



**Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2027
CADRE D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES**

Document soumis à consultation publique

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	3
1.	Un projet de santé deuxième génération.....	4
2.	Un projet de santé pour deux territoires : La Réunion et Mayotte.....	5
3.	Un projet de santé s’inscrivant dans le cadre de la stratégie de santé pour les Outre-Mer.....	6
4.	Une politique co-construite avec les acteurs de santé de La Réunion et de Mayotte	6
II.	DIAGNOSTIC DE LA SITUATION SANITAIRE A LA REUNION ET A MAYOTTE.....	7
1.	Diagnostic de la situation sanitaire à Mayotte.....	7
2.	Diagnostic de la situation sanitaire à La Réunion.....	10
III.	LE CADRE D’ORIENTATION STRATEGIQUE : 8 ENJEUX DE SANTE.....	12
1.	L’amélioration de la santé de la femme, du couple et de l’enfant.....	13
2.	La préservation de la santé des jeunes.....	15
3.	L’amélioration de la santé nutritionnelle.....	17
4.	La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées.....	19
5.	La prévention et la prise en charge des maladies chroniques.....	21
6.	La promotion et la protection de la santé mentale.....	23
7.	L’environnement au service de la santé.....	26
8.	Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire.....	28
IV.	SIX PRINCIPES TRANSVERSAUX STRUCTURANTS.....	30
1.	Des parcours fluides et sans rupture	31
2.	Une offre de santé accessible à tous.....	31

3.	La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie	32
4.	La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire.....	32
5.	La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local	33
6.	Un système de santé performant, innovant, s'appuyant sur la e-santé, la formation et la recherche.....	33
V.	ANNEXE	35
	Synthèse : enjeux de santé et objectifs généraux du cadre d'orientation stratégique	35
VI.	LEXIQUE	36

I. Introduction

Le Projet Régional de Santé (PRS) constitue la feuille de route de la politique de santé conduite par l'agence de santé Océan Indien pour les 10 années à venir. Elaboré en cohérence avec la stratégie nationale de santé et sa déclinaison outremer, il sert de référence aux acteurs de la santé à La Réunion et à Mayotte, et a pour objectifs l'amélioration de la santé des populations sur les deux territoires et la réduction des inégalités de santé.

Il concerne l'ensemble des activités et secteurs de la santé : la promotion et la prévention en santé, les soins de ville, les soins hospitaliers et les accompagnements médico-sociaux, la veille sanitaire et les risques environnementaux.

La complémentarité des politiques publiques au service des questions de santé, le renforcement des coopérations entre les deux îles, la prise en compte des déterminants de santé, le partage des priorités avec les partenaires institutionnels et les collectivités locales, sont désormais constitutifs de la politique de santé, et renouvelle la définition de cette dernière.

Le PRS 2 est composé de trois documents :

- un Cadre d'Orientation Stratégique (COS), fixant les grands objectifs de santé à atteindre dans les 10 ans,
- un Schéma Régional de Santé (SRS), portant des objectifs opérationnels, sur 5 ans, avec des volets distincts pour La Réunion et Mayotte
- un Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), avec des volets distincts pour La Réunion et Mayotte.

Il est complété d'une documentation comprenant :

- une note méthodologique rappelant les étapes et principes de son élaboration,
- un descriptif de l'état sanitaire de La Réunion et de Mayotte, synthétisant les principales données et études disponibles,
- une évaluation externe et un bilan du PRS précédent,
- un diagnostic partagé en santé
- une étude des taux de recours et de l'activité des autorisations de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation.

Le COS constitue le pilier de la politique de santé pour les 10 années à venir. Il doit donc être perçu comme une feuille de route stratégique et répondre aux ambitions suivantes :

- Etre partagé avec les principales institutions intervenant dans le champ de la santé, ou contribuant par leurs missions à la santé de la population.
- Prendre en compte les attentes exprimées par les acteurs de santé et qui ont émergé lors des phases d'élaboration.
- Etre approprié par les usagers, associés tout au long de sa construction, et qui sont mobilisés au sein de leurs espaces de vie et de travail, et sont les acteurs de leur santé.
- Enoncer des priorités garantissant la mobilisation ciblée de l'action publique, et donc l'affirmation de choix, au service de l'efficacité en santé. Ces priorités répondent à des enjeux clairement identifiés et justifiés.

L'Agence de Santé Océan Indien a intégré ces impératifs, selon une progression logique qui a permis, à partir du diagnostic de la situation sanitaire à Mayotte et à La Réunion, de définir les enjeux de ces territoires pour les 10 prochaines années et de faire émerger en retour des orientations stratégiques. Le COS pose également les grands principes organisateurs qui guideront les choix et la mise en œuvre des objectifs opérationnels inscrits au SRS et au PRAPS.

1. Un projet de santé deuxième génération

Le premier Projet de Santé (PRS 1) a marqué les débuts de l'ARS Océan indien, et son implantation dans le paysage sanitaire et institutionnel local, ouvrant de nouvelles perspectives pour la politique de santé à Mayotte et à La Réunion, et notamment un développement conséquent de l'offre de santé. L'exhaustivité du diagnostic réalisé, la qualité du travail de co-construction engagé, la diversité des actions entreprises ont permis à l'ARS et à l'ensemble de ses partenaires de disposer d'une feuille de route ambitieuse à décliner de 2012 à 2017.

Une évaluation externe du PRS 1 a été réalisée en 2016. Portant sur l'ensemble des étapes du PRS 1, de son élaboration jusqu'à son pilotage en passant par les conditions de sa mise en œuvre, les constats évaluatifs ont conduit à retenir quatre principes dans l'élaboration et la mise en œuvre du PRS 2 :

- Participation et co-construction :

A l'instar du PRS 1, l'association des partenaires institutionnels et des acteurs locaux de santé aux travaux du nouveau Projet de Santé est indispensable, à La Réunion et à Mayotte. Toutefois, la qualité des réalisations antérieures, les habitudes de travail en commun, le renforcement des collaborations, l'existence de programmes locaux toujours d'actualité ont naturellement incité l'Agence de Santé Océan Indien à retenir une démarche d'élaboration ciblée plutôt qu'une approche visant à embrasser avec exhaustivité l'ensemble du champ de la santé et de ses problématiques. La méthode employée a permis de passer au tamis de la concertation l'ensemble des problématiques traversant les territoires et de soutenir le travail de priorisation à partir de constats et d'arbitrages partagés.

Cette dynamique de concertation et de co-construction doit être poursuivie tout au long du déploiement du PRS 2. L'horizon de 10 ans, les avancées médicales et thérapeutiques, les modifications du cadre juridique et des politiques nationales, et les évolutions des modes de vie et des attentes de la population impliquera un travail d'évaluation et de révision à un rythme régulier.

- Inter-sectorialité :

La mobilisation de l'ensemble des politiques publiques autour des enjeux de santé constitue un des principaux défis de ce nouveau PRS : la santé est au croisement de déterminants sociaux et environnementaux, de comportements individuels et collectifs, de compétences de soins, d'équipements, qui échappent en grande partie aux seuls leviers maîtrisés par le système de santé.

Des initiatives existent déjà, qui ont pu organiser les passerelles entre différents secteurs de l'intervention publique (éducation, logement, alimentation ou cohésion sociale).

La qualité de l'environnement, l'aménagement du territoire, la promotion des activités physiques et d'une alimentation mesurée, sont autant de déterminants qui doivent trouver une juste place au sein du PRS. Le COS porte ainsi une approche systémique de la santé dont la mise en œuvre nécessitera

une politique intersectorielle coordonnée par l'ARS, mobilisant l'ensemble des politiques publiques, et, concomitamment l'ensemble des partenaires qui les pilotent.

- **Parcours de santé et prévention**

Le décloisonnement de l'offre de santé constituait déjà un enjeu majeur du PRS 1 : entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social, entre les acteurs de la prévention et les professionnels du soin...

Le PRS 2 doit poursuivre cette démarche au travers de l'organisation de parcours personnalisés de santé, garantissant la continuité des soins et des accompagnements, tout en facilitant l'autonomie des patients et la prévention tout au long de la vie.

Il a paru important d'identifier un certain nombre de publics ou de pathologies cibles justifiant une organisation prioritaire en parcours, et la mise en place de coordination de ces derniers.

L'approche par parcours conduit également à repenser la place de la prévention. Celle-ci ne doit pas constituer un axe à part, isolé, mais traverser l'ensemble des champs de la santé et leurs interventions, s'ancrer dans la vie quotidienne des personnes mais aussi s'exercer à l'occasion et en complémentarité des soins.

- **Pragmatisme et priorisation**

Le précédent PRS était porté par une ambition d'exhaustivité, ce qui a pu obérer la vision stratégique et le pilotage de sa mise en œuvre.

Le PRS 2 prend donc clairement le parti de prioriser les objectifs et donc d'afficher des choix d'orientations des moyens et leviers de l'action publique.

Ce cadre d'orientation stratégique est donc volontairement resserré sur des priorités et se veut être directif dans ses formulations, précisant le sens dans lequel doivent aller les résultats attendus. Il rend compte des problématiques de santé dans leurs grandes lignes à Mayotte et à La Réunion. Il énonce des enjeux de santé priorités par l'Agence de Santé Océan Indien en lien avec ses partenaires et, in fine, s'engage sur des résultats à atteindre en termes d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités de santé à Mayotte et à La Réunion.

