

Elaboration du Projet de Santé La Réunion – Mayotte Groupes de travail – Schéma régional de santé

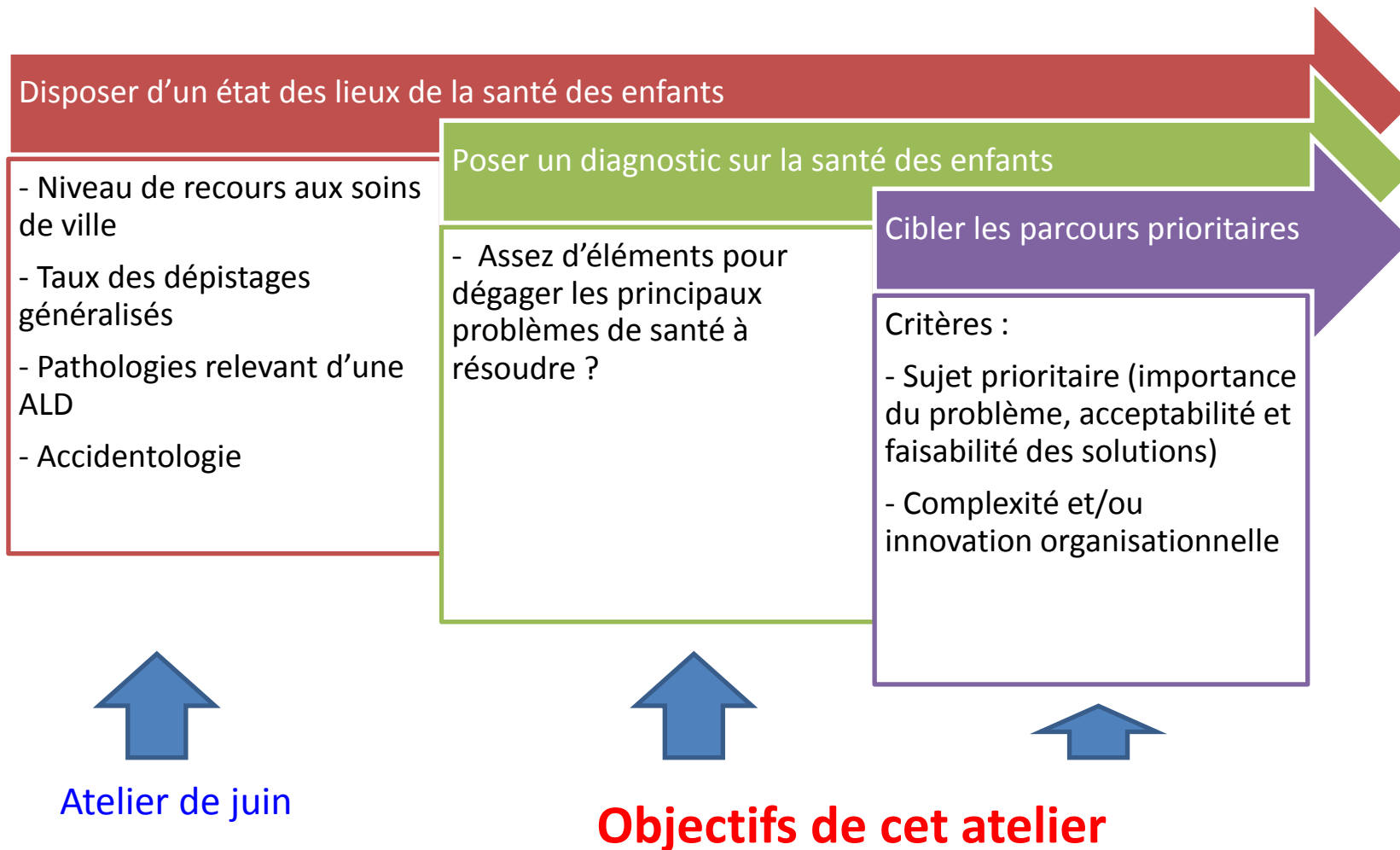
Synthèse de l'atelier du 5 septembre 2017

Santé des enfants

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 en l'état par l'ARS Océan Indien au futur PRS.

Objectifs de l'atelier

Rappel de la démarche



Rappel de l'état des lieux

Principales données disponibles

Recours aux soins de ville

- **MG**: 97% des 0-12 ans (moyenne de 6 consultations / an) et 96% des 13-18 ans (moyenne de 4 consultations / an)
- **Pédiatre**: 40% des 0-6 ans (moyenne de 2 consultations / an), 13% des 7-12 ans et 6% des 13-18 ans (1 consultation par an)

Dépistages

- Examen obligatoire du 24^{ème} mois: taux de retour des CS24 à la PMI = 13,2% en 2012 à La Réunion
- Dépistage 3-4 ans par la PMI : 76% par les IDE puis orientation vers médecin pour 43% des enfants. 11% TDL; 3% troubles auditifs et 8% troubles visuels
- Dépistage 5-6 ans par la médecine scolaire : 55% des enfants
- Bilan infirmier à 12 ans: 68% des collégiens . 9,5% surpoids ; 12% troubles visuels et 1,4% troubles auditifs.

