ELABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

SCHEMA REGIONAL DE SANTE - SANTE NUTRITIONNELLE
PARCOURS DIABETE/OBESITE
Groupe de travail N°2

Atelier du 10 mai 2023 – 9H30-12H30

Stelly CHOPINET-DIJOUX, référente nutrition-sport santé-obésité-diabète
Dr Christine PILLAY-LIPKOW, médecin référente
Jacqueline LEBON-BERTIL et Julie NAPIERALSKI, équipe-projet PRS

PRS-SANTE NUTRITIONNELLE

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

SANTÉ NUTRITIONNELLE

Thématique réaffirmée comme priorité régionale de santé publique dans le cadre des 1er travaux du PRS

PRS-SANTE NUTRITIONNELLE

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-VOLET SANTÉ NUTRITIONNELLE

10 Mars 2023 : 1er groupe de travail
⇒ Atelier a porté sur la prévention nutritionnelle

10 Mai 2023 : 2ème groupe de travail
⇒ Parcours de santé Diabète/Obésité

3ème temps : webinaire + consolidation avec les partenaires du PRND et le CSO et rédaction

PRS-SANTE NUTRITIONNELLE

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-VOLET SANTÉ NUTRITIONNELLE

Prévention nutritionnelle, ce qui a été abordé :

- ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE
- PREVENTION NUTRITIONNELLE
- APPROCHE TERRITORIALE ET QPV
- APS/SPORT SANTE
- COMMUNICATION ET PROMOTION DES REPERES NUTRITIONNELS
- APPROCHE POPULATIONNELLE ET PAR MILIEU
- !!! Opération Nutrition Marmay !!!

PRS-SANTE NUTRITIONNELLE

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-VOLET SANTÉ NUTRITIONNELLE

Objectifs des travaux :

- Identifier les objectifs opérationnels du PRS 2023-2033 (SRS Volet Santé nutritionnelle) et alimenter

⇒ PRND 2024-2028

⇒ Feuille de route régionale obésité 2024-2028

PRS-SANTE NUTRITIONNELLE

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-VOLET SANTÉ NUTRITIONNELLE
PARCOURS DE SANTE DIABETE/OBESITE

DEROULE DE L'ATELIER DU JOUR

1. Eléments de diagnostic sur l'obésité et le diabète
2. Partage du bilan des réalisations et intervention de partenaires
3. Petite pause vers 11H20
4. Recueil des contributions des participants

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé La Réunion

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION SANTÉ

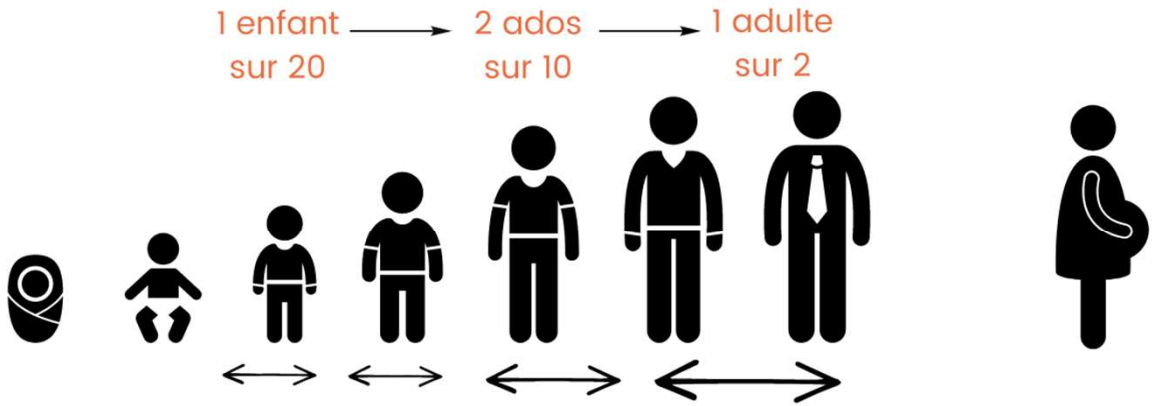
TRAVAUX PRÉPARATOIRES Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-SRS
VOLET SANTÉ
NUTRITIONNELLE

ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Une forte prévalence des pathologies liées à la nutrition

Surcharge pondérale

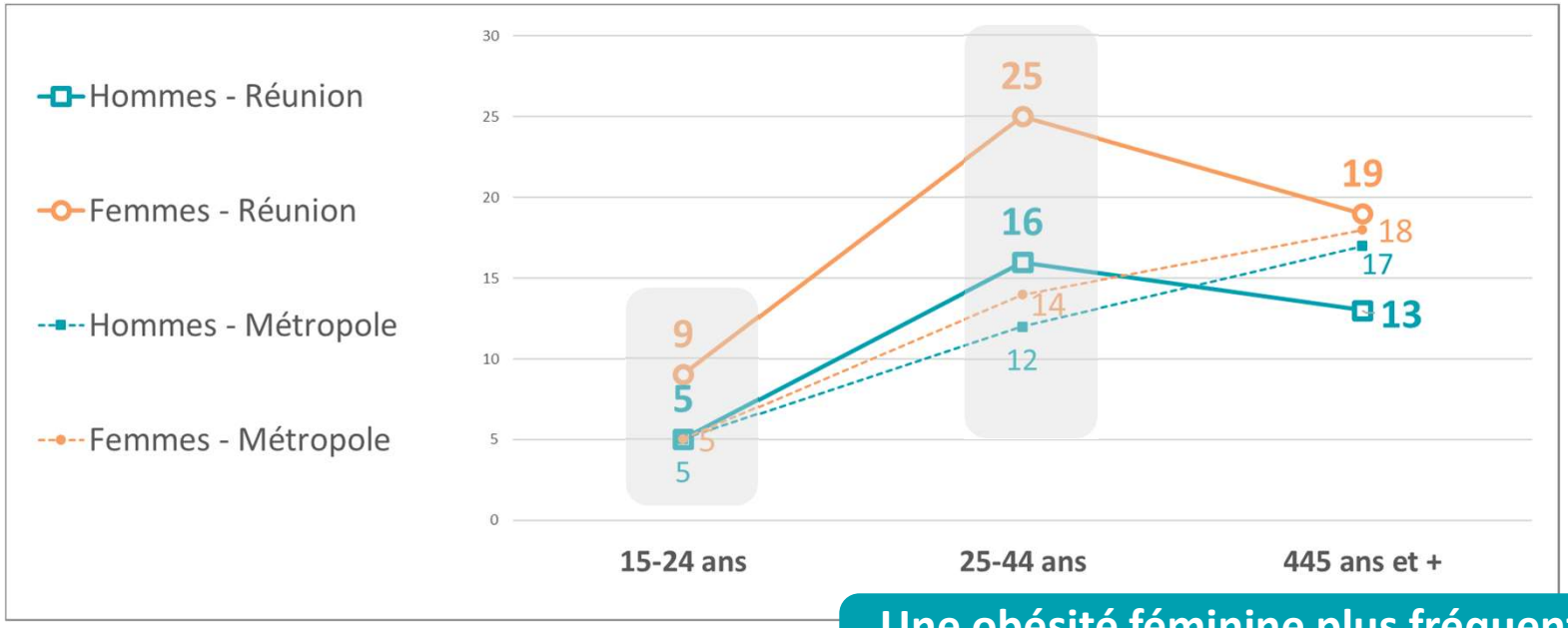


	Enfants de 3-4 ans - 2021	Enfants de 5-6 ans - 2011-2012	Adolescents (collèges et lycées) - 2021	Population 15 et + - 2019	Femmes enceintes - 2021
Surcharge pondérale	6%	14%	18%	45%	46%
Surpoids	2%	8%	12%	28%	24%
Obésité	4%	6%	6%	16%	22%

Sources : Données PMI (Département de La Réunion), Étude la corpulence des élèves 2011-2012 (ARS/Rectorat), Enquête Enclass 2021 (OFDT) - Exploitation ORS (Résultats à paraître), Enquête EHIS 2019 (Drees-Irdes-Insee), ENP 2021 (ARS-SpF)
En savoir plus : Tableau de bord "nutrition, obésité, diabète" -ORS - édition 2022

L'obésité : des particularités régionales

Taux d'obésité selon le sexe et l'âge à La Réunion et en Métropole, en 2019

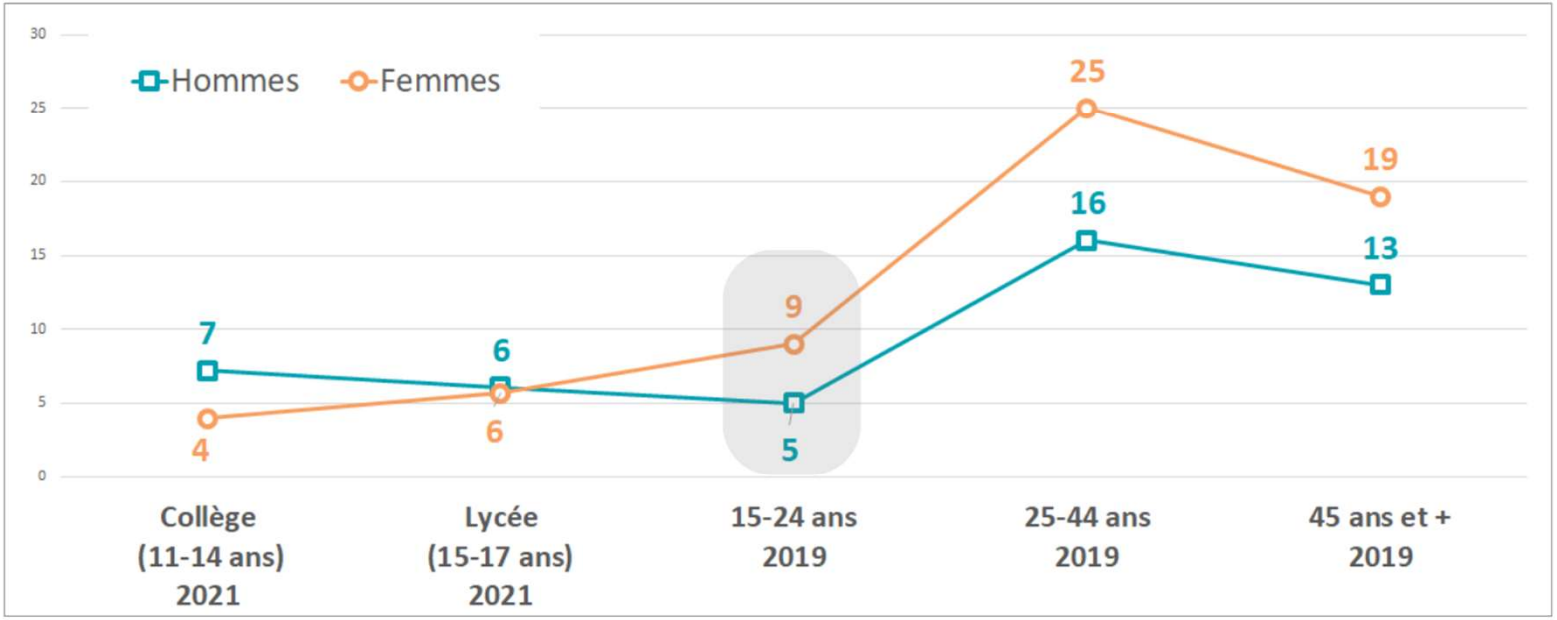


Sources : Enquête EHIS 2019 (Drees-Irdes-Insee)
En savoir plus : Tableau de bord "nutrition, obésité, diabète" -ORS - édition 2022

Une obésité féminine plus fréquente et plus précoce sur l'île

L'obésité plus fréquente chez les femmes à l'âge adulte

Taux d'obésité selon le sexe et l'âge



Sources : Enquête Enclass 2021 (OFDT) - Exploitation ORS (Résultats à paraître), Enquête EHIS 2019 (Drees-Irdes-Insee)
En savoir plus : Tableau de bord "nutrition, obésité, diabète" -ORS - édition 2022

L'obésité féminine 2 fois plus fréquente chez les 15-24 ans

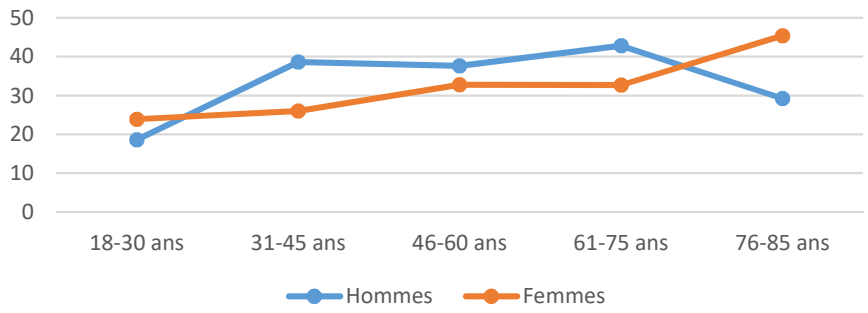
DONNÉES DU BAROMÈTRE DROM 2021 SUR OBÉSITÉ ET SURPOIDS EN COMPLÉMENT

	Normal (≤25)		*Surpoids*		Obésité (>30)	
	%	*Intervalle de confiance*	*%*	*Intervalle de confiance*	*%*	*Intervalle de confiance*
Guadeloupe (n=1 511)	42	[39; 45]	33	[30; 36]	20	[18; 23]
Martinique (n = 1 526)	43	[40; 46]	32	[29; 34]	21	[19; 24]
Guyane (n = 1 478)	40	[37; 43]	33	[30; 36]	19	[17; 22]
La Réunion (n=2 004)	51	[48; 54]	31	[29; 34]	14	[12; 16]

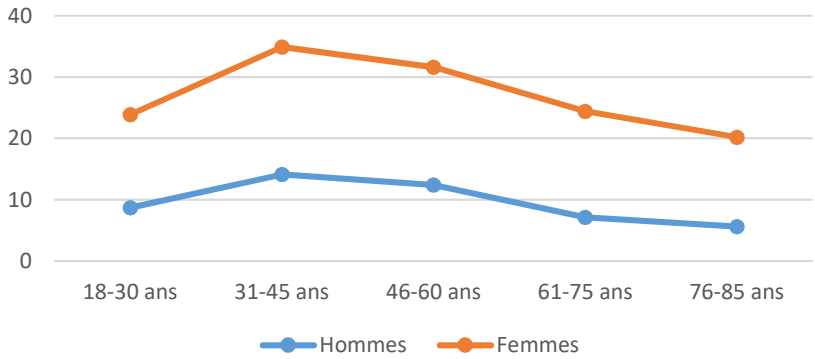
Rappel baromètre 2014 :
- *25 < IMC < 30 : 27 %*
- *IMC >30 : 11 %*

→ Un indicateur en augmentation

évolution par sexe et par classe d'âge de la prévalence déclarée du surpoids en population générale à la Réunion



évolution par sexe et par classe d'âge de la prévalence déclarée de l'obésité en population générale à la Réunion

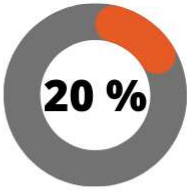


Une forte prévalence des pathologies liées à la nutrition

Diabète

Diabète pendant la grossesse en 2021

3 000
Femmes enceintes hospitalisées



Diabète de l'enfant de moins de 18 ans en 2020

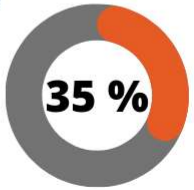
330
enfants pris en charge

Diabète en population générale en 2020

83 400
patients pris en charge

Diabète chez les personnes de 65 ans et + en 2020

39 400
patients pris en charge



Sources : Enquête EHIS 2019 (Drees-Irdes-Insee), PMSI (ATIH - exploitation ORS), SNDS
En savoir plus : tableau de bord "nutrition, obésité, diabète" -ORS - édition 2022

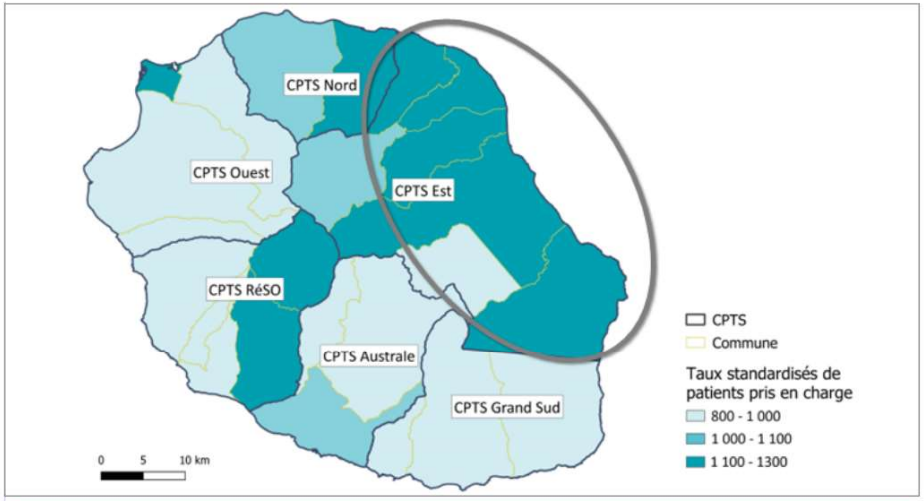
DONNÉES DU BAROMÈTRE DROM 2021 SUR LE DIABÈTE EN COMPLÉMENT

Santé publique France

	Ensemble des répondants		Sexe				Age							
			Hommes		Femmes		18-30	31-45		46-60		61-75		76-85
Prévalence du Diabète	2004	13,6% [11,8-15,7]	803	13,1% [10,2-16,5]	1201	14,1% [11,7-16,7]	885	3,7%* [2,3-5,7]	664	16,3% [12,9-20,1]	375	30,8%* [24,8-37,3]	80	29,6%* [18,0-43,6]
Prévalence du "petit" Diabète (parmi les personnes non diabétiques)	1744	3,4% [2,4-4,6]	709	4,0% [2,3-6,3]	1035	2,8% [1,8-4,2]	851	1,6% [0,7-3,2]	563	4,6% [2,6-7,2]	276	7,8% [4,3-12,8]	*54*	*0*
Proportion personnes diabétiques traitées pharmacologiquement.	259	82,4% [76,3-87,5]	93	82,8% [72,3-90,6]	166	82,1% [74,3-88,4]	*34*	*65,7%* [45,6-82,4]*	*101*	*82,4%* [72,6-89,8]*	*99*	*84,9%* [73,6-92,7]*	*25*	*95,4%* [78,7-99,8]*
Personnes ayant déjà arrêté leur traitement (parmi les personnes déclarant un diabète traité)	207	16,8% [11,1-23,9]	75	24,8%* [14,1-38,4]	131	10,3% [5,7-16,8]	*18*	*39,3%* [14,6-68,9]*	*80*	*28,2%* [17,2-41,5]*	*86*	*4,6%* [1,3-11,5]*	*23*	*6,6%* [0,5-25,2]*
Motifs d'arrêt du traitement (parmi les personnes actuellement traitées et ayant déjà arrêté le traitement - question multiple)														
Oubli	*38*		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Effets secondaires		*30% [16-48]*												
Perte de poids		*27% [11-48]*												
Rupture de médicaments		*6% [1-23]*												
Changement de médecin		*3% [0-15]*												
Autres		*3% [0-14]*												
		9 % [2-24]												

Le diabète : une maladie révélatrice d'inégalités sociales et territoriales

Taux standardisé* de prévalence du diabète pris en charge à La Réunion selon les communes et les CPTS en 2019 (taux pour 100 000 habitants)



La CPTS Est :

- Une situation socioéconomique très défavorable
- CPTS la plus touchée par le diabète pris en charge, avec un taux standardisé supérieur de 10% au taux régional

Sources : Sniiram/SNDS / ensemble des régimes d'Assurance Maladie (Méthodologie DRSM Réunion)
* Standardisation sur la population France entière au RP2006

Les 5 villes les plus concernées par le diabète pris en charge (taux communal supérieur dce 10% au taux régional)

	Taux standardisé de prévalence du diabète* (pour 100 000 habitants)	Taux de pauvreté
Sainte-Rose	1 300	55%
Saint-André	1 300	46%
Le Port	1 300	48%
Bras Panon	1 200	39%
Saint-Louis	1 200	46%
Région	1 100	39%

Corrélation entre diabète et précarité

Les communes qui comptent le plus de diabétiques pris en charge sont celles où les taux de pauvreté sont les plus élevés.