2. Un projet de santé pour deux territoires : La Réunion et Mayotte

L'Agence de Santé Océan Indien exerce ses compétences sur deux territoires distincts : La Réunion et Mayotte.

Les spécificités démographiques, la diversité des problématiques de santé rencontrées, les évolutions socio-économiques qui traversent chacun des deux territoires, impliquent, par nécessité, de tenir compte de toutes les hétérogénéités.

Pour autant, les grandes lignes stratégiques peuvent être partagées : la place à accorder à la prévention, la logique de parcours, une exposition aux risques infectieux, une insularité, et des problématiques de santé communes.

Au-delà, la coopération entre les deux îles est prometteuse pour le développement sanitaire de chacune.

Le cadre stratégique est commun : les ambitions ont été partagées. Néanmoins, les leviers d'action et objectifs opérationnels pouvant différer, le SRS et le PRAPS comporteront des volets propres à chacune des îles.

3. Un projet de santé s'inscrivant dans le cadre de la stratégie de santé pour les Outre-Mer

La stratégie de santé pour les Outre-Mer, présentée en mai 2016, propose une déclinaison de la stratégie nationale adaptée aux contextes ultra-marins.

Elle constitue une référence pour PRS, qui en reprend les priorités, orientations, et modalités opérationnelles de mise en œuvre, garantissant la cohérence et la lisibilité de la programmation publique.

4. Une politique co-construite avec les acteurs de santé de La Réunion et de Mayotte

L'élaboration du nouveau document stratégique prend appui sur une très forte concertation des acteurs et des usagers du système de santé. Elle a permis de disposer d'un diagnostic partagé, mais aussi de recueillir largement les propositions d'objectifs opérationnels.

A Mayotte, les thématiques structurantes suivantes sont ressorties :

- **L'amélioration de certains parcours de santé**, et notamment des jeunes,
- **L'amélioration de l'offre de santé** : le renforcement de la démographie des professionnels de santé reste le défi majeur à relever pour répondre aux besoins de la population,
- **L'action sur les déterminants de santé** : la responsabilisation de la population au travers de démarche de santé communautaire¹ est une demande forte, conjuguée à une exigence d'engagement et de coordination des pouvoirs publics.

A La Réunion, les débats ont retenu plus particulièrement les sujets suivants :

- **Usagers et parcours de santé**, avec une coordination soutenue des professionnels et un décloisonnement accélérés des approches sanitaires (hospitalières et ambulatoires), médico-sociales, sociales et préventives,
- **Accès à la santé**, tenant compte des contraintes géographiques, et de l'éloignement métropolitain, et de la persistance d'inégalités de santé,
- **Cadres de vie et déterminants de santé**, identifiés comme des sujets majeurs de l'amélioration de la santé de la population,
- **La santé des plus démunis**, en privilégiant le principe d'« aller vers » les publics et de les accompagner vers les soins et la prévention.

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* »

II. Diagnostic de la situation sanitaire à La Réunion et à Mayotte

1. Diagnostic de la situation sanitaire à Mayotte

➤ Contexte sociodémographique

Mayotte se distingue par le dynamisme de sa croissance démographique avec une évolution moyenne de plus de 2,7% par an. Elle est soutenue par un fort excédent des naissances sur les décès qui fait de Mayotte le département le plus jeune de France : 6 habitants sur 10 ont moins de 25 ans et les plus de 60 ans ne représentent que 4% de la population, soit 6 fois moins qu'en France métropolitaine.

En 2012, 84 600 étrangers, majoritairement comoriens, résidaient à Mayotte qu'ils y soient nés ou non. Entre 2007 et 2012, le nombre d'étrangers a augmenté moins vite que l'ensemble de la population (+ 12% contre + 14%). Ainsi, la part des étrangers se stabilise, sur cette période, autour de 40%. Mayotte demeure le département français où la part d'étrangers dans la population est la plus importante, devant la Guyane (35,5%). Près de 4 étrangers sur 10 sont des mineurs, nés à Mayotte.

Ces données, qui peuvent paraître éloignées de la perception des acteurs locaux, devraient être actualisées par le recensement général de la population mené par l'INSEE en 2017, donnant lieu, si besoin, à une actualisation du PRS.

La population de l'île est confrontée à de nombreuses problématiques socio-économiques dont la pauvreté, puisqu'en 2011, près de 84% de la population vivait avec des ressources en deçà du seuil de bas revenu. Selon l'INSEE, si le niveau de qualification tend à augmenter, plus de 73% de la population mahoraise n'avait pas de diplôme qualifiant en 2014. De même, le chômage concerne près de 20% de la population et touche particulièrement les jeunes dont le taux de chômage atteignait 46,5% en 2014. Cette situation est nourrie par l'importance de l'illettrisme qui touche 33% de la population contre 23% à La Réunion et 7% en France métropolitaine. Les femmes sont par ailleurs confrontées à de plus grandes difficultés : 63% d'entre elles ne maîtrisent pas les bases écrites du français contre 53% des hommes, ce qui ne peut que générer des difficultés de communication, en particulier pour suivre des recommandations dans le domaine de la santé, ou pour la compréhension des prescriptions médicales.

Par ailleurs, les problématiques liées à l'eau sont prégnantes ; une part importante de la population n'a pas accès aisément à l'eau potable. L'assainissement insuffisant, les mauvaises conditions d'hygiène et le climat tropical font que les infections à transmission féco-orale ont ainsi un fort risque d'évolution épidémique. L'habitat insalubre est visible dans toutes les localités de l'île. De plus, les deux tiers des logements sont surpeuplés. Ces conditions sont propices à l'émergence de plusieurs risques sanitaires.

De nombreuses zones non aménagées au regard des règles d'urbanisme et dépourvues d'accès aux services de base (eau, assainissement, électricité, voiries...) perdurent dans toutes les communes de l'île. De nombreux logements sont surpeuplés et insalubres, notamment dans les bidonvilles où les eaux stagnantes et les déchets sont insuffisamment évacués et traités. Les règles d'hygiène de base sont ignorées ou difficiles de mise en œuvre, notamment le lavage des mains au savon.

Les problématiques liées à l'eau de consommation sont très présentes : 25% des ménages sans accès à l'eau potable à l'intérieur du logement ou dans la cour, branchement de plusieurs logements sur un même compteur, pénuries d'eau en fin de saison sèche notamment du fait de réserves insuffisantes,

recours à des eaux non potables (rivière, puits, sources, eau de pluie...) pour les usages alimentaires (eau de boisson et préparation des repas)...

Ces conditions, associées à des mouvements de population importants en provenance des îles voisines et à un climat tropical, favorisent l'apparition et le développement de foyers de maladies hydriques ou à transmission féco-orale (hépatite A, fièvre typhoïde, leptospirose...), et augmentent sensiblement le potentiel épidémique des arboviroses (dengue, Chikungunya), du paludisme ou de la leptospirose.

L'espérance de vie à la naissance, comparativement à celle de France métropolitaine en 2014, est inférieure de 5 ans pour les hommes et de 7 à 8 ans pour les femmes. L'étude des causes de décès, à partir des certificats de décès 2008-2014, montre que les pathologies cardiaques, puis les cancers, se situent aux premiers rangs des causes de décès.

En dehors des soins liés à la maternité et à la naissance, ce sont les traitements antihypertenseurs (6 800 personnes) et le suivi du diabète (4 400 personnes) qui concentrent la grande part des prises en charge médicales à Mayotte selon les bases de l'Assurance Maladies en 2015. Les taux de recours aux soins de médecine et de chirurgie, même après standardisation, sont très inférieurs à ceux observés à La Réunion et sur l'ensemble du territoire français.

L'offre de soins est principalement organisée par le Centre Hospitalier de Mayotte qui se compose d'un site principal à Mamoudzou, de 4 centres de référence et de 13 centres de consultations. Le mode d'exercice libéral reste peu développé avec 9 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 92 en France métropolitaine en 2016. Les densités des professionnels de santé quel que soit le mode d'exercice, à Mayotte sont nettement inférieures à celles de la France métropolitaine à l'exception des sages-femmes (densité double). La différence est notamment très marquée pour les médecins spécialistes (4 fois inférieure à la France métropolitaine) et les masseurs-kinésithérapeutes (3 fois inférieure à la France métropolitaine).

Toutefois, toutes les personnes résidant à Mayotte ne sont pas affiliées à la Sécurité Sociale. Le système de protection sociale ne propose pas la CMU-C, ni l'AME, ni l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), mais permet un accès aux soins gratuit pour les résidents réguliers auprès du CH de Mayotte. Les non-affiliés sociaux doivent acquitter un prix forfaitaire pour les soins délivrés par l'hôpital, exigence écartée en cas de risque vital, épidémique, ou pour la maternité et les prises en charge pédiatriques. Cette persistance d'une couverture sociale incomplète freine le recours aux professionnels de santé libéraux, et limite le développement de l'offre de soins, dans un contexte de très forte pression migratoire.

