

ELABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Groupes de travail – Schéma Régional de Santé

*Santé de la femme
27 avril -14h-17H30 site Georges Brassens*

Sommaire

Un seul groupe de travail

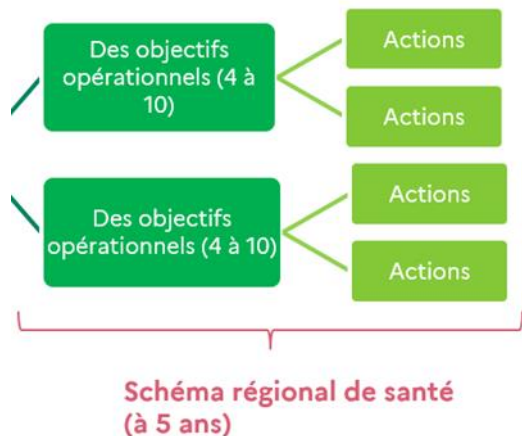
1. Introduction
2. Éléments de diagnostic
3. Bilan
4. Questionnements proposés
5. Restitution des travaux

1. Introduction

Volets constitutifs du futur projet régional de santé 2023-2033



Objet des groupes de travail et objectifs de cette rencontre



La construction du PRS repose sur une démarche participative, ouverte à l'ensemble des acteurs de la santé, des élus, des administrations et institutions de l'État, des collectivités locales et des citoyens.

- Aujourd'hui, un temps pour :
 - **Partager un diagnostic** sur les besoins de la population de la région
 - **Prioriser des objectifs opérationnels** réalistes **et discuter des résultats attendus à 5 ans au travers d'actions concrètes**
 - **Déterminer et approfondir les leviers d'actions ou actions concrètes**
 - Discuter, identifier les **indicateurs** de résultats

Feuilles de route nationale en cours

annoncées pour le premier semestre 2023

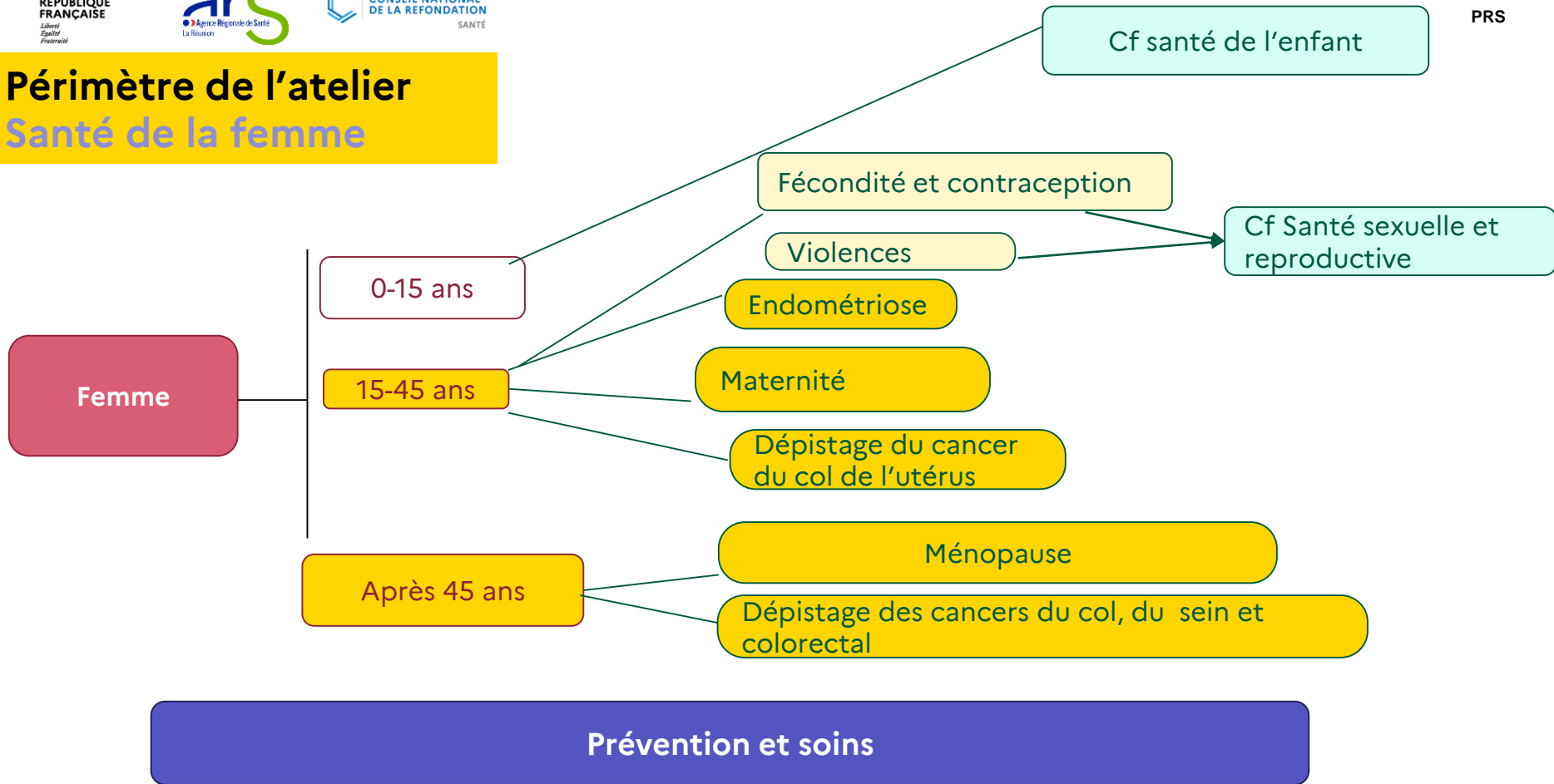
- ❖ 0-23 ans
- ❖ 1 000 premiers jours
- ❖ Santé de la femme
- ❖ Aller-vers
- ❖ Prévention aux âges clés
- ❖ Stratégie nationale vaccination
- ❖ Infertilité