Sources : Sniiram/SNDS / ensemble des régimes d'Assurance Maladie (Méthodologie DRSM Réunion), Insee, DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Filosofi 2018
* Taux standardisé du dioabète pris en charge (prix arrondis à lla centaine près)

Des moments clés : des points de vigilance aux points de rupture

L'entrée dans le parcours : dépistage, diagnostic

Dépistage

19%

des patients mis sous traitement en 2010 en raison d'une complication inaugurale

1 patient sur 3 ignore sa maladie

Mise sous ALD

82%

des patients diabétiques pris en charge en 2019 bénéficiaires de l'ALD 8 (diabète)

87% bénéficiaires d'une ALD (quel que soit le motif)

Diagnostic tardif

Le parcours de santé

Transition vers l'âge adulte

40%

des enfants diabétiques pris en charge en 2019 âgés entre 16 et 18 ans (soit 130 enfants en 2019)

Observance du traitement

40%

des patients mis sous traitement antidiabétique en 2010 ont arrêté leur traitement au bout de 8 ans

Un arrêt de traitement à 8 ans : 2 fois plus fréquent sur l'île par rapport au niveau national

Recours aux PS et examens recommandés

- Un suivi insuffisant au regard des recommandations
- Essoufflement du suivi (points critiques à 1 an et à 5/6 ans)
- Faible recours aux médecins spécialistes, en particulier aux endocrinologues (même pour des étapes-clés ou des profils à risques)

Autres événements

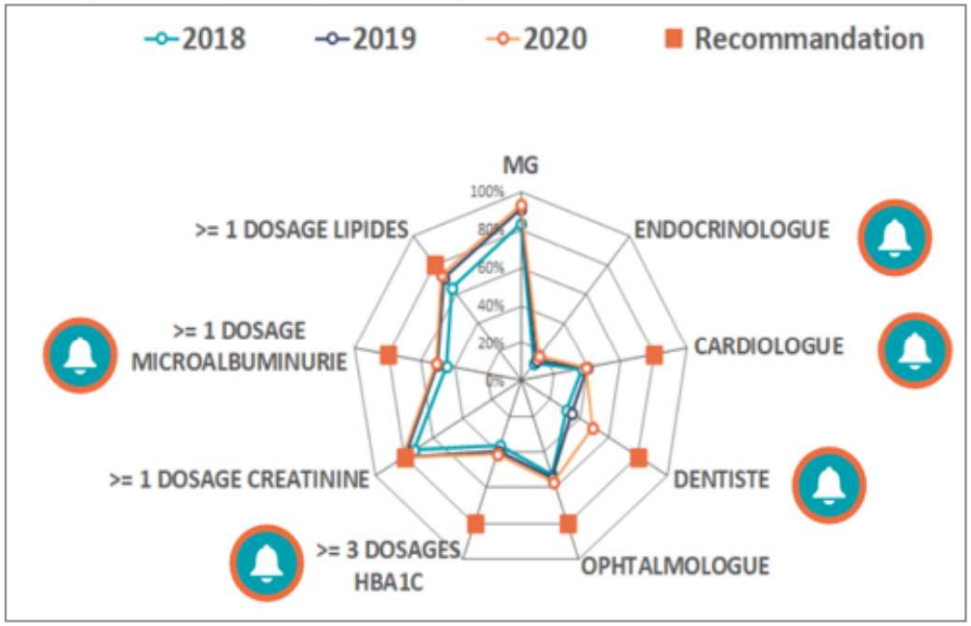
- Passage à l'insuline
- Survenue d'une complication (plaie du pied, acidocétose, ...)
- Evénements de vie

Des parcours réels éloignés du parcours recommandé, favorisant la survenue des complications

Sources : Etude "parcours de soins des patients diabétiques mis sous traitement en 2010 (DRSM, ARS, ORS - 2019), Sniiram/SNDS / ensemble des régimes d'Assurance Maladie (Méthodologie DRSM Réunion), PMSI / ATIH

Un suivi des patients qui continue de s'améliorer

Evolution de la férquence de suivi des consultations et examens recommandés parmi les patients pris en charge à La Réunion entre 2018 et 2020



Sources : SNDS / Sniiram (méthologie Assurance Maladie / DRSM Réunion) - Au moins une consultation ou un examen médical dans l'année, sauf poru la cnsultation ophtalmologique (au moins 1 fois dans les 2 ans) et le dosage de l'hémoglobine gyquée (HbA1c : au moins 3 dosaes dans l'année)
En savoir plus : Tableau de bord "nutrition, obésité, diabète" -ORS - édition 2022, 14 indicateurs clés sur le diabète et les personnes diabétiques - Edition 2022

- Des écarts aux recommandations plus importants pour l'endocrinologue, le cardiologue, le dentiste, et le dosage de l'HbA1c
- Une surveillance plus proche des recommandations chez les patients traités pharmacologiquement

Des complications liées au diabète fréquentes

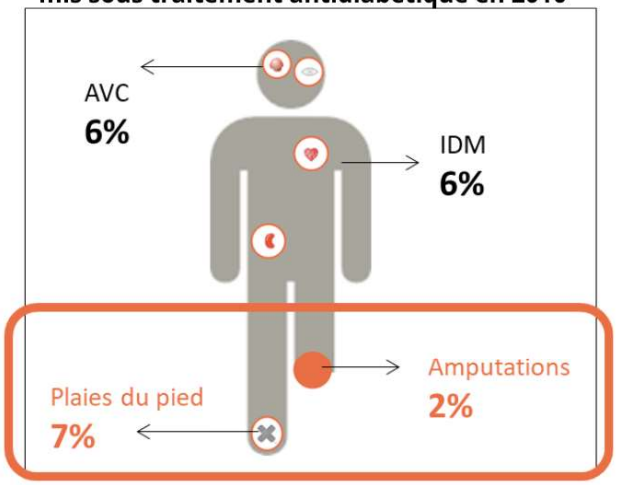
IRCT **1 100** patients diabétiques dialysés en 2021, dont 70% à cause de leur diabète

AVC **700** patients diabétiques pris en charge en 2020 hospitalisés pour une AVC

AMPUTATIONS **300** hospitalisations pour AMI chez des patients diabétiques en 2021

Sources : Registre REIN (Coordination locale, Sniiram/SNDS / ensemble des régimes d'Assurance Maladie (Méthodologie DRSM Réunion), PMSI / ATIH

Fréquence des complications en 2018 des patients mis sous traitement antidiabétique en 2010



54% des patients avec au moins une complication au bout de 8 ans

17% des patients avec une récidive ou un cumul de complications

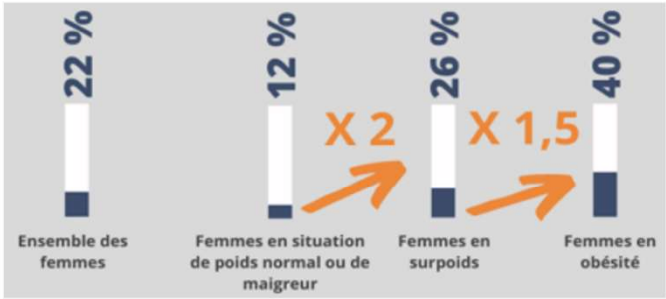
Sources : Etude parcours de soins des patients diabétiques 2019 (DRSM/ARS, ORS) 2019

Les pathologies nutritionnelles : des prévalences en augmentation chez les femmes enceintes

NIVEAU REGIONAL (ENP 2021)

Surcharge pondérale
24% en surpoids et 22% en situation d'obésité

Taux de diabète gestationnel
8% des femmes traitées par insuline et 14% par régime seul

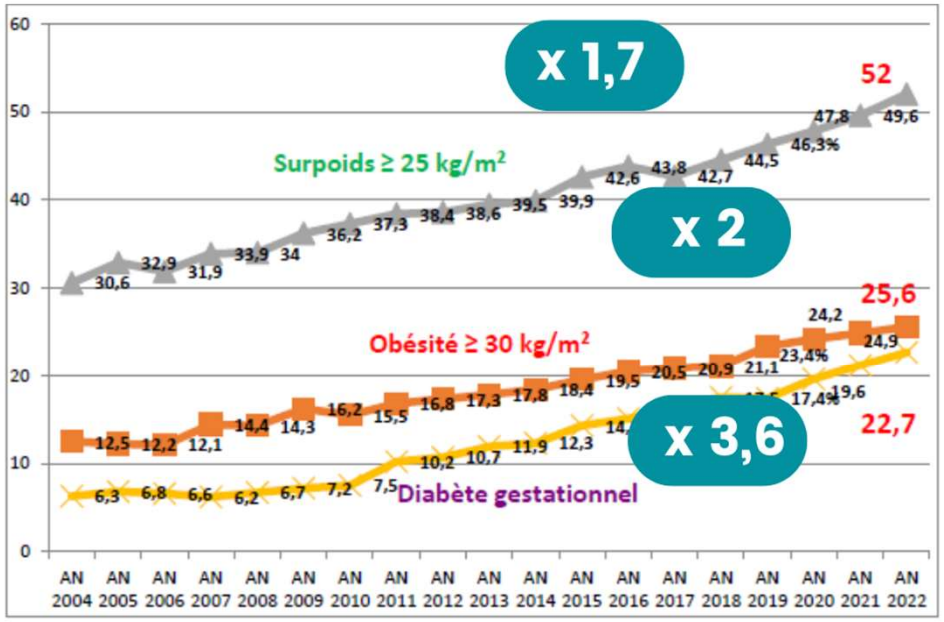


Suivi 2 mois après l'accouchement

Sources : Enquête Nationale Périnatalité 2021 (ENP 2021) - ARS La Réunion, SpF

SUD DE L'ILE

Evolution annuelle des prévalences de surpoids, obésité et de diabète gestationnel chez les mères dans le Sud de l'île



Sources : Relevé épidémiologique Sud Réunion(CHU Sud et Clinique Durieux) - Dr Robillard
En savoir plus : Tableau de bord "nutrition, obésité, diabète" -ORS - édition 2022

MERCI DE VOTRE ATTENTION.

DES QUESTIONS ?

DONNÉES DU BAROMÈTRE DROM 2021 LE VOLET NUTRITION

		Ensemble des répondants		18-30 ans		31-45 ans		46-60 ans		61-75 ans		76-85 ans	
		Effectif	% [$IC_{95\%}$]	Effectif	% [$IC_{95\%}$]	Effectif	% [$IC_{95\%}$]	Effectif	% [$IC_{95\%}$]	Effectif	% [$IC_{95\%}$]	Effectif	% [$IC_{95\%}$]
Prévalence de satisfaction de la recommandation de consommation en fruits et légumes >= 5/J	**Hommes**	803	18,9%* [15,9-22,3]	126	22,2% [15,1-31,4]	231	21,2% [15,3-28,7]	268	17,1% [12,4-23,0]	153	17,2% [11,7-24,5]	*25*	*6,4% [1,9-19,4]*
	Femmes	1201	22,0%* [19,4-24,8]	187	25,3% [18,9-33,6]	341	16,0% [12,2-20,6]	396	23,5% [19,1-28,6]	222	26,2% [20,1-33,4]	*55*	*13,3% [6,9-24,7]*
Prévalence de petits consommateurs de fruits et légumes < 3,5 /j	**Hommes**	803	69,6% [65,6-73,3]	126	69,8% [59,9-78,2]	231	69,7 % [61,9-76,5]	268	71,6% [64,8-77,5]	153	66,2% [56,5-74,7]	*25*	*69,4% [46,9-85,4]*
	Femmes	1201	64,1% [60,7-67,2]	187	65,0% [56,7-72,5]	341	72,8% [67,0-78,0]	396	62,4% [56,5-67,9]	222	51,5% [43,6-59,3]	*55*	*68,6% [51,9-81,5]*
Personnes consommant moins d'un fruit et légume par jour	**Hommes**	803	25,4% [21,8-29,3]	126	29,0% [20,0-40,0]	231	28,3 % [21,9-35,8]	268	26,1% [20,3-32,8]	153	19,3% [12,8-27,9]	*25*	*11,3% [3,1-33,7]*
	Femmes	1201	20,4% [17,7-23,5]	187	28,2% [21,4-36,3]	341	21,5% [16,6-27,3]	396	17,1% [12,6-22,3]	222	14,1% [9,2-21,0]	*55*	*26,6% [14,2-44,3]*
Consommateurs quotidiens de boissons sucrées	**Hommes**	803	23,6% [20,3-27,3]	126	36,8% [27,4-47,2]	231	24,1% [18,3-31,0]	268	21,0% [15,7-27,5]	153	14,0% [9,2-20,7]	*25*	*19,4% [7,9-40,5]*
	Femmes	1201	20,0% [17,3-23,1]	187	34,7% [27,1-43,2]	341	22,2% [17,2-28,3]	396	15,1% [11,2-20,0]	222	8,9% [5,3-14,4]	*55*	*15,9% [6,7-33,3]*

GÉNÉRALITÉS LE BAROMÈTRE DROM 2021 (2)

Echantillons	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion
Signalétique et description du foyer	X	X	X	X
Pesticides	X	X	X	X
Chlordécone	X	X		
Santé environnementale : information, perception du risque (thématiques variant selon le Drom), habitudes	X	X	X	X
Tabac : prévalence ; sevrage tabagique ; grossesse et tabagisme ; e-cigarette	X	X	X	X
Cannabis (18-65 ans)	X	X	X	X
Alcool : consommation ; consommation pendant la grossesse, notoriété des repères et des risques	X	X	X	X
Vaccination : Adhésion, opinions, pratiques (ROR, HPV, Grippe)	X	X	X	X
Pratique vaccination fièvre jaune			X	
Santé générale	X	X	X	X
Recours, renoncement aux soins	X	X	X	X
Diabète	X	X	X	X
Hypertension artérielle	X	X	X	X
Covid-19	X	X	X	X
Santé mentale : épisode dépressif caractérisé (CIDI-SF), conduites suicidaires				
Activité physique et sédentarité : fréquence et durée de pratique ; temps passé assis ; temps passé devant un écran ; nage	X	X	X	X
Alimentation : fréquence de consommation par type d'aliments	X	X	X	X
Type logement	X	X	X	X
Caractéristiques socio-économiques : statut migratoire ; situation professionnelle ; niveau d'éducation ; situation financière perçue ; revenus ; équipement téléphonique	X	X	X	X

AMELIORATION DES PARCOURS DE SOINS DES PATHOLOGIES LIEES A LA NUTRITION :

OBESITE/DIABETE

PARCOURS DE SOINS DIABETE TYPE 1 PEDIATRIQUE

PARCOURS DE SOINS OBESITE/DIABETE 4 AXES DE TRAVAIL

- DIABETE TYPE 1 PEDIATRIQUE
- DIABETE DE TYPE 2 (et type 1) ADULTES
- SURPOIDS/OBESITE PEDIATRIQUE
- OBESITE ADULTES

→

- **REPERAGE/DEPISTAGE**
- **DIAGNOSTIC/ORIENTATION**
- **PRISE EN CHARGE**
  INITIALE/SUIVI/ACCOMPAGNEMENT
- **COMPLICATIONS**
  PREVENTION/REPERAGE PRECOCE/ PRISE EN CHARGE
- **AXES TRANSVERSAUX**
  COMMUNICATION/FORMATION/OUTILS/ OBSERVATION/RECHERCHE/E-PARCOURS
- **APA/SPORT SUR ORDONNANCE**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé La Réunion

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION SANTÉ

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-SRS
VOLET SANTÉ
NUTRITIONNELLE

E-PARCOURS

Marie XAVIER, ARS (DSI)

PRESENTATION E-PARCOURS

La genèse et le périmètre du programme

Un appel à projet national …

AAP national impulsé en juin 2019 visant à accompagner la transformation numérique du parcours sur les territoires.
Les projets organisationnels et numériques en appui à la coordination sont éligibles aux financements pour :

- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- Groupements de professionnels dans le cadre de l'expérimentation art. 51 de la LFSS 2018
- Dispositif d'appui aux parcours complexes

… auquel l'ARS de La Réunion a répondu dans la poursuite des travaux réalisés avec les financements Territoire de Soins Numériques

L'ARS de La Réunion a répondu à l'AAP à projets national en identifiant plusieurs projets d'outillage numérique à destination des CPTS, MSP et du DAC.

Enveloppe obtenue à La Réunion jusqu'à fin 2023

PRESENTATION E-PARCOURS

Les outils financés au travers d'e-Parcours

LIEN DOCS

L'entrepôt régional des documents KONECT

CR des urgences
CR d'hospitalisation
Consultation du parcours personnalisé
Imagerie
Synthèse des documents de coordination

LIEN PARCOURS

L'outil de coordination des parcours

Gestion des équipes de prise en charge
Accès partagé aux documents KONECT
Gestion du parcours personnalisé
Questionnaires d'évaluation
Réunions de concertations
Agenda partagé

LIEN L'APP

L'outil de coordination en mobilité

Accès aux documents KONECT
Annuaire partagé
Disponible sur Iphone et Android

PLEXUS SANTE

L'outil organisationnel interne aux structures

Agenda partagé
Planification de réunions
Gestion documentaire
Gestion des tâches
Annuaire des utilisateurs du réseau

pandaLAB

L'outil de chat sécurisé (déploiement à venir)

Messagerie instantanée et sécurisée
Lecteur d'imagerie
Visioconférence

PRESENTATION E-PARCOURS

FOCUS LIEN PARCOURS

Les parcours complexes actifs

DAC
Nouveau parcours harmonisé à partir des parcours inter-réseaux PTA, sans critère d'âge ou de pathologie, porté par le DAC

- 765 dossiers actifs créés par le DAC ou ex-PTA
- 2487 dossiers créés par le DAC ou ex-PTA en cumulé

OBEPEDIA
Expérimentation nationale du parcours d'obésité pédiatrique porté par le service d'obésité du CHU

- 57 dossiers actifs OBEPEDIA
- 59 dossiers créés en cumulé par le service obésité du CHU (Sud ou Nord)

PRESENTATION E-PARCOURS

FOCUS LIEN PARCOURS

Les parcours complexes en cours de construction

Icope
Parcours pour la prévention du déclin des fonctions chez les personnes âgées, porté par Dr FRANCO de la CPTS Grand Sud

Sevrage tabagique
Parcours pour les personnes en sevrage tabagique, porté par Lib'sans tabac

VigilanS
Parcours pour les personnes ayant fait une tentative de suicide, porté par la cellule VigilanS de l'EPSMR

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé La Réunion

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION SANTÉ

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-SRS
VOLET SANTÉ
NUTRITIONNELLE

ELEMENTS EN GLOBAL

Bilan des réalisations - Global

Principales réalisations

⇒ GOUVERNANCE DU PRND

Mise en place d'une gouvernance stratégique et opérationnelle : 1 COPIL et des comités techniques (prévention, dépistage, parcours, com…) – Articulation avec le CRALIM + COPIL SSBE

⇒ ENGAGEMENT FORT DES PARTENAIRES

Une convention partenariale et des partenaires très engagés !!!