ALD

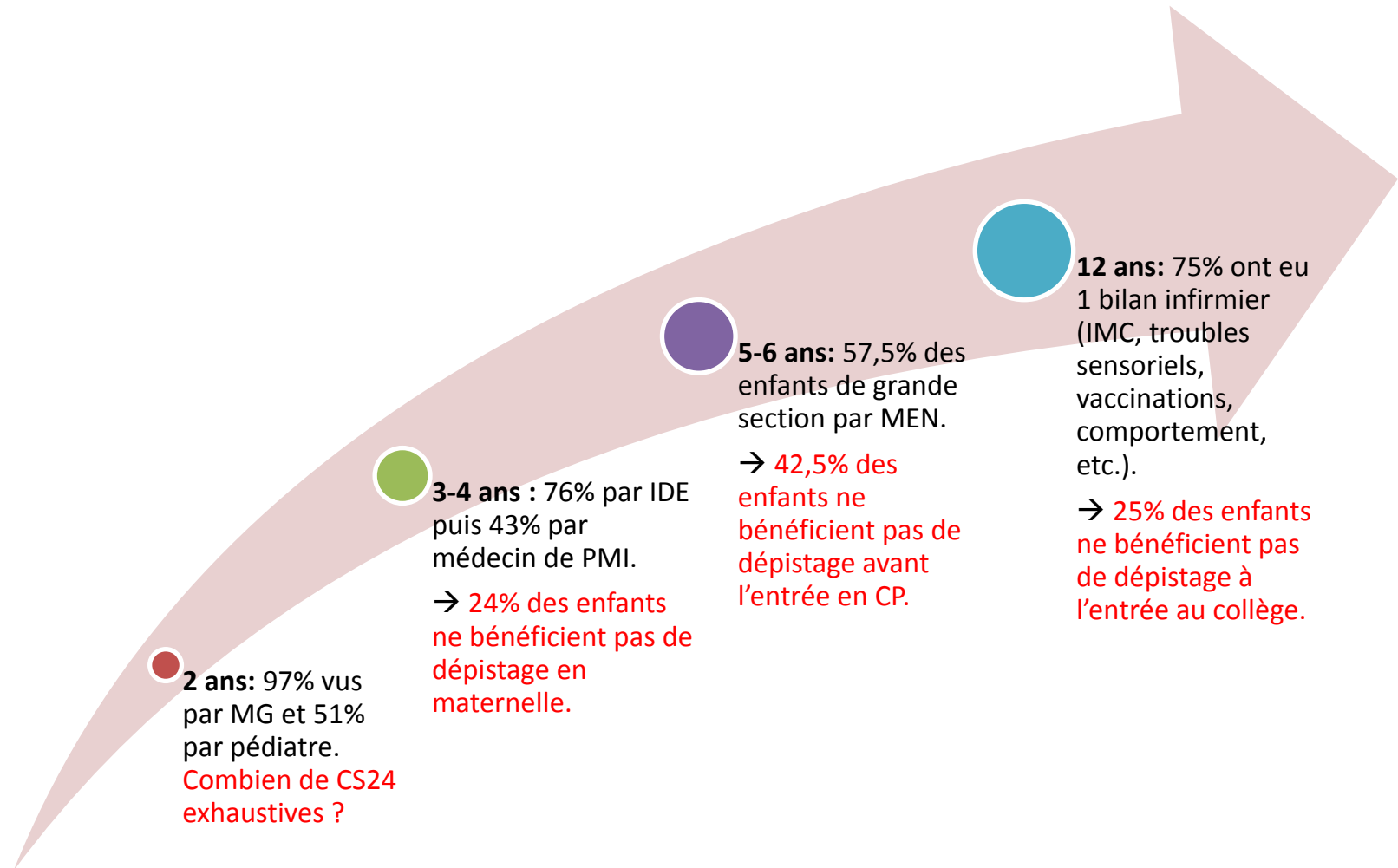
- 11% des enfants sont en ALD
- Maladies respiratoires hors mucoviscidose = 8%