Les objectifs généraux retenus pour l'orientation stratégique santé de la femme

Promouvoir la santé de la femme

Réduire la morbi-mortalité maternelle

Périmètre de l'atelier Santé de la femme



2. Éléments de diagnostic

Indicateurs globaux sur la santé des femmes

❖ Démographie

15 - 74 ans	326 861
15 - 44 ans (période reproductive)	175 320
45-59 ans	94 918
25-65 ans (dépistage CCU)	240 511
50-74 ans (dépistage CS)	119 350

❖ Espérance de vie en faveur des femmes :

- ❖ 83,4 ans / 76,7 hommes (RUN)
- ❖ Inférieure à métropole (85,5)

❖ Mortalité évitable

- ❖ Mortalité maternelle évitable
- ❖ Sexe ratio en défaveur des femmes pour certaines causes de mortalité évitables par prévention:
 - ❖ diabète (H/F = 0,8);
 - ❖ pathologies cardiovasculaires (H/F = 1).

❖ Morbidité

❖ ALD : sexe ratio en défaveur des femmes pour:

- ❖ Diabète (H/F = 0,8);
- ❖ cancer (0,9);
- ❖ asthme (0,5).

❖ Des « sujets » féminins:

- ❖ Endométriose
- ❖ Périnatalité
- ❖ Ménopause et ses conséquences

❖ Violences subies:

- ❖ Dans l'enfance: 32% F (23% H) → **entrée plus précoce dans la sexualité, nb plus élevé de partenaires, fréquence plus élevée d'IVG et de maternités non désirées;**
- ❖ À l'âge adulte: 7% F dans les lieux publics, 25% au travail et 15% au sein du couple. **Facteurs associés: 20-29 ans, inactivité, violences dans l'enfance et multiparité (≥3)**

Indicateurs de périnatalité

❖ Natalité en baisse

13 500 naissances / an

❖ Fécondité stable

- ❖ Fécondité élevée et stable depuis 1990 : 2,44 versus 1,80 métropole.
- ❖ La plus élevée des régions françaises après Mayotte et Guyane.

❖ Surmortalité maternelle

- ❖ 21.4 pour 100 000 naissances vivantes versus 9.5 métropole et 32.1 groupe DROM sur la période 2013-2015.
- ❖ Schématiquement selon l'Inserm, les 2 mécanismes possibles de ce surrisque, non exclusifs l'un de l'autre, seraient:
 - ❖ « le **profil spécifique des parturientes des DROM** qui les rendrait **plus à risque** de complications graves
 - ❖ et une moins bonne **qualité des soins prodigués** ».