⇒ APPEL A PROJETS PREVENTION NUTRITIONNELLE/SPORT SANTE

AAP conjoint lancé pour la 3ème année consécutive

⇒ OBSERVATION/ETUDES

Mission d'animation spécifique portée par l'ORS sur cette thématique

⇒ OPERATEURS REGIONAUX QUI MONTENT EN COMPETENCE ET DE NOUVEAUX OPERATEURS

IREN, REUNIR, REDIA, ADNR, Points info Santé, OMS qui intègrent le volet diet, Diététiciennes, EAPA, Professionnels de santé au travers des MSP/CPTS, Services de santé au travail…

Ce qui reste à poursuivre

- ⇒ Tendre vers des opérations d'envergure
- ⇒ Outils/supports communs pour les acteurs

Points d'attention

- ⇒ Moyens pour animation des COPIL et COTECH
- ⇒ Difficultés pour recenser tout ce qui se fait sur le territoire

Bilan des réalisations - Global

APPEL A PROJETS PREVENTION NUTRITIONNELLE/SPORT SANTE

APPEL A PROJETS 2021

Programme réunionnais de nutrition et de lutte contre le diabète (PRND 2020-2023)

Stratégie Régionale Sport Santé Bien Etre (2021-2024)

CAHIER DES CHARGES

Appel à projets pour la promotion de la santé nutritionnelle à La Réunion

Organisé par l'Agence Régionale de Santé de La Réunion (ARS) et la Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) de La Réunion

Ouverture du dépôt des candidatures 8 juin 2021

Clôture du dépôt des candidatures 10 août 2021

AAP 2021

- 28 nouveaux projets financés sur 48 demandes de financements de projets/actions/dispositifs
- Pour un montant de 490 000€
- AAP conjoint ARS-DRAJES
- Structures associatives/communes/MSP
- Approche territoriale et systémique privilégiée +++

AAP 2022

- 47 projets financés sur 76 demandes de financement (sur 76 demandes au total)
- Pour un montant alloué par l'ARS de 940 000 €
- AAP conjoint ARS-DRAJES-REGION
- Le sport-santé prend une place considérable dans le financement global avec un montant de 335 000 €

AAP 2023

- AAP conjoint ARS-DRAJES-REGION-DAAF
- Pour un montant de 1,2 millions €

Bilan des réalisations
Approche territoriale

Principales réalisations

⇒ **14 communes engagées dans un Contrat local de santé (CLS)**
CLS de renouvellement ou 1er CLS – 3 ans renouvelable
Objectif : réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé
Signataires : ARS, Mairie, CCAS (pour certaines communes), Préfecture (pour les communes en contrat de ville)
Co-Financement de coordonnateur et de projets nutrition par l'ARS
!!!!!! Prévention nutritionnelle/Sport santé/Diabète = thématique obligatoire
=> très structurant pour les actions territoriales et de proximité (et surtout pour les QPV)
=> 18 communes / 24 sont dans une dynamique SSBE (PSL, CLS, CV)
Dont 7 programmes SSO (St Paul, St Pierre, La Possession, Petite Ile…) 3 futurs en 2023

⇒ **Projet Camélias Santé à St-Denis porté par ADN974**
⇒ **6 CPTS et des Maisons de santé pluriprofessionnelles réparties sur le territoire**
=> MSP : 12 signataires ACI – Gros travail fait par l'Assurance maladie

✓ Incitation de l'inscription du PRND au projet de santé par le biais d'action de prévention autour de la nutrition et/ou du diabète - Résultats 11/12

Ce qui reste à poursuivre

- Objectif de l'ARS pour les CLS : Couvrir l'ensemble du territoire réunionnais fin 2023

⇒ **10 communes à intégrer dans la démarche CLS** (221 400 habitant soit près de 26% de la population réunionnaise)

⇒ Outiller les acteurs/les coordonnateurs => déploiement de programmes d'intervention communs

⇒ Maintenir la dynamique d'inscription du PRND au sein des projets de santé des structures d'exercice coordonné

Points d'attention

⇒ Coordination des dispositifs et des acteurs

⇒ Manque de modèles d'intervention

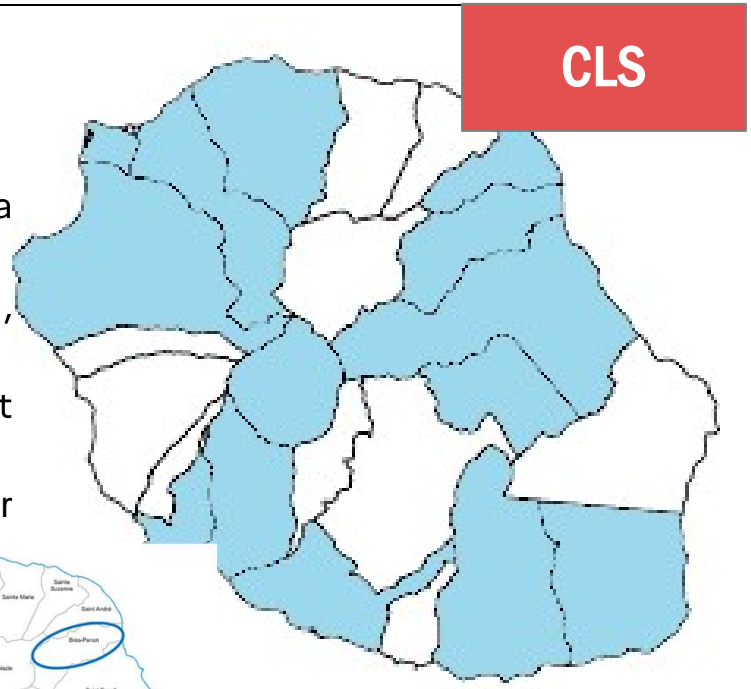
Bilan des réalisations
Approche territoriale

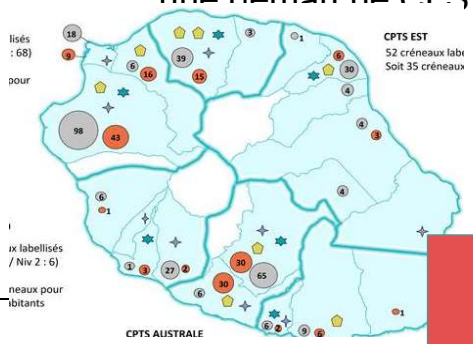
CHARTE VILLES ACTIVES DU PNNS

14 communes engagées *(renouvellement ou 1er CLS)*

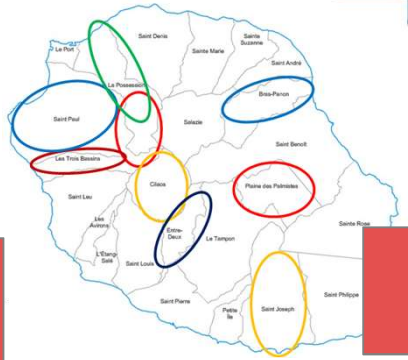
- **Nord** : St Denis
- **Est :** St André, Bras-Panon, St Benoît, La Plaine des Palmistes
- **Ouest :** La Possession, Le Port, St Paul, L'Etang-Salé
- **Sud :** St Louis, St Pierre, St Joseph, St Philippe, Cilaos
- Soit près de 74% de la population couverte par une démarche CLS

CLS





SSBE



PAT

CPTS ET MSP

Les missions des CPTS

OBLIGATOIRES

1. Améliorer l'accès aux soins: faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville
2. Organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient
3. **Développer des actions territoriales de prévention**
4. Contribuer à apporter une réponse en cas de crise sanitaire

OPTIONNELLES

5. Développer la qualité et la pertinence des soins
6. Accompagner les professionnels de santé sur le territoire

Prévenir la dégradation de l'état de santé des malades chroniques

Soutenir et développer des actions territoriales de prévention des addictions

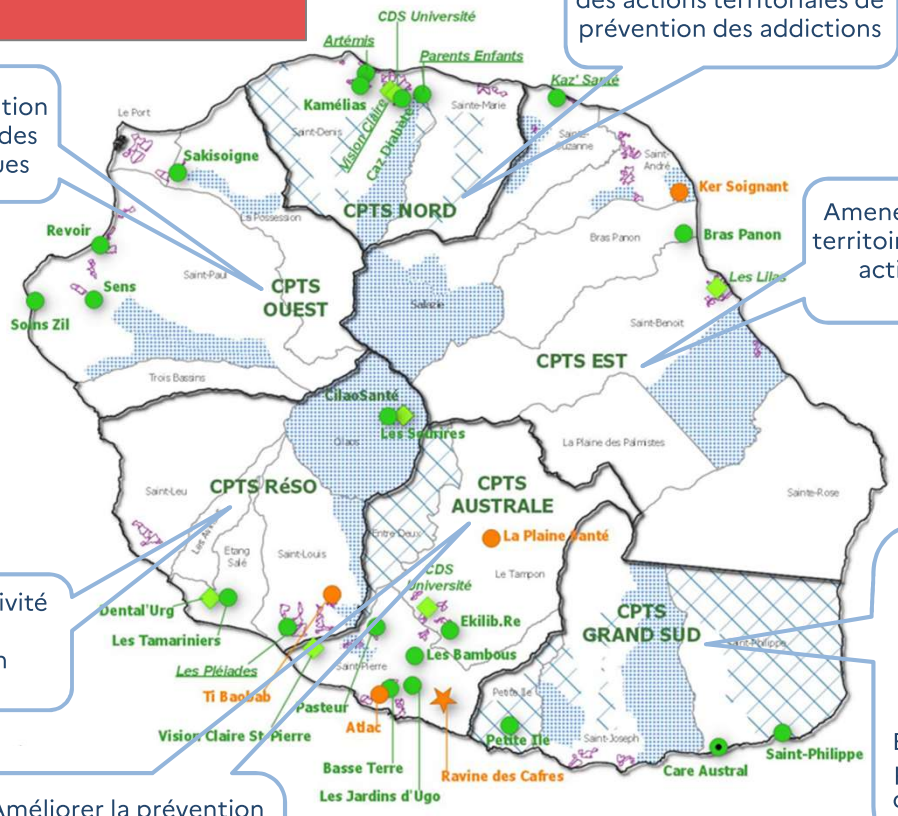
Amener les patients du territoire à pratiquer une activité physique adaptée

Promouvoir l'activité physique et l'alimentation adaptée

Améliorer la prévention du diabète de type 2 et de ses complications

Etablir le repérage précoce du risque de fragilité chez le sujet âgé

Améliorer la prévention des maladies chroniques par les thérapies non médicamenteuses (PMCTNM)



CPTS: créée
MSP: installée; en projet; MSP universitaire
ESP: en projet
CDS: installé
Zonage médecin: zone d'intervention prioritaire; zone d'action complémentaire; structure située dans un quartier vécu

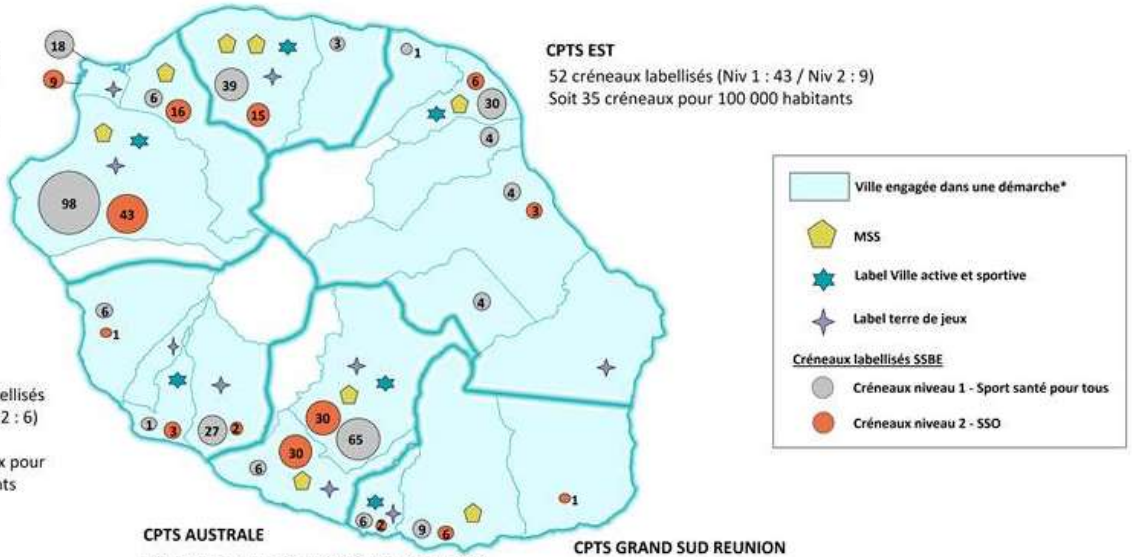
Bilan des réalisations – APS/SPORT SANTE
Vincent Hoareau, DRAJES

CPTS NORD REUNION
57 créneaux labellisés (Niv 1 : 42 : niv 2 : 15)
Soit 31 créneaux pour 100 000 habitants

CPTS OUEST
190 créneaux labellisés
(Niv 1 : 122 / Niv 2 : 68)

Soit 108 créneaux pour
100 000 habitants

CPTS EST
52 créneaux labellisés (Niv 1 : 43 / Niv 2 : 9)
Soit 35 créneaux pour 100 000 habitants



CPTS RéSO
40 créneaux labellisés
(Niv 1 : 34 / Niv 2 : 6)

Soit 34 créneaux pour
100 000 habitants

CPTS AUSTRALE
131 créneaux labellisés (Niv 1 : 71 / Niv 2 : 60)
Soit 76 créneaux pour 100 000 habitants

CPTS GRAND SUD REUNION
24 créneaux labellisés (Niv 1 : 15 / Niv 2 : 9)
Soit 44 créneaux pour 100 000 habitants

Source : DRAJES La Réunion
Réalisation : ORS La Réunion
* Ville engagée dans une démarche : ayant une MSS et/ou un label "Ville active et sportive" et/ou un label" Terre de jeux" et/ou des créneaux labellisiés (niveau 1 et/ou2)

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé / MSS : Maison Sport Santé / SSBE : Sport Santé Bien-Etre / SSO : Sport sur ordonnance

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé La Réunion

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION SANTÉ

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-SRS
VOLET SANTÉ
NUTRITIONNELLE

DIABETE TYPE 2 (et type 1) ADULTES

PARCOURS DE SOINS
DIABETE TYPE 2 - ADULTES

REPERAGE/DEPISTAGE

⇒ Travaux du CHU/CIC sur l'adaptation de l'outil de repérage des facteurs de risque du diabète (FIND RISK PEI) + Définition d'une stratégie de dépistage en 3 temps
⇒ Elaboration d'un kit d'intervention => Nécessité d'une diffusion plus large
⇒ Actions sur le terrain => Souhait d'aller vers une opération de dépistage « Dépist nout diabète »

DIAGNOSTIC/ORIENTATION

⇒ Travaux menés par la SEDMER sur l'annonce du diagnostic – Diffusion auprès des MG à travailler

PREDIABETE/DG+

⇒ Etude et recherche-action « Prediabrun » et actions de sensibilisation des MG au prédiabète
⇒ Programme ETP « Femmes ayant fait un DG+ » développé par REUNIR ; nécessité d'un déploiement régional
⇒ Dîtes non au diabète en cours d'évaluation par la CNAM
⇒ Elaboration du programme ETP RunPREDIABETE – Déploiement en cours
⇒ Déploiement d'un parcours pré-diabète au sein du terrioire Grand Sud

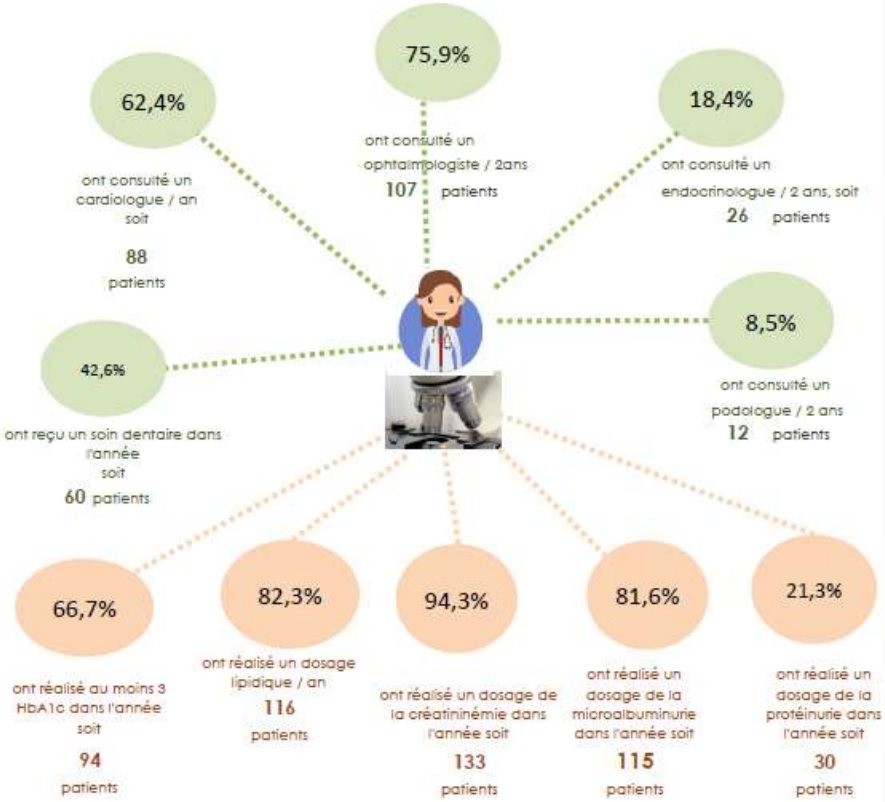
PRISE EN CHARGE
INITIALE/SUIVI/ACCOMPAGNEMENT

⇒ Dispositif SOPHIA (ciblage des patients en écart de soins +++
⇒ Déploiement du dispositif NEO DT2/Diabete tracing sur la CPTS Grand Sud
⇒ Déploiement du programme ETP RUNDIABETE
⇒ Travaux de l'AM au niveau des CPTS :
    ⇒ Communication via le réseau social professionnel de la CPTS
    ⇒ Profil territorial du suivi des recommandations pour les patients du territoire
    ⇒ Profils individuels médecins pour le suivi des recommandations de leur patientèle