Accidentologie

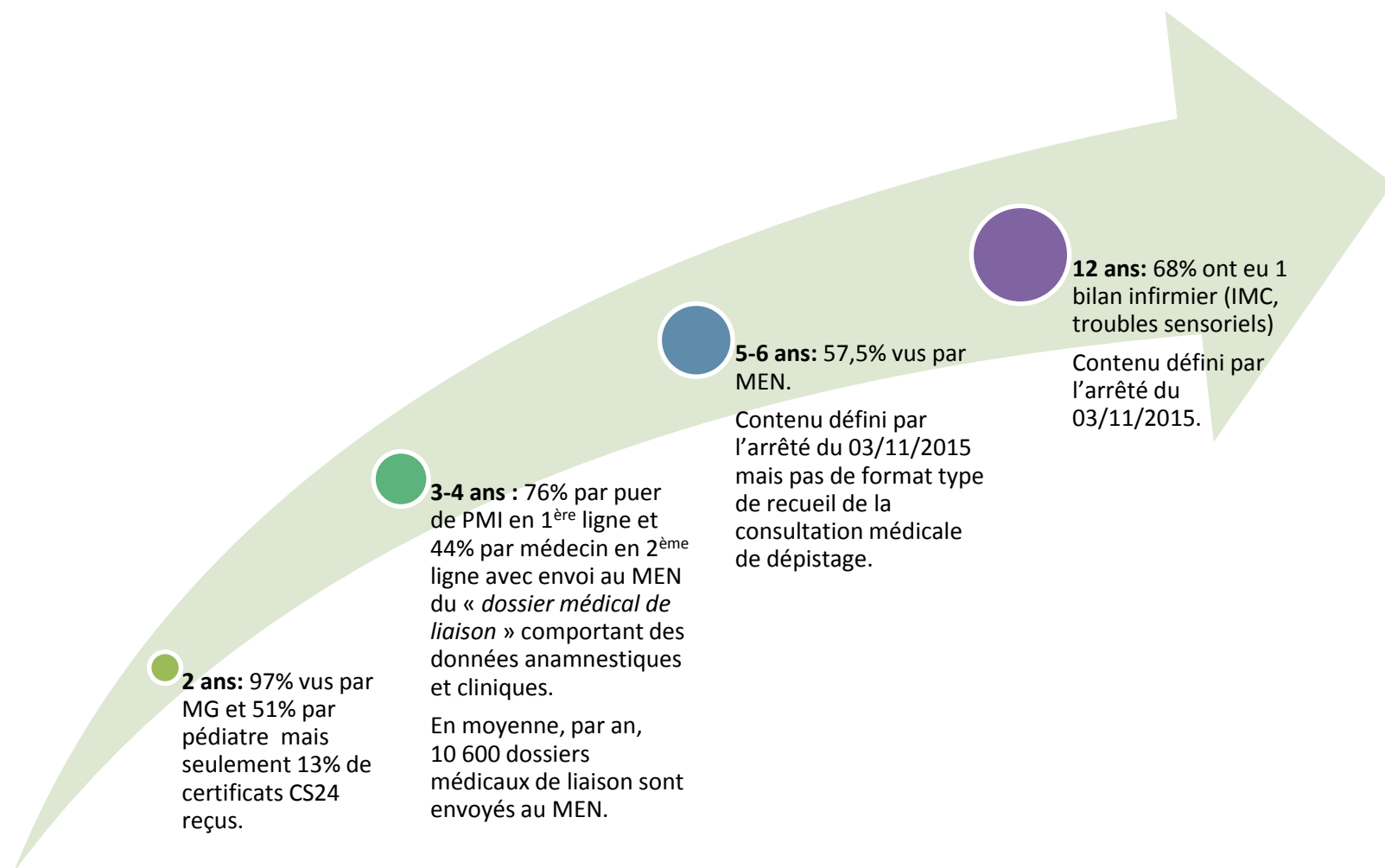
- accidents graves de la vie courante chez les jeunes : chutes de vélo, skates, rollers et chevaux
- âges concernés : < 10 ans (1/3 cas)

Éléments de diagnostic global

Un dépistage non exhaustif



Des données théoriquement disponibles



Une offre de prise en charge insuffisamment structurée

• Une bonne densité MG et pédiatres mais sans 2^{ème} ligne de consultants identifiée

- Seulement 2 MG « consultants » pour l'asthme, TDA
- identification de pédiatres « consultants » ?
- **Paramédicaux :**
 - Orthophonistes : densité > métropole (52 versus 36 / 100 000 habitants) . 406 libéraux /437
 - Psychomotriciens : densité < métropole (12 versus 16 / 100 000 habitants). 6 libéraux /101
 - Diététiciens : ?
- **Psychologues ?**

Soins de ville

Pédiatrie hospitalière

Structures ambulatoires de pédopsychiatrie

Structures médico-sociales

- CMPEA
- Maisons des adolescents
- CAPAS
- --> ateliers psychiatrie et santé des jeunes

- Une filière de soins critiques pédiatriques mais sans trauma center dédié
- Des surspécialités pédiatriques peu développées
 - endocrinologie pédiatrique
 - pneumopédiatrie
 - neuropédiatrie
- Un début d'offre pour le public adolescent
 - Absence de programme de transition de la pédiatrie vers la médecine d'adulte
 - Une 1^{ère} unité d'hospitalisation pour adolescents en souffrance hors psychiatrie
- Une filière de SSR pédiatriques à compléter
 - Hôpital d'enfants au Nord
 - Offre partielle au CHU Sud
 - Offre intermittente par l'AJD