❖ Surmortalité infantile

- ❖ 6.7‰ (3.7‰ métropole et 7.8‰ pour les DROM) en 2021 selon l'Insee
- ❖ Composante néonatale précoce = 3.2‰ (1.6‰ métropole)
- ❖ Prématurité = 8,7% (7,0% métropole)
- ❖ Petit poids de naissance rapporté à l'âge gestationnel = 18,7% (11,0% métropole)

1. Profil des femmes

- ❖ **Âge moyen proche de métropole (30 ans)**
- ❖ **Plus de maternités jeunes, diminution / 2003**
 - ❖ Part de mères < 25 ans égale au double de la métropole (23% versus 12% dont 2,3% mineures versus 0,2%). *2003: les < 25 ans = 34%*
- ❖ **Plus de multipares, augmentation / 2003**
 - ❖ Part de multipares (≥ 3) double de la métropole (18% versus 9%). *2003 = 15%*
- ❖ **Écarts dans les niveaux d'études des mères**

	GUA	MTQ	RUN	METRO
1aire/2aire/EP court	21%	18%	26%	19%
Lycée	33%	29%	35%	22%
Bac +	46%	54%	39%	59%

❖ Situation des mères en fin de grossesse

	GUA	MTQ	RUN	METRO
En activité	47%	55%	42%	68%
au chômage	21%	24%	28%	13%
femme au foyer	27%	13%	24%	14%
autre situation	5%	9%	7%	5%

❖ Taux d'emploi selon les tranches d'âge

	15-24 ans	25-54 ans
Guadeloupe	16,2%	60,9%
Martinique	16,7%	65,9%
Réunion	18,1%	57,7%
France métropole	29,2%	79,8%

Source: Insee, recensement 2017

❖ Couverture complémentaire

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Complémentaire santé solidaire (CSS)	34%	28%	48%	11%
Mutuelle	50%	59%	49%	82%
aucune	16%	13%	3%	7%

1. Profil des femmes

❖ Maternités non souhaitées pour 1/3 (particularité DOM)

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Maternités non souhaitées	38%	42%	32%	29%

❖ Soutien de l'entourage pour 9/10

- ❖ Peu ou pas entourée = 9%

❖ Santé mentale dégradée pour 1 femme sur 3 (particularité DOM)

- ❖ Bon état psychologique = 61% (63% métropole, 56% MTQ, 53% GUA, 57% GUY, 62% MAY). **RUN 2003: 69%**.
- ❖ Vécu pendant 2 semaines avec sentiment de tristesse, déprimée, sans espoir = 33% (26% métropole, 39% MTQ, 34% GUA, 33% GUY, 17% MAY)
- ❖ Vécu pendant 2 semaines avec perte d'intérêt = 21% (19% métropole, 29% MTQ, 26% GUA, 23% GUY et 11% MAY)

❖ Addictions déclarées

- ❖ Tabac 3^{ème} trimestre = 8,7% (12,2% métropole et 5% Antilles; **8,4% en 2003**)
- ❖ Alcool pendant grossesse = 1,2% (3,1% métropole et 2 à 5% Antilles)
- ❖ Cannabis pendant grossesse = 1,6% (1,1% métropole et 3,3% Antilles)

1. Profil des femmes

❖ Plus d'ATCD obstétricaux/2003

	RUN 2021	METRO	RUN 2003
Mort-né, MNN, préma, hypotrophe	19,4%	13,1%	8,2%
Macrosome	5,7%	6,1%	
Césarienne 1	14,5%	16,5%	15,5%
Césarienne ≥ 2	6,5%	4,2%	
IVG	26,5%	15,2%	20,8%

❖ ATCD médicaux

	RUN 2021	METRO
Diabète famille	41,1%	23,2%
DID perso	2,1%	0,3%
DNID perso		0,3%
DG	3,6%	2,7%
HTA chronique	1,8%	0,9%
HTA grossesse	2,3%	1,2%

❖ Morphologie

❖ IMC avant grossesse

	GUA	MTQ	RUN	MAY	METRO
< 18,5	4%	6%	7%	6%	6%
18,5 - 24,9	46%	41%	47%	38%	57%
25 - 29,9	27%	28%	24%	27%	23%
30 - 34,9	15%	15%	15%	17%	9%
≥ 35	10%	10%	7%	12%	5%

2. Recours aux soins

❖ Maîtrise de la fécondité

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Aucune contraception	23%	10%	18%	12%
Consultation préconception	22%	21%	22%	38%

❖ Suivi prénatal par GO / SF

	GUA	MTQ	RUN	METRO
GO	51%	43%	62%	52%
SF	28%	42%	23%	39%
PMI	13%	6%	2%	2%
MG	8%	3%	7%	4%
PluriPRO		6%	6%	3%

❖ EPP pour 1 femme sur 2 mais **recours inégal**:

- ❖ 48% Réunion (37% métropole)
 - ❖ Femmes avec CSS* = 37%
 - ❖ Femmes sans CSS = 58%

❖ Peu d'entretien avec AS malgré contexte

- ❖ 6% (8% métropole)

*CSS = Complémentaire Santé Solidaire = 48% des femmes enceintes à La Réunion

❖ VAD en prénatal par SF pour 1 femme sur 2, en progression

- ❖ 49% (19% métropole; 46% Guadeloupe et 44% Martinique). 2003 RUN: 27%

❖ Pas de CS avec l'équipe médicale de maternité pour 1 femme sur 5, **en augmentation**

- ❖ 78% : Oui (95% métropole)
- ❖ 22% : **Non** (5% métropole; 28% Guadeloupe et 6% Martinique). 17% RUN en 2003.