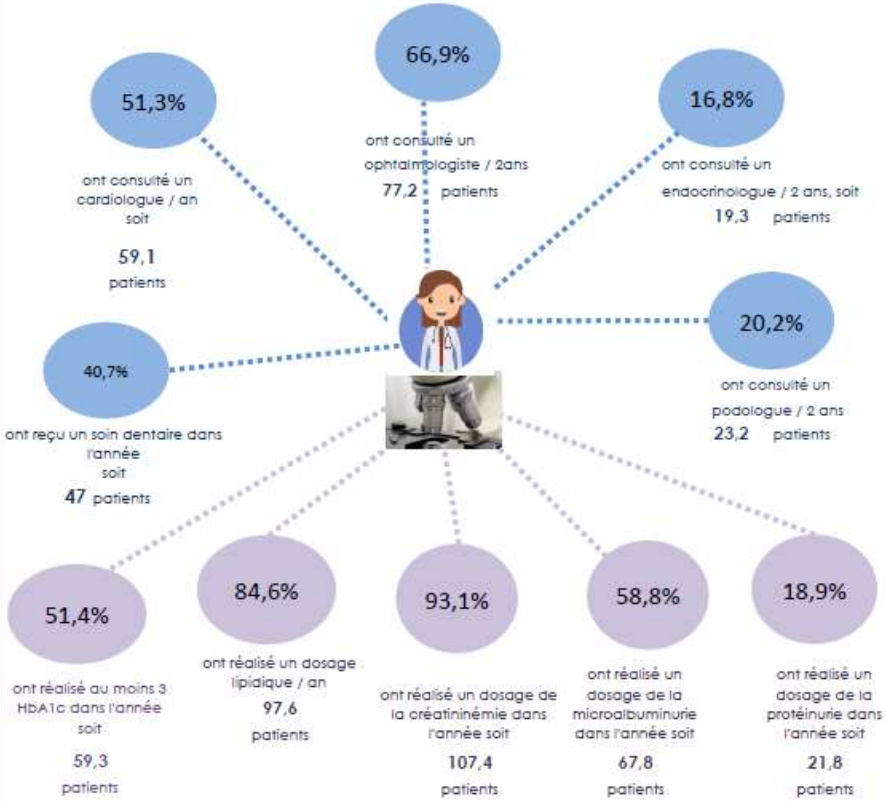
SUIVI RECOMMANDE

Base : tous les bénéficiaires ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétique

VOTRE PATIENTELE DIABETIQUE*



MG moyen de la région



** Bénéficiaires ressortissants de la CGSS de la Réunion ayant reçu un remboursement d'au moins 3 antidiabétiques (yc insuline) par l'Assurance Maladie dans l'année*

PARCOURS DE SOINS
DIABETE TYPE 2 - ADULTES

COMPLICATIONS
PREVENTION/REPERAGE PRECOCE/
PRISE EN CHARGE

- ⇒ Complications podologiques = Etude de parcours en cours mené par AM et ORS – En attente des résultats pour mieux communiquer sur les recos de prise en charge dans ce domaine
- ⇒ Complications ophtalmologiques
- ⇒ Travaux menés par la CPTS Est sur les complications dentaires
- ⇒ Déploiement de la Karavan ODHIR => Aller vers +++ Outil mis à disposition des CPTS

AXES TRANSVERSAUX
COMMUNICATION/FORMATION/OUTILS/
OBSERVATION/RECHERCHE/E-PARCOURS

- ⇒ Evénements organisés dans le cadre de 2 événements : Semaine nationale de la prévention du diabète et Journée mondiale du diabète
- ⇒ Etude sur le prédiabète en cours
- ⇒ Etude en cours sur le parcours de soins des patients diabétiques amputés
- ⇒ Déploiement prochain d'une étude de prévalence

APA/SPORT SUR ORDONNANCE

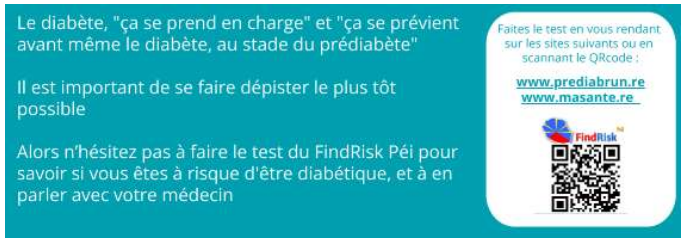
=> Déploiement des dispositifs de sport sur ordonnance au sein des territoires

PARCOURS DE SOINS DIABETE TYPE 2 - ADULTES

PREVENTION DU DIABETE ET LE FIND RISK PEI

Dr Marion Billebaud, AM DRSM

QU'EST QUE L'OUTIL FINDRISK^{PEÏ} ?



- ✓ Pour le repérage des personnes à risque de devenir diabétique
- ✓ Créé par l'association finlandaise du diabète (FInnish Diabetes RIsk SCore).
- ✓ Validé par la HAS
- ✓ Adaptation de l'interprétation du score à la population réunionnaise par le CHU et le CIC
- ✓ Orientation vers le MT pour un dépistage en fonction du score
- ✓ Disponible en QR code (www.prediabrun.re), en ligne (www.masante.re) ou en questionnaire papier (lors d'interventions locales)

8 QUESTIONS

Objectif Général N°2

REPÉRAGE ET DÉPISTAGE DU PRÉ-DIABÈTE ET DU DIABÈTE

Mettre en œuvre une stratégie de dépistage du pré-diabète et du diabète et améliorer l'orientation des patients vers les dispositifs de prévention et de soins

QUESTION 1 :
Quel âge avez-vous ?

- ☐ Moins de 35 ans (0 point)
- ☐ entre 35 et 44 ans (1 point)
- ☐ Entre 45 et 54 ans (2 points)
- ☐ entre 55 et 64 ans (3 points)
- ☐ Plus de 64 ans (4 points)

QUESTION 2 :
Un membre de votre famille est-il atteint de diabète ?

- ☐ Non (0 point)
- ☐ Oui, un membre de la famille plus éloignée : un grand-parent, une tante, un oncle, un(e) cousin(e) (3 points)
- ☐ Oui, un membre de la famille proche : un père, une mère, un enfant, un frère, une sœur... (5 points)

QUESTION 3 :
Quel est votre tour de taille au niveau du nombril ?

Hommes	Femmes
☐ Moins de 94 cm (0 point)	☐ moins de 80 cm (0 point)
☐ 94-102 cm (3 points)	☐ 80-88 cm (3 points)
☐ Plus de 102 cm (4 points)	☐ plus de 88 cm (4 points)

Si vous n'avez pas cette information, demandez à votre médecin traitant de vous mesurer.

QUESTION 4 :
Pratiquez-vous au moins 30 minutes d'activité physique par jour ?

- ☐ Oui (0 point)
- ☐ Non (2 points)

QUESTION 5 :
Combien de fois mangez-vous des légumes et des fruits ?

- ☐ Tous les jours (0 point)
- ☐ Pas tous les jours (1 point)

QUESTION 6 :
Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments contre l'hypertension ?

- ☐ Oui (2 points)
- ☐ Non (0 point)

QUESTION 7 :
Vous a-t-on déjà découvert un taux de sucre sanguin élevé ?

- ☐ Oui (5 points)
- ☐ Non (0 point)

QUESTION 8 :
Quel est votre Indice de Masse Corporelle (IMC) ?

(IMC = poids corporel (en kg) divisé par la taille (en m) au carré)

- ☐ Moins de 25 kg/m² (0 point)
- ☐ Entre 25 et 30 kg/m² (1 point)
- ☐ Plus de 30 kg/m² (3 points)

Si vous n'avez pas cette information, demandez à votre médecin traitant de vous le calculer.

QUESTION 1 = .../4	QUESTION 5 = .../1
QUESTION 2 = .../5	QUESTION 6 = .../2
QUESTION 3 = .../4	QUESTION 7 = .../5
QUESTION 4 = .../2	QUESTION 8 = .../3
	TOTAL = .../26

Pour faire passer le test il faut prévoir :

- Un mètre ruban pour mesurer le tour de taille (au niveau du nombril)
- Une abaque pour le calcul rapide de l'IMC
- Si possible une balance

En fonction des réponses, un score est rattaché

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Service Médical Réunion

INTERPRETATION

Objectif Général N°2

REPÉRAGE ET DÉPISTAGE DU PRÉ-DIABÈTE ET DU DIABÈTE

Mettre en œuvre une stratégie de dépistage du pré-diabète et du diabète et améliorer l'orientation des patients vers les dispositifs de prévention et de soins

INTERPRETATION

Votre score est inférieur à 11 : Votre risque actuel de devenir diabètique/prédiabétique est peu élevé. Cependant votre état de Santé peut évoluer. Il est important de maintenir de bonnes habitudes aux niveaux de l'alimentation et de l'activité physique.
Réévaluer régulièrement votre risque avec votre médecin traitant !

Votre score est entre 12 et 14 :
Votre risque de devenir diabétique/prédiabétique est modéré. Consultez votre médecin traitant pour discuter du bilan de dépistage (prise de sang à jeun dans un premier temps). Devenir diabétique n'est pas une fatalité, une activité physique régulière et une alimentation équilibrée sont la clé d'une bonne santé ! Votre médecin traitant est là pour vous conseiller et vous suivre.

Votre score est entre 15 et 20 :
Votre risque de devenir diabètique/prédiabétique est élevé. Consultez votre médecin traitant pour programmer un bilan de dépistage (prise de sang à jeun puis si la glycémie est normale, prise de sang 2 heures après la prise de 75 grammes de glucose au laboratoire (test HGPO)). Votre médecin traitant est là pour vous conseiller et vous suivre.

Votre score est supérieur à 20 :
Votre risque de devenir diabètique/prédiabétique est très élevé. Consultez votre médecin traitant pour faire un bilan de dépistage (prise de sang à jeun puis si la glycémie est normale, prise de sang 2 heures après la prise de 75 grammes de glucose au laboratoire (test HGPO)). Votre médecin traitant est là pour vous conseiller et vous suivre.

Ce projet est cofinancé par l'Union Européenne, La Région Réunion et l'ARS

PREDIABRUN

L'étude PREDIABRUN
vous invite à remplir le formulaire du FINDRISK[Péi]

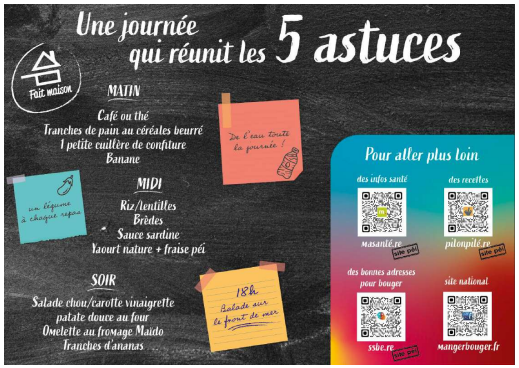
Calculez votre risque de devenir diabètique/prédiabétique.

Pour plus d'informations, retrouvez-nous sur :
www.prediabrun.re

FindRisk

Ce projet est cofinancé par l'Union Européenne, La Région Réunion et l'ARS

KIT INTERVENANT



Constitution du kit :

- ✓ Fiche d'informations : objectif du repérage, description et utilisation du FindRisk^{péï}, orientation en fonction du score, conseils diététiques et de pratique physique.
- ✓ Documentations : recommandations nutrition, astuces anti-sédentarité, abaque pour le calcul rapide de l'IMC, flyer papier du FindRisk^{péï} et son QR code.
- ✓ Fiche d'évaluation de l'action.

Evolution 2023 :

- ✓ Outil de recensement des actions de repérage à la main des intervenants = utilisation de l'outil sphinx
- ✓ Diffusion régionale au S2 2023

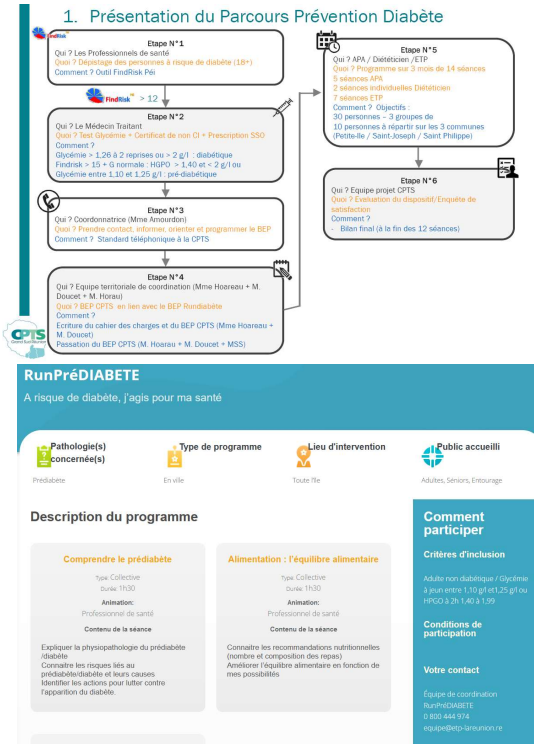
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Service Médical Réunion

ET APRÈS LE REPÉRAGE ?

Objectif Général N°2

REPÉRAGE ET DÉPISTAGE DU PRÉ-DIABÈTE ET DU DIABÈTE

Mettre en œuvre une stratégie de dépistage du pré-diabète et du diabète et améliorer l'orientation des patients vers les dispositifs de prévention et de soins



- ✓ Importance des messages hygiéno-diététiques pour retarder l'entrée dans la maladie ou faire basculer une personne d'un diabète récent à un stade de pré-diabète

ARRANGE mon assiette — ET MET ma basket — WWW.MASANTE.RE WWW.LAREUNION.ARS.SANTE.FR

SSBE.re Sport Santé Bien-Être

PILONPILÉ.RE

- ✓ Mise en place d'un parcours des personnes repérées comme à risque de devenir diabétique : dépistage, consultations nutritionnelles, consultations activité physique adapté
  - ➔ parcours mis en place par CPTS Grand Sud Réunion
- ✓ Mise en place d'un programme d'ETP
  - ➔ programme mis en place p

RUN DIABÈTE — ETP LA RÉUNION

l'Assurance Maladie — Agir ensemble, protéger chacun — Service Médical Réunion

Restreint

MERCI DE VOTRE ATTENTION

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Service Médical Réunion

PARCOURS DE SANTE
DIABETE TYPE 1 PEDIATRIQUE

PREDIABETE

Pr Estelle NOBECOURT, CHU

Comment faire reculer le Diabète à La Réunion?

PRND 2020-2023

La Réunion contre le diabète

Prévention Primaire
Population générale

Messages adaptés
Populations cibles

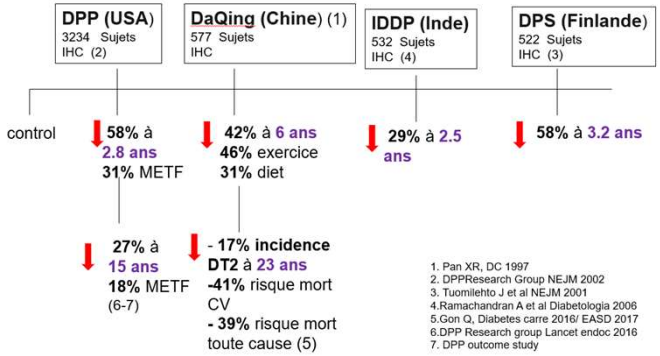
Prévention ciblée
Sujets à risque: PREDIABETE

PRND 2020-2023

La Réunion contre le diabète

LE PRÉDIABÈTE C'EST

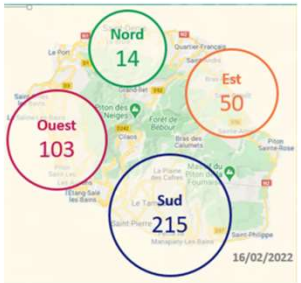
Glycémie à jeun entre 1.10 et 1.25 g/l
Glycémie 2 h post 75g de glucose entre 1.40 et 1.99 g/l



1. Pan XR, DC 1997
2. DPPResearch Group NEJM 2002
3. Tuomilehto J et al NEJM 2001
4.Ramachandran A et al Diabetologia 2006
5.Gon Q, Diabetes carre 2016/ EASD 2017
6.DPP Research group Lancet endoc 2016
7. DPP outcome study

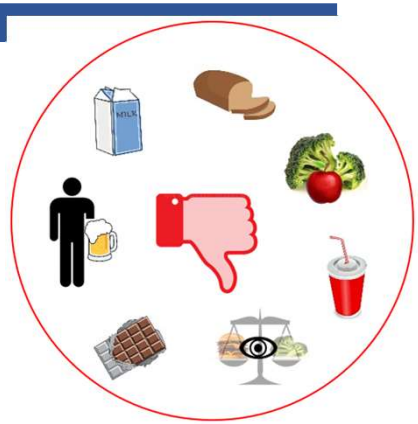
L'étude PREDIABRUN 1° résultats

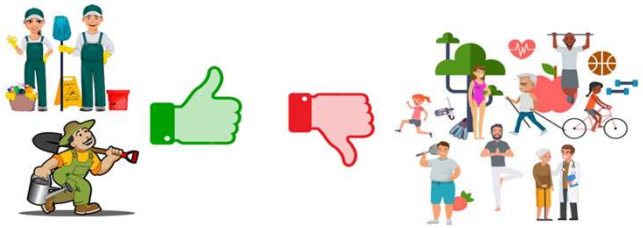
- Cohorte de 500 sujets prédiabétiques inclus par 162 médecins traitants en soins premiers à La Réunion.
- Etude débutée en 2019, fin des inclusion en décembre 2022, suivis en cours.



Les habitudes de vie des sujets prédiabétiques peuvent être améliorées le diagnostic de prédiabète ne change rien….

Paramètres	Prédiabète connu (%) N=192 (63,6%)	Prédiabète non connu (%) N=110 (36,4%)
≥ 5 fruits et légumes /j.	3	1
Fruits tous les jours	41	41
Légumes tous les jours	44	39
≥ 1 boisson sucrée /sem.	50	58
≥ 150 min. d'AP /sem.	87	89
Score PNNS-4 (moyenne)	3,8 (2,3)	3,7 (2,1)





Messages

- **L'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière sont les mesures les plus efficaces pour éviter l'évolution vers le diabète.**
- **A La Réunion, Les sujets prédiabétiques repérés et pris en charge par le médecin traitant présente un mode de vie moyennement équilibré identique à l'ensemble de la population Réunionnaise.**
- **La consommation de fruits et légumes est particulièrement faible et les boissons sucrées restent consommées régulièrement.**
- **L'activité physique hebdomadaire est proche des recommandations mais surtout dans les actes de la vie quotidienne (ménage, bricolage) faisant craindre une grande sédentarité.**
- **Les médecins réclament des outils de prise en charge et une meilleure information. Les patients manquent de motivation et demandent aussi à être mieux informés et aidés.**

Perspectives

- **Communication auprès des médecins et patients++++, sur la pathologie, sur les aides (ETP prédiabète régional, Activité physique adaptée).**
- **Thèses de Médecine en cours sur les représentations.**
- **Construire un parcours régional pour la prise en charge et suivi des patients prédiabétiques.**

PROGRAMME ETP RUNDIABETE, PREDIABETE, SOIS BIEN

ETP LA REUNION

RunDIABÈTE

Pour mieux vivre avec mon diabète

- Un programme d'Education Thérapeutique régional **lancé en 2020** suite à un consensus régional.

