte).....</i>	<i>15</i>
III. LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE.....	17
1. <i>Renforcer les capacités d'action en prévention primaire</i>	<i>18</i>
2. <i>Coordonner l'action publique locale en matière de prévention</i>	<i>19</i>
3. <i>Intégrer la prévention dans les parcours de soins.....</i>	<i>21</i>
IV. LA MOBILISATION DES USAGERS ET LA PLACE DONNEE A LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	23
1. <i>Soutenir les usagers du système de santé dans l'exercice de leurs droits.....</i>	<i>24</i>
2. <i>Associer les usagers à la gouvernance du système de santé</i>	<i>25</i>
3. <i>Développer les démarches en santé communautaire à Mayotte</i>	<i>26</i>
V. LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES, ET DES ACTEURS PUBLICS, AU NIVEAU REGIONAL/DEPARTEMENTAL ET LOCAL.....	27
VI. UN SYSTEME DE SANTE PERFORMANT ET INNOVANT, FAVORISANT LA E-SANTE, LA FORMATION ET LA RECHERCHE.....	29
1. <i>Développer la recherche régionale en santé.....</i>	<i>30</i>
2. <i>Investir dans les systèmes d'information de santé et accompagner le développement de la filière e-santé et des technologies digitales</i>	<i>31</i>
3. <i>Adapter les Ressources Humaines aux besoins des activités sanitaires et médico-sociales.....</i>	<i>34</i>
REPertoire DES SIGLES.....	36

1. La notion de parcours de santé

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

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

Les étapes clés du parcours sont les suivantes :



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Cadre juridique et politique de la coordination des parcours

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

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

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

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

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

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

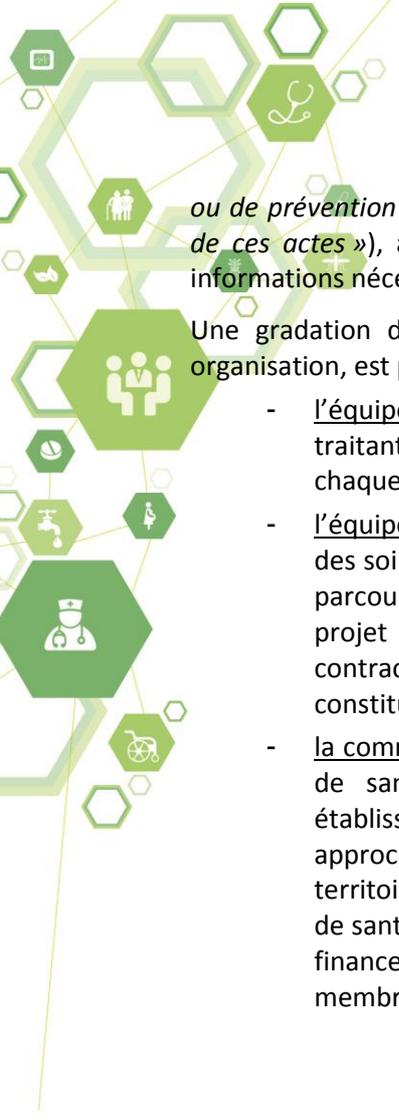
L'organisation de ces fonctions peut se faire au travers d'une « plate-forme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes » (PTA). Cette dernière doit alors proposer à terme l'ensemble des fonctions, indépendamment de l'âge, de la pathologie ou du handicap du patient, soit en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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le schéma cible est donc le suivant :

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

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

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



Elles pourront bénéficier de financement de l'ARS, dans le cadre d'une contractualisation portant sur leur participation à la mise en œuvre de certaines priorités régionales de santé, comme par exemple le dépistage des maladies métaboliques, la participation à des projets de prévention individualisé, la mise en œuvre d'un programme régional d'éducation thérapeutique du patient, ou l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et l'organisation en conséquence des soins de 1^{er} recours

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

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

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

I. UNE OFFRE DE SANTE ACCESSIBLE A TOUS

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

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

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

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

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

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

Le système de santé doit veiller :