2. Recours aux soins : dépistage T21

❖ Nb moyen d'échographies

GUA	MTQ	RUN	METRO
5,2	6,4	7,0	6,3

❖ Mesure écho clarté nucale

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Oui	85%	83%	87%	90%
Non	7%	9%	5%	4%
NSP	9%	9%	7%	6%

Dépistage bio T21

	GUA	MTQ	RUN	METRO
MSM	91%	76%	86%	88%
DPNI	14%	16%	12%	16%
NSP	5%	21%	13%	9%

❖ Nb d'échographies

	GUA	MTQ	RUN	METRO	RUN 2003
≤ 3	33%	13%	11%	13%	31%
4 ou 5	34%	38%	25%	38%	69%
≥ 6	33%	49%	64%	49%	

❖ Geste invasif de DPN

	GUA	MTQ	RUN	METRO	RUN 2003
Amniocentèse ou biopsie trophoblaste	3,6%	3,0%	2,5%	2,5%	8,6%

2. Recours aux soins: problématique du DG

❖ Dépistage DG : recos nationales

- ❖ Ciblage: âge ≥ 35 ; IMC ≥ 25 ; ATCD familiaux diabète; ATCD perso de DG ou d'enfant macrosome

❖ T1: GAJ ou HGPO 24-28 SA

- ❖ GAJ $\geq 1,26 \rightarrow$ DT2
- ❖ HGPO + \rightarrow DG

❖ Dépistage DG : recos locales

- ❖ T1: GAJ pour toute femme
- ❖ DG si $0,92 \leq \text{GAJ} < 1,26$.
- ❖ DT2 si $\geq 1,26$

❖ Résultats ENP 2021

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Dépistage DG	92,3%	79,4%	93,5%	76,1%
Diagnostic DG	11,6%	22,2%	22,2%	16,4%
DG sous régime	7,5%	6,5%	13,6%	11,4%
DG sous insuline	4,1%	3,8%	8,5%	5,0%

❖ Diététique (CS ou réunion d'info) ENP 2021

	GUA	MTQ	RUN	METRO
	7,9%	10,2%	15,7%	14,8%

❖ Complications connues du DG

- ❖ Surrisque prééclampsie et césarienne. Surrisque connu pour IMC ≥ 25 , indépendamment de l'hyperglycémie initiale
- ❖ Anxiété, altération perception de soi peuvent apparaître suite à l'annonce du diagnostic de DG
- ❖ Macrosomie = principale conséquence néonatale démontrée.

❖ Résultats ENP

	GUA	MTQ	RUN	METRO	RUN 2003
Prééclampsie	3,9%	4,5%	4,0%	2,3%	
Césarienne	17,3%	19,0%	21,5%	21,4%	22,1%
Macrosomie	4,4%	4,2%	2,6%	7,0%	2,8%

2. Recours aux soins : autres pathologies

❖ Anémie chez 1 femme sur 2

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Anémie	33,9%	49,3%	51,9%	25,2%
Fer IV	5,7%	4,5%	7,8%	2,8%

❖ Suspicion anomalie poids fœtal

	GUA	MTQ	RUN	METRO
RCIU ou hypotrophie	5,0%	5,1%	9,2%	5,2%
Macrosomie	4,4%	6,1%	10,3%	8,7%

❖ Poids à la naissance

	GUA	MTQ	RUN	METRO
poids < 2,5 kg	10,8%	10,5%	12,4%	7,0%
poids ≥ 4 kg	4,4%	4,2%	2,6%	7,0%

❖ Hospitalisations et motifs

	GUA	MTQ	RUN	METRO
TIU			1,8%	1,9%
MAP avec hospitalisation	6,4%	6,0%	7,2%	4,8%
Durée hospi < 3 jours	40,5%	27,5%	25,4%	32,8%
HTA pendant grossesse	7,4%	14,1%	7,2%	4,3%
Terme < 37 SA	61,8%	66,0%	53,4%	58,1%
Hospi pour HTA	54,3%	71,7%	62,7%	65,0%

2. Recours aux soins : accouchement

❖ Mode début travail

	GUA	MTQ	RUN	METRO	RUN 2003
Déclenché	24%	30%	21%	26%	20%
CSR programmé	4%	6%	7%	7%	9%
CSR URG	3%	3%	4%	3%	