- ETP la Réunion missionné par l'ARS pour porter un programme :
  - à destination des adultes concernés par un **diabète de type 2**,
  - sur l'ensemble du territoire en proximité du lieu de vie des personnes,
  - animé par des professionnels de santé libéraux

- Des séances **individuelles** et/ou **collectives** sur la compréhension du diabète, son suivi, l'alimentation, l'activité physique

- **Évolution en 2023**
  Création de **nouvelles séances** sur la gestion du stress, le vécu avec la maladie, l'accompagnement au changement et la mise en place d'un plan d'action.

- **Et après le programme ?**
  Orientation vers le programme **Sophia**, les **Maisons Sport Santé**, les créneaux d'activité physique labelisés **ssbe.re** et des ateliers d'éducation nutritionnelle.

RunDIABÈTE

Pour mieux vivre avec mon diabète

Quelques chiffres depuis 2020

- Au total **1178** patients ont pu bénéficier du programme
- **146** éducateurs formés sur le territoire (infirmiers, diététiciens, EAPA, médecins, pharmaciens, podologues, etc.)
- **37** salles sur le territoire (sauf Mafate)
- **184** séances collectives réalisées sur le territoire et **64** séances individuelles en 2022
- File active totale sur le territoire de **674** patients

Inclusions 2020 (début programme août 2020 car COVID)	194
Inclusions 2021	397
Inclusions 2022	411
Inclusions 2023 (au 30/04/2023)	176

RunPREDIABÈTE

À risque de diabète, j’agis pour ma santé

- **Pour qui ?** Adultes concernés par un prédiabète

- **Quand ?** Lancement prévu en **juin 2023** début des inclusions (50 patients sur liste d’attente)

- **Comment ?** Des séances individuelles ou collectives sur la compréhension de l'apparition du prédiabète, l'alimentation, l’activité physique, la gestion du stress et la mise en place d'un plan d'action.

- **10 éducateurs** prêts à animer sur le territoire en s’appuyant sur des « kits éducateurs » clé en main (impression des outils pédagogiques en cours).

- Une expérimentation de déploiement avec la **CPTS** Grand Sud
  - repérage des patients grâce au **Find Risk Péi**
  - inclusion des personnes dans **un parcours** alliant ETP, activité physique adaptée et suivi diététique

ETP LA RÉUNION

Sois bien

Accompagnement des enfants et ado en surpoids et leur famille

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

- Un programme Education Thérapeutique **lancé en 2022** sur tout le territoire, animé par des professionnels de santé libéraux, en proximité pour les enfants et adolescents en surcharge pondérale et leur famille

- Des séances **individuelles** ou **collectives** sur l'alimentation, l'activité physique, les écrans, les compétences psychosociales

- **Programme à la carte**
  - 2 séances socle avec le patient et sa famille : une sur Alimentation et l'autres sur AP et écrans.
  - des séances collectives (pour les familles, les ados ou les parents)

- **Et après le programme?**
  Poursuite des séances APA, orientation vers prise en charge diététique et/ou psychologique complémentaire.
  Programme de renforcement pour 2024.

Pris en charge
Personnalisé

ETP
LA RÉUNION

Sois bien

Accompagnement des enfants et ado en surpoids et leur famille

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

Quelques chiffres depuis 2022

Inclusions en 2022 (début programme février 2022)	443
Inclusions 2023 (au 30 avril 2023)	86

- Au total **494** patients ont pu bénéficier du programme
- **42** éducateurs formés (diététiciens, enseignants en activité physique adapté, psychologues, éducateurs spécialisés, kiné, médecin)
- **37** salles sur le territoire (sauf Mafate)
- **46** séances collectives réalisées sur le territoire et **424** séances individuelles en 2022
- **26** séances collectives réalisées sur le territoire et **207** séances individuelles depuis début 2023
- En avril 2023, **445** patients en cours de programme

ETP LA RÉUNION

ETP
LA RÉUNION

0800 444 974

equipe@etp-lareunion.re / etplareunion@oi.mssante.fr

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé La Réunion

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION SANTÉ

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-SRS
VOLET SANTÉ
NUTRITIONNELLE

DIABETE TYPE 1 PEDIATRIQUE

PARCOURS DE SANTE
DIABETE TYPE 1 PEDIATRIQUE

REPERAGE/DEPISTAGE	⇒ Nécessité de déployer des actions de sensibilisation sur symptômes/diagnostic auprès des MG/urgences + Autres professionnels (santé scolaire, PMI) + Grand public (réseaux sociaux)
DIAGNOSTIC/ORIENTATION	⇒ Point de vigilance sur les diagnostics tardifs
PRISE EN CHARGE INITIALE/SUIVI/ACCOMPAGNEMENT	⇒ Mise en place du dispositif « Nou lé la » d'accompagnement des familles ⇒ Point de vigilance sur articulation entre les services de pédiatrie et l'Hôpital d'enfants ⇒ Harmoniser les programmes d'ETP – Travail spécifique à mener sur la transition ado-adulte dans le cadre de l'ETP
COMPLICATIONS PREVENTION/REPERAGE PRECOCE/ PRISE EN CHARGE	
AXES TRANSVERSAUX COMMUNICATION/FORMATION/OUTILS/ OBSERVATION/RECHERCHE/E-PARCOURS	⇒ Souhait de l'asso ADJ974 qu'il y ait une adaptation d'une plaquette d'information qui soit diffusé largement ⇒ Articulation avec le DAC ⇒ Formations dans le cadre de la SFPOI ou dans le cadre du Congrès des médecins généralistes/organismes de formation DPC
APA/SPORT SUR ORDONNANCE	

PARCOURS DE SANTE
DIABETE TYPE 1 PEDIATRIQUE

CELLULE D'ACCOMPAGNEMENT « NOU LE LA »

Diane BAILLIEUX, ADJ974

ADJ 974
ASSOCIATION DES DIABÉTIQUES JUNIORS

Accompagnement des diabétiques de type 1

Avec le soutien de :

En partenariat avec :

32

- Créée en 2017 : fédérer, soutenir et défendre les diabétiques de T1 et leur familles
- 159 familles adhérentes (+ 57 depuis janv 2022)
- 2 collaboratrices (1.3 ETP Infirmier)
- 10 bénévoles
- Partenariats CHOR - HDE

2017 - 2019 : mobilisation et échanges avec les familles
1ers constats partagés sur les difficultés des familles

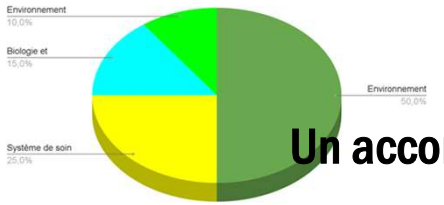
2019 : état des lieux
Échanges avec l'ARS et les services de soins

2020 : création de la cellule
Proposition d'un dispositif d'accompagnement psychosocial

Cellule d'accompagnement des diabétiques de type 1

- Initiée en 2020 - Structuration en 2021-2022
- Accompagnement psychosocial individuel complémentaire à la prise en charge médicale
- 2 collaboratrices (1 ETP Infirmier - 0.3 ETP diet travailleur social)
- 1 coach de vie - 1 diététicienne
- 6 bénévoles expérimentés (futurs patients partenaires)

Notre Objectif :
la Santé des Familles



Notre action :
Un accompagnement psychosocial

A travers :

- ➢ Soutien moral, conseils, faciliter l'accès à l'information
- ➢ Aide à intégrer la maladie dans la vie quotidienne
- ➢ Accompagner à l'autonomie
- ➢ Se faire le relais des problématiques rencontrées par la famille
- ➢ Soutien lors de l'intégration scolaire
- ➢ Accompagnement lors des démarches administratives

- ➢ Personnalisé et de proximité (VAD - soutien téléphonique)
- ➢ Education par les pairs
- ➢ Individuel et collectif

- ➢ Mis en oeuvre par des bénévoles expérimentés soutenus par des professionnels
- ➢ Collaboration avec les équipes médicales et les prestataires

La cellule nous Léla en 2022

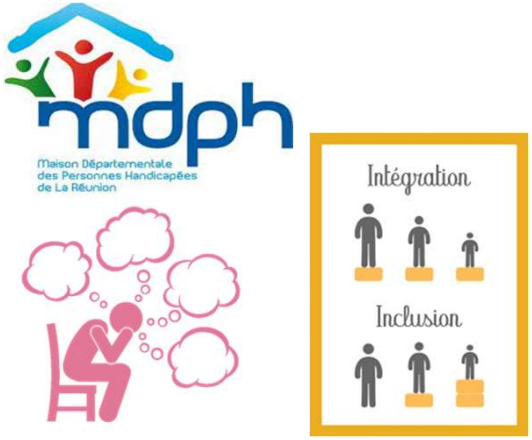
45 familles accompagnées

- 25 pour des besoins ponctuels
- 20 pour un accompagnement complet

99 visites à domicile

300 entretiens téléphoniques

Les principaux besoins



Nou Léla

Les nouvelles demandes

URGENCE

- Sociales
- Psychologiques

Les critères de réussite pour une meilleure santé des DT1

- **Une collaboration Cellule / Services de soins optimisée…**

  …. pour favoriser un accompagnement lors des périodes critiques et améliorer l'adhésion des famille

  - Lors de la découverte de la maladie
  - Lors de périodes de changements/difficultés au sein de la famille (séparation, naissance, déménagement, difficultés scolaires)
  - Lors de l'adolescence

- **La formation des patients expérimentés**
  - Améliorer leurs connaissances et rendre leurs interventions plus efficientes
  - Reconnaître et valoriser leurs connaissances pour rendre leur engagement durable

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé La Réunion

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION
SANTÉ

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-SRS
VOLET SANTÉ
NUTRITIONNELLE

SURPOIDS/OBESITE PEDIATRIQUE

PARCOURS DE SANTE SURPOIDS/OBESITE PEDIATRIQUE

REPERAGE/DEPISTAGE	⇒ Actions en continu des équipes de santé scolaire et de la PMI, MG/pédiatres ⇒ Point d'amélioration?
DIAGNOSTIC/ORIENTATION	
PRISE EN CHARGE INITIALE/SUIVI/ACCOMPAGNEMENT	⇒ Pour les enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité commune non compliquée : Généralisation en cours de « Mission : Retrouve ton cap », un dispositif de prévention ⇒ Parcours proposé par le Pôle Ressources Pédiatriques (ex RP974) et déploiement du programme ETP Sois Bien depuis 2022 ⇒ Dispositif d'accompagnement Obésité infantile avec programme ETP déployé par l'association REUNIR sur le bassin Sud ⇒ Pour les enfants de 3 à 8 ans en obésité sévère : Programme de prise en charge OBEPEDIA de l'obésité sévère (hospitalier/ambulatoire et de proximité)
AXES TRANSVERSAUX COMMUNICATION/FORMATION/OUTILS/ OBSERVATION/RECHERCHE/E-PARCOURS	⇒ Formation des professionnels de santé du territoire
APA/SPORT SUR ORDONNANCE	=> Offre d'APA existante au niveau du Pôle Ressources Pédiatriques et au niveau de REUNIR (partenariat avec l'OSTL de St-Pierre qui est maison sport-santé)

Présentation du Pôle Ressource Pédiatrique

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

REPOP
REUNION

réseau
pédiatrique
974

Etap-Santé

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

L'équipe

4,5 équivalents temps pleins

- 1 Assistante administrative
- 2 Diététiciennes
- 2 Enseignantes en Activité Physique Adaptée
- 1 Infirmière
- 1 Pédiatre

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

L'équipe du Pôle Ressource Pédiatrique

GUICHARD Tilagavady
Directrice
t.guichard@etap-sante.re

ALASTOR Christine
Assistante
c.alastor@etap-sante.re

FRASQUET DARRIEUX Marine
Médecin coordinateur
m.frasquet@polepediatrique.re

CUVELIER Audrey
Référente parcours – Chargée de mission
Infirmière
a.cuvelier@polepediatrique.re

BARBIER Laetitia
Chargée de projet nutrition
Diététicienne
l.barbier@polepediatrique.re

GRANGER Johanne
Référente Parcours
Diététicienne
j.granger@polepediatrique.re

BESSON Marie
Chargée de projet Activité Physique et Santé
Enseignante en Activité physique adaptée
m.besson@polepediatrique.re

COMBARD Madeline
Référente Parcours
Enseignante en Activité Physique Adaptée
m.combard@polepediatrique.re

Intervention sur toute l'île
À proximité du domicile

Nous contacter

0 800 444 974

www.polepediatrique.re

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

115E allée de Montaignac
97427 Étang-Salé les hauts

Etap-Santé Un dispositif porté par ETAP-Santé

Les missions du Pôle Ressource Pédiatrique

- **Information / Orientation**
  Ressources disponibles adaptées
- **Appuis aux parcours complexes**
- **Soutien aux pratiques professionnelles**
  Formations / Outils ....
- **Prévention**
- **Éducation Thérapeutique du Patient**
  Programme "Sois Bien" surpoids de l'enfant

Pour qui ?

- Les enfants, adolescents et leur famille
- Les professionnels

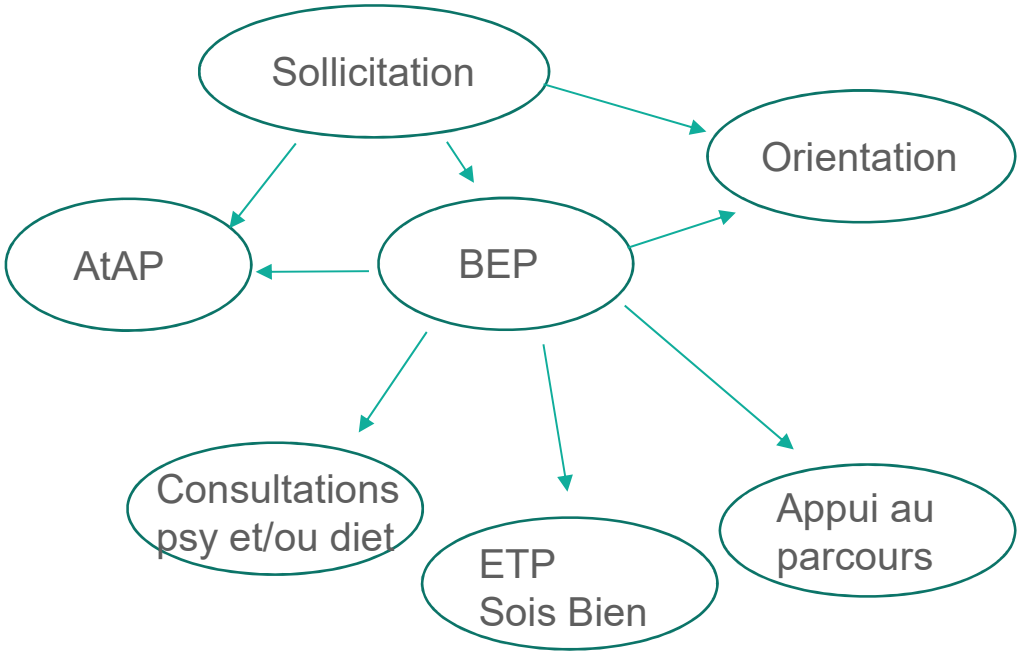
Surpoids

Pathologies chroniques (Asthme, Épilepsie...)

Troubles du développement

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

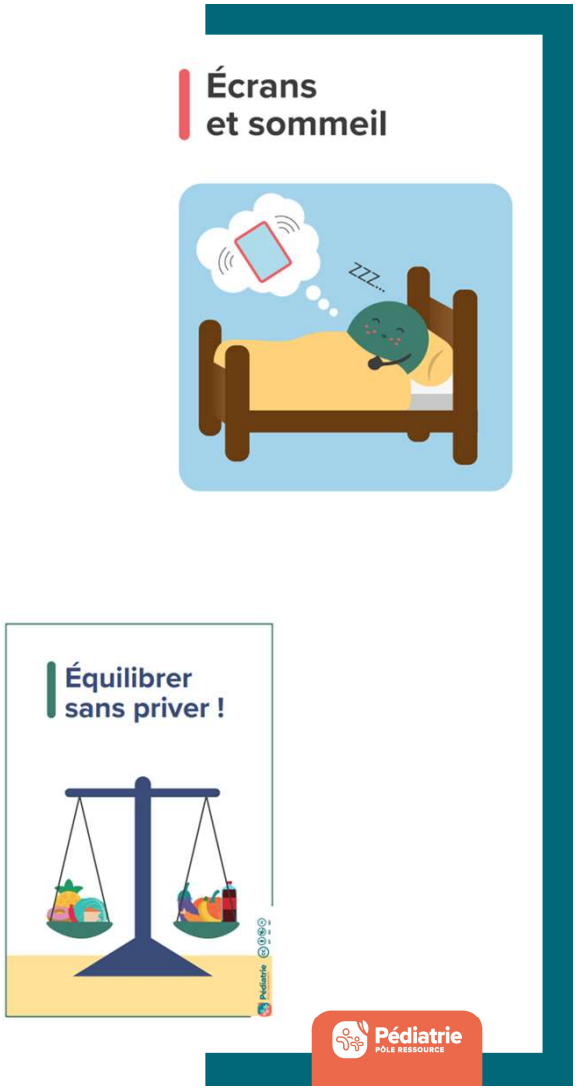
Le parcours des enfants / ados en situation de surpoids et d'obésité et leur famille dans le PRP



Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

Education Thérapeutique

"Sois Bien"
399 patients de février à décembre 2022



Séance à la carte, cocher les séances vu lors du bilan initial.

Nom.....

Prénom.....

Séances collectifs pour parents.

☐ **Motivation.** Date : ...../...../.....

Objectifs :
- Comprendre ce qui motive / démotive.
- Astuces pour se (re)-motiver et tenir dans la durée.

☐ **Ecrans et sommeil.** Date : ...../...../.....

Objectifs :
- Parler des écrans et du sommeil de nos enfants.
- Astuces pour améliorer nos habitudes.

Planning des futurs ateliers.

Séances individuelles pour enfant et parent.

☐ **Bien dans mes baskets.** Date : ...../...../.....

Objectifs :
- Savoir ce qu'est une activité physique, la sédentarité.
- Savoir les bienfaits de l'activité physique sur son corps et les méfaits des écrans.

☐ **Alimentation équilibrer sans priver.** Date : ...../...../.....

Objectif :
- Elaborer une stratégie avec des actions concrètes et réalistes pour améliorer l'équilibre alimentaire de la famille.

Date du bilan initial...../...../.....

Date du bilan intermédiaire...../...../.....

Séances collectifs pour parents et enfants (de plus de 6 ans).

☐ **Adapter les portions sans frustration.** Date : ...../...../.....

Objectifs :
- Identifier le rassasiement.
- Amener les participants à se (re)-connecter à leurs sensations alimentaires et se réapproprier l'acte alimentaire.

Séances collectifs pour enfants et adolescents (à partir de 10 ans).

☐ **Les écrans et moi.** Date : ...../...../.....

Objectif :
- Elaborer des stratégies pour utiliser de façon plus appropriée les écrans et les réseaux sociaux.