- CAMSP (0-6 ans)
- CMPP
- --> ateliers handicap

Actualités et perspectives issues de la nouvelle convention médicale

MT de l'enfant	Nouvelles consultations*	ROSP** de l'enfant
MT = MG ou pédiatre	<p>Consultations complexes, à fort enjeu de santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - COE = Cs Obligatoire de l'Enfant (8 jours, 9 et 24 mois) - CSM = Cs Sortie de Maternité par le pédiatre (entre sortie et 28^{ème} jour) - CSO = Cs de Suivi pour risque d'Obésité pour les 3-12 ans - CCP = 1^{ère} Cs Contraception et de Prévention des IST pour les filles de 15-18 ans 	<p>305 points répartis sur 10 indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 indicateurs de suivi de l'asthme - 8 indicateurs de prévention : <ul style="list-style-type: none"> ○ Obésité : part de patients < 16 ans dont la courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical ≥ 1/an ○ Dépistage sensoriel: part de patients < 1 an ayant eu un dépistage clinique des troubles sensoriels ○ Dépistage des TDA: part de patients 3-5 ans ayant eu un dépistage de TDLA par ERTL4 ou autre ○ Vaccination : ROR (< 2 ans) et Méningocoque C (< 18 ans)
MEG = majoration enfant jusqu'à 6 ans	<p>Consultations très complexes Contenu à définir</p>	
	<p>Avis de consultant <u>revalorisé</u> (C2) : <i>Acte ponctuel, isolé, de consultant avec lettre au MT. Le consultant ne doit pas avoir vu le patient 4 mois avant et ne doit pas le revoir 4 mois après.</i></p>	

* Novembre 2017

**ROSP = Rémunération sur Objectif de Santé Publique

Une offre de prévention déployée dans le cadre du PRAANS

Mesure IV-1 : Promouvoir les repères nutritionnels auprès de la femme enceinte, du couple et de leur jeune enfant

- Programme « suivi de maternité », « suivi de l'enfance » et supports de prévention dédiés aux enfants de 9 et 12 ans (RSI)
- Informations accueils des points CGSS
- Des ateliers d'éducation nutritionnelle de diversification alimentaire ont été menés par des MSP et la PMI a prodigué des conseils auprès des femmes enceintes consultantes des PMI
- Expérimentation sur des lieux accueillants des enfants (jusqu'à 6 ans), sensibilisation des parents et formation du personnel

Une offre de prévention déployée dans le cadre du PRAANS

Mesure IV-2 : Promouvoir les repères nutritionnels en direction des enfants, des adolescents et des parents

- Passerelles : ateliers dans les écoles menés par les enseignants et formation des enseignants
- Ateliers dans les écoles menés par des associations avec volonté d'intégrer les parents, projets ICAPS
- Travail sur des évènementiels dans les et. scolaires (un fruit à la récré, atelier du goût, campagne 5/5, fraich'attitude)
- Ateliers de cuisine diététique avec un « chef » à destination de parents et de jeunes suivis par des professionnels de santé
- Ateliers d'éducation nutritionnelle (Mutualité, IREN, Réseau pédiatrique 974)
- 2 Programmes d'éducation thérapeutique du patients : REUNIR, hôpital d'enfants