❖ Mode d'accouchement

	GUA	MTQ	RUN	METRO	RUN 2003
VBNI	76%	70%	70%	66%	71%
VBI	7%	11%	9%	12%	7%
CSR	17%	19%	22%	21%	22%

❖ AB préventive

GUA	MTQ	RUN	METRO
31%	34%	32%	29%

❖ Délivrance dirigée

GUA	MTQ	RUN	METRO
89%	96%	88%	82%

❖ HPP

	GUA	MTQ	RUN	METRO
HPP ≥ 1L			2,7%	3,0%
HPP sévère		1,6%	3,0%	3,0%

❖ PEC douleur

	GUA	MTQ	RUN	METRO
APD / PRC	67%	78%	72%	85%
Efficacité perçue	66%	71%	76%	77%
Méthode non médicamenteuse	37%	17%	43%	49%
Satisfaction globale	75%	79%	81%	90%

2. Recours aux soins: situation à 2 mois en post natal

❖ Ressenti maman

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Score EPDS ≥ 13	31%	21%	18%	17%
Période agréable depuis naissance	83%	89%	88%	83%

❖ Contraception

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Aucune	28%	27%	21%	24%
Pilule, stérilet, implant	61%	59%	64%	54%
autres	14%	19%	18%	26%

❖ Allaitement

	GUA	MTQ	RUN	METRO
maternel exclusif	34,9%	37,8%	39,4%	46,3%
mixte	47,7%	44,2%	37,6%	26,7%
lait commerce	17,4%	17,9%	22,9%	27,0%

❖ Soins à domicile ou à distance

	GUA	MTQ	RUN	METRO
VAD SF	81%	92%	91%	79%
TéléCS	9%	8%	16%	

❖ Substances psychoactives

	GUA	MTQ	RUN	METRO
Cigarettes	7,8%	10,8%	16,4%	16,6%
Cannabis	4,4%	ND	2,0%	0,5%
Alcool	23,6%	30,8%	18,5%	35,1%

❖ Soutien pour allaitement

	GUA	MTQ	RUN	METRO
oui	25,2%	28,9%	26,7%	30,2%
Non, mais besoin	15,5%	18,0%	11,1%	16,8%
Non, pas besoin	59,3%	53,2%	59,2%	46,6%
arrêt allaitement			3,1%	6,3%

Inégalités sociales et territoriales

- ❖ Maternités plus jeunes parmi les bénéficiaires de la CSS

	CSS	Sans CSS
15-24 ans	35,7%	10,6%
25-29 ans	27,9%	28,1%
30-34 ans	17,4%	36,7%
≥ 35 ans	19,0%	24,6%

- ❖ Davantage de grossesses non souhaitées

CSS	Sans CSS
39,1%	24,5%

- ❖ Moins d'EPP

CSS	Sans CSS
37,4%	57,9%

- ❖ Plus nombreuses à avoir 3 échographies et moins

	≤ 3 écho	4 à 7 écho	≥ 8 écho
CSS	16,0%	51,9%	32,1%
Sans CSS	5,2%	45,9%	48,9%

- ❖ Moins de mesure de clarté nucale

CSS	Sans CSS
80,3%	95,5%

- ❖ Indice de précarité = composite de 4 variables

- ❖ Activité professionnelle
 - ❖ Nature des ressources
 - ❖ Revenu mensuel du foyer
 - ❖ CSS
- Femme précaire: âge moyen = 28 ans, niveau éducatif collège à lycée (76%), pas en couple (56%), inactivité (56%), revenu ≤ 1000€ (41%).

- ❖ Inégalités territoriales

- ❖ Inégalités sociales plus marquées dans la zone Est, avec une moindre densité de PS
- ❖ Et 40% des femmes de l'Est accouchent dans le Nord

3. Bilan des 5 objectifs opérationnels du PRS2

Bilan général

- ❖ 5 objectifs opérationnels concernant le volet santé de la femme
 - ❖ **Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements (violences) familiaux et prévenir la reproduction trans générationnelle »**
 - ❖ (8 actions)
 - ❖ **Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement »** (8 actions)
 - ❖ **Favoriser le dépistage des grossesses à haut risque»** (6 actions)
 - ❖ **Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé »** (5 actions)
 - ❖ **Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux** (une action)