➤ Forces, faiblesses, opportunités et menaces pour la santé à Mayotte

 FORCES 	 FAIBLESSES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une population jeune ▪ Une culture forte, riche et mobilisable à travers les communautés et les femmes ▪ Des structures sur lesquelles s'appuyer (le CHM, les réseau associatif) ▪ Une situation et une taille propice à la proximité, la collaboration (sur l'île et avec La Réunion), l'engagement et l'innovation ▪ La modernisation en cours : développement de l'éducation, départementalisation, CHM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un climat social complexe & conflictuel : inégalités sociales, précarité immigration non maîtrisée, alphabétisation & langues... ▪ Un environnement défavorable : urbanisation anarchique, accès à l'eau, problématiques nutritionnelles ▪ Une méconnaissance des besoins en santé ▪ Des manques forts dans l'offre de soins (ressources insuffisantes en PS, saturation du CHM, offre médico-sociale embryonnaire...) ▪ La couverture sociale défailante et insuffisante et la méconnaissance des droits ▪ Un manque d'implication / coordinations des politiques publiques
 OPPORTUNITÉS 	 MENACES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formation et le développement de l'offre éducative ▪ Les filières de formation des PS ▪ Des plans et projets lancés (PRS, SNS Outre-Mer, Fonds européens, GHT...) ▪ Les nouvelles technologies (e-santé, télémédecine, moyens de communication) ▪ Les engagements vis-à-vis de la CMU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La saturation de l'offre de soins ▪ La pression démographique ▪ L'incertitude des financements ▪ L'absence de leviers pour fidéliser les PS ▪ La persistance de risques infectieux ▪ Le développement des maladies chroniques ▪ La montée des addictions ▪ La dégradation du contexte social (cité en faiblesse)

La départementalisation en 2011 contribue à conférer à Mayotte un important potentiel de développement qui s'exprime à travers la modernisation des infrastructures publiques et la démocratisation de l'accès à l'éducation actuellement en cours (¼ de la population mahoraise n'avait pas de diplôme qualifiant en 2014). Enfin, le dimensionnement de l'île – 375 km², sa relative proximité géographique avec La Réunion sont autant de facteurs à mobiliser en matière de coopération et d'expérimentation d'innovations en santé.

L'importance des inégalités sociales et la prépondérance des problématiques environnementales (urbanisation anarchique et insalubrité de l'habitat, accès inégal à l'eau, qualité de l'alimentation) entretiennent une forte précarité pour une majorité de la population.

La coordination des politiques publiques est une priorité pour fédérer l'ensemble des acteurs autour de la santé et optimiser leurs actions. L'éducation à la santé représente, au regard de la situation, un axe fort d'amélioration. De même, la connaissance des droits, dans la mesure où la couverture sociale est jugée défailante et insuffisante, est à développer.

L'enrichissement des filières de formation aux professions de santé, la mise en œuvre de projets structurants, le renforcement de la démographie et l'attractivité pour les professionnels de santé, le déploiement des nouvelles technologies (e-santé, télémédecine, moyens de communication) sont des pistes d'amélioration de la santé de la population à Mayotte.

À l'inverse, la saturation d'une offre de soins insuffisante associée à la pression démographique et migratoire et à une fidélisation limitée des professionnels de santé, la persistance des risques infectieux et la montée des addictions et des maladies chroniques, dans un contexte de ressources limitées, sont autant de menaces à considérer.

2. Diagnostic de la situation sanitaire à La Réunion

➤ Contexte sociodémographique

Avec une croissance moyenne de 0,7% par an et une population estimée à 843 500 habitants en 2015, La Réunion est le 26^{ème} département français le plus peuplé. Cette démographie est due à un solde migratoire négatif qui équilibre l'accroissement naturel porté par une natalité dynamique : plus de 14 000 naissances par an depuis les années 2000.

Si La Réunion est un département jeune – près 40% de la population avait moins de 25 ans en 2013 – elle est maintenant confrontée aux prémices d'un vieillissement accéléré à l'horizon 2030 : le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler et l'âge moyen devrait donc augmenter de plus de 7 ans pour se situer à 40 ans. De même, le vieillissement démographique est accentué par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui est de 77 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes contre respectivement 78,7 ans et 85 ans en France métropolitaine en 2013. Outre une espérance de vie plus faible, les hommes accusent une surmortalité avec un taux standardisé de mortalité prématurée deux fois supérieur à celui des femmes.

Les réunionnais vivent plus longtemps, mais ils restent confrontés à des problématiques socio-économiques majeures. En 2013, 42% des réunionnais étaient en situation de pauvreté contre 13,7% des métropolitains. Cette situation est aggravée par un chômage qui est 2 fois plus répandu qu'en France métropolitaine (22,4% de taux de chômage en 2016) et qui touche principalement les jeunes de moins de 25 ans non diplômés (44% des 15-24 ans sont au chômage). Malgré un niveau de qualification moyen à la hausse, 36 % des jeunes ayant terminé leurs études sortent du système scolaire sans qualification contre 19,4% en France métropolitaine. De plus, 22,6% des 16-65 ans ayant été scolarisés à La Réunion sont confrontés à l'illettrisme contre 7,4% en France métropolitaine en 2011.

Outre le diabète, qui représente la pathologie la plus fréquente avec un taux standardisé de 109,2‰ (contre 54,2‰ sur la France entière), La Réunion est particulièrement confrontée aux maladies cardio-neuro-vasculaires et aux pathologies respiratoires chroniques. Le recours aux soins en médecine dans les établissements sanitaires est équivalent au taux de recours métropolitain, légèrement inférieur en chirurgie mais supérieur en obstétrique.

En matière d'offre de soins, La Réunion compte 26 établissements de santé répartis en 34 structures dont 7 maternités. Depuis 2012, le département est doté d'un Centre Hospitalier Universitaire. L'offre ambulatoire mobilise 5 900 professionnels environ dans le secteur libéral, dont 2 200 professionnels médicaux et près de 3 700 professionnels paramédicaux. Globalement, les densités des professionnels de santé à La Réunion, malgré un accroissement constant, restent inférieures à celles observées en France métropolitaine sauf pour certains libéraux : médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes.

➤ Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la santé à La Réunion

 FORCES 	 FAIBLESSES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un système de santé globalement satisfaisant : l'offre, des moyens conséquents, le CHU, l'observation en santé... ▪ La Réunion et sa population : un environnement favorable et attractif, une culture sociale solidaire (famille), une population jeune et riche en diversité ▪ Les acteurs de santé de l'île sur lesquels appuyer : proximité, dynamisme, innovation, amélioration permanente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les caractéristiques socio-économiques de l'île (précarité, illettrisme...) ▪ Les prévalences des maladies chroniques, conduites à risques & violences ▪ Des manques forts dans l'offre de soins : les PMI, le médico-social, les disparités sur le territoire... ▪ Des dispositifs complexes à lire pour les PS et les usagers ▪ Les risques sanitaires spécifiques à La Réunion (vs métropole) ▪ Un manque de mobilisation / coordination des politiques publiques ▪ La place insuffisante de la prévention ▪ Le manque de mesure des impacts (évaluations des actions menées)
 OPPORTUNITÉS 	 MENACES 
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Réunion, île laboratoire, laissant la place pour le numérique et l'innovation en santé ▪ Les coopérations en local (partenariats naissants) et régionales ▪ Des initiatives à concrétiser : la logique de parcours, le socle SI partagé, la recherche localisée et spécialisée à La Réunion, ▪ La mobilisation des usagers et des acteurs dans le cadre de la démocratie sanitaire ▪ Des plans et projets lancés (PRS 2, OIS, SNS Outre-Mer...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque d'anticipation des grandes tendances : vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, des risques émergents ▪ Déficit d'orientations stratégiques prospectives des politiques locales au regard de l'habitat, de l'eau,... ▪ Les changements environnementaux et les modes de vie : changement climatique, développement urbain (densité, sédentarité), développement de la décohabitation ▪ Evolution des comportements à risque, du manque d'implication des usagers dans leur santé ▪ La disponibilité des financements et la fragilisation des opérateurs ▪ L'asymétrie Réunion / Mayotte (mise en place du GHT, financement)

Au regard de son bassin géographique, le système de santé réunionnais est relativement mature et propose une offre de soins conséquente avec des filières de haute qualité dans le secteur public et le secteur privé. La qualité des infrastructures locales, la diversité des filières proposées, entretiennent l'attractivité de l'île auprès des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers.

La Réunion accuse toutefois un déficit d'équipement en structures médico-sociales, souligné par la croissance constante des besoins de prise en charge non-satisfaits.

Enfin, si l'insularité de La Réunion est source de risques environnementaux et épidémiologiques accrus, elle confère également au territoire la qualité de laboratoire propice à l'expérimentation de solutions innovantes pour affronter les futurs enjeux sociodémographiques (vieillesse de la population, sédentarité, évolution des modes de vie...).

III. Le cadre d'orientation stratégique : 8 enjeux de santé

L'examen de la situation sanitaire des deux îles, du bilan et de l'évaluation du projet régional de santé 2012-2017, ainsi que l'élaboration d'un diagnostic partagé avec les acteurs et les usagers de la santé, ont conduit à retenir huit enjeux pour les 10 prochaines années, sur lesquels des progrès sensibles sont attendus :

1. L'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant
2. La préservation de la santé des jeunes
3. L'amélioration de la santé nutritionnelle
4. La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées
5. La prévention et la prise en charge des maladies chroniques
6. La promotion et la protection de la santé mentale
7. L'environnement au service de la santé
8. Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire

1. L'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant

A Mayotte, l'offre de soins en périnatalité et en pédiatrie reste en deçà des standards nationaux, constituant une urgence du système de santé au regard de la natalité et de la précarité de la population. La forte progression, ces dernières années, du nombre de naissances est particulièrement préoccupante.

La Réunion accuse une surmortalité maternelle et infantile par rapport aux indicateurs métropolitains. De même, les naissances prématurées et les complications périnatales sont plus fréquentes.