☐ **Estime de soi.** Date : ...../...../.....

Objectifs :
- Renforcer l'estime de soi.
- Apprendre à s'accepter.

Pédiatrie PÔLE RESSOURCE

Sois Bien
« accompagnement des enfants et ado en surpoids et leur famille»

- Un programme Education Thérapeutique **lancé en 2022** sur tout le territoire animé par des professionnels de santé libéraux en proximité pour les enfants et adolescents en surcharge pondérale et leur famille

- Des séances **individuelles** ou **collective**s sur l'alimentation, l'activité physique, les écrans, les compétences psychosociales

- **Programme à la carte**

-2 séances socle avec le patient et sa famille : une sur Alimentation et l'autres sur AP et écrans.

-des séances collectives (pour les familles, les ados ou les parents)

- **Et après le programme?**

Poursuite des séances APA, orientation vers prise en charge diététique et/ou psychologique complémentaire. **Programme de renforcement pour 2024.**

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

En quelques chiffres depuis 2022

Inclusions en 2022 (début programme février 2022)	443
Inclusions 2023 (au 30 avril 2023)	86

- Au total **494** patients ont pu bénéficier du programme

- **42** éducateurs formés sur le territoire (diététiciens, enseignants en activité physique adapté, psychologues, éducateurs spécialisés, kiné, médecin)

- **37** salles sur tout le territoire 90% (sauf Mafate)

- En 2022
  46 séances collectives réalisées sur le territoire et **424** séances individuelles

- En 2023 (janvier à avril 2023)
  26 séances collectives réalisées sur le territoire et **207** séances individuelles

- En avril 2023
  Nb de patients en cours de programme: **445** patients

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

Appui au parcours complexe pour enfants en surcharge pondérale en 2022

- Au total **271** patients repérés avec complexité.
- Dont **87** ne nécessitant pas d'appui au parcours.
- Dont **184** patients ont bénéficier d' un appui au parcours.
- **Dont 26** en complexité sévère avec un appui au parcours renforcé (appel régulier avec les familles, point avec équipe de prise en charge , RCP…)

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

Séances Activités Adaptées en 2022

- Au total **208** patients inclus pour les ateliers APA, pour 199 enfants en file active au 31 décembre 2022
- **17 sites** répartis sur le territoire
- **11 EAPA**
- Nb de séances en 2022 : **578** (1 séance hebdomadaire /site)

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

Consultations diététiques et psychologiques individuelle en 2022

- Pour les patients avec complexité
- 23 professionnels libéraux (1O psychologues et 13 diététiciens) répartis sur le territoire
- Nb de séances en 2022 : **216 séances** (97 Cs diet et 119 Cs psy)
- Nb de patients ayant bénéficié de prise en charge diet et /ou psy : **70 patients**

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

File active surpoids / obésité 2022 : 518 patients

- Programme ETP : 408
- Ateliers APA : 199
- Appui parcours complexe (niveau 2 et 3) : 210
- Prise en charge diététique et/ ou psychologique : 70

Certains patients cumuls plusieurs dispositifs (expl : programme ETP + APA + appui au parcours)

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

0262 200 183

contact@polepediatrique.re

Pédiatrie
PÔLE RESSOURCE

Dispositif d'accompagnement Obésité infantile avec programme ETP

10/05/2023

Structure associative existante depuis 2003

L'équipe de REUNIR :

- 1 coordonnateur médical, pédopsychiatre
- 3 diététiciennes-nutritionnistes
- 1 coordinatrice administrative
- 1 directrice

Le siège

8 Allée des benjoins
Pierrefonds
97410 Saint-Pierre

- Public : Enfant de 2 à 18 ans en surpoids ou obésité et leur famille - secteur sud-ouest
- Programme ETP de 6 à 18mois, selon les besoins de la famille

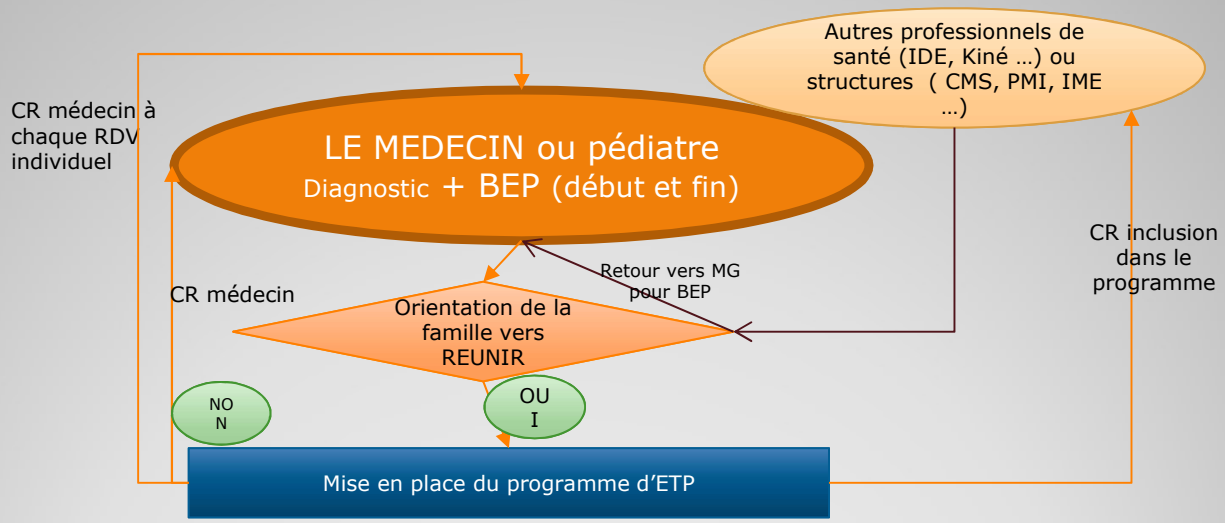
Les sites de proximité :

Le programme proposé sur 6 sites de proximité

- RDV et séances : salle/bureau mis à disposition par les communes ou d'autres partenaires : PMI ou MSP
- Séances d'APA : +Etang-Salé / A mettre en place à Cilaos

- Saint-Pierre
- Saint-Joseph
- Saint-Leu
- Saint-Louis
- Le Tampon
- Cilaos

Orientation



REUNIR
Centre d'éducation thérapeutique
Obésité infantile

- De 1 à 3 programmes de 6 mois

  - Bilan éducatif de début de programme
  - Séance ETP collective ou individuelle (y compris éveil au goût)
  - Entretien motivationnel selon les besoins
  - RDV pour bilan avec pédopsychiatre proposé
  - Appels téléphoniques / échanges par SMS ou par mail
  - 1 Bilan éducatif de fin de programme
  - 1 bilan à + 6 mois

  + Ateliers cuisine
  + 1 à 3 séances d'activité physique par semaine selon le site / collaboration avec le Pôle Ressource Pédiatrique

  + Proposition d'orientation vers le SSR AJD Nutrition - soumis au MT

REUNIR
Centre d'éducation thérapeutique
Obésité infantile

Perspectives d'amélioration

- Augmentation de la file active (baisse depuis 2020)
- Relancer la dynamique des séances collectives
- Certains sites à (re)dynamiser : St Louis, St Leu, Cilaos

- Besoin de concertation avec les acteurs du territoire

REUNIR
Centre d'éducation thérapeutique
Obésité infantile

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

« MISSION : RETROUVE TON CAP »

UN DISPOSITIF DE PREVENTION DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE INFANTILE

Nelly LATCHOUMY- Chargée de Mission Prévention

13/06/2023

« MISSION RETROUVE TON CAP » : DE L'EXPÉRIMENTATION A LA GÉNÉRALISATION

Dispositif qui consiste à **prévenir le surpoids et l'obésité chez l'enfant** en proposant une **prise en charge précoce, pluridisciplinaire** (diététique, psychologique, activité physique), **adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille**, sur **prescription médicale**

Financé à **100% par l'Assurance maladie**, **sans avance de frais** pour les familles

EXPERIMENTATION

- De janvier 2018 au 31 décembre 2020
- Nord-Pas-De-Calais, Seine-Saint-Denis, La Réunion
- Enfants de **3 à 8 ans en surpoids ou à risque d'obésité**
- **Prescripteurs de la prise en charge** : MG, pédiatres, médecins de PMI
- **Effecteurs de la prise en charge** : PS et psychologues appartenant à des structures sélectionnées spécifiquement pour cette expérimentation
- Au vue des résultats d'évaluation : **avis favorable** du conseil stratégique et du comité technique de l'innovation en santé **pour la GENERALISATION DU DISPOSITIF**

GENERALISATION

- Portée par article 77 LFSS 2022
- Déploiement **France entière sur l'année 2022**
- **Enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité commune non compliquée**
- **Prescripteurs de la prise en charge** : idem expérimentation + **médecins scolaires**
- **Effecteurs de la prise en charge : PS et psychologues appartenant à des Centres de Santé et Maisons de Santé Pluri professionnelles**
- Décret + arrêté cahier des charges = publication prochaine

CHIFFRES CLÉS SUR L'EXPÉRIMENTATION

2 086 enfants inclus

- **70%** en Nord-Pas de Calais
- **20%** en Seine-Saint-Denis
- **10%** à La Réunion / 209 Enfants

60% des enfants sont des filles

Moyenne d'âge
6,6 ans

1 146 prescripteurs

- **80%** d'enfants orientés par un MG libéral
- **7%** orientés par un pédiatre libéral
- **6%** par un médecin de centre de santé
- **5%** par des médecins de PMI

3% de la population potentiellement éligible a été incluse dans le programme

47 structures habilitées pour mettre en œuvre le parcours pluridisciplinaire

70% des enfants en situation d'obésité
24% en situation de surpoids

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

EVOLUTION AVANT/APRES DES HABITUDES DE VIE

55% des enfants mangent moins souvent entre les 4 principaux repas

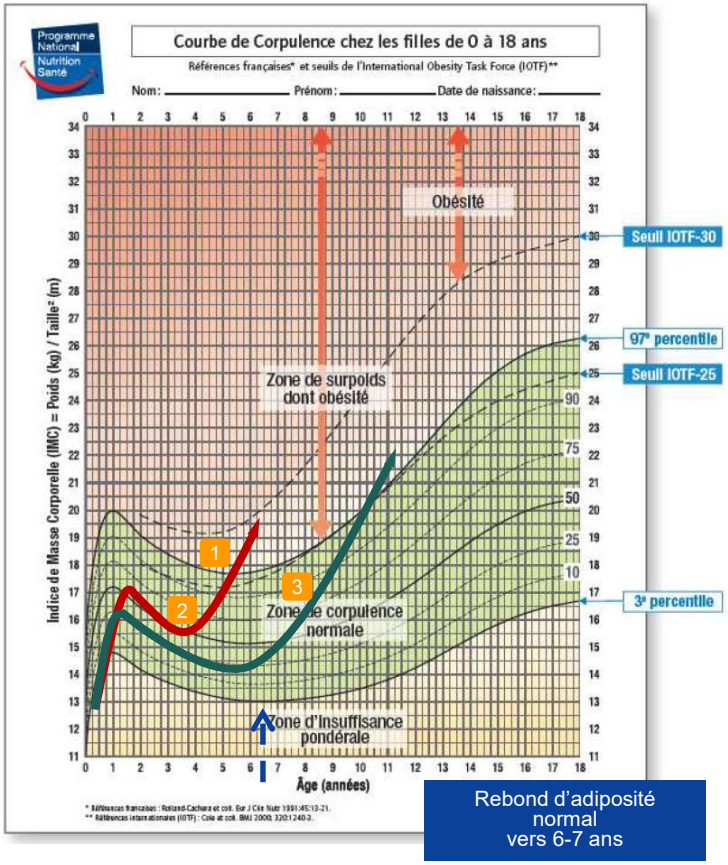
82% des enfants ont amélioré au moins une habitude alimentaire

44% prennent moins souvent des boissons sucrées à l'occasion des repas

43% mangent plus souvent des fruits et des légumes

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LE CIBLAGE : LES ENFANTS CONCERNÉS



Rebond d'adiposité normal vers 6-7 ans

Les enfants de 3 à 12 ans révolus*
et leur famille

1

En surpoids ou en obésité commune non compliquée
IMC supérieur ou égal au 97ème percentile des courbes de corpulence française

Signes d'alerte sur la courbe de corpulence

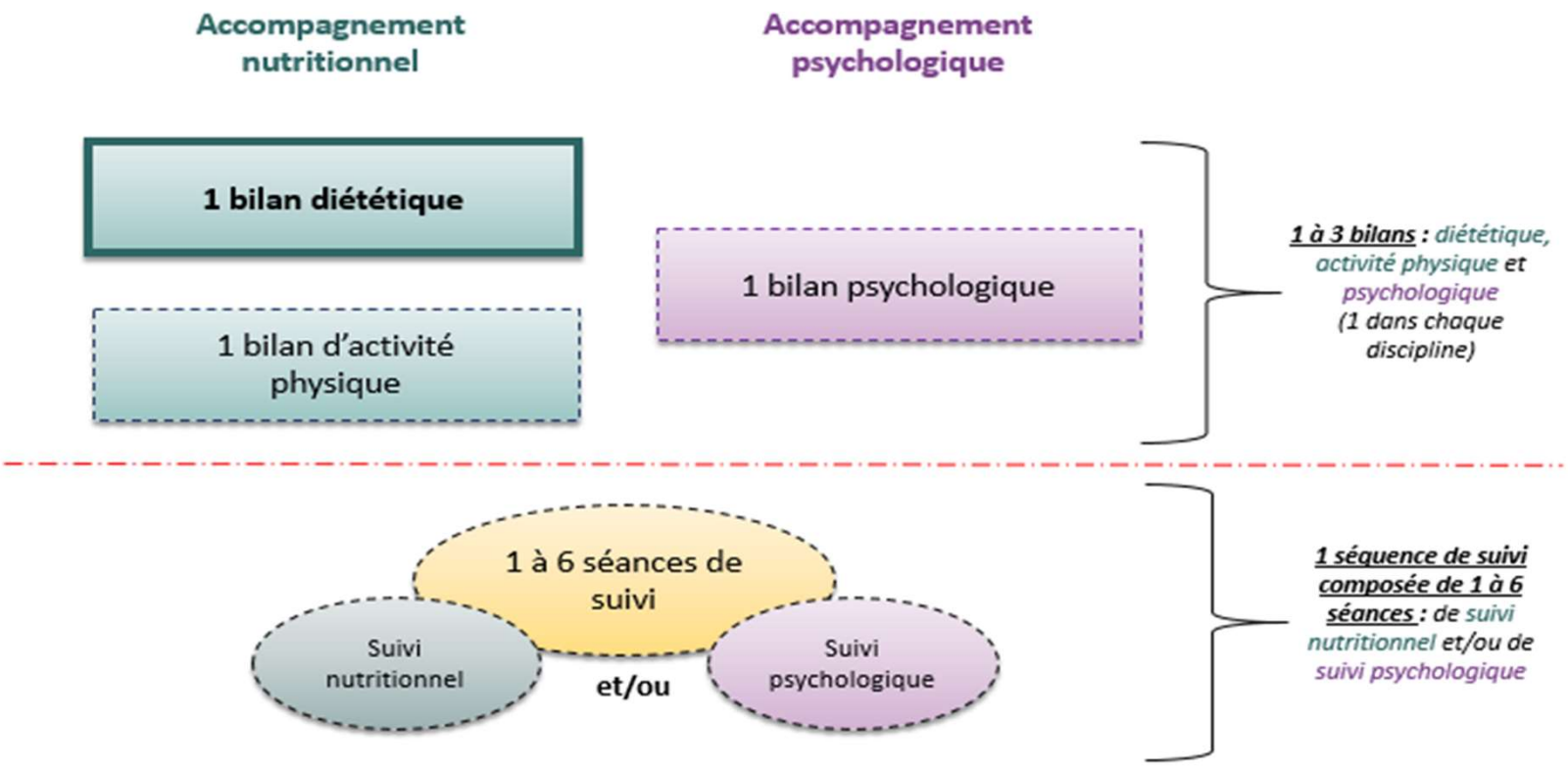
2 **Rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans)**

3 **Changement rapide de couloir vers le haut**

**Une prise en charge qui démarre avant les 12 ans de l'enfant, se poursuit jusqu'à son terme*

Les enfants relevant d'une prise en charge de 2ème et 3ème recours doivent bénéficier d'un accompagnement adapté conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé

UN ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE ET PERSONNALISÉ PROPOSÉ AUX ENFANTS, SUR UNE PÉRIODE DE 2 ANS



LE ROLE DU MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT

❑ Médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI ou médecin scolaire

→ **REPERE** les enfants ciblés par MRTC (à l'aide des courbes de corpulence),

→ **PRESCRIT** la prise en charge en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille,

→ **ORIENTE** vers une des structures référencées

→ **COORDONNE** le suivi

→ **RECEPTIONNE** les comptes-rendus des structures

Prescription de la prise en charge

Une aide à la prescription sera mise à disposition des médecins

Ordonnance proposée au médecin :

→ Soit un modèle type d'ordonnance mis à disposition sur ameli pro

→ Soit une ordonnance classique en s'appuyant sur les consignes de prescription qui seront mises à disposition (aide à la prescription)

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE POUR LES ENFANTS

1. La famille reçoit une prescription du médecin qui suit l'enfant
2. La famille prend rendez-vous auprès d'une structure référencée qu'elle aura choisie
3. Les professionnels de santé et psychologues réalisent les bilans et séances de suivi prescrits à l'enfant
4. Un compte-rendu est adressé au médecin qui suit l'enfant à l'issue de chaque bilan et de chaque série de séances de suivi
5. L'enfant et la famille retournent en consultation pour faire le point sur le suivi avec le médecin

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LA RÉMUNÉRATION DE LA PRISE EN CHARGE

Une rémunération pour les bilans	Une rémunération pour la séquence de suivi
1 forfait de 88€ par enfant pour la réalisation de **1 à 3 bilans**	**1 forfait de 121€ par enfant** pour la réalisation de **1 à 6 séances de suivi**

Les forfaits sont versés par l'Assurance maladie à la structure pour la réalisation de la prise en charge prescrite et pour permettre la rémunération de l'équipe pluri professionnelle

Les modalités de facturation seront précisées après le référencement

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Nelly LATCHOUMY

Chargée de Mission Prévention Santé

☏ 0262.73.10.09

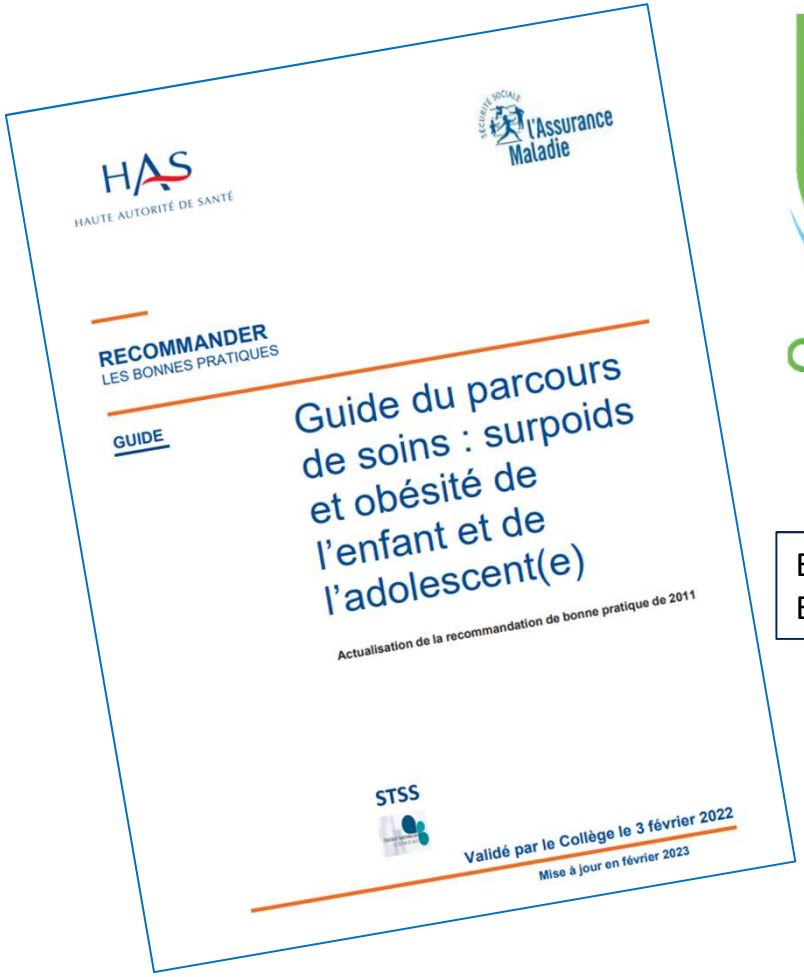
nelly.latchoumy@cgss.re

missionretrouvetoncap@cgss.re

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

OBEPEDIA

Dr Nathalie Le Moullec, CHU CSO


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

l'Assurance Maladie

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e)

Actualisation de la recommandation de bonne pratique de 2011

STSS

Validé par le Collège le 3 février 2022

Mise à jour en février 2023

OBEPEDIA

EY Building a better working world

Evaluation externe
E&Y

2022 - 2025

Article 51 déployé dans 9 CSO sélectionnés: Toulouse, Bordeaux, Lyon, Nancy, Angers, Ile de France, La Réunion, Nice, Lille.
Parcours de soins, en proximité, pour enfants et adolescents atteins d'obésité Sévère.