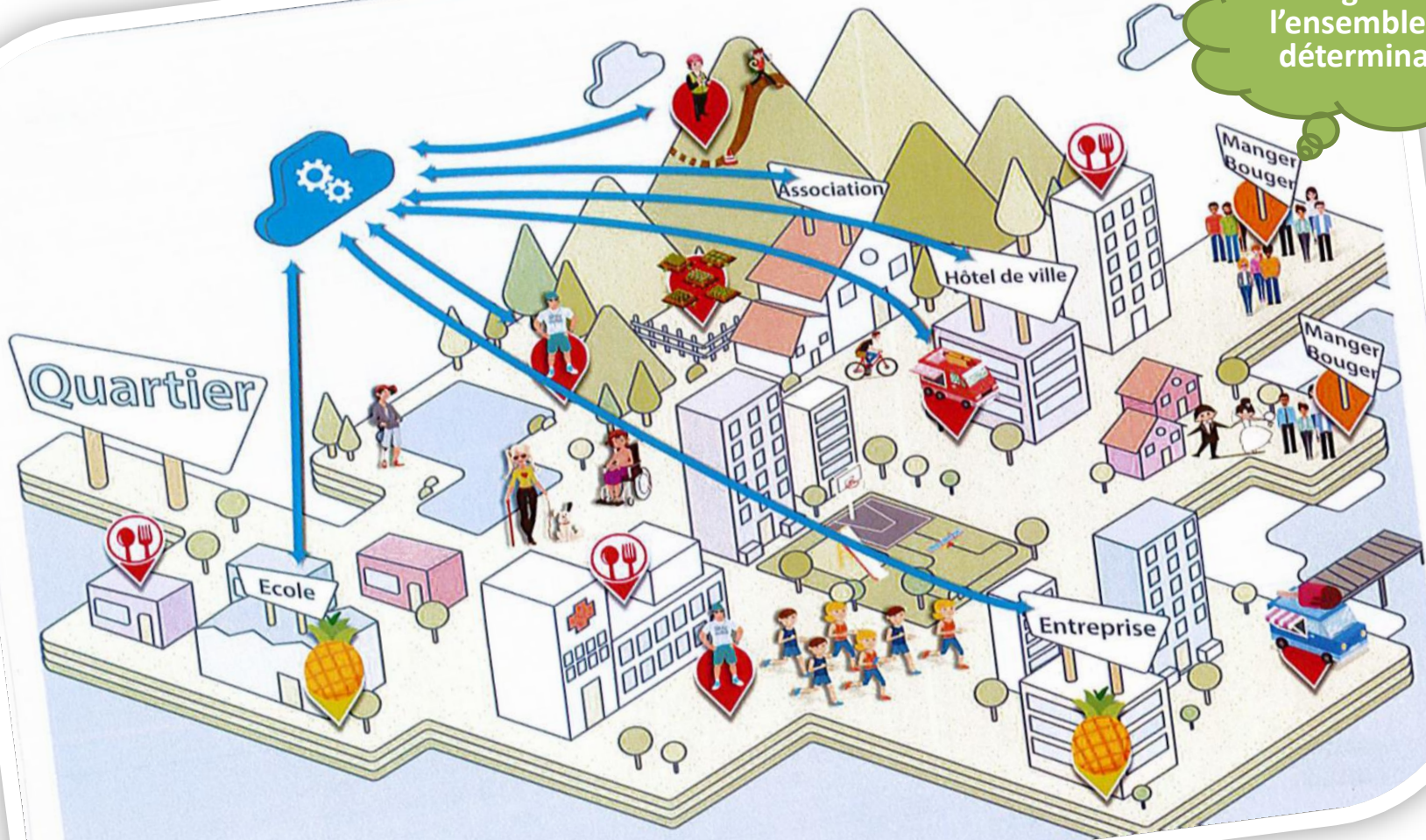
Une offre de prévention déployée dans le cadre du PRAANS

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">▪ Mobilisation de tous les partenaires▪ Multiplicité d'actions sur tout le territoire	<ul style="list-style-type: none">▪ Opérateurs peu nombreux▪ Le recueil exhaustif des actions menées est difficile▪ L'évaluation de ces actions▪ La mobilisation des professionnels de 1^{er} recours

PERSPECTIVES

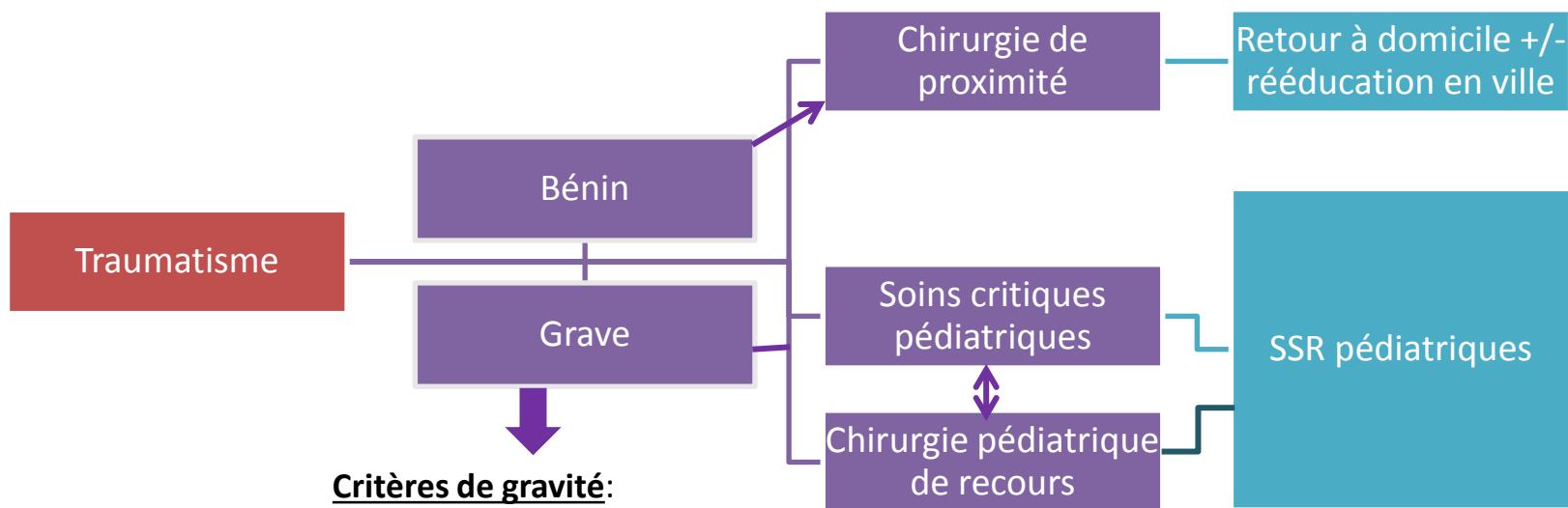
Travaux de la conférence de consensus sur le diabète en matière de prévention
- Programmes d'actions intersectorielles sur un quartier