➤ Les spécificités de Mayotte

Avec un indice conjoncturel de fécondité de 4,1 enfants par femme (2,0 en France métropolitaine en 2012), la natalité reste élevée dans le département. En 2015, 8 834 naissances ont été enregistrées par l'état civil dont 377 naissances de mères mineures, soit 4,3% des naissances. En 2016, le CH de Mayotte a pris en charge près de 9 500 accouchements.

Plusieurs enjeux sont ainsi à intégrer dans les réflexions : la consolidation des structures d'accueil, le développement des actions de dépistage et de prévention, la sécurisation de la prise en charge périnatale, le rôle et la capacité d'action de la PMI.

➤ Les spécificités de La Réunion

Avec 2,45 enfants par femme, l'indicateur conjoncturel de fécondité est stable depuis les années 1990 et reste plus élevé qu'en France métropolitaine. Les femmes à La Réunion présentent davantage de facteurs de risque pour leurs grossesses qu'en France métropolitaine.

Les grossesses des mineures sont surreprésentées : 3,3% des naissances totales contre 0,5% en France métropolitaine.

La mortalité infantile est préoccupante : sur la période 2005-2014, le taux de mortalité infantile moyen est de 7,3‰, soit le double du taux estimé en France métropolitaine à la même période (3,5‰). Les taux de mortinatalité, de mortalité périnatale et de mortalité néonatale sont également plus importants.

L'étude de la consommation de soins des femmes enceintes rend compte d'une entrée tardive dans le parcours de santé périnatale et d'un suivi insuffisant, malgré une offre de soins hospitalière et ambulatoire très développée.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La Réunion et Mayotte présentent une surmortalité maternelle et infantile. Les naissances prématurées et les complications mère-enfants sont aussi plus fréquentes sur ces deux territoires. Les facteurs de risque pesant sur les grossesses sont davantage représentés.</p> <p>Les troubles liés à l'alcoolisation foetale semblent nettement plus fréquents à La Réunion, avec une mobilisation récente et coordonnée des pouvoirs publics.</p> <p>Le recours à l'IVG interroge également l'effectivité de l'accès et de la maîtrise de la contraception.</p> <p>Les violences intrafamiliales, surreprésentées, sont une atteinte forte et durable à la santé.</p> <p>L'ensemble de ces éléments, pour des populations jeunes, justifie d'agir fortement en faveur de la santé sexuelle et reproductive.</p> <p>Le parcours de la femme enceinte et du nouveau-né doit faire l'objet d'améliorations. Il importe notamment de mieux accompagner les grossesses à risque.</p> <p>Enfin, le parcours de l'enfant jusqu'à 6 ans doit faire l'objet d'actions spécifiques et tout particulièrement à Mayotte, notamment dans l'organisation des dépistages, la vaccination, et la prise en charge précoce des troubles nutritifs et du développement.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none">1. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile2. Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommes3. Repérer, prévenir et prendre en charge les violences intrafamiliales4. Dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant
Indicateurs de résultats
<p><i>Taux de mortalité infantile</i></p> <p><i>Taux de mortalité périnatale</i></p> <p><i>Taux de mortalité maternelle</i></p> <p><i>Part des femmes enceintes engageant leur suivi de grossesse au 3^{ème} trimestre</i></p> <p><i>Incidence du VIH et du VHB</i></p> <p><i>Part des grossesses chez des mineures</i></p> <p><i>Taux de recours à l'IVG</i></p> <p><i>Taux de couverture vaccinale pour les 11 vaccins obligatoires</i></p>

2. La préservation de la santé des jeunes

Les populations mahoraises et réunionnaises sont jeunes : la part des moins de 20 ans représente respectivement 54% et 37% de la population. Cette jeunesse présente un atout pour la santé future de la population, si elle est destinataire d'actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant l'adoption précoce de comportements favorables.

La précarité et les difficultés d'insertion sociale et économique se conjuguent à des comportements à risque, mettant en cause la santé des jeunes et favorisant le développement à terme de maladies chroniques.

➤ Les spécificités de Mayotte

Si les addictions à Mayotte sont encore peu documentées, les remontées des acteurs montrent que le phénomène existe : alcool, tabac, cannabis (« bangué »), drogues de synthèse.

Dans le cadre des interventions de la maison des adolescents, sur 2 087 jeunes rencontrés, 82% ont déclaré avoir été en présence d'alcool, de « bangué » ou de drogue de synthèse (« chimique »). La composition variable de cette dernière, combinant plusieurs principes psychoactifs dérivés, rend le diagnostic pour les professionnels de santé difficile au regard des symptômes développés par le consommateur.

➤ Les spécificités de La Réunion

L'alcool représente le produit psychoactif le plus consommé chez les jeunes de 17 ans, comme pour l'ensemble de la population. Les usages excessifs répétés dans l'année concernent 10% des jeunes de 17 ans lorsque l'usage régulier touche 5% des jeunes. L'alcool est de plus associé à de nombreux passages à l'acte (suicides, violences...), accidents du travail, et accidents de la route.

Les réunionnais de 15 à 30 ans sont également concernés par un tabagisme quotidien. De même, l'usage régulier de cannabis est en hausse (en 2014, 3% des 15-64 ans et 8% des jeunes de 17 ans).

Les addictions sans produits semblent également se développer. Une étude réalisée en 2010 auprès des étudiants à l'université de La Réunion estimait à 13% la part des étudiants concernés par un usage d'internet problématique ou à risque (sans différence entre les sexes).

Enfin, le passage à l'acte suicidaire représente un véritable problème de santé chez les jeunes réunionnais. En effet, sur les 750 hospitalisations annuelles pour tentative de suicide, 38% concernent les 15-24 ans.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La Réunion et Mayotte se caractérisent par la jeunesse de leur population, ce qui appelle une politique de santé innovante et en mesure de s'adresser à ce public parfois éloigné du système de santé ou de la préoccupation de sa santé. Cette situation est aggravée à Mayotte par une difficulté d'accès aux soins (insuffisance de la PMI, santé scolaire très déficitaire, offre de soins hospitalière et ambulatoire saturées, couverture sociale partielle).</p> <p>La diversité des problématiques rencontrées par la jeunesse nécessite la mobilisation de nombreux acteurs autour du parcours des jeunes, allant bien au-delà des seuls services de santé : familles et parents, éducation nationale, direction de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, collectivités locales, secteur associatif,...</p> <p>L'enjeu est éducatif et sanitaire, et constitue un investissement pour le futur de la santé et de nos sociétés.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none">1. Développer les compétences psychosociales² chez les jeunes2. Réduire les comportements à risque chez les jeunes3. Favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale
Indicateur de résultats
<p><i>Indicateur du score de bien être (ADRS)</i></p> <p><i>Part des jeunes de 16 ans avec consommation d'alcool</i></p> <p><i>Part des jeunes de 16 ans avec consommation de tabac</i></p> <p><i>Nombre d'hospitalisation pour tentatives de suicide chez les moins de 25 ans pour 1 000 habitants</i></p>

² Le développement des compétences psychosociales désigne, selon la définition de l'OMS, « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ».

3. L'amélioration de la santé nutritionnelle

Les deux îles sont confrontées à une explosion des maladies métaboliques, cardiovasculaires, et rénale fortement déterminées par les comportements nutritionnels. Ces problématiques ont également une résonance sociale, et s'inscrivent dans les mutations récentes de ces territoires.

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte connaît à la fois la sous-nutrition et la surnutrition : 7% des enfants souffrent de malnutrition aiguë et 32% des femmes présentent un indice de masse corporelle supérieur à 30, caractéristique du surpoids et de l'obésité.

Mayotte concentre donc tous les types de malnutrition (selon la définition de l'OMS).

- La situation nutritionnelle des enfants est surtout caractérisée par la persistance de formes modérées à sévères de dénutrition aiguë ou chronique :
- la malnutrition chronique concerne 6,4% des enfants < 4 ans, et 5,9% des 5-14 ans.
- la malnutrition aiguë concerne 7,5% des enfants moins de 4 ans

L'insuffisance pondérale (poids pour âge → peut refléter à la fois une malnutrition aiguë et chronique) concerne 10,6% des enfants de moins de 4 ans, et 8.6% des 5-14 ans.

Une enquête menée en 2015 chez les enfants de Grande Section de Pamandzi relève que 28.4 % des enfants avaient un IMC trop bas.

Les hospitalisations au Centre Hospitalier de Mayotte pour malnutrition aiguë chez les enfants restent une préoccupation constante des services de pédiatrie et de la PMI, et plusieurs épisodes de béri-béri ont été relevés ces dernières années.

Si en 2006, l'île semblait préservée de l'obésité infantile, l'accroissement des revenus des ménages et de l'accessibilité à des aliments gras et sucrés a probablement modifié les données.

En revanche, l'obésité des femmes adultes était déjà bien connue il y a 10 ans. En 2006 : 54% des femmes de 15-49 ans présentent un surpoids ou une obésité (respectivement 26,7% en surpoids et 27,3 en obésité). En 2008, l'étude Maydia met en évidence que cette prévalence augmente avec l'âge puisque on passe à environ 50% des femmes en obésité (auxquelles il faut ajouter 25% de surpoids) chez les femmes de 60-69 ans. Alors qu'à peine 8% des hommes sont touchés par l'obésité.

