

Elaboration du Projet de Santé La Réunion – Mayotte

Compte Rendu du groupe de travail du 27 avril 20127

Santé de la femme et du couple Santé des enfants de 0 à 6 ans

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.

Préambule

- Le présent compte rendu est une synthèse non exhaustive des échanges ayant eu lieu entre différents intervenants le jeudi 27 avril sur la thématique de la santé de la femme, du couple et de l'enfant de 0 – 6 ans à La Réunion
- Différentes idées avancées par les participants au groupe de travail sont reprises telles quelles dans ce compte rendu sans hiérarchisation ni sélection
- Seul un travail de regroupement thématique a été réalisé dans le but de faciliter la lecture, et qui ne présage pas de la structuration future de la thématique dans le Schéma Régional de Santé
- Nous vous proposons de compléter les idées, les enrichir ou les nuancer, si cela vous semble nécessaire, directement dans le support en utilisant une police de caractère **d'une autre couleur**
- S'agissant d'un document de travail nécessairement amené à évoluer tant sur le fond que sur la forme, nous vous prions d'observer son caractère temporaire, non exhaustif et confidentiel restreint au groupe de travail

L'ARS OI vous remercie pour vos contributions et pour le temps que vous aurez consacré pour construire ensemble le Projet de Santé 2018-2028 de La Réunion et de Mayotte

Le parcours de la femme et du couple

Santé sexuelle et reproductive : Information, Education, Dépistage et Prise en charge 1/2

Constats partagés	Leviers d'action identifiés par le groupe
<ul style="list-style-type: none">• 75% des IVG médicamenteuses réalisées en ville dans le sud de l'île• Perte de certaines informations sur le profil des femmes suite à la fin des bulletins statistiques d'IVG• Contraceptifs non couverts par le forfait IVG• Problématique des IVG répétées (soit 30% des IVG)	<p>Maîtrise de la fécondité : planification familiale et IVG</p> <ul style="list-style-type: none">• Réaliser des études qualitatives sur le parcours IVG• Introduire des cotations prenant en compte la contraception dans la PEC des IVG (compétence CNAMTS)• Réfléchir à un guichet intégré pour l'information et l'orientation• Trouver de nouvelles actions pouvant faire évoluer les comportements à La Réunion, et impliquant les hommes, les femmes et les professionnels de santé• Prendre en compte l'accessibilité de la pornographie sur internet pour prévenir les représentations déformées de la sexualité chez les jeunes• Travailler conjointement avec les professeurs de SVT pour créer des supports d'information basés sur des références scientifiques en santé sexuelle et reproductive• Proposer une aide à la parentalité• Mesurer l'impact des actions d'information à destination des enfants et des parents en lien avec le rectorat

Le parcours de la femme et du couple

Santé sexuelle et reproductive : Information, Education, Dépistage et Prise en charge 2/2

Constats partagés

- Faible connaissance de l'endométriose
- Problématique des grossesses et IVG chez les mineures, notamment chez les 15 ans et moins
- Accompagnement des jeunes filles enceintes afin de limiter les décrochages scolaires, mais persistance d'un nombre significatif de décrochages
- L'AMP : problématique de l'offre de préservation de la fertilité

Leviers d'action identifiés

Préservation de la fertilité et lutte contre les IST

- Mieux détecter les IST avant que ne surviennent des complications liées à la fertilité notamment à travers des consultations gynécologiques de prévention
- Utiliser les consultations IVG pour faire du dépistage de davantage d'IST, comme les chlamydiae, le HPV, et pas seulement du VIH
- Former des professionnels libéraux au dépistage et à la prise en charge de l'endométriose

Suivi des mineures

- Elargir les études qualitatives aux mineures ayant 15 ans et moins
- Renforcer les moyens de prise en charge des sévices sexuels sur les mineures en amont d'une grossesse ou IVG
- Mettre à disposition de contraceptifs dans les centres IVG en « fidélisant » les personnes via un suivi
- Réaliser systématiquement les consultations post-IVG pour éviter de perdre de vue la mineure
- Favoriser les IVG médicamenteuses des mineures à l'hôpital

Le parcours de la femme et du couple

Violences intra-familiales : Repérage, Dépistage et Prise en charge

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<ul style="list-style-type: none">• La Réunion, « une terre d'inceste »• Prise en charge psy et somatique éclatée et non immédiate, à moins que la personne signalée soit hospitalisée... ce qui ne fait que retarder le « vide » en termes de prise en charge au moment de la sortie d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser le dépistage des violences conjugales en même temps que des dysfonctions sexuelles• Faciliter la remontée des informations préoccupantes auprès du CRIP liées notamment à l'inceste• Renforcer le repérage des violences intra-familiales via les fiches de signalement• Faciliter la coordination ville-hôpital pour le suivi des signalements• Réfléchir à la protection des professionnels de santé victimes de menaces suite à un signalement• Réaliser de nouvelles actions de prévention pour prévenir les cas d'inceste et de violences intra-familiales• Renforcer la coordination entre acteurs en établissement scolaire autour des mineurs: enseignants, assistantes sociales (sérvices et signalements), infirmières (prévention) et médecins scolaires, à travers notamment un protocole partagé de remontée et de gestion de l'information