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

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

Traduction pour La Réunion
<ol style="list-style-type: none">1. Renforcer l'accessibilité au 1^{er} recours dans les écarts2. Soutenir l'accès au 2^{ème} recours ambulatoire, en articulation avec le 1^{er} recours
Traduction pour Mayotte
<ol style="list-style-type: none">3. Garantir un maillage territorial et une accessibilité pour tous aux soins de 1^{er} recours, et au 2^{ème} recours4. Poursuivre le renforcement de l'attractivité pour les professionnels de santé et l'accès aux formations en santé

1. Renforcer l'accessibilité au 1^{er} recours dans les écarts (La Réunion)

Éléments de contexte
<p>95 % des Réunionnais sont à moins de 10 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proche. Les patients consultent peu en dehors de leur territoire de résidence en 1^{er} recours: seulement 5 % se font soigner en dehors de leur bassin de vie (au sens des quatre microrégions).</p> <p>Cette situation favorable est nuancée par une plus faible densité de médecins généralistes dans l'Est, le Sud et les écarts, justifiant une attention à la bonne répartition territoriale des professionnels de santé du 1^{er} recours.</p> <p>La Réunion comporte 23 communes classées en zone de montagne selon les critères de la loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne.</p> <p>10% des Réunionnais vivent à plus de 30 minutes des urgences, essentiellement dans les écarts, avec des regroupements d'habitants permettant rarement de disposer d'une continuité de peuplement suffisant pour l'installation d'un médecin généraliste.</p> <p>Un hélismur, programmé dans le présent SRS – Volet Réunion, devrait conforter l'accès aux soins urgents en journée.</p>
Actions et Leviers d'action
<ol style="list-style-type: none">1. Identification des zones concernées par un vieillissement à terme des médecins généralistes libéraux, avec risque de basculement en zone fragile ou sous-dotée2. Mobilisation des dispositifs légaux et conventionnels de soutien à l'installation et au maintien des professionnels de santé libéraux, notamment au travers de la révision du zonage3. Accompagnements complémentaires régionaux pour encourager la création de structures d'exercice coordonné (maison de santé pluri professionnelle, centre de santé), dans les zones fragiles ou sous-dotées4. Aides régionales à l'installation, avec le soutien des collectivités locales, dans les zones à présence médicale fragile pour prévenir le basculement en zone sous-dotée5. Incitation des médecins exerçant ou résidant dans les écarts à être correspondants du SAMU, et mise en place de formations en rapport6. Soutien à l'exercice mixte libéral / salarié en établissements de santé, pour favoriser la couverture des zones fragiles ou sous-dotées7. Consolidation de la couverture médicale et soignante de Mafate, portée par le CHU (SAMU) au titre de sa mission de service public de santé8. Elaboration d'un projet de santé pour Cilaos, associant les professionnels libéraux, le CHU, le secteur social et médico-social, et les acteurs de la prévention, pour garantir la permanence des soins et répondre en proximité aux besoins de soins et d'accompagnement de la population du cirque9. Conventionnement avec la gendarmerie pour le recours à son hélicoptère dans les périodes de maintenance de l'Hélismur à La Réunion
Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">▪ Pacte territoire santé▪ Plan égal accès aux soins
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">▪ CGSS▪ Collectivités locales▪ Professionnels de santé libéraux▪ CHU▪ Services publics présents dans le cirque

2. Soutenir l'accès au 2^{ème} recours ambulatoire (La Réunion)

Éléments de contexte

Si la démographie réunionnaise des spécialistes s'est fortement améliorée sur les 10 dernières années, avec une stabilité de la part de l'exercice libéral, elle connaît encore plusieurs fragilités :

- la densité de médecins spécialistes reste en retrait des moyennes métropolitaines,
- certaines spécialités sont en forte tension, avec une avancée en âge des professionnels annonçant des départs en retraite sans certitude de remplacement,
- certains territoires (Nord et Est) sont déficitaires par rapport à la moyenne régionale,
- les délais d'obtention de rendez-vous, souvent comparables à ceux mesurés en métropole, sont néanmoins longs, se comptant parfois en mois.

La structure de l'offre hospitalière, avec un secteur privé développé et dynamique, est un élément de stabilisation et d'attraction pour des médecins spécialistes libéraux, avec toutefois une concentration sur les centres villes des grandes communes.