Agir sur l'ensemble des déterminants



Approche par parcours

1. Traumatologie pédiatrique



Critères de gravité:

- Terrain
- Variables physiologiques
- Cinétique accidentelle
- Lésions anatomiques
- Existence d'une réanimation préhospitalière

Faisabilité d'un « trauma center » pédiatrique ?

- Concept de trauma center = concentration des ressources et plateaux techniques facilitant l'orientation préhospitalière et le parcours de l'enfant
- Spécialités requises outre les spécialités de chirurgie viscérale, orthopédique, AR et imagerie : neurochirurgie, chirurgie vasculaire, radiologie interventionnelle

2. Parcours des enfants en surpoids ou obèses

Enquête scolaire 2012-2013	Surpoids	Obésité	Dont obésité morbide
5 – 6 ans (n =13 842)	14,0% (n = 1 938)	5,2% (n = 720)	2,5% (n = 346)
12 ans (n = 13 977)	21,8% (n = 3 052)	6,1% (n = 852)	1,0% (n = 140)

*CSO = Cotation spécifique par les médecins traitants de la Consultation de Suivi pour risque d'Obésité. 2 fois par an.

Prévention précoce :

- Programme adapté des 1000 premiers jours aux réalités réunionnaises
- Programme ETP diabète gestationnel , surpoids et obésité maternels
- Promotion d'actes éducatifs ponctuels par les MT ?

Dépistage :

- MT (tout âge)
- PMI (3-4 ans)
- santé scolaire (6 et 12 ans)

Suivi surpoids :

- MT pour les 3-12 ans en CSO* (novembre 2017)
- Parcours expérimental pour 750 enfants de 3-8 ans avec PEC forfaitaire de suivi diététique et psychologique pendant 3 ans après 1 bilan multidisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique adaptée) prescrit par 1 médecin. (fin 2017)
- Activité physique déjà intégrée dans les programmes scolaires

PEC Obésité dont obésité morbide

- Consultations et bilans en HDJ au CHU (endocrinologie pédiatrique)
- Filière de SSR spécialisés au CHU Sud et à l'Hôpital d'enfants
- 2 dispositifs de PEC ambulatoire :
 - Programme d'ETP porté par l'association Réunir Sud (140 enfants)
 - Suivi pluriprofessionnel (médecins libéraux, consultations et ateliers de diététique, ateliers d'activité physique adaptée) coordonné par le Réseau Pédiatrique 974 (220 enfants)