Cf précisions tiré à part et annexe de la présentation

Bilan général

- ❖ **25 actions pour 5 objectifs opérationnels concernant le volet santé de la femme**
- ❖ **15 sur les 25 ont été réalisées ou sont en cours de réalisation soit 60%**
- ❖ **100% sur l'objectif.** « Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements (violences) familiaux et prévenir la reproduction trans générationnelle » (8 actions)
- ❖ **Plus de la moitié des actions** ont été amorcées ou finalisées pour les 2 l'objectifs: « Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement » (8 actions) et « Favoriser le dépistage des grossesses à haut risque » (6 actions)
- ❖ **3 restent à réaliser sur les 5** pour « Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé » (5 actions)
- ❖ **1 seule action concernée** pour « Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux (femme enceinte), en attente de la feuille de route nationale

Bilan PRS 2

1. Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux (femme enceinte)

1 seule action non réalisée qui concerne en partie seulement la femme enceinte

Expérimentation, par les centres de vaccination, d'offre vaccinale en maternité pour la femme et le couple (vaccination antigrippale en consultation prénatale et mise à jour des vaccinations dont la vaccination anti-coqueluche en suite de couches) mais aussi pour les personnels travaillant en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie

A réactualiser ?

Modification du calendrier vaccinal de la femme enceinte (vaccin coqueluche).
Extension des compétences des Sages-Femmes non investie actuellement.
Pas d'offre vaccinale in situ, sauf si la femme ramène le vaccin.

Bilan PRS 2

3.Favoriser le dépistage des grossesses à haut risque(6 actions)

Actions non réalisées ou réalisées partiellement

A réactualiser?

Stratégie de **communication** sur la santé périnatale, en mettant l'accent sur l'intérêt du suivi pré-conceptionnel pour les femmes ayant des facteurs de risque et des comorbidités (maladies chroniques, surpoids et obésité, addictions), sur l'intérêt du suivi prénatal précoce pour toutes les femmes

A réaliser à partir de l'enquête périnatale

Formation des professionnels de santé à la consultation d'annonce dans le cadre du diagnostic prénatal

Bilan PRS 2

4. Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement (8 sur 10 concernant le volet de la santé de la femme)

Actions non réalisées ou en cours	à réactualiser ?
Programme pluriannuel d'audits cliniques ciblés Inscription en obstétrique et néonatalogie (CPOM des établissements de santé)	Pas d'inscription aux CPOM.
Examens post mortem de la mère et de l'enfant	Interroge l'acceptation des familles de l'autopsie et en conséquence la manière de présenter la demande
Stratégie régionale de communication sur la périnatalité	Cf. objectifs précédents sur la communication : à réaliser sur la base de l'enquête Périnatalité

Bilan PRS 2

5. Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé (5 actions)

Actions non réalisées ou réalisées partiellement	A réactualiser ?
Référentiel de suivi post natal pour toutes les femmes.	En attente de la Feuille de route nationale
Sensibilisation des femmes sur l'intérêt de leur propre suivi post natal, indépendamment du suivi de leurs enfants	à réaliser sur la base des résultats de l'enquête périnatalité
Etude du parcours post natal des femmes dans chaque zone de proximité	A faire en lien avec la feuille de route nationale et le SNDS

4. Questionnements proposés

Questionnements proposés

Réflexions en groupe sur 3 sujets au choix – 1h30

Comment organiser la filière de prise en charge de l'endométriose à la Réunion?

Comment réduire la morbi-mortalité maternelle?

Comment déployer l'offre de prise en charge de la ménopause en intégrant le dépistage de cancers ?

1. Comment organiser la filière endométriose ?

Instruction du 12/07/2022: échéance de mise en œuvre = 31/12/2023

Incidence endométriose 2011-2017:

- Réunion = 15,18 pour 10 000 PA
(Métropole = 9,79; MTQ = 12,96 et
GUA = 8,53)

Hypothèses explicatives:

- Poids des preuves plus fort pour certaines familles de substances chimiques : bisphénol A, phtalates, dioxines, PCB et pesticides organochlorés ;
- Sur-incidence Réunion: influencée par venue de 2 PH spécialistes de l'endométriose pendant la période d'étude, contre 0 auparavant? Une telle influence peut expliquer la différence de taux entre MTQ et GUA (population et environnement similaires).