Le regroupement en URPS, et en inter-URPS, est favorable à des initiatives communes aux différents professionnels de santé.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé restent peu développés, alors que des besoins existent à l'exemple de l'ophtalmologie pour l'accès aux soins.

L'analyse des parcours montre que la complémentarité et la gradation du recours entre médecins généralistes, autres spécialistes, et autres professionnels de santé, restent insuffisantes.

Actions et Leviers d'action

1. Accompagnement des projets d'exercice coordonné associant des médecins spécialistes
2. Promotion des consultations avancées de médecins spécialistes, au sein des structures d'exercice coordonné
3. Déploiement des protocoles de coopération entre professionnels de santé
4. Encouragement à l'exercice mixte libéral/salarié pour les médecins spécialistes
5. Plaidoyer sur la cotation des actes des spécialistes et l'abaissement de la fiscalité locale (octroi de mer) sur les produits et équipements de santé
6. Définition de règles d'adressage entre professionnels de santé dans le cadre de l'organisation des parcours de santé régionalement prioritaires
7. Promotion de la télé-médecine
8. Déploiement de la téléconsultation et de la télé-expertise à partir des structures d'exercice coordonné

Lien programmes ou plans d'action existants

- Pacte territoire santé
- Plan égal accès aux soins

Acteurs associés

- CGSS
- Collectivités locales
- Professionnels de santé libéraux

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

Éléments de contexte

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

Les professionnels de santé libéraux sont en nombre limité, avec quelques premières organisations d'exercice coordonné, dans un contexte général de très faible densité des professionnels de santé. L'absence d'organisation de transports collectifs, à l'exception des taxis coûteux pour la population, le faible niveau d'équipement des ménages en voiture, et des infrastructures routières saturées, renforcent la nécessité d'un maillage de proximité de l'offre de soins.

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

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

Actions et Leviers d'action

1. Réaffirmation du rôle des centres de consultations et des centres de référence dans l'exercice, en proximité, de l'ensemble des missions attendues du 1^{er} recours (diagnostic, orientation, traitement ; suivi des patients et coordination des parcours ; relais des politiques de santé publique en matière de prévention, dépistage et éducation à la santé) autour d'un projet territorial de santé :
 - Analyse territoriale de la couverture médicale et soignante, pour cibler les centres de consultations ou de référence prioritaires
 - Révision des plages d'ouverture, réservation de certaines plages à l'accueil sur rendez-vous
 - Renforcement des compétences et effectifs médicaux et soignants
 - Schéma cible d'accès à l'imagerie et aux analyses biomédicales dans les centres de consultations et centres de référence
 - Développement des compétences de coordination de parcours
 - Accueil de projets de prévention et promotion de la santé, et d'éducation thérapeutique du patient
 - Informatisation des centres, et développement du recueil d'activité
 - Evolution à envisager vers des centres de santé
 - Intégration de la télémédecine
2. Poursuite du soutien à l'exercice coordonné des professionnels libéraux, avec des projets de santé intégrant notamment les priorités locales de santé, l'ETP et l'accueil d'étudiants en santé
3. Remise à niveau des capacités de soins et de prévention de la PMI dans le cadre du protocole Etat/Département, en complémentarité et avec l'appui du CHM
4. Evolution du carnet de santé vers un outil sécurisé et communiquant entre les professionnels de santé (libéraux, PMI, centres de consultation ou de référence, services d'hospitalisation), et confortant le lien ville-hôpital
5. Maintien et formations des médecins correspondants du SAMU dans les centres de consultations ou de référence, et ouverture de cette mission aux médecins libéraux
6. Définition et organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA)

- 
7. Téléconsultations et la télé-expertises, à partir des centres de consultation ou de référence, et des structures d'exercice coordonné
 8. Renforcement des spécialités médicales du CHM
 9. Missions sur place des centres ressources et de référence positionnés à La Réunion
 10. Mise en place d'une organisation pérenne de missions sur place de spécialistes libéraux de La Réunion ou de métropole pour des périodes de consultations programmées
 11. Identification et déploiement des protocoles de coopération entre professionnels de santé
 12. Application des dispositions de type « pratiques avancées »

Lien programmes ou plans d'action existants

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

Acteurs associés

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

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

Éléments de contexte

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

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

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

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

Actions et Leviers d'action

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

5. Développement de la recherche médicale sur le territoire comme levier d'attractivité pour les professionnels de santé, notamment libéraux.