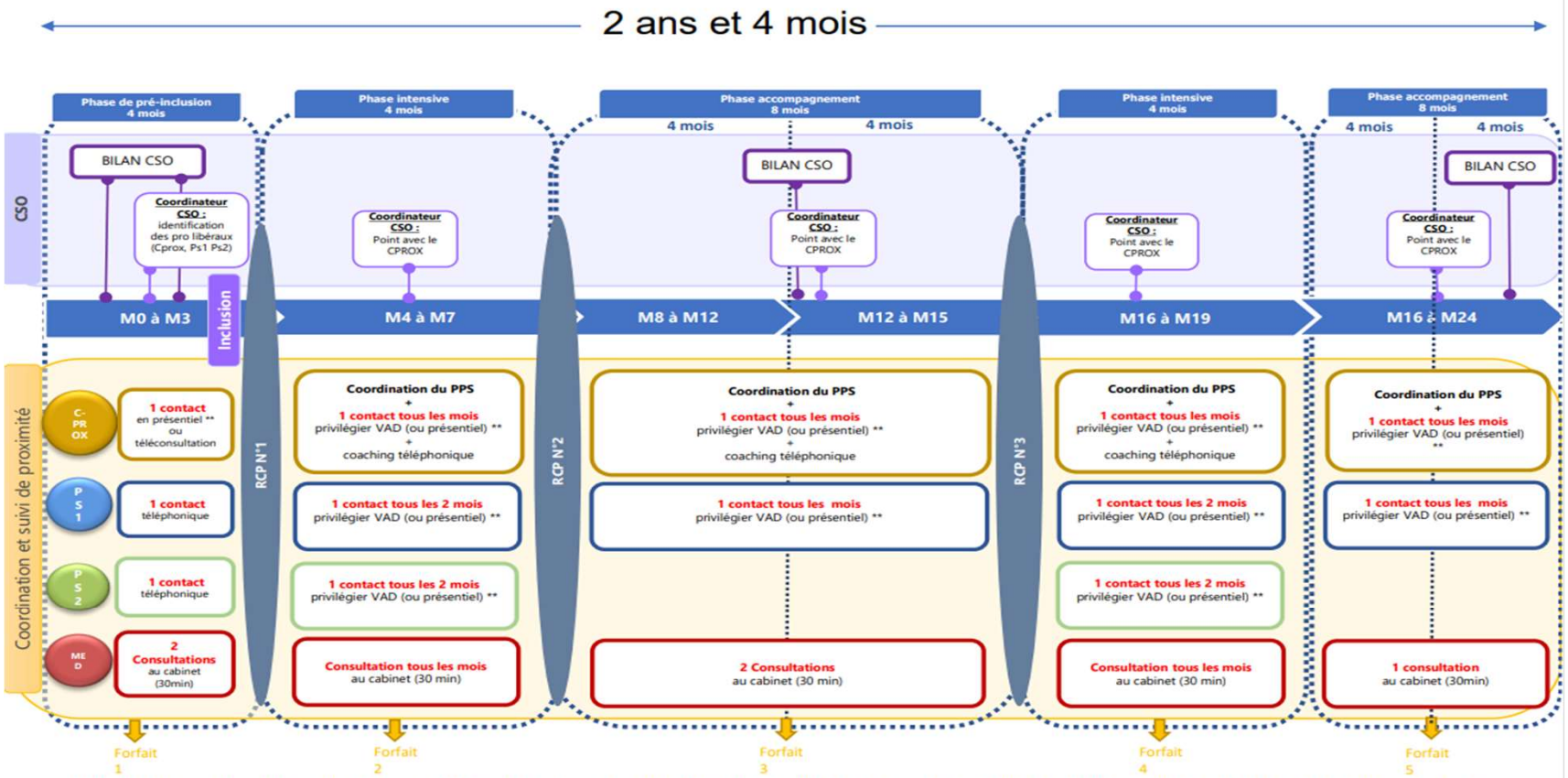
CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

Pédiatrie PÔLE RESSOURCE

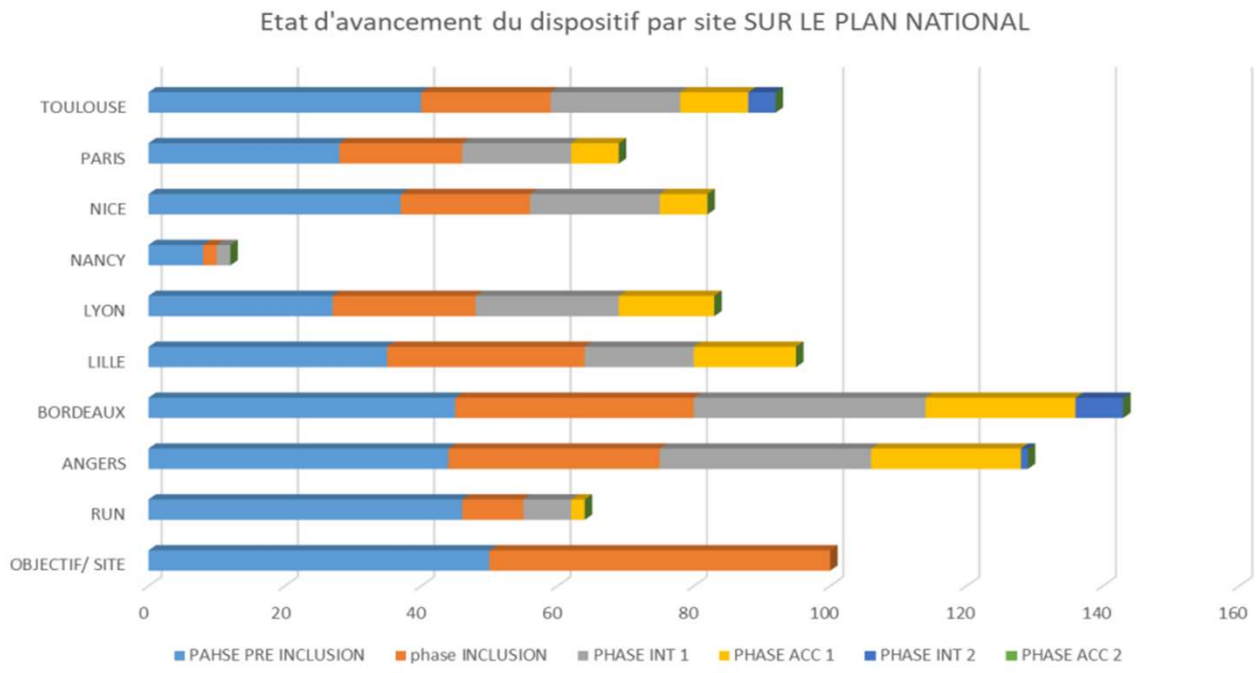
TESIS E-SANTÉ

CSO RÉUNION - MAYOTTE CENTRE SPÉCIALISÉ DE L'OBÉSITÉ

ars Agence Régionale de Santé La Réunion



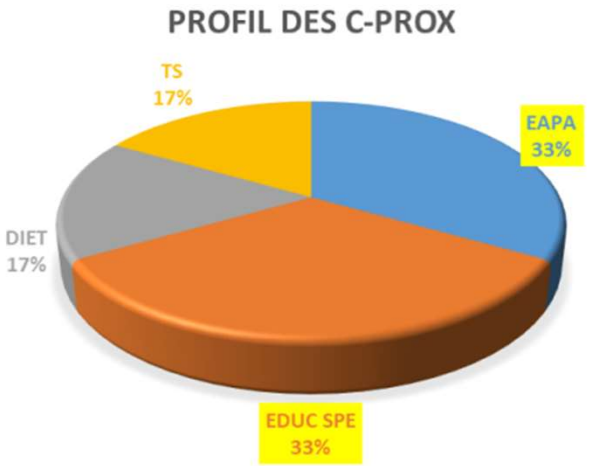
VAD : visite à domicile **** : les visites à domiciles (VAD) sont à favoriser. Cependant, si le contexte familial, social ou sanitaire rend difficile les VAD, possibilité de réalisation de consultations en cabinet ou téléconsultations.**

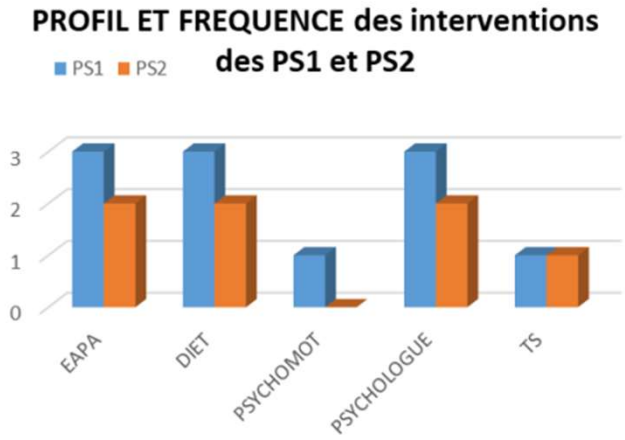


	RUN	ANGERS	BORDEAUX	LILLE	LYON	NANCY	NICE	PARIS	TOULOUSE
PAHSE PRE INCLUSION	46	44	45	35	27	8	37	28	40
phase INCLUSION	9	31	35	29	21	2	19	18	19
PHASE INT 1	7	31	34	16	21	2	19	16	19
PHASE ACC 1	2	22	22	15	14	0	7	7	10
PHASE INT 2	0	1	7	0	0	0	0	0	4
PHASE ACC 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Equipes de proximité

10 catégories de professionnels de soins différents engagés





RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé La Réunion

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION
SANTÉ

TRAVAUX PRÉPARATOIRES
Projet Régional de Santé La Réunion 2023-2033

PRS-SRS
VOLET SANTÉ
NUTRITIONNELLE

OBESITE ADULTES

FILIERE OBESITE ADULTES

Dr Nathalie Le Moullec, CHU CSO

PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE A LA REUNION

Rôle du CSO Réunion-Mayotte

ELABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

SANTE NUTRITIONNELLE

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE
L'OBESITE EN FRANCE

Professeur Martine Laville

Avec le concours de Maryse Fourcade, membre de l'Inspection générale des affaires sociales

2023-001R
Avril 2023

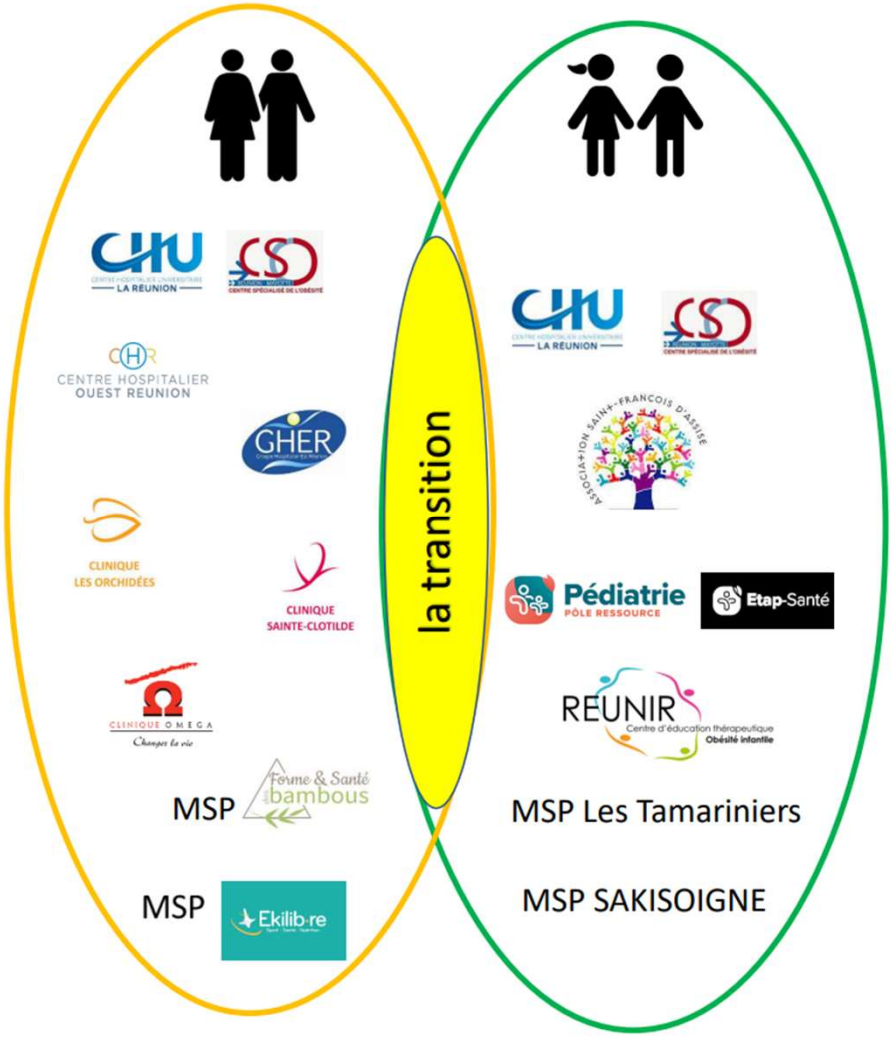
Les deux missions des CSO

- Rôle de soins de 3ème recours pour la prise en charge des obésités complexes (y compris les obésités génétiques) de l'enfant, de l'adulte ou pour la chirurgie bariatrique.
- Rôle de mise en place de la filière obésité sur leur territoire (pédiatrique, adulte, bariatrique) en lien avec autres acteurs concernés sous l'égide de l'ARS.

Composante pédiatrique

Composante adulte

Composante bariatrique



Bureau du CSO
- Coordination CSO
- Filière adulte
- Filière pédiatrique
- Filière bariatrique

ars

MAISONS SPORT SANTÉ EnVie d'Activité

SSBE.re Sport Santé Bien-Être

Sport santé sur ordonnance

Les Libéraux De Santé

HALO ANNEAU

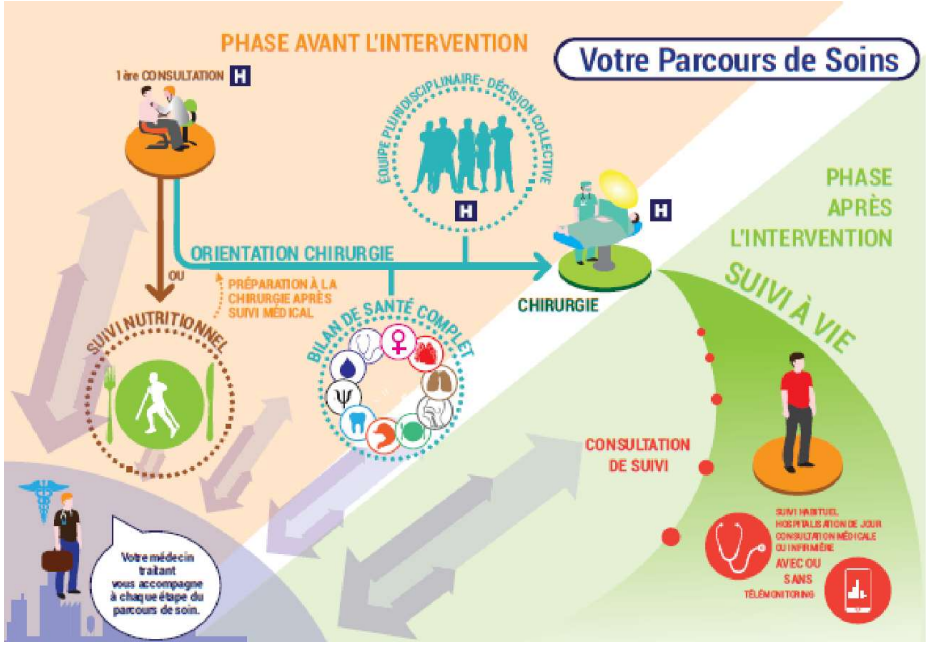
Association BOOST A LI

mission RETROUVE TON CAP

Composante filière obésité adulte

Organiser le transport bariatrique à la Réunion

Organiser le 3ème recours



Répertorier l'offre de soins à la Réunion

Le transport bariatrique- TSB

Ambulance Bariatrique

ORGANISATION TRANSPORT BARIATRIQUE à la REUNION

Le transport des personnes en situation d'obésité nécessite des conditions et des équipements particuliers. Ci-dessous la liste des opérateurs qui peuvent être sollicités selon les situations d'urgences sanitaires et les types de transferts requis.

SITUATION	TRANSFERT	PROFIL PATIENT	REGULATION	OPERATEURS
		Niveau 1		
URGENTE	Trajet Aller Simple Domicile ⟹ Hôpital	Quel que soit le poids	SAMU-Centre 15	TS Bariatrique SDIS
		Niveau 2		
NON URGENTE pour SOINS PROGRAMMES et/ou RETOUR A DOMICILE	Trajet A/R Domicile ⟺ Centre de soins	< 160 kg	Professionnel médical du centre demandeur	TS classique privé
		≥ 250 kg	« 18 »	TS Bariatrique SDIS
		160≤kg≤250	Professionnel médical du centre demandeur	TSBariatrique privé

Au cas par cas, des situations très particulières pourront être discutées avec la coordination médicale du Centre Spécialisé de l'Obésité ✆ 0262 35 90 00 - poste 5 8174 ✉ coordination.cso@chu-reunion.fr

➢ *Transports Sanitaires Bariatriques Privés*

➢ *Pour toute demande d'intervention du SDIS 974* pour une situation URGENTE ou NON URGENTE devront être précisés :

- l'adresse exacte de lieu de l'intervention,
- les coordonnées téléphoniques du patient et/ou de l'appelant
- le poids du patient.