Le parcours de la femme et du couple

Meilleure gradation de l'offre d'information et de prévention

Constats partagés

- Offre cloisonnée de l'information: beaucoup de dispositifs d'information mais qui ne se connaissent pas et qui ne travaillent pas en concertation
- Déploiement insuffisant des possibilités offertes par les CeGIDD
- Césure entre somatique et psy

Leviers d'action identifiés

- Réfléchir à un dispositif d'appui au médecin traitant avec des équipes pluridisciplinaires en lien avec le réseau périnatal, la PMI, les mairies
- Réfléchir à un guichet intégré (et non unique) pour une action coordonnée d'information et d'orientation, quelle que soit la porte d'entrée: CRIJ, points info santé du département, missions locales, guichets jeunes, bus santé, établissements scolaires, santé préventive universitaire, associations de patients (ARPS, RIVE, Sid'aventure), libéraux, officines, etc.
- Réfléchir à un dispositif coordonné entre les 3 centres de santé sexuelle (CeGIDD), les 3 maisons des adolescents, les structures d'information, de conseil conjugal et de planification familiale (EICF)
- Développer une offre de prise en charge somatique en lien avec la maison des adolescents

La grossesse dans le parcours de la femme et du couple

Période prénatale 1/2

Constats partagés

- ❖ Faible taux de réalisation de l'entretien prénatal à La Réunion (20% à La Réunion contre 70% en métropole : **source?**)
- ❖ Entrée tardive dans le parcours prénatal pour 9,5% des femmes en 2013:
 - Image de la PMI : déclaration tardive pour éviter le suivi par la PMI, notamment pour celles ayant déjà des enfants confiés à l'ASE, par crainte de nouveau placement
 - Attente de renouvellement de la CMU
 - Difficultés financières d'accès aux GO en secteur 2 (?) mais possibilité d'accès au MG
 - Données culturelles des mahoraises qui ne consultent pas les premiers mois par crainte du « mauvais œil » : part des mahoraises ?
- ❖ Situation paradoxale à La Réunion :
 - Place centrale du MG +++
 - Place prépondérante du MG / GO pour les grossesses à haut risque
 - Place en retrait des sages-femmes

Leviers d'action identifiés

- Objectiver le taux de réalisation de l'entretien prénatal précoce dans la base SNIIRAM
- Si la faiblesse du taux est confirmée, mieux connaître les freins à sa réalisation à La Réunion
- Etendre le dispositif de dépistage précoce des grossesses à risque (Prima Facie)
- Diffuser et évaluer l'utilisation des référentiels de suivi des grossesses à haut risque : diabète gestationnel, obésité, HTA, addictions, vulnérabilité psychosociale
- Identifier et lever les freins à la coordination précoce entre médecin traitant, GO et le bon niveau de maternité dans le suivi des grossesses à haut risque
- Identifier et lever les freins à la collaboration entre médecins traitants et sages-femmes dans le suivi des grossesses à bas risque
- [Comment contribuer à valoriser la place de la PMI dans le suivi prénatal ?](#)

La grossesse dans le parcours de la femme et du couple

Phase prénatale 2/2

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<ul style="list-style-type: none">• Sous-recours à l'IMG pour des pathologies fœtales diagnostiquées à La Réunion• Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal : quel niveau de connaissances des femmes et des couples ?	<ul style="list-style-type: none">• Objectiver le niveau de recours à l'IMG à La Réunion• Mieux connaître les parcours des familles lorsqu'il est fait recours au diagnostic prénatal

La grossesse dans le parcours de la femme et du couple

Accouchement

Constats partagés

- ❖ Problématique de l'HPP
 - Etude rétrospective (HIPHIP tab 1) réalisée par le centre de simulation sur les pratiques de prise en charge des hémorragies du post partum démontrant :
 - Des non-respects du timing de prise en charge
 - L'hétérogénéité des pratiques entre maternités à La Réunion
 - Recensement des bonnes pratiques pour limiter le risque de mortalité / morbidité : 5 mesures : Chariot HPP, Fiche de rappel des risques, formation par simulation, processus de communication en situation de crise, et protocole de prise en charge uniformisé
 - Part d'HPP graves se terminant par une hystérectomie et part de celles se terminant par une non hystérectomie ??
 - Nombre d'hémorragies graves (exhaustivité du codage PMSI?)