Lien programmes ou plans d'action existants

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

Acteurs associés

- CSSM
- Département
- Vice-rectorat
- CHM
- CUFR
- Professionnels de santé libéraux
- Ordres professionnels
- URPS
- CHU de La Réunion
- MSP et autres structures d'exercice coordonné

II. LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE

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

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

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

Deux modes d'intervention complémentaires sont à promouvoir

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

La prévention doit ainsi faire appel :

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

Traduction pour La Réunion et Mayotte

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

1. Renforcer les capacités d'action en prévention primaire

Éléments de contexte

Les projets de prévention en santé rencontrent plusieurs écueils :

- des financements annuels n'apportant pas aux opérateurs la sécurité nécessaire à l'engagement de long terme
- un turn over des professionnels, surtout à Mayotte
- l'organisation d'événementiels ou de campagne de communication non-coordonnées entre opérateurs ou avec les pouvoirs publics
- une dispersion territoriale des soutiens
- une insuffisante évaluation et valorisation des résultats obtenus
- un recours limité à des expérimentations assurant un renouvellement des approches et méthodes
- une faible inscription dans des démarches territoriales mobilisant les dynamiques d'animation sociale, de démarches communautaires, ou d'organisation du cadre de vie

Actions et Leviers d'action

1. Formation des acteurs sanitaires et sociaux aux enjeux et méthodes de prévention en santé, à la conduite de projet en santé publique, et à l'intervention en santé communautaire
2. Appui au montage de projet et à la gestion associative à Mayotte
3. Renforcement des opérateurs de prévention/promotion de la santé de 2^{ème} ligne (type IREPS ou réseaux de santé thématiques) en capacité d'accompagner les promoteurs, d'évaluer les projets, et de capitaliser et diffuser les bonnes pratiques
4. Consolidation des opérateurs de prévention par la poursuite et l'extension de la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens, assurant une lisibilité des soutiens, une capacité d'adaptation des programmes d'action aux orientations des politiques locales de santé, et une sécurisation de la gestion et de la gouvernance
5. Investissement du parcours éducatif en santé au sein des établissements scolaires, et accent sur le développement des compétences psycho-sociales des jeunes
6. Evaluation des projets de prévention et mise à disposition d'indicateurs soutenant la performance des actions
7. Recours à des expérimentations, avec évaluation et capitalisation des résultats
8. Investissement du numérique et des réseaux sociaux
9. Promotion des démarches de santé communautaire
10. Valorisation de la prévention par les pairs, et du recours aux patients experts

Lien programmes ou plans d'action existants

- Stratégie nationale de santé

Acteurs associés

- Organismes de protection sociale
- Services de l'Etat
- Collectivités locales
- Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

2. Coordonner l'action publique locale en matière de prévention

Éléments de contexte

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

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

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

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

Actions et Leviers d'action

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



Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">Stratégie nationale de santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">Organismes de protection socialeOrganisme de protection complémentaire (Mutualité)Services de l'EtatCollectivités locales

3. Intégrer la prévention dans tous les parcours de soins

Éléments de contexte

La prévention en santé est indissociable des démarches de soins, ces dernières comprenant nombre d'actes de prévention individuelle (dépistage et diagnostic, vaccination, actions d'éducation thérapeutique...), particulièrement dans la perspective d'une prévention tout au long de la vie, et de la prise en compte des maladies chroniques, du handicap et de la perte d'autonomie.

La contribution à la prévention de tous les professionnels de santé doit être réaffirmée.

Le 1^{er} recours peut ainsi mieux promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé, et repérer les risques et fragilités, tant au cours de la phase d'interrogatoire que de la phase d'examen clinique du patient.

Les Equipes de Soins Primaires, les Maisons Pluriprofessionnelles de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, mais également les centres de consultations et référence pour Mayotte, ont vocation à inclure dans leur projet de santé un volet « promotion de la santé », faisant appel aux actes de soins : consultations préventives, générales ou thématiques, pratiques cliniques préventives (« counselling », dépistage, médication préventive...).