Concernant le diabète, on note une prévalence, chez les 30 à 69 ans de 10,5%, sans différence entre les sexes. Par ailleurs, 13,5% des plus de 30 ans étaient en stade pré-diabétique, et 1 diabétique sur 2 ignorait sa maladie au moment de l'enquête, quel que soit l'âge. Parmi les personnes diabétiques, 73% souffraient d'une hypertension artérielle.

On peut noter que le diabète gestationnel est important à Mayotte : il concernait environ 10% de la population féminine en 2016.

Les surcoûts liés à l'insularité, la persistance de la pauvreté, une offre alimentaire de qualité et de diversité insuffisantes sont des freins à l'accès à une alimentation saine. La nourriture consommée, pour une part importante de la population à Mayotte, se caractérise ainsi par un déficit en produits laitiers, calcium, fruits et légumes.

Pour résumer, on peut dire qu'à Mayotte, comme dans toutes les zones confrontées à une transition nutritionnelle, la coexistence simultanée dans la même communauté, voire dans les mêmes foyers, de

situations de dénutrition chez les enfants et d'obésité chez les mères constitue une difficulté supplémentaire.

➤ Les spécificités de La Réunion

Près de 4 réunionnais sur 10 sont en surcharge pondérale, obésité incluse. Cela touche davantage les moins de 45 ans qu'en métropole, et le surpoids concerne un quart des jeunes en classe de 6^{ème}. Autre différence notable par rapport à la France métropolitaine, les femmes sont davantage touchées par l'obésité que les hommes.

Bien que plus de 4 réunionnais sur 10 déclarent pratiquer une activité physique régulière, l'étude des habitudes alimentaires (DAAF, INSEE, 2015) mettait en évidence :

- une alimentation marquée par un excès de consommation de matières grasses, de produits et boissons sucrés ;
- une sous-consommation de fruits et légumes.

Ainsi, moins de 10% de la population réunionnaise suit les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS), à savoir 5 fruits ou légumes par jour, et 30% déclarent consommer des boissons sucrées au moins 4 fois par semaine, dont 20% tous les jours.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La nutrition est enjeu majeur de santé publique à La Réunion et à Mayotte, avec une mobilisation renouvelée des acteurs locaux autour du Programme régional Alimentation Activité Nutrition Santé (PRAANS) et de la conférence de consensus diabète 2016-2017, partageant les constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une persistance de situations de dénutrition et de retards de croissance à Mayotte, - d'une prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, - de comportements alimentaires éloignés des recommandations sanitaires - d'une offre alimentaire trop peu diversifiée à Mayotte - d'une activité physique insuffisante pour les personnes à risque nutritionnel. <p>La prévalence du diabète, de l'insuffisance rénale chronique (IRC), et des maladies cardiovasculaires (MCV) traduit cette défaillance de la nutrition dans les deux territoires, malgré une mobilisation accrue des pouvoirs publics et de la société civile.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévenir et prendre en charge les situations de dénutrition, notamment infantile 2. Ralentir la progression de l'obésité et du surpoids 3. Ralentir la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques
Indicateurs de résultats
<p><i>Taux de prévalence du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, et en classe de 6^{ème}</i></p> <p><i>Taux de patients avec diabète pharmacologiquement traité</i></p> <p><i>Nombre d'hospitalisation pour béri-béri sur 3 ans</i></p>

4. La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées

Les politiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées et promeuvent désormais l'inclusion sociale, le respect des choix de vie, le soutien à domicile ou en milieu ordinaire, et un accès à la prévention et à des soins adaptés.

En matière de prise en charge du handicap, La Réunion a vu son offre médico-sociale progresser, rattrapant partiellement le retard avec la métropole ; Mayotte est engagée dans le développement d'un secteur médico-social récent, avec encore des capacités limitées.

Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte démographique et social différents entre les deux territoires. Elles relèvent également des missions des départements, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale, mais aussi d'autres acteurs institutionnels (directions de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale ; directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Assurance Maladie).

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte a connu l'émergence nouvelle d'un secteur médico-social à destination des personnes handicapées, et dispose de six établissements ouverts aux enfants et adolescents et d'un établissement pour adultes, soit une offre de prise en charge du handicap très insuffisante, dans un contexte de pression démographique.

Le parcours des personnes en situation d'handicap est à construire à Mayotte sur la base d'un diagnostic médical précoce et systématique, et par le développement des instances d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap et des prises en charge spécialisée.

La connaissance de la population en situation de handicap et de ses besoins est en cours de structuration, avec des enquêtes ponctuelles, et une observation à construire en routine à partir de l'activité de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Ce territoire doit également anticiper un vieillissement progressif de sa population, et répondre dès maintenant aux besoins de prévention, de soins et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, encore peu nombreuses.

➤ Les spécificités de La Réunion

La capacité d'accueil et d'accompagnement des enfants et des adultes en situation de handicap a fortement progressé, mais reste éloignée des taux d'équipement métropolitains, particulièrement pour les adultes.

Alors que le taux d'équipement est quasi-équivalent à celui de la métropole pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants soit 9,1 de places autorisées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 9,7 en France métropolitaine, l'écart chez les adultes reste quant à lui substantiel avec 5,9 places autorisées pour 1 000 habitants contre 10 en France métropolitaine.

La situation du secteur gérontologique diffère fortement, avec un vieillissement engagé (doublement des personnes âgées de plus de 60 ans à l'horizon 2030 avec une part de seniors dépendants estimée à environ 12%), et équipement en établissement entre 2 et 3 fois moindre qu'en France métropolitaine.

Entre 2013 et 2015, plus de 400 nouvelles admissions par an en ALD pour « maladie d'Alzheimer et autres démences » ont été enregistrées. Le nombre annuel d'admissions en ALD pour démences suit ainsi une tendance globale à la hausse en progressant de 14% entre 2013 et 2015. À l'horizon 2040, en prenant en compte les projections de l'INSEE, près de 20 000 personnes âgées pourraient être atteintes de démences sur l'île, toutes choses égales par ailleurs.

➤ **Objectifs généraux à 10 ans**

Description
<p>Le vieillissement engagé de la population à La Réunion, et débutant à Mayotte, implique d'anticiper l'évolution nécessaire de l'offre sanitaire et médico-sociale pour faire face à un allongement de l'espérance de vie, des situations de dépendance lourde, un cumul de fragilités sociales et médicales, une augmentation des maladies chroniques et des troubles psychiques. Le repérage et la prévention de la perte d'autonomie sont à mobiliser fortement, pour limiter ou retarder les effets du vieillissement, et soutenir les aidants.</p> <p>Cette exigence répond à la demande sociale d'accompagnement des personnes dépendantes au plus près de leur lieu de vie, d'adaptation de leur environnement, et de conservation d'une vie sociale de qualité. La réponse institutionnelle, légitime dans certaines situations de grande dépendance et d'épuisement de l'entourage, ne pourra se développer à hauteur de ce défi démographique et économique ; une évolution de l'offre de soins et d'accompagnement est donc nécessaire.</p> <p>La mise en place de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé (2016), vise également à lutter contre les ruptures de parcours, à partir d'un changement des pratiques et des coopérations entre acteurs, autour du projet de vie de la personne en situation de handicap. Elle suppose une réorientation de la réponse médico-sociale, et un effort partagé pour rendre la société inclusive. Elle ne fait pas obstacle aux besoins de développement de l'offre médico-sociale à Mayotte, aujourd'hui marquée par son insuffisance.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévenir et retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées et les personnes handicapées 2. Soutenir l'inclusion sociale des personnes âgées et des personnes handicapées 3. Adapter les services de santé à l'évolution des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées
Indicateurs de résultats
<p><i>Nombre d'adultes maintenu en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton</i></p> <p><i>Taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissements spécialisés</i></p> <p><i>Part de l'offre de service dans les capacités médico-sociales pour enfants et adultes handicapés</i></p> <p><i>Age moyen d'entrée en GIR 1-2 et 3-4</i></p> <p><i>Part de personnes âgées porteuses d'une pathologie invalidante</i></p>

5. La prévention et la prise en charge des maladies chroniques

Si leur nature et leur ampleur sont insuffisamment documentées à Mayotte, les maladies chroniques³ à La Réunion représentent une part importante de la consommation de soins et touchent une part croissante de la population : diabète, cancers, maladies cardio-vasculaires et rénales, sans omettre les addictions.

Cette évolution épidémiologique appelle à une réorganisation du système de santé pour garantir une continuité et une adaptation des soins tout au long de la vie, renforcer la prévention de l'incidence de la maladie et de ses complications, lutter contre la désocialisation subie par les patients, et permettre à ces derniers d'être acteur de leur santé et de préserver leur autonomie.

➤ Les spécificités de Mayotte

La population de Mayotte n'est pas exempte de maladies métaboliques, cardiovasculaires et rénales. Les données relatives au surpoids et aux difficultés nutritionnelles laissent présager une explosion de ces dernières, et l'incidence des cancers se confirme.

La jeunesse de la population, et les problèmes de santé périnatale, ne doivent pas occulter cette évolution épidémiologique majeure pour laquelle les réponses de soins, de prévention, et d'accompagnement médico-social et éducatif sont encore très insuffisantes.

➤ Les spécificités de La Réunion

Au 31 décembre 2014, 134 660 réunionnais bénéficiaient de prestations au titre d'une affection de longue durée (ALD). Le diabète (45 540 personnes ; 34%), les affections cardiovasculaires (37 200 personnes ; 28%), les affections psychiatriques de longue durée (11 200 personnes ; 8%) et les tumeurs malignes (10 500 personnes ; 8%) représentent 78% des ALD.