Parcours des enfants en surpoids ou obèses

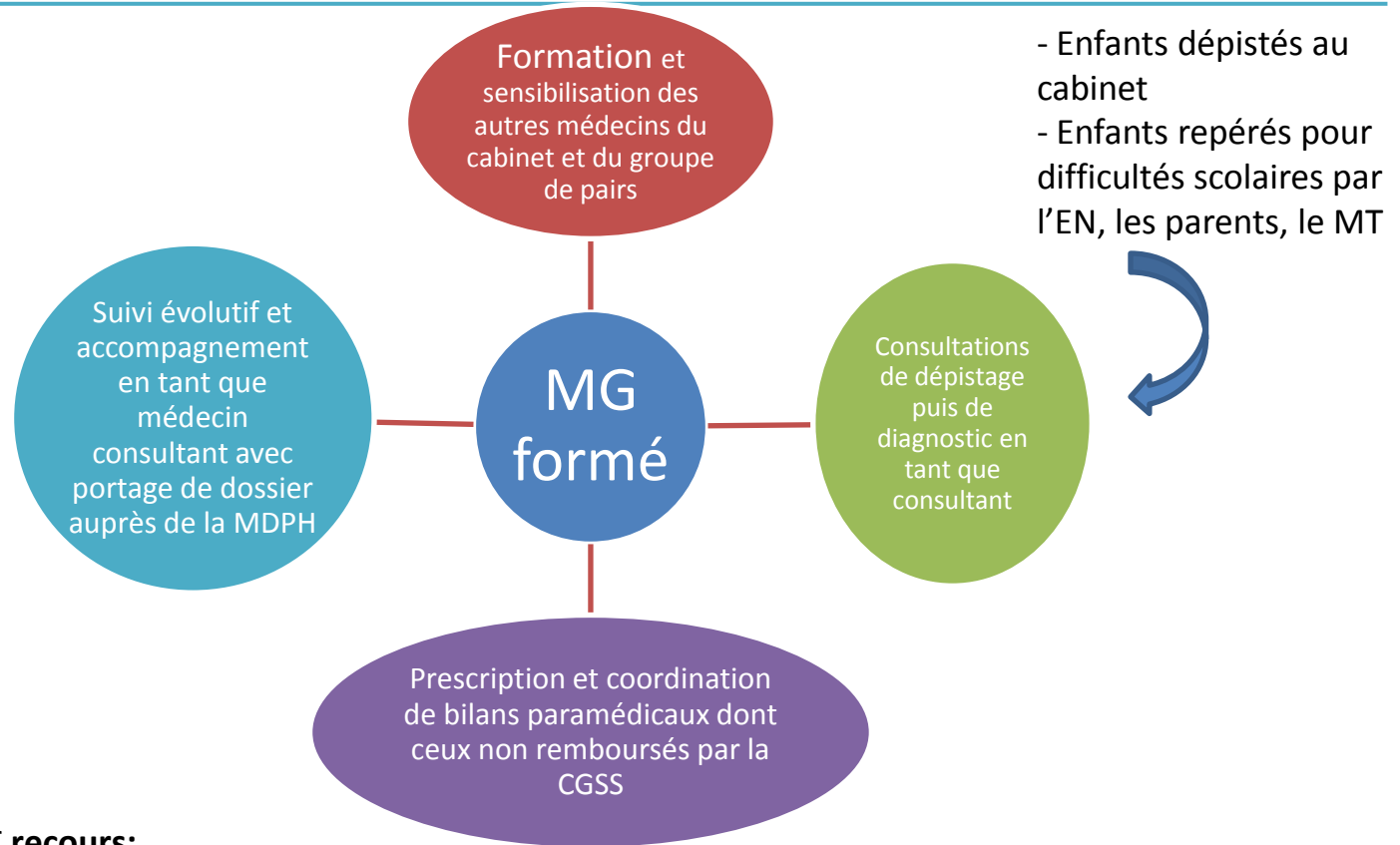
Diagnostic	Actions prioritaires
<p>Un parcours à cibler dans le schéma :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence du problème - Importance en termes de conséquences sur la santé 	<p>Retenir comme parcours prioritaire</p>
<p>Une approche insuffisamment intégrée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une information grand public peu audible - Un PRAANS pluripartenarial plutôt orienté prévention - Une gradation peu claire de l'offre de prise en charge 	<p>Élaborer un plan régional d'actions intégrant prévention et soin pour la petite enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser l'information des parents dès la période périnatale avec promotion des repères alimentaires, d'activité physique ainsi que du suivi de la courbe de corpulence des enfants - Adapter le programme des 1000 premiers jours - Renforcer le dépistage aux âges clés - Favoriser le suivi par le MT des enfants en surpoids - Favoriser l'émergence de projets éducatifs souples, adaptés aux soins de ville (actes éducatifs ponctuels) - Structurer l'offre de PEC de l'obésité (niveau de proximité)
<p>Un défaut d'évaluation d'impact des actions</p>	<p>Construire l'évaluation des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> - CS24 et Dossier médical de liaison → évaluer l'impact du programme des 1000 premiers jours et le niveau de dépistage - Sniiram et dispositif expérimental → suivi des enfants à risque d'obésité - PMSI + Sniiram → suivi des enfants PEC pour obésité - Outils spécifiques à la prévention: Evalin et oscar - Enquête scolaire → évaluer l'impact global du plan d'actions.
<p>Des axes de recherche peu développés</p>	<p>Développer la recherche clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>S'agissant d'un suivi au long cours, comment entretenir la motivation des familles et de l'enfant ?</i>