La conférence de consensus diabète 2016-2017 a produit un référentiel distinguant les apports et motifs de recours au dépistage individuel (ou opportuniste) et au dépistage communautaire, exigeant la réorientation du patient vers son médecin traitant et vers une offre de prévention individualisée. Cette démarche, qui lie la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, les approches collectives, et l'inscription ou la réinscription des patients dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant, est à appliquer et à étendre.

Une communication sur l'importance de réaliser précocement des dépistages doit inciter les usagers à consulter leur médecin traitant ou leur dentiste de façon proactive.

Actions et Leviers d'action

1. Projet de santé des structures d'exercice coordonnée et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
2. Déclinaison d'une stratégie de promotion de la vaccination
3. Consultations préventives, avec ciblage des publics
4. Repérage des personnes en écart des parcours de soins et sensibilisation au rapprochement du médecin traitant
5. Déploiement de l'Education Thérapeutique du Patient :
 - une ETP de proximité, visant les pathologies diabétiques, rénales et cardio-vasculaires, pour des accompagnements en première intention ou en reprise, mise en œuvre par les associations, les professionnels de santé libéraux voire les établissements de santé, à partir de programmes labellisés régionaux portés par une structure de gestion, chargée du suivi du programme, de son déploiement, du recrutement et de la supervision des intervenants en santé, et de l'orientation des patients (première expérimentation à conduire sur l'ETP diabète)
 - une ETP territorialisée, dispensée par des structures coordonnées de soins (MSP ou pôles de santé, communautés professionnelles territoriales de santé), voire des établissements de santé, permettant de mobiliser une plus grande pluridisciplinarité, et des ressources éducatives complémentaires ;
 - une ETP de recours, en établissement de santé, orientée vers les maladies rares ou à faibles effectifs.
6. Dépistages communautaires, à destination de territoires ou publics fragilisés, garantissant l'orientation vers une prévention individualisée et le 1^{er} recours, et selon des techniques validées et peu onéreuses

- 
7. Campagne d'information sur l'intérêt des dépistages individuels (ou opportunistes) auprès des médecins traitants, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et infirmiers
 8. Animation régionale des professionnels de santé autour des recommandations et protocoles de dépistage, prévention, et prise en charge, à partir des associations et réseaux thématiques, des comités techniques régionaux, PTA
 9. Déploiement du service sanitaire

Lien programmes ou plans d'action existants

- Stratégie nationale de Santé
- Politique régionale de déploiement de l'ETP
- Conférence de consensus diabète
- Plan d'action SAF

Acteurs associés

- CGSS
- CSSM
- Organisme de protection complémentaire (Mutualité)
- Département
- Santé scolaire et universitaire
- Santé au travail
- URPS
- Associations et réseaux de santé
- Professionnels de santé libéraux
- Instituts et écoles de formation des professionnels de santé
- Université et CUFR

III. LA MOBILISATION DES USAGERS ET LA PLACE DONNEE A LA SANTE COMMUNAUTAIRE

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

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

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

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

Traduction pour La Réunion et Mayotte

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

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

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

Éléments de contexte

Pour servir l'ambition « de donner les moyens à chaque citoyen de trouver, d'évaluer et d'utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche », il est nécessaire de faciliter la symétrie des informations en s'appuyant sur des pratiques professionnelles renouvelées et sur les nouvelles technologies.

Chaque citoyen doit pouvoir accéder aux différents supports d'information concernant non seulement ses droits, mais aussi ses données médicales.

