



Elaboration du Projet de Santé La Réunion – Mayotte

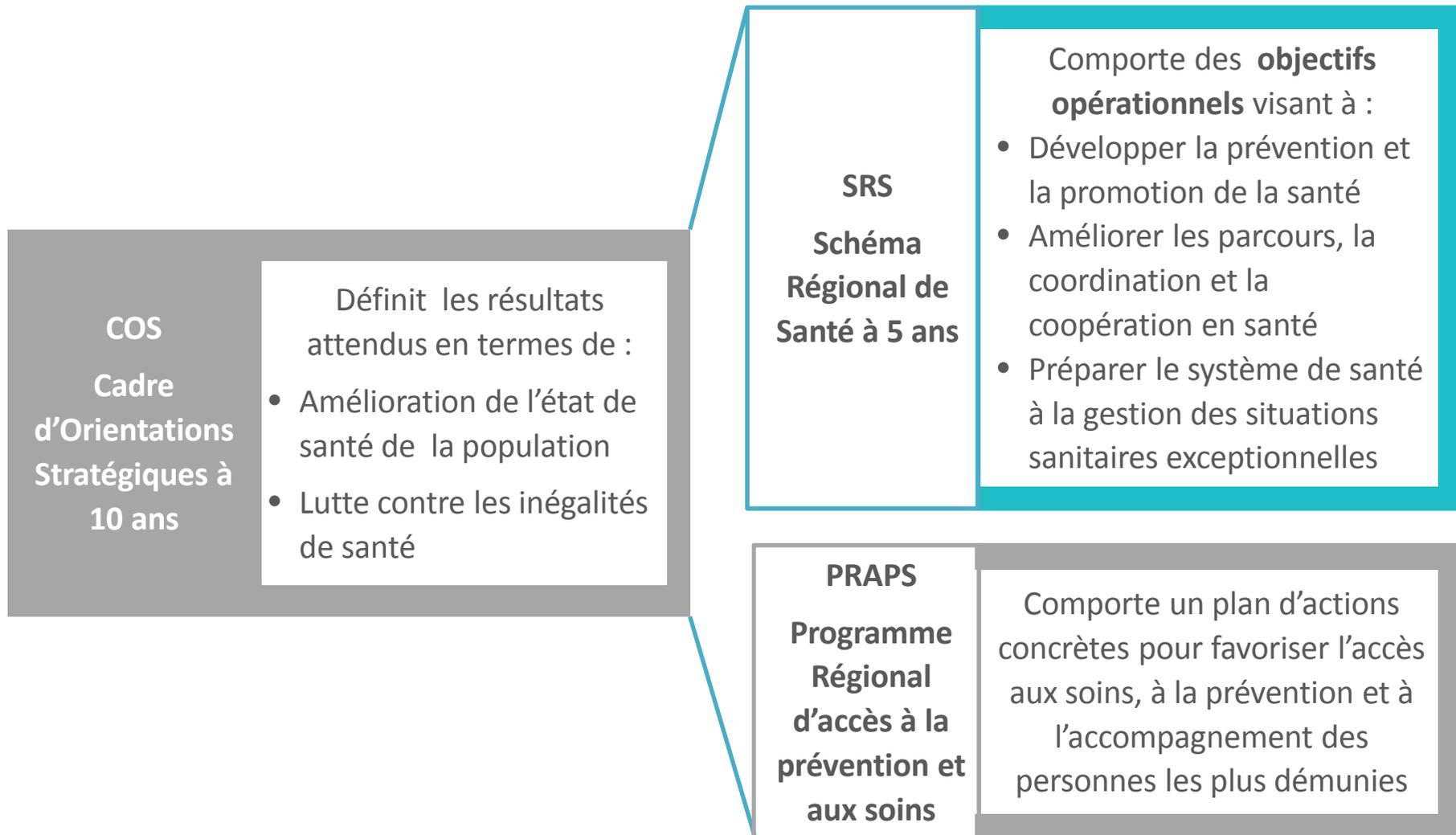
Atelier Schéma Régional de Santé - Réunion

La santé des enfants 8 juin 2017

Les éléments repris dans cette présentation sont issus d'un atelier ouvert à l'ensemble des acteurs intéressés; ils ne constituent pas un engagement d'inscription par l'ARS Océan Indien au futur PRS.