3. Enfants porteurs de troubles du langage et des apprentissages

âges	Dépistage	Prise en charge
3 <u>et</u> 4 ans (n = 30 018)	PS de maternelle (14 142 élèves): 10 682 (75,5%) ont eu 1 bilan de dépistage par l'IDE de PMI. Sur signes d'appel, 4 642 ont été examinés par le médecin de PMI. A l'issue du dépistage, 1 091 enfants sont identifiés comme ayant des troubles du langage, soit une incidence de 11,3% de troubles du langage oral dans une classe d'âge.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi par orthophonistes libéraux: 14,2% des enfants de 3 <u>et</u> 4 ans soit 4 263 enfants - CAMSP 2016 (hors sensoriel) : 57 enfants pour « <i>déficience ou troubles du langage et de la parole</i> » dont 7 pour « <i>déficience sévère de la communication</i> » - CMPP : âge minimum = 3-4 ans. Rares dans les files actives.
5 <u>et</u> 6 ans (n = 30 845)	GS de maternelle (13 562 élèves): 7 809 (57,5%) ont eu une visite médicale. Sur signe d'appel, 5 405 de ces enfants ont eu 1 bilan de dépistage des TDA dont 2 018 un bilan approfondi. A l'issue de ce dépistage des TDA: <ul style="list-style-type: none"> - 1 146 enfants orientés vers l'orthophoniste; - 330 orientés vers les CMPP /CMPEA; - 53 vers le CRTLA; - 602 vers le RASED. Au total: 2 131 orientations pour 7 809 enfants examinés, soit une incidence de 27% de TDA dans une classe d'âge .	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi par orthophonistes libéraux: 18,7% des enfants de 5 <u>et</u> 6 ans soit 5 768 enfants - CAMSP 2016 (hors sensoriel): cf. supra. Pas de distribution d'âge pour ce diagnostic dans le RA type. - CMPP 2016: cf. infra. 92% des enfants accueillis ont 6-15 ans.
7 à 12 ans (n = 91 953)		<ul style="list-style-type: none"> - Suivi par orthophonistes libéraux: 13,9% soit 12 781 enfants - CMPP 2016: 795 enfants sont suivis pour « <i>troubles du développement psychologique et des fonctions instrumentales</i> » et 162 enfants pour « <i>troubles du comportement et troubles émotionnels</i> » .
≥ 17 ans	30% de difficultés avec l'écrit aux JDC*2014 (versus 9,6% France entière)	

*Journée défense et citoyenneté 2014. Note d'information n°16- mai 2015. DEPP

1^{er} résultats de l'expérimentation en ville



Praticiens du 1^{er} recours:

- Dépistage par ERTL4 ou ERTL6: faisable en routine sous réserve de formations courtes et de possibilités d'orientation rapide
- Constitution d'une 2^{ème} ligne de médecins consultants formés (MG ou PED) pour la 1^{ère} étape diagnostique
- Reconnaissance du temps diagnostique et de coordination

Vers quel parcours type des enfants ayant des TDLA ?

Information des familles par
des messages simples et clairs



Prévention précoce:
intégration au
programme des
1000 premiers jours
adapté aux réalités
réunionnaises

Dépistage systématique
aux âges clés de
l'enfant:
- 3-4 ans
- 5-6 ans

PEC précoce
(**diagnostic et**
traitement) des TDLA
simples par le 1^{er}
recours

Orientation précoce
des enfants ayant des
TDLA complexes pour
diagnostic et
traitement en CAMSP,
CMPP, CMPEA et
CRTLA

Parcours des enfants ayant des TDLA

Diagnostic	Actions prioritaires
<p>Un parcours à cibler dans le schéma :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence du problème - Importance en termes de conséquences sur la santé 	<p>Retenir comme parcours prioritaire</p>
<p>Une approche insuffisamment intégrée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une absence d'information des parents - Un dépistage partiel - Une offre de prise en charge peu lisible et peu efficiente 	<p>Élaborer un plan régional d'actions intégrant prévention, soin et accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser l'information des parents par des repères clairs et simples - Adapter le programme des 1000 premiers jours - Former les MT aux TDLA (mesures incitatives) - Systématiser le dépistage aux âges clés - Favoriser la PEC (diagnostic et traitement) des TDLA simples par le 1^{er} recours (mesures incitatives) - Structurer l'offre de recours de PEC pour les TDLA complexes (CAMSP, CMPP, CMPEA, CRTLA)
<p>Un défaut d'évaluation d'impact des actions</p>	<p>Construire l'évaluation des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> - CS24 et Dossier médical de liaison → évaluer l'impact du programme des 1000 premiers jours et le niveau de dépistage - Sniiram → suivi des enfants ayant des TDLA simples - Comment concilier les systèmes d'information des CAMSP, CMPP, CMPEA et CRTLA (RA différents) ?
<p>Des axes de recherche peu développés</p>	<p>Développer la recherche clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comment agit la précarité sociale sur l'acquisition du langage et des apprentissages à La Réunion ?</i>

Asthme de l'enfant

Une fréquence qui décroît avec l'âge

ALD « maladies respiratoires chroniques hors mucoviscidose »

Âges et effectifs	Nombre et taux d'ALD
≤ 6 ans n = 105 265	9 902 (9,4%)
7- 12 ans n = 91 953	7 546 (8,2%)
13- 18 ans n = 89 989	4 338 (4,8%)

Une prédominance de recours hospitaliers pour les enfants

Tous âges confondus, 6 700 **séjours hospitaliers** pour asthme de 2011 à 2015:

- 61% ont concerné les enfants < 15 ans;
- 40% ont concerné les enfants < 5 ans;
- 61% ont concerné les garçons;
- 27% sont liés à un asthme aigu grave.

Tous âges confondus, l'asthme a représenté 18 875 **passages aux urgences hospitalières** de 2010 à 2016 :

- 64% ont concerné des enfants < 15 ans;
- 37,1% ont concerné des enfants < 5 ans.

Parcours de l'enfant asthmatique