Actions et Leviers d'action

1. Portail OIIS Ma santé, Mes Données de Santé et le DMP
2. Documentation sur les droits des usagers à l'accueil des établissements de santé, dans les cabinets libéraux et les établissements et services sociaux et médico-sociaux
3. Utilisation du Facile à Lire et à Comprendre (FALC)
4. Utilisation de supports variés et multiples
5. Pratique des questionnaires de satisfaction
6. Renforcement des maisons des usagers comme espace visible et pérenne au sein des établissements de santé, avec une permanence de représentants des usagers désormais formés par un organisme agréé
10. Organisation de journées annuelles des droits des usagers par les associations représentatives
11. Formation des professionnels de santé et des usagers aux droits des usagers et à la culture de décision partagée entre soignants et patients
12. Patients experts

Lien programmes ou plans d'action existants

- Stratégie nationale de Santé

Acteurs associés

- France Asso Santé (UNAASS) - URAASS Océan Indien, associations d'usagers, de familles
- Ordres professionnels
- URPS
- Etablissements de santé
- Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)
- Associations

2. Associer les usagers à la gouvernance du système de santé

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

3. Développer les démarches en santé communautaire à Mayotte

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

IV. LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES, ET DES ACTEURS PUBLICS, AU NIVEAU REGIONAL/DEPARTEMENTAL ET LOCAL

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

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

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

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

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

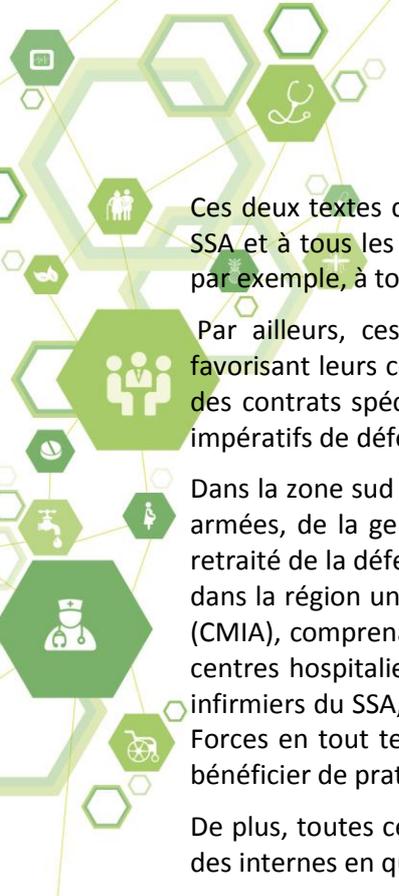
- **d'instances renouvelées de coordination de l'action publique en faveur de la santé, au niveau régional/départemental et local (révision des CCPP)**
- **d'outils de contractualisation, portant les engagements réciproques, construits autour de thématiques circonscrites et priorisées**
- **d'expérimentation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

Focus sur la coopération avec le Service des Santé des Armées (SSA)

Depuis la publication du « Modèle SSA 2020 », le service de santé des armées (SSA) a engagé une politique d'ouverture à la santé publique qui en fait désormais un acteur à part entière du service public de santé sur l'ensemble du territoire national, y compris ultra-marin.

Dans ce contexte, les projets régionaux de santé (PRS) doivent prendre en compte les expertises et savoir-faire spécifiques du SSA utiles à la santé publique, tout en tenant compte des impératifs et des missions de défense de cette institution militaire.

Depuis cinq ans, la complémentarité et l'ouverture du SSA à la santé publique se traduisent de multiples façons, qu'il s'agisse de ses apports à la résilience de la Nation lors d'épidémies, d'attentats, de mouvements sociaux ou d'évènements climatiques, ou des nombreux partenariats tissés avec les acteurs civils de santé. Cette évolution est désormais consacrée dans des textes majeurs tels que la loi du 26 janvier 2016, le protocole interministériel signé par les ministres de la santé et de la défense le 6 avril 2017 et, plus récemment encore, par l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018, prise en application de l'article 222 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.



Ces deux textes de loi consacrent l'inscription du SSA dans les territoires de santé en conférant, au SSA et à tous les acteurs de santé, un ensemble d'outils juridiques très conséquent. Ils permettent, par exemple, à toute structure du SSA d'être associée dans des partenariats de territoire.

Par ailleurs, ces textes renforcent considérablement les relations entre les ARS et le SSA en favorisant leurs contributions réciproques et en prévoyant une contractualisation des relations dans des contrats spécifiques, proches des CPOM classiques, mais prenant en compte les besoins et les impératifs de défense.