Le schéma régional de santé est le deuxième des trois volets constitutifs du PRS 2018-2028



Éléments de diagnostic

Etat des lieux : ALD et dépistage

- **11,12 % des enfants de 0 - 18 ans sont porteurs de maladies chroniques.** Par ordre de fréquence:
 - Maladies respiratoires hors mucoviscidose = 7,59%
 - PSY (TED) = 1,21%
 - ALD 31 = 1,06%; NEURO = 0,37%; CARDIONEUROVASC = 0,31%; Diabète = 0,13%
 - Traitement psychotrope hors pathologies (ADT, NL, anxiolytiques, hypnotiques) = 0,26%
- Comparaison avec la distribution métropolitaine pour la tranche **0-14 ans** :
 - RESPI (hors muco) = 8,85 % à La Réunion versus 5,17% FE
 - Tt psychotrope hors pathologies = 2,24‰ Réunion versus 0,45‰ FE
- **Les grossesses chez les mineures : 1 150 au total (y compris IVG)**
- **Dépistage PMI 3-4 ans :**
 - Taux de dépistage : 75% par la puéricultrice et 43% par le médecin PMI.
 - Résultats : 11% ont un trouble du langage; 3,2% des troubles auditifs et 8,2 % des troubles visuels.
- **Dépistage Santé scolaire :**
 - Taux de dépistage à 6 ans par les médecins : 55% des enfants. Résultats ?
 - Taux de dépistage à 12 ans par l'infirmière scolaire: 68% des enfants de 6^{ème} ont eu un bilan infirmier. Résultats : 11,8% de troubles visuels, 1,4% de troubles auditifs et 9,5% de surpoids.

Etat des lieux : recours aux soins 0-18 ans

	Niveau de recours au MG libéral		
	0 suivi MG	MG au moins 1 fois sur 3 ans	Nb CS MG sur 3 ans (date différente)
0-6 ans	2,9%	97,1%	18
7-12 ans	3,0%	97,0%	12,18
13-18 ans	4,1%	95,9%	12,11

	Niveau de recours au PED		
	0 suivi PED	PED au moins 1 fois sur 3 ans	Nb CS PED sur 3 ans (date différente)
0-6 ans	60,4%	39,6%	6,92
7-12 ans	87,2%	12,8%	3,34
13-18 ans	94,5%	5,5%	2,72

Etat des lieux : recours aux soins 0-6 ans

	Niveau de recours au MG libéral		
	0 suivi MG	MG au moins 1 fois sur 3 ans	Nb CS MG sur 3 ans (date différente)
< 1 an	3,7%	96,3%	20,32
1-2 ans	2,9%	97,1%	19,53
3-4 ans	2,6%	97,4%	16,04
5-6 ans	2,9%	97,1%	13,78

	Niveau de recours au PED		
	0 suivi PED	PED au moins 1 fois sur 3 ans	Nb CS PED sur 3 ans (date différente)
< 1 an	33,5%	66,5%	10,5
1-2 ans	49,0%	51,0%	7,56
3-4 ans	67,0%	33,0%	4,61
5-6 ans	77,4%	22,6%	4,02

Etat des lieux : recours aux soins 0-6 ans

	Niveau de recours à l'orthophoniste libéral		
	0 suivi Orthophoniste	Orthophoniste au moins 1 fois sur 3 ans	Nb moyen AMO (date de visite différente)
< 1 an	99,2%	0,8%	0,11
1-2 ans	94,6%	5,4%	1,44
3-4 ans	85,8%	14,2%	6,52
5-6 ans	81,3%	18,7%	10,27

Questionnements proposés

Le cadre d'orientations stratégiques et les questionnements proposés

Le COS prévoit pour les 10 prochaines années une orientation stratégique intitulée : **l'amélioration de la santé des femmes, des couples et des enfants**

Objectifs généraux à 10 ans :

- **Permettre le dépistage de tous les enfants aux âges clés et leur PEC**

Questionnements proposés pour les objectifs opérationnels :

- Est-ce que le dispositif de prévention et de prise en charge est adapté pour les 11% des enfants atteints de maladies chroniques (soit 32 000 enfants sur 290 000) ? [focus sur l'asthme]
- Comment s'organise la prise en charge des troubles de l'apprentissage et quelles pourraient être les organisations du 1^{er} recours pour améliorer l'offre ?
- Comment assurer la prévention et la prise en charge des enfants en surpoids et/ou obèse ?
- Quelles autres problématiques identifiées ?