- ❖ Filière = dispositif expert régional d'animation territoriale d'une offre de soins graduée en 3 niveaux:
 1. PS de ville, voire hospitaliers, disposant de compétences de diagnostic et PEC de proximité;
 2. PS référents de ville ou hospitaliers participant à 1 ou plusieurs centres référents multidisciplinaires pour diagnostic et PEC de 2^{ème} intention;
 3. Articulation de 4 types de PS experts des centres de recours pour cas complexes: expertise CHIR (GY, DIG et URO), RX, algologique et AMP.
- ❖ Missions du dispositif :
 - ❖ Constitution et coordination d'une offre de soins graduée;
 - ❖ Mise en place de RCP
 - ❖ Contribution à l'amélioration des pratiques professionnelles
 - ❖ Information du public;
 - ❖ Suivi des activités avec reporting à l'ARS.
- ❖ Forme et gouvernance du dispositif:
 - ❖ Collectif représentant structures et PS
 - ❖ Double coordination soignante et administrative

1. Comment organiser la filière endométriose ?

- ❖ **Action 1: Proposition d'une offre graduée en 3 niveaux, tenant compte de l'existant et précisant ce qui relève :**
 - ❖ De la proximité;
 - ❖ Des « référents » (définition);
 - ❖ Des experts (définitions des 4 expertises).
- ❖ **Action 2: Proposition de structuration du dispositif régional de coordination et d'animation territoriale**
- ❖ **Action 3: Proposition d'indicateurs d'activité et de processus du dispositif et de ses modalités de rendre compte à l'ARS**

2. Comment réduire la morbi-mortalité maternelle ?

❖ Quels sont les éléments du diagnostic, sur lesquels il y aurait, a priori, des leviers d'action possibles?

- ❖ En termes de caractéristiques des femmes ?
- ❖ En termes de soins (organisation, offre, parcours, pratiques) ?

❖ Quels pourraient être ces leviers

- ❖ Pour réduire l'impact des caractéristiques des femmes sur leur état de santé ?
- ❖ Pour améliorer la qualité des soins ?

❖ Quels pourraient être les indicateurs :

- ❖ De suivi des actions envisagées ?
- ❖ D'évaluation d'impact des actions envisagées ?

3. Comment déployer l'offre de PEC de la ménopause intégrant le dépistage des cancers ?

- ❖ **Stratégie nationale de RV de prévention aux âges clés 25, 45, 65 ans.**
- ❖ **Ménopause : femmes \geq 45 ans**
 - ❖ Troubles du climatère
 - ❖ Risques : ostéoporose, cancers féminins, pathologies cardiovasculaires
 - ❖ Impact sur la qualité de vie et le bien vieillir plus tard
- ❖ **Dépistage des cancers**
 - ❖ Sein: taux de participation = **50%**. Cible = 70%;
 - ❖ Col utérus: taux = **60%**. Cible = 80%
 - ❖ Colorectal : taux = **20%**. Cible = 45%
- ❖ **Survie à 5 ans**
 - ❖ Sein = **81%** (88% métropole)
 - ❖ Col : **équivalent**
 - ❖ Colorectal: **58%** (65% métropole)
- ❖ **Actions attendues :**
 - ❖ **Quel contenu des RV de prévention pour les femmes ménopausées ?**
 - ❖ **Comment aller vers les femmes concernées, notamment vers celles qui ont décroché du soin ou en situation de précarité ?**
 - ❖ **Comment rendre ces RV suffisamment attractifs pour faire participer les femmes dans la durée (observance) ?**

5. Restitution des travaux

Merci !

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

Bilan PRS 2

1. Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements (violences) familiaux et prévenir la reproduction transgénérationnelle (2/2)

Actions réalisées ou en cours	Précisions
Association au suivi psychologique, la prise en charge somatique dans l'accompagnement des victimes.	Médiation corporelle: Psychomotricité, ergothérapie, hypnose, kinésithérapie Présentation des actions réalisées par les CHU Nord et sud
Expérimentation de programme de prévention à l'école primaire	Cf. présentation par le Planning familial dans le volet Santé sexuelle et reproductive
Actions non réalisées ou réalisées partiellement – à reconduire ?	Précisions
Retours d'expérience entre les équipes médico-judiciaires, les équipes de psychotrauma et les professionnels libéraux.	Cf. volet santé sexuelle et reproductive.
Soutien aux projets de recherche clinique sur les violences intrafamiliales à La Réunion.	idem

Bilan PRS 2

1. Dépister et prendre en charge les dysfonctionnements (violences) familiaux et prévenir la reproduction trans générationnelle (1/2)

Actions réalisées ou en cours	Précisions
Formation des professionnels du 1er recours, notamment des médecins traitants, au dépistage et à l'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales en consultation, en portant une attention particulière à l'enfant et à l'adolescent.	Présentation par Repère
Intégration du dépistage des violences sexuelles dans les bonnes pratiques de prise en charge des IVG et des grossesses des mineures.	
Constitution et diffusion d'un répertoire opérationnel des ressources afin de faciliter l'orientation des enfants et des adultes dépistés	
Protocole de partage d'informations préoccupantes entre les acteurs du social, de l'éducatif et les médecins traitants	Cf. volet Santé de l'enfant
Fluidification du parcours des victimes (enfants et adultes) entre unités médico-judiciaires et unités de psychotrauma dans chacune des 4 zones de proximité.	Cf. volet santé sexuelle et reproductive
Réduction du délai d'accès à la 1ère consultation de psychotrauma	idem