Dans la zone sud de l'océan indien, le SSA soutient environ 5000 militaires et civils (du ministère des armées, de la gendarmerie nationale et du service militaire adapté), leurs familles et le personnel retraité de la défense. Sous la tutelle d'une direction interarmées du service de santé, sont implantés dans la région une unité de distribution de produits de santé et deux centres médicaux interarmées (CMIA), comprenant sept antennes médicales réparties sur la Réunion et Mayotte, avec lesquels les centres hospitaliers ont pu nouer des liens privilégiés, l'intérêt majeur étant, pour les praticiens et infirmiers du SSA, d'optimiser leurs compétences pour remplir leur mission première : le soutien des Forces en tout temps, en tout lieu et en toutes circonstances et, pour les établissements civils, de bénéficier de praticiens qualifiés en renfort.

De plus, toutes ces entités peuvent concourir également à la formation des élèves paramédicaux et des internes en qualité de lieux de stage.

Fort de cette nouvelle dynamique d'ouverture du SSA, il sera nécessaire, dans le cadre de la déclinaison de la politique régionale de santé, de poursuivre les actions de coopération existante, d'en promouvoir de nouvelles et de les formaliser dans un contrat spécifique régional, reconnaissant une place à part entière aux structures militaires qui participent à l'offre de soins du territoire (participation à la PDSES, proposition d'une offre spécialisée, etc.) et associant les structures civiles à l'effort de défense (proposition d'une offre spécialisée aux militaires blessés ou aux victimes d'attentats, etc.).

La promotion de la réserve ainsi que la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, quelles que soient leurs causes, s'inscrivent aussi pleinement dans ces coopérations. De plus, à côté des soins, il est important de souligner l'intérêt de ces coopérations dans le cadre de l'enseignement et de la recherche.

V. UN SYSTEME DE SANTE PERFORMANT ET INNOVANT, FAVORISANT LA E-SANTE, LA FORMATION ET LA RECHERCHE

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

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

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

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

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

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

Traduction pour La Réunion et Mayotte

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

1. Développer la recherche régionale en santé

Éléments de contexte

L'ambition de l'ARS OI est de contribuer à l'émergence progressive d'un Espace de Recherche et d'Innovation dans la zone océan Indien, fédérant et mutualisant des ressources, des équipements et des compétences contribuant à répondre aux enjeux sanitaires.

Il s'agit d'accroître le potentiel de la recherche en santé et biotechnologies dans la zone Océan Indien, améliorant ainsi la compétitivité des équipes et leur capacité de réponse aux appels à projets régionaux, nationaux, européens et internationaux.

La recherche en santé à La Réunion, avec notamment la création récente de la plateforme CYROI (2009), de l'UFR de Santé (2011), et du Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion (2012), connaît aujourd'hui un développement dynamique. Une étape est franchie avec la labellisation de deux Unités Mixtes de Recherche INSERM à La Réunion, concernant deux thématiques prioritaires de santé publique : les maladies métaboliques (diabète, accident vasculaire cérébral...) et les maladies infectieuses (chikungunya, dengue, paludisme, arbovirus, leptospirose...).

A Mayotte, le CUFR peut constituer un premier appui à la recherche, avec la mobilisation attendue de l'ensemble du champ local de la santé.

L'ARS OI soutient le principe de « continuum » de la recherche visant à créer un lien fort entre la recherche préclinique et la recherche clinique, grâce à une politique cohérente de thématiques de santé publique prioritaires, et une identification des rôles et responsabilités respectives de chacun des acteurs.

Actions et Leviers d'action

1. Installation, avec la délégation régionale à la recherche et à la technologie, la préfecture, le rectorat, et la région, d'une coordination régionale de la recherche en santé, favorisant la cohérence de l'action publique locale
2. Accompagnement des projets de recherche collaboratifs menés par des organismes de recherche portant sur les priorités affirmées régionalement telles que les maladies chroniques, les maladies infectieuses, la périnatalité, la santé mentale, et les maladies vectorielles
3. Expérimentations et recherches-actions en matière de prévention (dynamiques comportementales, perceptions des risques..), en bénéficiant de l'appui méthodologique et l'expertise de l'EHESP, de l'Agence Nationale de Santé Publique France ,et des autres agences nationales de santé
4. Participation des médecins et professionnels de santé libéraux dans les programmes de recherche clinique.