Leviers d'action identifiés

Hémorragies du post partum :

- Evaluer l'impact des 5 mesures préconisées
- Mieux tracer les HPP graves pour un suivi des différentes pathologies de la mère
- Objectiver dans le PMSI la fréquence des HPP graves et leurs conséquences
- Soutenir la mise en place d'une étude sur les causes de la morbi-mortalité maternelle à La Réunion

La grossesse dans le parcours de la femme et du couple

Période post-natale

Constats partagés

- ❖ Mortalité jusqu'au 42eme jour après l'accouchement : fréquence et PEC des thrombophlébites?
- ❖ Déficit du suivi post natal de la femme en rupture avec le cadencement du suivi prénatal mensuel
 - Accompagnement post natal de la femme souvent limité à l'allaitement maternel, à la rééducation périnéale et abdominale
 - Absence de dépistage organisé des désordres psychologiques du post partum, des troubles de l'attachement
 - Absence de conseils quant à la reprise d'une vie sexuelle de couple, d'une contraception adaptée

Leviers d'action identifiés

- Informer les femmes sur l'intérêt d'un suivi post-natal ciblé sur leur santé et leur bien-être à elles aussi, et pas seulement sur celui de l'enfant
- Santé mentale : dans le cadre du suivi post-partum, mettre en place un référentiel régional de suivi de la femme incluant un dépistage des troubles de l'humeur et de l'attachement
- Proposer un suivi adapté des femmes ayant eu un diabète gestationnel, des femmes en surpoids et/ou obèses
- Accompagner la reprise de la sexualité : articulation avec le parcours de la femme en tenant compte de l'impact de la grossesse sur l'état de santé somatique et psychologique de la femme
- Inclure le couple dans le suivi post-natal
- Développer les actions de soutien à la parentalité en fonction des besoins préalablement identifiés.

Le parcours de la femme et du couple

Ménopause et conservation du capital santé de la femme

Constats partagés

- Inégalités de santé homme/femme pour le risque cardiovasculaire (sur morbi-mortalité des femmes), le risque osseux (ostéoporose)
- Absence d'offre de soins adaptés aux femmes lorsque la période reproductive prend fin, en dehors du dépistage organisé du cancer du sein

Leviers d'action identifiés

- Développer une offre de prise en charge de la ménopause à travers des unités pluridisciplinaires (unité de lieu et de temps)
- Former davantage le premier recours à la prise en charge de la ménopause

Le parcours des enfants de 0 à 6 ans

Constats partagés

- ❖ Organisation du dépistage précoce et obligatoire chez le jeune enfant
 - 3-4 ans par la PMI : dossier médical de liaison destiné à la médecine scolaire (contrôle vaccinal, examen sensoriel, psychomoteur → troubles du langage notamment). Réalisation = 75% par puéricultrice et 43% par médecin;
 - 6 ans par un médecin scolaire (arrêté novembre 2015) avec dépistage troubles spécifiques langage et apprentissage. Réalisation = 55%. Déficit de médecins → cibler établissements prioritaires (60%). Pour 40% restants, volonté de s'appuyer sur médecins traitants de l'enfant.
- ❖ En pratique:
 - Courbes de poids peu remplies dans les carnets de santé
 - Vaccinations effectuées par les MG dans 82% des cas, 12% par les pédiatres et moins de 3% par la PMI ;
 - CS 8 complétées le plus souvent par le pédiatre de l'hôpital avant le 8^{ème} jour;
 - CS 24: taux de retour à la PMI à moins de 25%.
- ❖ Déficit d'offre hospitalière de soins pour cette tranche d'âge (hors urgences et maladies chroniques).
- ❖ Problématique du BCG
- ❖ Problématique des mineurs étrangers isolés

Leviers d'action identifiés

- Réfléchir aux modalités de formation et d'accompagnement des MG pour leur permettre d'assurer les missions de dépistage
- Expérimenter les équipes de soins primaires pour la prise en charge, au niveau du 1^{er} recours, des enfants dépistés
- Structurer une offre hospitalière de 2^{ème} et 3^{ème} recours
- Mobiliser les acteurs de santé pour remplir les courbes du carnet de santé, pour que celui-ci soit aussi amené par les familles à chaque consultation
- Vaccination BCG : mieux cibler les populations à risque
- Mettre en place un protocole régional pour le dépistage des troubles du langage et de l'apprentissage
- Réfléchir à la prise en charge sociale de mineurs isolés en provenance de Mayotte et des Comores