Entre 2009 et 2014, le nombre d'admissions en ALD a augmenté de 2% en moyenne par an, soit une cinétique plus rapide que celle de l'ensemble de la population. Le nombre de bénéficiaires d'une ALD a ainsi progressé de près de 14% en 5 ans sur l'île. C'est le diabète qui contribue le plus à l'augmentation du nombre d'ALD à La Réunion (à hauteur de 50%).

La surmortalité liée à l'alcool, même si elle est en diminution, avec un profil épidémiologique contrasté de concentration de la consommation sur de gros buveurs, requiert d'accentuer, aux côtés de la prévention, les prises en charge ciblées, et l'accompagnement dans la durée de patients aux problématiques médico-sociales complexes.

³ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les maladies chroniques regroupent « *les affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, elles représentent la première cause de mortalité dans le monde.* »

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>Souvent associée au vieillissement progressif de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques appelle à une amélioration constante du dépistage et de la prise en charge précoce afin d'éviter les complications altérant la qualité de vie des personnes et consommatrices de ressources en santé.</p> <p>Ceci oblige à revoir les dispositifs de prévention, à renforcer la coordination des parcours de santé, et à encourager l'autonomie des patients.</p> <p>La réduction de l'incidence des maladies chroniques, et l'amélioration de leur prise en charge, concentrent une part importante des améliorations attendues de l'état de santé de la population, et requièrent dès lors une évolution des pratiques et des organisations, et une association plus forte de la société civile et des intervenants publics au-delà du seul champ sanitaire.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none">1. Eviter la survenue des maladies chroniques chez les personnes à risque2. Eviter ou ralentir la dégradation de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et préserver leur autonomie
Indicateurs de résultats
<p><i>Âge moyen d'entrée en dialyse</i></p> <p><i>Taux de participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, et du cancer colorectal</i></p> <p><i>Part des adultes fumeurs</i></p>

6. La promotion et la protection de la santé mentale

Les troubles psychiques concernent près d'un français sur quatre et représentent le second poste de dépenses de l'assurance maladie.

La santé mentale est retenue comme une des cinq priorités nationales dans la loi de modernisation de notre système de santé (2016), qui redéfinit le cadre de l'intervention régionale et locale en promouvant l'élaboration de diagnostics territoriaux de santé mentale (DTSM), de projets territoriaux de santé mentale, portés en pluridisciplinarité par les acteurs sanitaires et sociaux, et la création de communautés territoriales de santé mentale..

La santé mentale est aussi au rang des priorités de la déclinaison outremer de la stratégie nationale de santé.

La Réunion a engagé depuis 2016, avec l'appui de l'ANAP, un dispositif d'amélioration des parcours des adultes en santé mentale. Cette approche est en cours d'extension aux enfants et les adolescents.

Une communauté territoriale de santé mentale, la « Communauté Territoriale de Santé Mentale 974 », a été mise en place en juin 2017.

A La Réunion comme à Mayotte, les informations disponibles sur la santé mentale sont encore trop limitées. Elles concernent principalement les données de morbi-mortalité suicidaire ainsi que les taux de recours aux soins hospitaliers et ambulatoires en psychiatrie.

Les taux de recours à la psychiatrie, pour La Réunion, sont très inférieurs à la moyenne nationale. Cet écart est à mettre en parallèle avec un déficit d'équipements (lits et places par habitants), de psychiatres, et de financements (DAF par habitant à 70% de la moyenne nationale).

Aucune donnée n'existe sur les taux de recours à Mayotte, mais en fonction des équipements et de l'offre actuelle, on peut estimer le déficit de recours aux soins à plus de 80%.

Par ailleurs, la promotion de la santé mentale comme processus visant à renforcer la capacité des personnes (développement des compétences psychosociales) et des collectivités (conseils locaux de santé mentale) reste à développer pour favoriser l'environnement et le soutien des personnes présentant des troubles psychiques.

➤ Les spécificités de Mayotte

Les troubles mentaux figurent parmi les pathologies ayant eu le taux d'accroissement des soins hospitaliers parmi les plus importants entre 2011 et 2015 (16%).

Une observation continue en santé mentale, parallèlement au développement de l'offre de prévention et de soins, doit répondre à l'insuffisance des données et analyses.

Une enquête multicentrique (« santé mentale en population générale : image et réalité »), aujourd'hui engagée, est une première réponse.

Le dispositif actuel de soins est centralisé sur Mamoudzou, sur un modèle classique de secteur, avec des capacités particulièrement faibles au regard de la population à desservir.

Les capacités d'hospitalisation (10 lits) et des services sociaux et médicosociaux sont notoirement insuffisantes pour répondre aux besoins des patients atteints de pathologies psychiatriques, ou souffrants de handicap psychique. Par ailleurs, le turn-over des professionnels est important sur un fond de sous-effectif chronique.

En matière de services en santé, les enjeux portent sur l'enrichissement de l'offre (alternatives à l'hospitalisation, dispositifs innovants) et sur un renforcement des démarches de santé communautaire et de prévention.

La réponse ne pourra être uniquement quantitative, et devra satisfaire les exigences d'accessibilité et d'intégration dans la communauté, et de complémentarité des dispositifs de santé mentale.

➤ Les spécificités de La Réunion

Une analyse régionale des données de l'enquête Baromètre santé DOM 2014, a permis d'estimer la fréquence des troubles de l'humeur au sein de la population réunionnaise de 15 à 75 ans. Elle apporte des premiers éléments sur les profils ou les facteurs associés à ces troubles :

- la détresse psychologique au cours du dernier mois concernait près d'un quart des réunionnais,
- l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois touchait près de 10% des réunionnais,
- les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois concernaient 5% des réunionnais,
- 10% des réunionnais (moins de 1% au cours de l'année) ont tenté à leurs jours
- plus d'un quart des réunionnais (7% pour les 12 derniers mois) ont consommé des psychotropes au cours de leur vie.

Les travaux de l'ANAP sur le parcours de la population adulte en santé mentale ont permis d'orienter les priorités autour de 4 thématiques :

- l'évaluation des besoins d'accompagnements tout au long du parcours de santé et de vie des personnes en situation de handicap psychique,
- l'adaptation de l'offre aux besoins pour fluidifier les parcours des personnes avec des troubles psychiatriques et/ou un handicapé psychique (volet sanitaire, social et médicosocial),
- les formations croisées et l'interconnaissance entre les acteurs du sanitaire, du social et du médicosocial et l'harmonisation des pratiques professionnelles,
- la coordination des acteurs.

Des actions concrètes ont été définies, voire engagées, et devront être consolidées dans le présent PRS et sa mise en œuvre.

Des travaux sur le volet enfants-adolescents sont en cours.

Des thématiques spécifiques restent à approfondir pour co-construire des réponses adaptées, alliant des compétences relevant du sanitaire, du social et du judiciaire : santé mentale des personnes âgées, prise en charge du handicap psychique, prises en charge complexes des adolescents.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
La prise en charge et l'accompagnement des troubles psychiatriques et du handicap psychique, à Mayotte et à La Réunion, se caractérisent par un sous-recours important dû à un déficit structurel de l'offre et des moyens.
Les caractéristiques démographiques, avec une population très jeune (plus de 40% de moins de 20 ans), évoluant dans un environnement social précaire, exposée aux consommations de produits psychoactifs, nécessite une réponse spécifique du PRS pour cette population à risque.

De même, le vieillissement de la population fait émerger des pathologies nouvelles pour lesquelles les réponses en géronto-psychiatrie sont insuffisamment définies et développées.

L'augmentation de la capacité des individus et des collectivités à faire face aux atteintes psychiques (compétences psychosociales, compétences parentales, bien-être à l'école ou au travail, lutte contre les stigmatisations des personnes en situation de handicap psychique,...) sont des pistes de développement pour le PRS.

Un processus positif doit être impulsé visant à renforcer la capacité des personnes à améliorer leur santé mentale, au-delà de la prise en charge nécessaire des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Parallèlement à cette démarche, l'ensemble des acteurs des territoires de La Réunion et de Mayotte s'accordent sur un objectif commun de renforcement de l'inclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiatriques (scolarité, formation, emploi, logement, santé...)

A la Réunion, la mise en place d'une communauté territoriale de santé mentale – « Communauté Territoriale 974 » (CTSM974), et les travaux menés avec l'appui de l'ANAP depuis 2016 traduisent un dynamisme et un engagement des acteurs du sanitaire, du social et du médicosocial en faveur d'une approche pluridisciplinaire de l'accompagnement des personnes.

Le PRS oriente ses priorités dans la consolidation et le renforcement des travaux impulsés avec l'ANAP sur l'amélioration des parcours en psychiatrie et santé mentale. Il s'appuiera sur la communauté territoriale de santé mentale 974, pour établir le Diagnostic Territorial et le Projet Territorial de Santé Mentale.

Une démarche similaire doit être conduite à Mayotte, au-delà du déficit structurel appelant un effort de rattrapage en termes de moyens. Le Projet Territorial devra prendre en compte les spécificités socioculturelles de l'île et porter une approche en santé mentale communautaire.