Lien programmes ou plans d'action existants

- Stratégie nationale de Santé

Acteurs associés

- DRTT
- Conseil Régional
- Université de La Réunion
- CHU, et autres établissements de santé
- CUFR
- CYROI
- URPS

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

Éléments de contexte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Un espace de travail, La Ruche e-santé, dédié aux membres du GCS et qui a vocation à développer des techniques de facilitation graphique et organisationnelle pour accompagner les projets de transformation.

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

Actions et Leviers d'action

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

Lien programmes ou plans d'action existants

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

Acteurs associés

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Actions et Leviers d'action

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

Lien programmes ou plans d'action existants
<ul style="list-style-type: none">Stratégie nationale de santé
Acteurs associés
<ul style="list-style-type: none">Région (Réunion)Département (Mayotte)Université de La RéunionCUFR de MayotteInstituts de formation



REPertoire DES SIGLES

A

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

AME : aide médicale de l'Etat

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

AVC : accident vasculaire cérébral

C

CCAS : centre communal d'action social

CCPP : commission de coordination des politiques publiques

CGSS : caisse générale de sécurité sociale

CHM : centre hospitalier de Mayotte

CHU : centre hospitalier universitaire

CMUC : couverture maladie universelle complémentaire

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CSA : conférence de Santé et de l'Autonomie

CSSM : caisse de sécurité sociale de Mayotte

CYROI : cyclotron Réunion Océan Indien

CUFR : centre universitaire de formation et de recherche

D

DCC : dossier communicant en cancérologie

DMP : dossier médical partagé

DRTT : délégation régionale à la recherche et à la technologie

E

EHESP : école des hautes études en santé publique

ESP : équipe de soins primaires

ESMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux

ETP : éducation thérapeutique du patient

F

FALC : facile à lire et à comprendre

G

GCS : groupement de coopération sanitaire

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

GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

H

HAS : haute autorité en santé

I

ICC : insuffisance cardiaque chronique

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

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

IRC : insuffisance rénale chronique

IREPS : instance Régionale d'Education et de Promotion Santé

IRMSOI : institut régional de management en santé océan indien

M

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

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

O

OIIS : Océan Indien Innovation Santé

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

P

PACES : première année commune aux études de santé

PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PDSA : permanence des soins ambulatoire

PMI : protection maternelle et infantile

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

PRS : projet régional de santé

PTA : plateforme territorial d'appui

R

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

ROR : répertoire opérationnel des ressources

R2S : réseau régional santé social

S

SAF : syndrome d'alcoolisation foetale

SAMU : service d'aide médicale urgente

SNDS : système national des données de santé

SRS : schéma régional de santé

U

UFR : unité de formation et de recherche

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

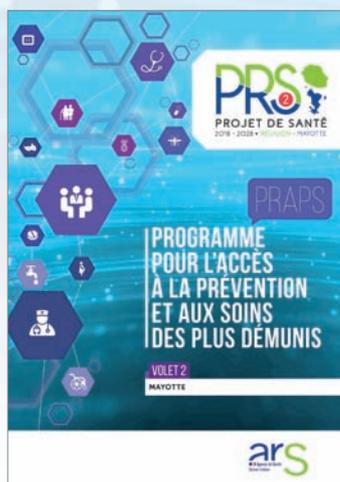
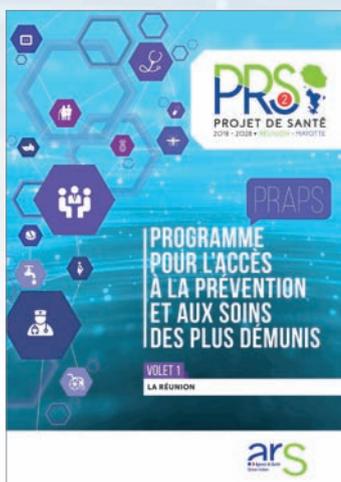
URAASS : union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé

URPS : union régionale des professionnels de santé



TOUTES NOS
PUBLICATIONS

PRs2



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

www.ocean-indien.ars.sante.fr

ARS Océan Indien

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

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

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