⇨ le SIDS 974 se réservera la possibilité de faire préalablement une reconnaissance au domicile du patient afin d'anticiper sur les moyens complémentaires à associer au TSB du SDIS 974.

Avec le concours

Octobre 2022

Répertorier l'offre de soins

	C Ste Clotilde	CHOR	C. Orchidées	CHU NORD	CHU Sud	C. Oméga	GHER
OS «Obésité médicale»	?	oui	non	* Bilan + suivi diet	* Bilan + suivi diet	* Prog. pluriDiscp. Dédié P. Nutrition P.Optimiz	oui
OS PRE ET POST CB	*	*	*	*	*	*	*
LIEN avec **ASSO de PATIENTS**	* Halo Anneau	* Halo Anneau	* Boost à li	* Boost à li	* Halo anneau	* Boost à li	EN PROJET

Offre de soins hospitalière en matière de pec médicale

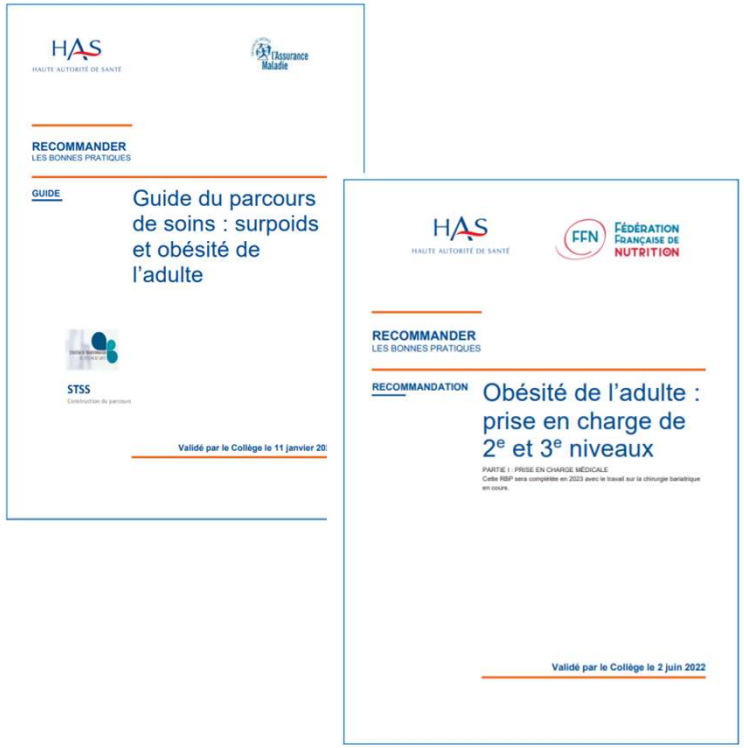
Travail en cours:
- **Avec les MSP**
- **Avec les CPTS**

Travail en cours
Avec le SSR spécialisé
Clinique Omega

Réactiver et renforcer les sous-commissions CSO (diet, APA, psy, multi-disciplinaire)

Organiser le 3ème recours

INFORMATION – FORMATION des PROFESSIONNELS DE SANTE


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'Assurance Maladie

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte

STSS

Validé par le Collège le 11 janvier 20

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFN FÉDÉRATION FRANÇAISE DE NUTRITION

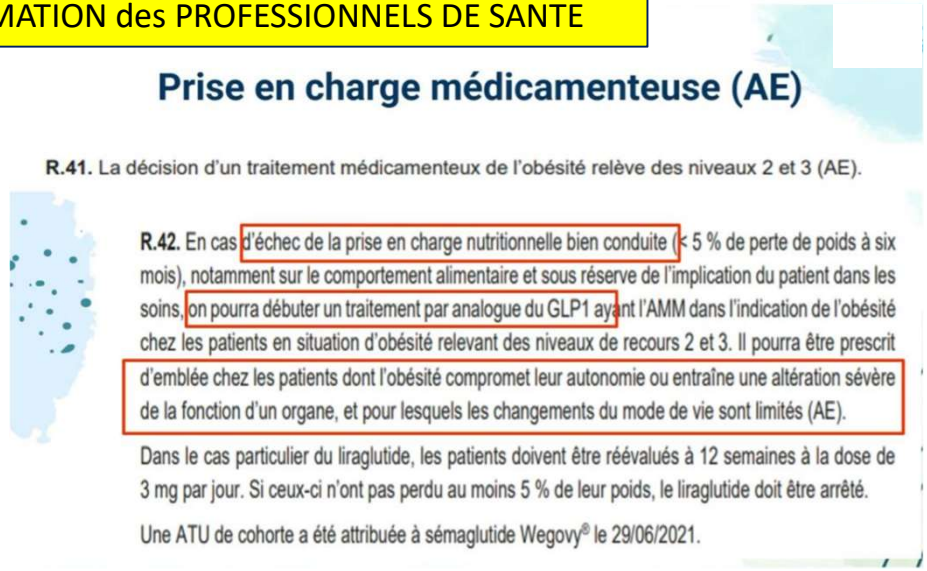
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

PARTIE I : PRISE EN CHARGE MÉDICALE
Cette RBP sera complétée en 2023 avec le travail sur la chirurgie bariatrique en cours.

Validé par le Collège le 2 juin 2022


Prise en charge médicamenteuse (AE)

R.41. La décision d'un traitement médicamenteux de l'obésité relève des niveaux 2 et 3 (AE).

R.42. En cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle bien conduite (< 5 % de perte de poids à six mois), notamment sur le comportement alimentaire et sous réserve de l'implication du patient dans les soins, on pourra débuter un traitement par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité chez les patients en situation d'obésité relevant des niveaux de recours 2 et 3. Il pourra être prescrit d'emblée chez les patients dont l'obésité compromet leur autonomie ou entraîne une altération sévère de la fonction d'un organe, et pour lesquels les changements du mode de vie sont limités (AE).

Dans le cas particulier du liraglutide, les patients doivent être réévalués à 12 semaines à la dose de 3 mg par jour. Si ceux-ci n'ont pas perdu au moins 5 % de leur poids, le liraglutide doit être arrêté.

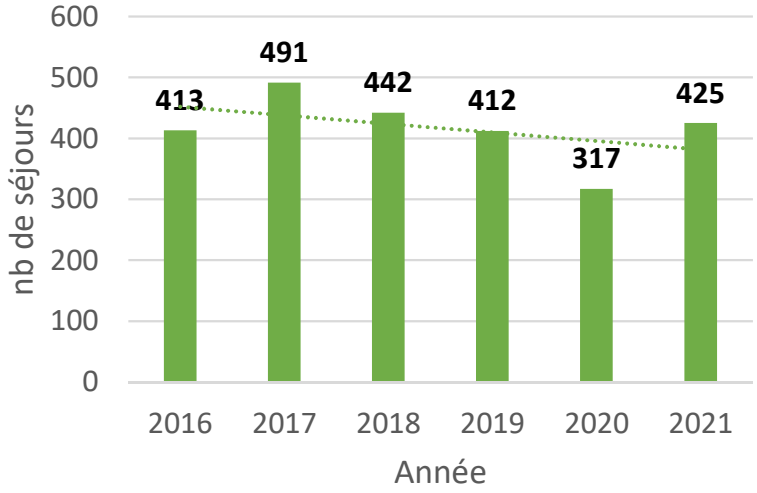
Une ATU de cohorte a été attribuée à sémaglutide Wegovy® le 29/06/2021.

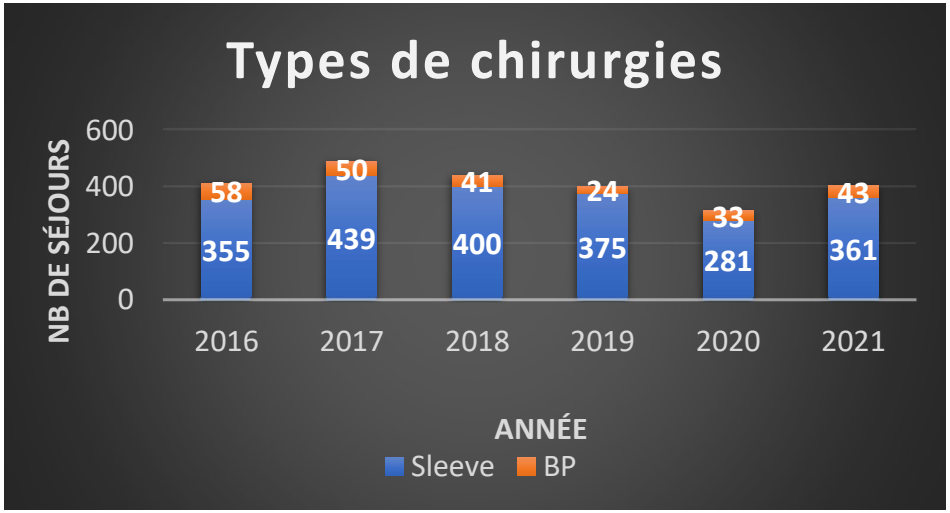
Obésités génétiques:
du diagnostic au traitement

Filière bariatrique

La chirurgie bariatrique à la Réunion en chiffres

Type d'intervention	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SLEEVE	355	439	400	375	281	361
BP	58	50	41	24	33	43
Autres		2	1	13	3	21
Total	***413***	***491***	***442***	***412***	***317***	***425***





Année 2021

Etablissement	Nombre de séjours
CHU site Nord	54
CHU site Sud	43
Clinique Sainte Clotilde	155
Clinique des Orchidées	140
CH Ouest Réunion	31

Source : PMSI 2021

	La Réunion	France métropolitaine
Evolution 2021/2017 (%)	-18,6	-22,7
Taux de recours brut (séjours/1000 hab %)	0,50	0,64
Taux de recours standardisé (séjours/1000 hab) (%)		0,47

Caractéristiques des séjours

Type d'intervention	La Réunion	France métropolitaine
Sleeve	84,9%	61,3%
Court-circuit gastrique	10,1%	27,4%
Anneau ajustable (pose, changement, repositionnement)	3,3%	10,7%
Autre	1,6%	0,6%
Durée moy de séjour (en nuitées)	3,4%	2,7%
Part de l'ambulatoire	1,2%	8,6%

Caractéristiques des patients

	La Réunion	France métropolitaine
Part de femmes (%)	85%	81%
Age moyen (ans)	38,4	40,6

Source PMSI 2021

Organisation des soins autour de la PRE CB

	C Ste Clotilde	CHOR	C. Orchidées	CHU NORD	CHU Sud	C. Oméga	GHER
OS PRE ET POST CB	?	*	*	*	*	*	*
Parcours ETP CB validé ARS	?	non	*Pré CB	non	*pré CB	non	non
OS de CB Type de CB	*	* **SG, BP, BiPartition**	* **BG, SG, BP**	* **BG, SG**		non	non
Durée moyen du parcours de **Pré CB**	**Au moins 6 mois**						
Déclinaison du parcours **en Pré CB**	?	**1 HDJ** En lien avec libéraux +/- C.Oméga	**HDS + HDJ** en lien avec C.Oméga	**HDS + CEXT** En lien avec GHER	**HDJ + CS EXT**	**HDJ**	**HDS + HDJ**
E. PluriDisciplinaire « Basic » Med Nut/chir/Diet/EAPA/Psy	?	* + IDE Pas d'EAPA	* +socio esth +psychiatre +IDE PS	*	*	* +/- ASocial	*
Organisation des RCP	?	Mensuelle	Bi mensuelles	Mensuelle	Mensuelle	Participe à RCP C.Orchidées	Ne participe pas

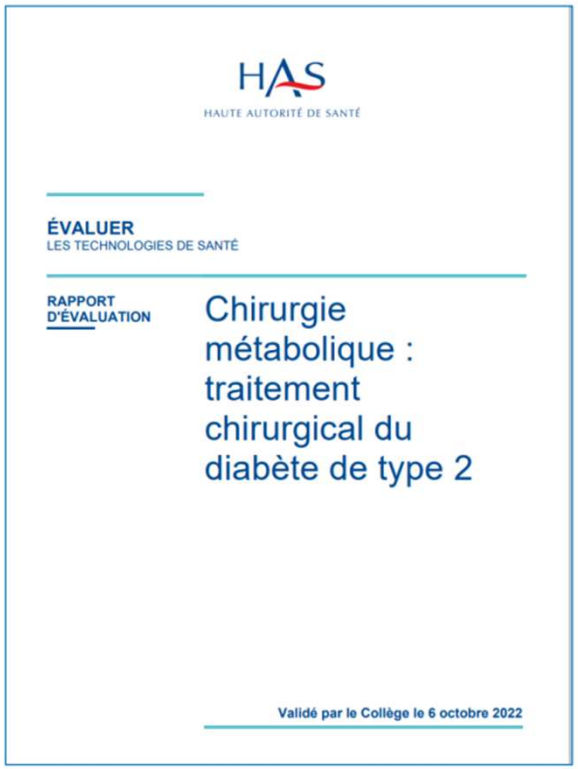
Organisation des soins autour de la POST CB

	C Ste Clotilde	CHOR	C. Orchidées	CHU NORD	CHU Sud	C. Oméga	GHER
Fréquence du suivi en **Post CB**		4* 1ere année Puis 1*/ an	5* 1ere année 1 à 2 * 2eme année puis 1 */ an	6* 1ere année Puis 1* / an	4 * 1ere année Puis 1*/ an	2* 1ere année	5* 1ere nnée Puis 1*/an
Déclinaison du parcours **en Post CB**	?	**HDJ + Cs Ext**	**HDJ**	**CS EXT**	**HDJ + Cs EXT**	**HDJ**	**HDJ**
E. PluriDisciplinaire «Basic » Med Nut/chir/Diet/EAPA /Psy	?	* Pas d'EAPA	*	* Pas d'EAPA Pas de PSY	*	* +/- AsS	*

PROJETS DE PARCOURS DEDIES

	C Ste Clotilde	CHOR	C. Orchidées	CHU NORD	CHU Sud	C. Oméga	GHER
Projet de parcours de pec en pré ou/et post CB dédié	?	**Pré CB**		**Pré CB**	**Post CB**		

Composante filière bariatrique adulte


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUER
LES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

RAPPORT D'ÉVALUATION

Chirurgie métabolique : traitement chirurgical du diabète de type 2

Validé par le Collège le 6 octobre 2022

Rôle du CSO

- S'assurer du respect des RBP en matière de chirurgie bariatrique
- Coordonner l'harmonisation des pratiques au sein de chaque centre pratiquant la CB

En lien avec l'ARS et l'Assurance Maladie

Sous la houlette du Pr Radwan Kassir

Perspectives CSO

- Attendre la suite du rapport « obésité » présenté par le Pr Martine Laville en avril 2023 concernant notamment la mission 2 des CSO et les propositions pour l'Outre-Mer.

- Renforcer la coordination des 3 filières : adulte, pédiatrique et bariatrique.

- Au sein de la filière obésité adulte: créer une filière « femmes en situation d'obésité ».

- Renforcer l'intégration du SSR spécialisé dans les parcours de soins des personnes en situation d'obésité.

- Mettre en place le registre régional des patients opérés d'un CB.

Parcours de soins à la Clinique Omega

Manon Le Chevallier, AURAR

PARCOURS DE SANTE OBESITE ADULTES

PRESENTATION DE LA CLINIQUE OMEGA

La Clinique Oméga est la seule structure dédiée à la prise en charge de l'obésité et des maladies métaboliques à La Réunion. Sa création a été initiée par l'Aurar en 2007, pour être en mesure d'intervenir en amont de l'insuffisance rénale et d'agir sur ses causes majeures, et notamment l'obésité et le diabète. Etablissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisés dans la prise en charge des affections du système digestif, métabolique et endocrinien, la Clinique accueille environ 1200 patients adultes par an. Une ***équipe pluridisciplinaire*** et des ***équipements de pointe*** (DEXA, CALORIMÈTRE) assurent une prise en charge personnalisée pour chaque patient.

EQUIPE DE SOINS

1 encadrant
3 médecins endocrinologues en vacation
4 diététiciennes et 2 aides en diététique
3 IDE
2 psychologues et 1 partenariat avec France Addictions pour 2 interventions mensuelles de psychologues de CSAPA (Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
2 EAPA et 1 éducatrice sportive
4 secrétaires
1 kinésithérapeute en vacation
1 assistante sociale en vacation
1 podologue en vacation

PLATEAU TECHNIQUE

1 DEXA
2 salles de sport comprenant espaces d'exercices collectifs et appareils individuels
1 parcours de marche extérieur
2 cuisines thérapeutiques

NOUVEAUTES !

Consultations externes en diététique tous les après-midis à la clinique
Réouverture de l'hospitalisation complète en mai 2023

PARCOURS DE SANTE OBESITE ADULTES

PARCOURS DE SOINS PROPOSE A LA CLINIQUE OMEGA

PARCOURS DE NUTRITION

- 7 à 8 mois de prise en charge
- 4 semaines de rééducation (en journées complètes) OU adaptation selon la situation du patient avec suivi mensuel si impossibilité de se rendre disponibles pendant les 4 semaines
- Bilans de suivi (en demi-journées) à M1 (à 1 mois), M3 (à 3 mois) et M6 (à 6 mois)
- DEXA au cours des 4 semaines et en M6

PARCOURS PRE CHIRURGIE BARIATRIQUE

- 6 mois de prise en charge
- Une fois par mois en demi-journée sur 5 ou 6 mois
- Une semaine d'éducation chirurgie bariatrique (en demi-journées) 2 mois avant l'intervention
- DEXA en fin de parcours

+ Possibilité d'intégrer le parcours de nutrition (en journées complètes)

PARCOURS DE SANTE OBESITE ADULTES

PARCOURS DE SOINS PROPOSE A LA CLINIQUE OMEGA

PARCOURS POST CHIRURGIE BARIATRIQUE

- 6 mois de prise en charge
- Une fois par mois (en demi-journée)
- DEXA en début et fin de parcours

+ Possibilité d'intégrer le parcours de nutrition (en journées complètes)

PARCOURS DE DIABÈTE

- 6 mois de prise en charge
- Une semaine d'éducation (en demi-journées)
- Bilans de suivi (en demi-journées) à M3 et M6
- DEXA dans la semaine

+ Possibilité d'intégrer le parcours de nutrition (en journées complètes)

PARCOURS OPTIMIZ :

- Patients ayant déjà suivi un parcours donné à la Clinique Oméga qui n'ont pas encore intégré toutes les acquisitions ; ou patients en attente de leur date opératoire ;
- 3 à 6 mois de prise en charge
- Une fois par mois (en demi-journées)
- Bilans de suivi (en demi-journées) à M9 et M12
- DEXA à M9 si besoin et M12

Merci !

Contact
ars-reunion-prs@ars.sante.fr