Bilan PRS 2

2. Favoriser le dépistage des grossesses à haut risque

Actions réalisées ou en cours	Précisions
Identification des freins et des motivations des femmes dans le choix de leur parcours prénatal, avec une focale sur la zone Est	Enquête périnatale avec exploration en cours
Innovations organisationnelles en ville et à l'hôpital inspirées du modèle du « <i>Prima facie</i> » pour le dépistage précoce des grossesses à haut risque et leur suivi coordonné	Cf. Présentation CHU Sud
Référentiel de suivi des grossesses à haut risque commun à la ville et à l'hôpital	Cf. Présentation Repère
Diagnostic prénatal tant sur le versant maternel (que sur le versant foetal)	CPDPN CHU

Bilan PRS 2

2. Favoriser le dépistage des grossesses à haut risque

Actions non réalisées ou réalisées partiellement

à reconduire ?

Stratégie de **communication** sur la santé périnatale, en mettant l'accent sur l'intérêt du suivi pré-conceptionnel pour les femmes ayant des facteurs de risque et des comorbidités (maladies chroniques, surpoids et obésité, addictions), sur l'intérêt du suivi prénatal précoce pour toutes les femmes

A réaliser à partir de l'enquête périnatale

Formation des professionnels de santé à la consultation d'annonce dans le cadre du diagnostic prénatal

NR

Bilan PSR 2

3. Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement

Actions réalisées ou en cours	Précisions
Poursuite et évaluation des actions de formation par simulation en périnatalité.	Cf. présentation Repère
Synthèse régionale annuelle des revues de morbi-mortalité en périnatalité.	
Coopération public - privé pour la mise en place d'un 2 ^{ème} site d'embolisation utérine	3 sites (CHU Sud, Nord et CSC). Fonctionnement dépendant de la disponibilité des radiologues
Formation des professionnels de la naissance à la bientraitance des femmes	Labellisation pour 4 maternités sur 7
Stratégie régionale de communication sur la périnatalité	Cf objectif OP. 2 précédent: à faire avec les résultats de l'enquête périnatalité

Bilan PRS 2

Réduire la part évitable des événements indésirables graves à l'accouchement

Actions non réalisées ou en cours	à reconduire ?
Etudes sur la mortalité infantile à la Réunion	Non fait.
Programme pluriannuel d'audits cliniques ciblés Inscription en obstétrique et néonatalogie (CPOM des établissements de santé)	?
Examens post mortem de la mère et de l'enfant	Interroge l'acceptation des familles de l'autopsie et en conséquence la manière de présenter la demande
Etude de la faisabilité d'une plate-forme commune d'exploitation et d'analyse des données en santé périnatale avec l'Ile-de-France.	Sans objet: accès par l'ARS des données SNDS = enquête périnatalité
Stratégie régionale de communication sur la périnatalité	Cf. objectifs opérationnels précédents sur la communication : à réaliser sur la base de l'enquête Périnatalité

Bilan PRS 2

4. Proposer à toutes les femmes un suivi post natal organisé

Actions réalisées ou en cours	Précisions
Expérimentation et évaluation de programmes de suivi post natal des femmes ayant eu un diabète gestationnel	
label qualité et bienveillance proposé par le CNGOF	Point avec les maternités
Actions non réalisées ou réalisées partiellement	à reconduire ?
Référentiel de suivi post natal pour toutes les femmes.	En attente de la Feuille de route nationale
Sensibilisation des femmes sur l'intérêt de leur propre suivi post natal, indépendamment du suivi de leurs enfants	Idem objectifs précédemment à réaliser sur la base des résultats de l'enquête périnatalité
Etude du parcours post natal des femmes dans chaque zone de proximité	A faire en lien avec la feuille de route nationale et le SNDS

Bilan PRS 2

5. Décliner une stratégie de vaccination adaptée aux besoins locaux (femme enceinte)

Actions non réalisées	A reconduire ?
<p>Expérimentation, par les centres de vaccination, d'offre vaccinale en maternité pour la femme et le couple (vaccination antigrippale en consultation prénatale et mise à jour des vaccinations dont la vaccination anti-coqueluche en suite de couches) mais aussi pour les personnels travaillant en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie</p>	<p>Modification du calendrier vaccinal de la femme enceinte (coqueluche). Extension des compétences des Sages-Femmes non investie. Pas d'offre vaccinale in situ, sauf si la femme ramène le vaccin.</p>