Objectifs généraux à 10 ans

1. Promouvoir le bien être mental, la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires
2. Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychique :
 - accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médicosociaux,
 - qualité de vie et inclusion sociale des personnes avec trouble psychique
3. Faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial

Indicateurs de résultats

Part de la population sus anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs
Nombre d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les + de 25 ans pour 1 000 habitants

7. L'environnement au service de la santé

Le risque environnemental est aujourd'hui considéré comme l'ensemble des facteurs pathogènes externes ayant un impact sur la santé (substances chimiques toxiques, radiations ionisantes, germes, microbes, parasites, etc...), par opposition aux facteurs internes (causes héréditaires, congénitales, fonctionnelles, lésionnelles, psychosomatiques, etc...).

La santé environnementale tend à réduire l'impact sanitaire :

- des conditions de vie personnelles ou professionnelles (expositions liées à l'habitat et/ou expositions professionnelles par exemple, nuisances tels que le bruit ou l'insalubrité),
- de la contamination biologique, chimique ou physique des milieux physiques (eau, air, sol, etc.), d'origine naturelle ou anthropique,
- des grandes variations environnementales (climat, biodiversité, etc.)

et à promouvoir un environnement favorable à la santé.

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte a connu une croissance très rapide de la construction : de 1978 à 2012, le nombre de résidences principales a été multiplié par 5,1, un rythme plus rapide que l'augmentation de la population qui, elle, a été multipliée par 5,5 pour passer de 47 200 à 256 000 habitants sur la période (INSEE, RGP 2017).

Les défrichements et occupations de terrain, sous la pression démographique et migratoire, ont raréfié et fragilisé les milieux naturels, avec une vulnérabilité des ressources en eau et des cours d'eau, une érosion accrue des sols, et une imperméabilisation croissante des surfaces générant des risques d'inondations et de glissement de terrain.

La maîtrise juridique du foncier et de la construction reste à parfaire.

L'habitat reste largement précaire, avec 37% des maisons individuelles en tôle contre 63% des constructions en dur (maisons ou immeubles collectifs), et sa qualité est significativement éloignée des standards nationaux : un tiers des habitations n'est doté des équipements de confort de base, seuls 28% des logements possèdent un point d'eau en intérieur, 59% ne disposent pas de toilettes à l'intérieur et 52% n'ont ni baignoire ni douche (INSEE, RGP 2012).

L'assainissement encore insuffisant, de mauvaises conditions d'hygiène et un climat tropical, favorise le risque d'évolution épidémique des infections à transmission féco-orale. Plusieurs foyers de fièvre typhoïde ont ainsi touché l'île au cours des dernières années.

Un programme d'installation de bornes fontaines monétiques dans les quartiers les plus précarisés a été initié au début des années 2000, permettant à la population d'avoir accès à l'eau potable, réponse minimale à des exigences sanitaires de base non satisfaites.

Des difficultés demeurent dans la collecte régulière et le traitement des déchets ménagers.

Des dépôts sauvages de débris attirent les rats et retiennent les eaux de pluie. Ils constituent ainsi les gîtes larvaires préférentiels des espèces de moustiques vecteurs d'arboviroses, et favorisent la transmission de la leptospirose.

Cette situation appelle une action résolue des aménageurs publics, et particulièrement des collectivités locales, et requiert le développement de programmes de promotion de l'hygiène auprès de la population.

➤ Les spécificités de La Réunion

La Réunion se distingue par sa géologie unique (volcan actif, intérieur de l'île escarpé...) et partage avec Mayotte une exposition aux risques climatiques qui soulèvent des enjeux forts en matière d'urbanisation raisonnée et d'aménagement du territoire.

Les politiques menées dans ces domaines induisent des impacts forts sur les déterminants de santé en influençant notamment la qualité et l'accessibilité à l'eau, les conditions de vie de la population, les niveaux de pollution.

Les communes accusent un retard significatif en infrastructures publiques d'adduction d'eau de consommation humaine ; moins de la moitié des réunionnais (48%) dispose à ce jour d'une eau de consommation traitée de façon adéquate. Pour les autres, la qualité d'eau n'est pas conforme aux exigences légales, ce qui se traduit par la présence intermittente, mais chronique, de matières en suspension particulièrement en période de sécheresse ou de fortes pluies.

L'incidence des gastro-entérites aiguës à La Réunion est ainsi deux fois supérieure à celle de France métropolitaine. Ceci est constitutif d'un risque sanitaire accru pour les personnes sensibles (immunodéprimés, personnes âgées, femmes enceintes, jeunes enfants...).

D'autres risques environnementaux sont insuffisamment maîtrisés : l'habitat, avec la persistance de logements indignes ou insalubres, l'amiante diffuse dans le bâti, l'exposition solaire, la qualité nutritionnelle de l'alimentation, la qualité de l'air intérieur et extérieur.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La prise en compte des déterminants environnementaux constitue un enjeu sanitaire majeur, certains risques de base (eaux, assainissement, logement) n'étant toujours pas sous contrôle.</p> <p>Au-delà de la limitation des impacts sanitaires de l'environnement, il s'agit également de promouvoir un urbanisme et un aménagement du territoire favorables à la santé, prenant en compte les évolutions climatiques, et une veille aux risques émergents.</p> <p>Cette priorité stratégique sera traduite dans les plans régionaux santé environnement en cours d'élaboration à Mayotte et à La Réunion, constituant une programmation de l'action publique, conduite par l'ARS et les DEAL, et devant largement mobiliser l'ensemble des institutions et des collectivités, et prendre appui sur une sensibilisation accrue de la population, notamment au travers d'approches en santé communautaire.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none">1. Assurer les conditions minimales de santé environnementale2. Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé3. Développer une culture commune en santé environnementale
Indicateurs de résultats
<p><i>Part des logements avec direct à l'eau potable (Mayotte)</i></p> <p><i>Part de la population disposant d'une eau de consommation de qualité sanitaire (Réunion)</i></p> <p><i>Concentration dans l'air des quatre principaux polluants (Réunion)</i></p>

8. Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire

La Réunion comme Mayotte sont des zones endémiques pour les maladies vectorielles transmises notamment par les moustiques.

L'augmentation des transports des biens et des personnes renforce globalement le risque d'impact et de dissémination d'agents pathogènes, comme l'illustrent les épisodes récents (dengue, chikungunya, paludisme). La veille sanitaire internationale, organisée entre les pays de la Communauté de l'Océan Indien, mérite d'être consolidée.

Une politique d'éducation aux bonnes pratiques semble indispensable pour dépasser le fatalisme et impliquer la population dans l'amélioration de son cadre environnemental.

Dans les deux îles, le risque vectoriel ne doit pas occulter d'autres incidences de pathologies infectieuses ou la menace des bactéries multi-résistantes.

La sécurité des soins, au travers des mobilisations des différentes vigilances, est aussi une attente sociale forte, qui repose sur l'ensemble des professionnels de santé.

Nos territoires ne sont pas exempts du risque « attentats », ou de catastrophes collectives, et l'offre de soins doit alors être en capacité de répondre à des situations exceptionnelles, dans un contexte d'insularité et d'éloignement du recours métropolitain.

➤ Les spécificités de Mayotte

Mayotte est davantage exposée aux menaces sanitaires par la faiblesse de ses infrastructures de gestion et d'assainissement de l'eau et la jeunesse de sa politique environnementale. Ainsi, 14% des consultations aux urgences sont dues aux gastro-entérites et près de 100 cas de leptospirose sont diagnostiqués en moyenne chaque année.

De même, les pathologies infectieuses restent très présentes, malgré la transition épidémiologique largement engagée. Si l'incidence de la tuberculose est en baisse depuis 2000 (10,3 pour 100 000 habitants en 2010), elle reste supérieure à celle observée à La Réunion et en France métropolitaine (respectivement 5,6 cas et 8,1 cas pour 100 000 habitants en 2010). Le BCG reste recommandé à Mayotte.

Plus généralement, la couverture vaccinale est fragile, avec des périodes de carence de la PMI.

En matière de pathologie vectorielle, Mayotte a connu au cours des dernières années plusieurs épisodes de dengue. Depuis une épidémie de chikungunya en 2005 et 2006, aucune circulation active du virus n'a été identifiée depuis dans l'île.

Le paludisme n'a pas encore été éradiqué. Le virus est endémique dans l'archipel des Comores, les actions de lutte peinent à suivre l'urbanisation galopante et erratique de l'île, et une recrudescence des cas autochtones depuis 2016 est observée.

➤ Les spécificités de La Réunion

L'omniprésence du moustique *Aedes albopictus*, vecteur de nombreuses arboviroses (chikungunya, dengue, zika ...), maintient à un niveau permanent élevé le risque d'émergence d'une épidémie et

justifie les activités de lutte anti-vectorielle sur tout le territoire. La Réunion a été touchée par une épidémie massive de chikungunya en 2005-2006, qui a touché 38% de la population, puis en 2010, avec un épisode beaucoup plus modéré.

Depuis 2004 et après 27 ans sans détection, des circulations annuelles des différents sérotypes du virus de la dengue sont observées avec des épisodes épidémiques locaux modérés (2004, 2016). Cette circulation saisonnière mais régulière est révélatrice du risque épidémique lié à la dengue. Le paludisme a été éradiqué depuis près de 40 ans à La Réunion (1979) mais du fait de la présence d'un moustique compétent (*An. arabiensis*), une reprise de la transmission à partir de cas importés reste possible. Le dernier cas autochtone date de 2006. Une surveillance spécifique du paludisme est en place et mesure la diminution permanente de l'incidence du paludisme d'importation depuis 2001. Par ailleurs, le vecteur (moustique) est sous surveillance permanente afin de suivre les évolutions de sa distribution territoriale, discontinue sur le territoire.