Amélioration de la santé des enfants

Est-ce que le dispositif de prévention et de prise en charge est adapté pour les 11% des enfants atteints de maladies chroniques (soit 32 000 enfants sur 290 000) ?

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<ul style="list-style-type: none">• La prise en charge post-réanimation pose problème dans le sud, notamment pour les cérébrolésés : déficit de filière d'aval dans le sud ;• Déficit d'offre en ophtalmologie pédiatrique pour le suivi des enfants nés grands prématurés• Sur prévalence des admissions ALD pour asthme. Dans les écoles, 46% des PAI concernent l'asthme.• MGL = 1^{er} recours des familles pour les enfants et adolescents. Pédiatre libéral = recours moins fréquent que MGL. Comment se fait le choix du médecin par les familles, MG en 1^{er} recours et pédiatre libéral ou urgences hospitalières en 2^{ème} recours ? Enjeu de clarification des parcours de santé des enfants porteurs de maladies chroniques.• Eventail de l'offre hospitalière de PEC insuffisamment connu. Coordination ville-hôpital non acquise.• Création récente du réseau de santé sur les maladies chroniques de l'enfant. Rôle dans la production de référentiels et d'offre de formation. Mais difficultés à atteindre les MGL, qui n'ont que 21 heures de DPC par an : il leur faut faire le tri des offres.	<ol style="list-style-type: none">1. Structurer une offre de MPR adaptée aux besoins des enfants et adolescents dans le Sud2. Développer l'offre d'ophtalmologie pédiatrique3. Connaître le parcours de santé des enfants porteurs de maladies chroniques4. Actualiser et diffuser le répertoire opérationnel des ressources5. Adapter l'offre de formation aux besoins des médecins libéraux

Amélioration de la santé des enfants

Comment s'organise la prise en charge des troubles des apprentissages et quelles pourraient être les organisations du 1^{er} recours pour améliorer cette prise en charge ?

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<ul style="list-style-type: none">• Dépistage à 3-4 ans par la PMI: 11% de troubles du langage. PEC orthophonique : 14% des enfants 3-4 ans et 19% des 5-6 ans.• Dépistage à 6 ans par la médecine scolaire: 55% des enfants en bénéficient. Le déficit de médecins scolaires (postes budgétés mais non pourvus) permettra de dépister au mieux 60% des enfants, notamment ceux des zones prioritaires. Pour les 40% restants, projet du rectorat de collaborer avec les médecins libéraux, avec repérage en amont par les enseignants.• Mais le dépistage des troubles des apprentissages nécessite de la formation et du temps. Peu de MGL formés actuellement et la passation des tests de dépistage n'est pas suffisamment rémunérée.• Possibilité de s'appuyer sur les pédiatres libéraux mais sont-ils tous formés au dépistage des troubles des apprentissages ?• Dépistage positif → étape de diagnostic et de PEC. 2 possibilités : en ville (mais absence de remboursement des actes de psychomotricité pour les enfants qui en ont besoin) ou en CMPP (mais délai d'attente trop long).	<ol style="list-style-type: none">1. Formation régionale des médecins au dépistage des troubles des apprentissages2. Mesure incitative de financement des actes de dépistage en soins de ville3. L'organisation du 1^{er} recours pour le dépistage et le diagnostic pourra réduire les flux vers les CMPP4. L'établissement des critères clairs et simples d'adressage au CMPP (2^{ème} recours) pourra contribuer à la réduction du délai d'attente.

Amélioration de la santé des enfants

Comment assurer la prévention et la prise en charge des enfants en surpoids et/ou obèse ?

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<ul style="list-style-type: none">• Dans le cadre du PRAANS (Programme régional alimentation, activité, nutrition, santé) , de nombreuses actions sont menées en milieu scolaire.• La Réunion fait partie des 3 régions expérimentales pour un programme de PEC et de suivi des enfants âgés de 3 à 8 ans en surpoids ou à risque d'obésité. Le médecin traitant est prescripteur de la prise en charge.• Comment mobiliser les parents au long cours ? Enjeu de maintien de la motivation des parents.• L'usage prolongé d'écrans numériques peut être problématique. Enjeu de prévention sur les conséquences de la surconsommation numérique.• L'offre sportive est peu connue des parents	<ol style="list-style-type: none">1. Développer les activités physiques pour les enfants de moins de 3 ans2. Avoir des actions globales de prévention