➤ Objectifs généraux à 10 ans

Description
<p>La Réunion comme Mayotte sont des zones endémiques pour les maladies vectorielles.</p> <p>Les deux îles font face à une réalité de menaces épidémiques propres aux pays tropicaux et à des risques de catastrophes naturelles accrus pouvant déstabiliser l'offre de soins dans un contexte d'éloignement géographique. Ceci implique de conforter la capacité de gestion de crises, et de veille et sécurité sanitaire</p> <p>Les actions réalisées en matière de veille sanitaire doivent donc être poursuivies. L'expertise aujourd'hui développée par l'Agence de Santé Océan Indien et par ses partenaires peut favoriser la réalisation d'actions de coopération régionale. Enfin, la capacité de réponse du système de santé aux situations exceptionnelles doit être renforcée.</p>
Objectifs généraux à 10 ans
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conforter la coopération régionale autour des enjeux de veille sanitaire 2. Consolider la capacité de veille et de vigilance du système de santé 3. Renforcer la capacité de réponse du système de santé à des situations exceptionnelles
Indicateurs de résultats
<p><i>Part des établissements de santé participant annuellement à des exercices AMAVI</i></p>

IV. Six principes transversaux structurants

Pour répondre aux 8 enjeux prioritaires précédemment identifiés, constitutifs d'orientations stratégiques, l'organisation du système de santé dans les 10 ans doit être guidée par six principes transversaux, mobilisés dans la déclinaison opérationnelle figurant dans les schémas et programmes :

1. Des parcours fluides et sans rupture
2. Une offre de santé accessible à tous
3. La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie
4. La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire
5. La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental et local
6. Un système de santé performant et innovant, s'appuyant sur la e-santé, la formation et la recherche

1. Des parcours fluides et sans rupture

La promotion des parcours de santé répond à l'exigence de coordination des intervenants selon une continuité et une complémentarité des soins et de la prévention, respectant les attentes des usagers, faisant application de référentiels de bonnes pratiques ou de qualité des prises en charge, et limitant les ruptures de soins.

Cette approche concorde avec les évolutions épidémiologiques, passant d'une prédominance des maladies infectieuses ou à cinétique courte à une forte prévalence des maladies chroniques, du handicap, et du vieillissement. Elle intègre les apports d'une prévention en santé, tout au long de la vie, et dès le premier âge.

Elle prend en compte un système de soins complexe, parfois peu lisible pour les usagers, ou les acteurs eux-mêmes, faisant appel à une multiplicité d'intervenants.

En ce sens, l'organisation de l'offre de santé autour de parcours suppose de :

- **Favoriser l'interconnaissance et renforcer la coordination opérationnelle entre les professionnels de santé** en poursuivant le déploiement d'outils de coordination numériques, notamment pour améliorer le lien ville-hôpital et renforcer la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social,
- **Renforcer les dispositifs de repérage précoce et d'orientation effective et appropriée**
- **Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux pour les parcours complexes**, au service des acteurs de santé, associant les intervenants sociaux et médico-sociaux, selon un schéma organisationnel intégré, lisible, non-redondant, maillant les territoires, allant de la coordination régionale aux coordinations de proximité, reconnaissant les spécificités de certains parcours, et favorisant la mutualisation des outils et des référentiels.

2. Une offre de santé accessible à tous

Une meilleure accessibilité aux soins repose avant tout 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 sur les médecins spécialistes à La Réunion, et d'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 filière de soins Réunion/Mayotte, participent à l'amélioration de l'accès aux soins. Il convient 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.

L'encouragement à l'exercice partagé, et pluri-professionnel, doit permettre de consolider l'accès à une offre de soins de 1^{er} recours, en proximité, intégrant les enjeux de la prévention individuelle.

Enfin, l'accessibilité comprend également la réduction des inégalités sociales de santé, et ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la protection sociale, notamment à Mayotte, et sur les dispositifs d'accompagnement des personnes les plus démunies, ou vulnérables, vers les soins et la prévention.

L'accessibilité de la santé, et donc la réduction des inégalités sociales et territoriales, suppose de :

- **Soutenir le développement et l'adaptation des ressources humaines en santé**
- **Renforcer le maillage territorial de l'offre en santé, la gradation des soins,**
- **Développer et renforcer les filières de soins selon les besoins des populations, y compris entre La Réunion et Mayotte**
- **Garantir 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.

3. La promotion de la santé et la prévention tout au long de la vie

La prévention doit être fortement réinvestie dans tous les domaines de la santé : santé sexuelle, nutrition, maladies chroniques, autonomie et handicap, environnement, santé mentale, addictions...

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.

La prévention doit porter sur les conditions de vie et d'éducation, et s'intégrer aux soins tout au long des parcours de santé, particulièrement dans un contexte de prévalence accrue des maladies chroniques et de vieillissement de la population.

Elle doit 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 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.**

4. La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire

La santé communautaire constitue un des ressorts de mobilisation de la population, pour la rendre actrice de sa santé, et rendre effective les démarches de prévention.

Elle doit être réinvestie, tant à La Réunion qu'à Mayotte, comme levier de la politique de santé, et de réponse à l'attente de démocratie sanitaire.

Plus généralement, les droits des usagers, au niveau individuel et collectif, promus régulièrement par la législation en santé, doivent pouvoir s'exprimer 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.**

5. La coordination des politiques publiques, et des acteurs publics, au niveau régional/départemental 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, participent de l'inefficacité des actions en santé, et d'une désillusion de la population et des intervenants.

Une des conditions de l'efficacité de la politique de santé réside donc dans une meilleure coordination des politiques publiques et des acteurs publics, tant au niveau départemental avec la mise en cohérence des programmations et des priorités, qu'au niveau local avec la complémentarité des actions au plus près de la population.

Les services de l'Etat, les collectivités locales, 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**
- **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, notamment communautaire.**

6. Un système de santé performant, innovant, s'appuyant sur la e-santé, la formation et la recherche

La performance du système de santé, liant les notions de qualité, de pertinence, et d'efficacité, 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.

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.

L'évolution du système de santé réunionnais et mahorais devra ainsi prendre appui sur :

- **une observation en santé poursuivie, et renforcée à Mayotte, et aux résultats partagés**
- **un soutien à l'innovation, et notamment en télémédecine et en e-santé, et le recours à l'expérimentation**
- **un développement de l'évaluation en santé,**
- **une recherche de pertinence des actes, des prises en charge, des accompagnements, et des 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 initiale et continue des professionnels de santé.**

V. Annexe

Synthèse : enjeux de santé et objectifs généraux du cadre d'orientation stratégique

L'amélioration de la santé des femmes, des couples et des enfants	<ol style="list-style-type: none">1. Réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile2. Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommes3. Repérer, prévenir et prendre en charge des violences intrafamiliales4. Dépister et agir précocement sur les troubles du développement de l'enfant
La préservation de la santé des jeunes	<ol style="list-style-type: none">5. Développer les compétences psychosociales chez les jeunes6. Réduire les comportements à risque chez les jeunes7. Favoriser l'accès à la santé des jeunes en situation de précarité ou en difficulté d'insertion sociale
La protection de la santé par l'amélioration de la nutrition	<ol style="list-style-type: none">8. Prévenir et prendre en charge les situations de dénutrition, notamment infantile9. Ralentir la progression de l'obésité et du surpoids10. Réduire la croissance des pathologies nutritionnelles et métaboliques
La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées	<ol style="list-style-type: none">11. Prévenir et retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées et les personnes handicapées12. Soutenir l'inclusion sociale des personnes âgées et des personnes handicapées13. Adapter les services de santé à l'évolution des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées
La prévention et de la prise en charge des maladies chroniques	<ol style="list-style-type: none">14. Eviter la survenue des maladies chroniques chez les personnes à risque15. Eviter ou ralentir la dégradation de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et préserver leur autonomie
La promotion et la protection de la santé mentale	<ol style="list-style-type: none">16. Promouvoir le bien être mental et la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires17. Améliorer les parcours de santé des personnes ayant des troubles ou un handicap psychiques18. Faire évoluer les pratiques des professionnels du sanitaire, du social et du médicosocial.
L'environnement au service de la santé	<ol style="list-style-type: none">19. Assurer les conditions minimales de santé environnementale20. Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé21. Développer une culture commune de la santé environnementale
Le renforcement de la veille sanitaire et de la capacité de réponse aux situations exceptionnelles en territoires insulaires	<ol style="list-style-type: none">22. Conforter la coopération régionale autour des enjeux de veille sanitaire23. Consolider la capacité de veille et de vigilance du système de santé24. Renforcer la capacité de réponse du système de santé à des situations exceptionnelles

VI. LEXIQUE

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé

ADRS : Adolescent Depression Rate Scale.

ALD : Affection Longue Durée

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

AMAVI :Afflux massif de victimes

AME : Aide médicale état

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COS : Cadre d'Orientations Stratégiques

CTSM : Communauté territoriale de santé mentale

DAF : Dotation annuelle de financement

DAAF : Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DEAL : Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DJSCS : Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

ESMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRC : Insuffisance rénale chronique

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MDPH :Maison départementale des personnes handicapées

OIIS : Océan indien Innovation santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de plus démunis

PRS : Projet Régional de Santé

PS : Professionnel de Santé

RGP : Recensement général de la population

SRS : Schéma Régional de Santé

SNS : Stratégie Nationale de Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PRAANS : Programme Régional Alimentation Activités Nutrition Santé

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine