

# PRS 2023-2033 : Suivi et mise en œuvre

Comité de suivi Santé des femmes – mère  
enfant et enfant  
ARS La Réunion

**SAINT-DENIS · Jeudi 2 avril 2026**



# Déroulé

1. Rappel sur les modalités de suivi du PRS
2. Santé des femmes
3. Santé de la mère et de l'enfant
4. Santé de l'enfant

# Modalités de suivi du PRS



# PRS – Modalités de suivi

→ Un Projet Régional de Santé construit autour de 15 priorités régionales

## Modalités :

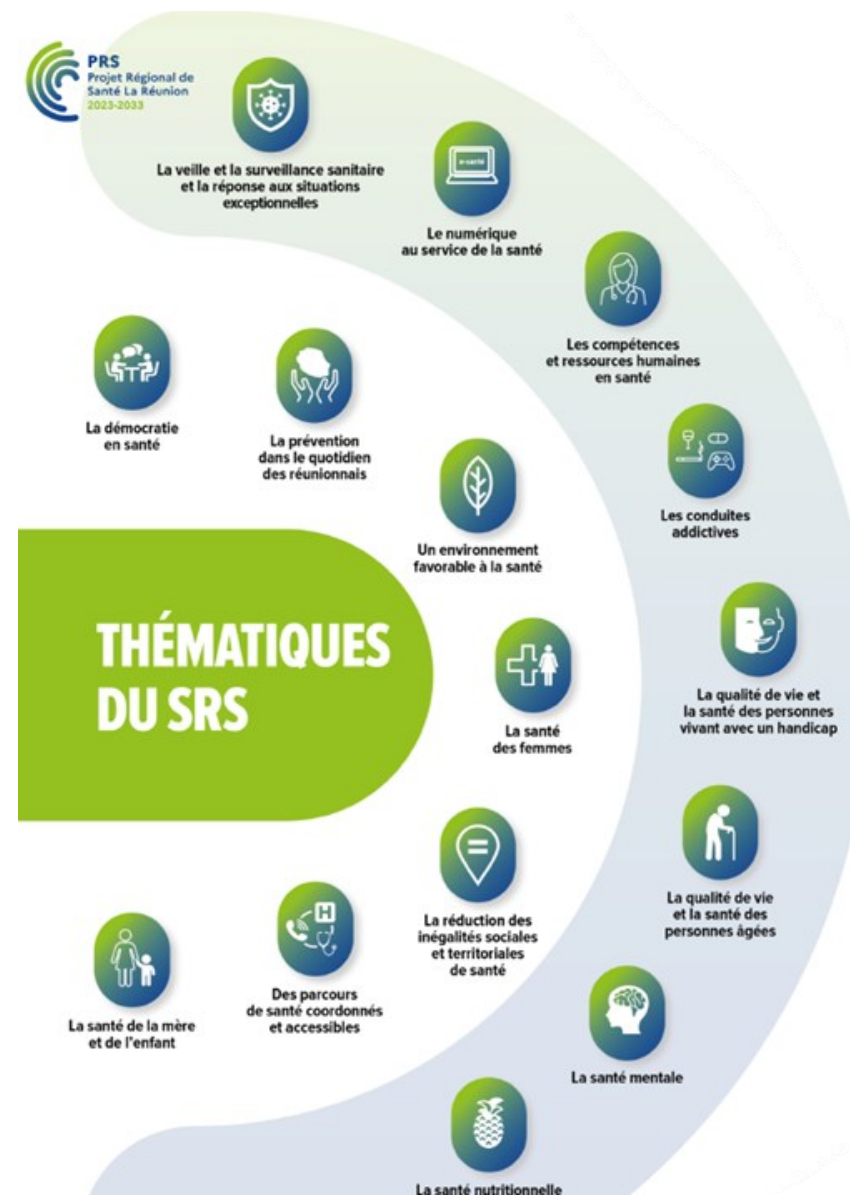
- **Des comités de suivi dédiés** pour chacune des priorités de santé du PRS La Réunion depuis 2024
- **Réunion** annuelle ou bi annuelle pour l'ensemble des thématiques. Animation par l'ARS.

## Travaux des comités de suivi :

**Priorisation des actions du PRS et échanges en séance → élaboration de la nouvelle programmation**

⇒ Feuilles de route 2026-2027 qui inscrit les engagements prioritaires de l'ARS sur la période

**Suivi des actions du PRS** : recherche des convergences entre les programmations nationales, régionales, les actions de l'ARS et celles des partenaires, partage des avancées annuelles, des actions en cours, identification des freins



# Présentation des avancées de la feuille de route 2024-2025



## Proposition de programmation 2026-2027



## Calendrier



## Fil rouge des interventions

- ⇒ 3 à 5 constats de terrain (bilan)
- ⇒ 3 à 5 leviers déjà mobilisés ou mobilisables (bilan)
- ⇒ 1 point de débat à mettre en discussion (perspectives)
- ⇒ 1 attente prioritaire, formulée de manière claire et opérationnelle, à l'égard de l'ARS ou des partenaires (perspectives)

# Santé des femmes

- Endométriose
- Ménopause
- Soins aux femmes et enfants victimes de violences

# Endométriose

Etat de mise en œuvre de la filière





# Endométriose : une filière qui a changé d'échelle

## Constats de terrain

- Le dispositif régional d'animation et de coordination de la filière est installé (EndoRéunion)
- La dynamique s'est renforcée en 2025 avec les adhésions, l'annuaire et la cartographie de l'offre.

## Leviers déjà mobilisés ou mobilisables

- Diffusion de l'annuaire et de la cartographie pour faciliter l'orientation des patientes
- Mobilisation des professionnels, notamment du 1<sup>er</sup> recours, pour participation à la filière

→ Passage du stade intermédiaire au stade avancé d'organisation de la filière selon classification nationale

→ Consolider la dynamique régionale engagée

# Endométriose

RETEX du CHOR (zone Ouest)



# PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE

COPIL PRS SANTÉ DES FEMMES – 02/04/26



**01** Situation actuelle dans l' Ouest

**02** Difficultés et attentes

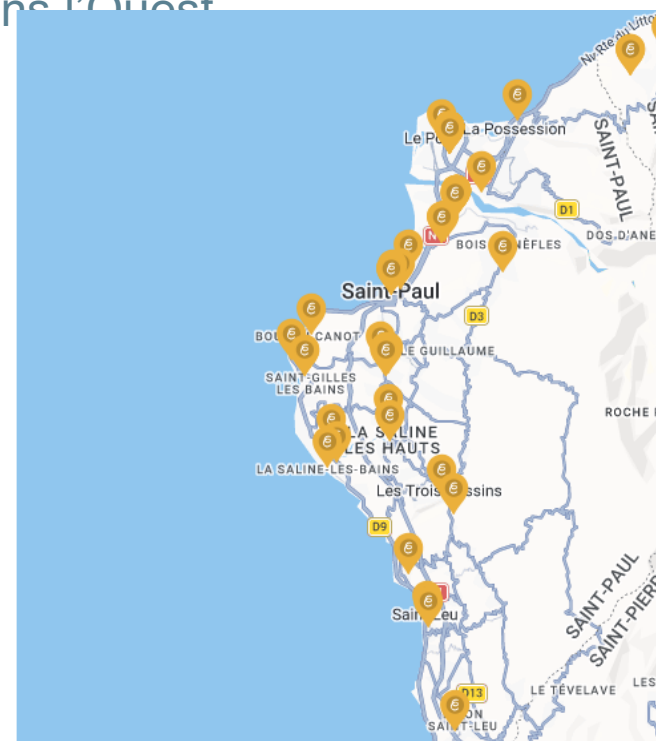


01

## SITUATION ACTUELLE DANS L'OUEST

# Etat des lieux de la prise en charge dans l'Ouest

1. Repérage précoce dans l'Ouest
  - ✓ Bon maillage (situation dans les Hauts ?)
  - ✓ Tous corps de métiers
  - ✓ Bémol accès douleur, accès IRM
2. Lisibilité du parcours pour les femmes et les professionnels dans l'Ouest
  - ✓ Site Endoréunion
  - ✓ Informations via EPU 2025



# Etat de la prise en charge de l'endométriose au CHOR

## 1. Quelques données d'activité 2025

- ✓ CHOR = niveau 2 de recours (prise en charge médicale complexe et chirurgie mono-organe)
  - Accueil et diagnostic
  - Bilan complet
  - Prise en charge médicale et para médicale, dont HDJ: premier centre à l'avoir mis en place
  - Prise en charge chirurgicale de 2ème recours
  - Cs : 250 cs dédiées par an par praticien (3 médecins)
  - HDJ 25/an
  - Chir 25/an
  - + les hospitalisations en urgence

## 2. Constats de terrain

- Bon vécu des patientes (enquête de satisfaction en cours par MEMS, enquête interne à faire)
- Difficulté à faire face aux demandes (difficulté de programmation en HDJ notamment disponibilité des places au plateau ambu), de CS douleur, d'éducation thérapeutique (réunion prévue en avril avec Dr Francès)
- Plus-value du parcours endométriose

Facilité d'adressage sur les consultations dédiées aux praticiens dédiés

Aider la patiente isolée



02

## DIFFICULTÉS ET ATTENTES

# Difficultés et attentes

---

1. Point de débat

✓ IRM spécialisée?

2. Attente(s) prioritaire(s)

- Liens avec la gouvernance : facilité de mise en œuvre des COPIL – Endoréunion
- Temps d'attente pour la prise en charge en douleur chronique (12 mois)
- Moindre accessibilité aux IRM (prescription par SF?)
- Question actuelle du financement des ETP qui seraient réservés aux ALD 30:

[Financement de l'ETP : une stratégie régionale au service des patients | Agence Régionale de Santé La Réunion](#)

# Endométriose : le débat à poser et les priorités à cibler

## Point de débat mis à discussion

Comment associer les associations agréées de patientes au pilotage du dispositif ?

## Attentes prioritaires

ARS: programmes d'éducation thérapeutique des patientes.

ES : cf. RETEX CHOR

## Objectif

Faire franchir à la filière une nouvelle étape de structuration, centrée sur les besoins des patientes.

# Échanges / questions diverses

# Ménopause

Conditions de structuration d'une réponse régionale lisible et coordonnée



# Un enjeu croissant de santé publique à structurer

## Constats de terrain

- À La Réunion, les femmes  $\geq 45$  ans représentent déjà 39,0 % de la population féminine (173 705); cette part atteindrait 45,3% en 2050;
- La ménopause reste peu visible dans les parcours de santé;
- L'offre dédiée demeure très limitée dans la région.

## Leviers mobilisables

- Faire de la ménopause une priorité régionale de prévention en santé des femmes;
- Donner de la lisibilité à l'offre émergente;
- Engager une structuration progressive d'un parcours régional spécifique à la ménopause.

# Faire de la mi-vie un temps fort de prévention

## Constats de terrain

- La (péri)ménopause est un moment clé pour repérer les risques neuro-cardiovasculaires, osseux, métaboliques et génito-urinaires;
- Le risque cardiovasculaire, principal risque pour la santé des femmes à cette période, reste encore insuffisamment intégré dans les parcours;

## Leviers déjà mobilisés ou mobilisables

- Promouvoir le bilan prévention à 45 ans comme point d'entrée dans le parcours;
- Organiser une offre dédiée de prévention personnalisée à la (péri)ménopause;
- Intégrer dans ce temps l'évaluation globale des risques et la relance des dépistages des cancers.

# Réduire le déficit d'information pour favoriser l'entrée dans le parcours « ménopause »

## Constats de terrain

- Le rapport national met en évidence un déficit persistant d'information et d'écoute des femmes;
- Les pratiques professionnelles restent hétérogènes et les réponses apportées aux femmes souvent inégales;
- La ménopause appelle une approche globale et pluridisciplinaire, et non une réponse limitée au seul champ gynécologique.

## Leviers déjà mobilisés ou mobilisables

- Diffuser une information régionale simple, fiable et non anxiogène;
- Renforcer la formation des professionnels sur le repérage et l'orientation;
- Mettre en réseau les acteurs pour rendre le parcours plus fluide.

# Débat stratégique et attente prioritaire

## Point de débat mis à discussion

La priorité doit-elle porter sur la consolidation d'offres pilotes, ou sur une structuration plus large du repérage et de l'orientation dans l'offre de soins régionale ?

## Attente prioritaire

Sous pilotage de l'ARS, mettre en place un parcours régional de prévention et d'orientation à partir de 45 ans, articulant Mon bilan prévention et une offre lisible d'évaluation pluridisciplinaire de la (péri)ménopause.

## Traduction opérationnelle

- cadrage régional ;
- critères simples de repérage ;
- lisibilité de l'offre pour les femmes et pour les professionnels ;
- définition d'un modèle médico-économique soutenable, permettant d'inciter, d'amorcer et de pérenniser l'offre.

# Échanges / questions diverses

# Soins aux femmes et enfants victimes de violences

RETEX MFME Site Ouest (CHOR)



# MAISON DES FEMMES, DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT LA KAZ' GABY

COPIL PRS SANTÉ DES FEMMES – 02/04/26



## Sommaire

---

**01** Constats de terrain

**02** Les leviers mobilisés

**03** Plus-value du dispositif

**04** Difficultés

**05** Attentes prioritaires

# Constats de terrain

---

## 1. Points positifs

- ✓ Bonne identification de la structure par le public, les professionnels de santé et autres partenaires
- ✓ Augmentation de la file active adulte et pédiatrique (bonne appropriation du dispositif)
- ✓ Liens renforcés avec les forces de l'ordre **152 réquisitions / 68 auditions filmées**
- ✓ Implication forte des acteurs de prise en charge

## 2. Points de vigilance/difficultés

- ✓ Délai de prise en charge
- ✓ Prise en charge psychologique
- ✓ Organisation des parcours avec éloignement géographique pour mise à l'abri
  - Impact social
  - Déscolarisation
  - Rupture de parcours

# Les leviers mobilisés (1)

---

## 1. Volet communication

- ✓ Campagne de communication grand public importante
- ✓ Participation aux évènements (journées de prévention en santé publique, actions à thèmes)
- ✓ Implication d'artistes locaux

## 2. Renfort RH / Organisation

- ✓ 2025 : Augmentation des temps médicaux adulte et pédiatrique / IDE Puer
- ✓ 2026 : Renfort Secrétariat et Psychologue
- ✓ Optimisation du parcours en HDJ = ↗ financement T2A
- ✓ Implication forte de l'UAPED / EPRED sur le site du CHOR (temps de présence augmenté)

### 3. Travail partenarial développé

- ✓ Conventions
- ✓ Implication des partenaires dans le parcours avec une présence confortée au sein des permanences
- ✓ Travail en collaboration avec la MFME Nord, IML et UAPED (immersion professionnelle, harmonisation de pratiques)
- ✓ Participation à plusieurs COPIL pour inscrire la MFME dans le paysage territorial (CPTS, Mairie de St-Paul, DRDFE-PND)
- ✓ Implication des forces de l'ordre

# Plus-value du dispositif

---

1. Evaluation globale médico-psycho-sociale +/- juridique en un seul temps et sur site unique
2. Prise en charge systémique
3. Implication des partenaires (associations notamment ARAJUFA, avocat, CAF, France Travail...)
4. Coordination de parcours par un personnel dédié  
=> meilleure adhésion et suivi des victimes
5. Modèle médico-économique de la tarification en HDJ

## Point de discussion

- ✓ **Reste à finaliser** la signature de la Convention de coopération pour la prise de plainte des victimes de violences conjugales, intrafamiliales, sexuelles et sexistes au sein de la Maison des femmes, de la mère et de l'enfant
  
- ✓ Violences et santé mentale : difficulté de suivi psycho-psychiatrique
  - Moyens RH à la MFME incompatibles pour les suivis longs
  - Organisation nécessaire d'un relais privilégié auprès des structures CMP, CMPEA, UPT
    - A ce jour, délais de RDV parfois trop longs et offre insuffisante
    - Renfort nécessaire des moyens ?

# Attentes prioritaires

---

1. Renforcer les actions de Prévention auprès du public jeune et des familles dans les quartiers prioritaires : sur thématiques violences, nutrition, addictions, santé mentale
2. Violences et périnatalité : inscrire les femmes dans un parcours de soins et de prévention coordonnés entre la MFME et la Maternité
3. Fluidifier les parcours de santé des enfants ayant des troubles des apprentissages, du comportement : identifier un référent support dans les structures telles que CMPEA, MDPH
4. Prévenir les conduites suicidaires : formations des professionnels de la MFME du 1er recours au repérage du risque suicidaire, au defusing et débriefing
5. Fluidifier les parcours de prise en charge en santé mentale (écourter les délais d'attente) : santé périnatale, CMP, UPT
6. Formaliser les pratiques relatives au recueil de preuves dans les services de

# Échanges / questions diverses

# Santé mère-enfant

- Dispositif prima facie
- Programme 1000 premiers jours en maternité
- Maison des 1000 premiers jours

# Dispositif Prima facie

RETEX CHOR



# DISPOSITIF PRIMA FACIE AU CHOR

COPIL PRS SANTÉ DES MÈRES – 02/04/26



## Sommaire

**01** Quelques rappels introductifs

**02** Evolution du dispositif au CHOR

**03** Parcours Prima Facie

**04** Constats de terrain

**05** Leviers mobilisés

**06** Plus-value du dispositif

**07** Focus EPP

**08** Eléments de discussion

**09** Attentes prioritaires

**10** Conclusion

## Quelques rappels introductifs

---

- **Qu'est-ce que le Prima Facie ? : “premier regard”**
  - Dispositif de repérage précoce des risques maternels et fœtaux
  - → Objectifs :
    - Prévenir les complications maternelles et fœtales
    - Détecter précocement les pathologies
    - Favoriser une grossesse harmonieuse
  - Réalisé par des professionnels formés (médecins / sage-femmes)
  - Basé sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé
  - Avec accord de la patiente
- **Risques ciblés :**
  - Vulnérabilités psycho-sociales
  - Pathologies maternelles
  - Prééclampsie
  - Anomalies chromosomiques
  - Malformations fœtales
  - Hémorragies
  - Menace d'accouchement prématuré

## Activité

- Juillet 2015 : Début d'activité de prima facie au CHGM
- 2024 : Prima facie **Inscrit au PRS** pour toute la Réunion
- Depuis juillet 2024 : Réorganisation du Prima Facie en parcours de prise en charge pluridisciplinaire HDJ pour :
  - Améliorer le dépistage des vulnérabilités psycho-sociales via l'Entretien Prénatal Précoce (EPP obligatoire)
  - Valoriser l'activité en séjour HDJ (recettes T2A)

## Couverture

- ~ 500 patientes/an
- vs ~ 1833 accouchements au CHOR

→ soit **< 30 % de couverture**

## Organisation

### 5 étapes clés :

1. IDE (constantes, BU)
2. Consultation médicale PF (sage-femme ou médecin)
3. Échographie T1  $\pm$  Doppler  $\pm$  Doppler Artères Utérines (*DAU*) (sage-femme ou médecin)
4. Biologie : Marqueurs Sériques Maternels Trimestre 1 (*MSMT1*)  $\pm$  Marqueurs Vasculaires Placentaires (*MVP*)
5. Entretien Prénatal Précoce (*EPP*) par une sage-femme
6. Courrier de synthèse sur le Dossier Médical Partagé (*DMP*)

➔ Parcours coordonné en une demi-journée

### Points positifs

- Meilleur repérage des vulnérabilités (ressenti terrain)
- Moins de patientes avec suivi insatisfaisant
- Bonne satisfaction des patientes
- Structuration du parcours
- Déploiement de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

### ⚠ Difficultés

- Couverture à améliorer (<30%)
- Adhésion variable des professionnels de ville
- Confusion entre :
  - Echo T1 seule
  - Parcours HDJ Prima Facie
- Difficultés organisationnelles :
  - Datation tardive
  - Accès à l'échographie de datation
  - Fluidité du parcours parfois insatisfaisante (temps d'attente entre les RDV)
- Manque de coordination ville-hôpital dans les orientations si DAU pathologiques pour la prescription des MVP (facteur biologique prédictif de prééclampsie)
- Redondance de l'EPP entre ville-hôpital

## Gestion de projet

- Groupe de travail structurant interprofessionnels/interservices
- Organisation en HDJ avec des moyens RH mobilisés par le CHOR :
  - Temps médical
  - Temps infirmier
  - Temps de secrétaire médicale
- Formation des secrétariats concernés + plateforme téléphonique de prise de RDV
- Planification de créneaux de RDV dédiés
- Courrier de liaison systématisé avec secrétariat dédié
- Communication interne + 1 réunion ville-hôpital

## Apports majeurs

### 1. Repérage précoce

Détection anticipée des vulnérabilités

### 2. Coordination

Parcours structuré ville-hôpital

### 3. Lisibilité

Parcours identifié pour patientes et professionnels

### 4. Sécurité

Standardisation des pratiques

### 5. Médico-économique

Prévention des complications

### 6. Pérennité

Intégration dans l'offre existante

## Entretien Prénatal Précoce : Focus EPP

- Moment clé des “1000 premiers jours”
- Obligatoire depuis 2020
- Pris en charge à 100 %

### Intérêt :

- Repérage psycho-social
- Projet de naissance
- Orientation adaptée

➔ **Pivot du dispositif Prima Facie**

## Éléments de discussion

---

### Comment améliorer l'articulation avec la médecine de ville ?

Axes possibles :

- Communication du dispositif
- Formation des professionnels :
  - Échographie de datation
  - DAU au T1 par les échographistes de ville
  - Prescription MVP (non remboursé en externe)
- Clarification des parcours

### Pour aller plus loin...

- Continuité avec HDJ Ultima Facie (débuté juillet 2025) : évaluation pluridisciplinaire des grossesses pathologiques à 35-36 SA
- Continuité avec HDJ Post-partum (débuté janvier 2026) : situations à risques (maladies cardiovasculaires, situations de vulnérabilité psychique...)

## Attentes vis-à-vis de l'ARS / PRS

→ Renforcer la lisibilité et la coordination ville-hôpital

### Concrètement :

- Déployer une stratégie territoriale de communication
- Structurer la filière :
  - Prescription Marqueurs vasculaires placentaires (MVP) en ville / Quid du remboursement ?
  - Orientation vers Prima Facie
- Besoin de temps pour la coordination médicale / communication ville-hôpital

➔ Objectif : augmenter la cible et l'impact populationnel

## Conclusion

---

- Dispositif structurant et pertinent
- Impact positif déjà visible
- Freins identifiés

➔ **Enjeu : Meilleure couverture de nos patientes**

# Échanges / questions diverses

# Programme 1000 premiers jours en maternité

Un programme soutenu par l'ARS, dont le déploiement dans les 7 maternités doit être rendable, lisible et objectivable

# Programme des 1000 premiers jours en maternité

RETEX Clinique Durieux

# ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DURIEUX

Comité de suivi PRS du 01/04/26 - 1000 premiers jours



CLINIQUE DURIEUX



# Maternité

Comité de suivi PRS du 01/04/26 -  
1000 premiers jours



# ALIGNEMENT PRS ET APPROCHE "ONE HEALTH"

- Déploiement des 5 axes PRS
- Intégration de la santé environnementale et de l'ensemble des déterminants de santé dans le parcours de soin :
  - Dépistage systématique des vulnérabilités
  - Staff médico-psycho-social hebdomadaire
  - Présence d'une psychologue
- Coordination territoriale
  - Lien PMI, CRIP, CHU, PASS Périnat, CMPEA
  - Participation aux actions du réseau REPERE
  - Travaux avec la CPTS Australe et les acteurs libéraux
  - Autres associations



# ACTIONS DÉPLOYÉES PAR AXE PRS



## Axe 1 : Environnement

- Perturbateurs endocriniens :
  - 2 Sages femmes formées
  - 1 atelier Nesting/mois (**13 ateliers** en 2025)
- Tabac :
  - Dépistage 8e mois,
  - 3 Sages Femmes formées (consultations possibles)

## Axe 2 : Alcool

- Dépistage systématique lors des consultations
- Supports de communication vidéo
- Partenariat avec SAF France

Une journée dédiée à la prévention en 2025

## Axe 3 : Allaitement

- 1 Consultante en lactation labélisée IBCLC,
- Consultation 1j/sem, (**156** consultations dédiées)
- 1 atelier collectif par mois (**7 ateliers en 2025**)

**Axe 4 :** Prévention systématique de la **position du coucher** par pédiatre + supports adapté

## Axe 5 : Nutrition

- Diététicienne + ateliers mensuels (alimentation et grossesse, diversification alimentaire du nourrisson).
- Projet partenariat association REUNIR



## Constats de terrain

- Faible adhésion du public vulnérable aux ateliers
- Le Turn-over RH impacte la continuité des actions
- Nécessité de nombreuses actions de formation.
- Une coordination ville-hôpital perfectible



# ENJEUX ET PERSPECTIVES

## Enjeux internes :

- Pérennisation et déploiement des actions de prévention
- Accompagnement des professionnels en formation (parentalité, périnatalité, prévention...)
- Stabilisation RH
- Communication

## Forces et leviers internes :

- Une équipe dynamique et impliquée
- Un service parcours patient travaillant la coordination interne et externe

## Opportunité (externe)

- Partenariat avec les structures "périnat et parentalité" (PMI, CHU, CMP, CMPEA, PASS, ASE, CAMSP...)
- Réseau REPERE (Participation au GT sur un protocole régional concernant les vulnérabilités)
- CPTS Australe (thématique "TND")
- Autres associations et partenaires (ETP, Prévention, APA, SAF...)

## Difficultés actuelles :

- Baisse natalité
- Tension démographie médicale



MERCI !



# Débat stratégique et attente prioritaire

## Point de débat mis en discussion

La priorité doit-elle porter sur un déploiement homogène dans les 7 maternités, ou sur une mise en œuvre plus graduée selon les réalités de chaque établissement ?

## Attente prioritaire

Sécuriser un cadre régional de déploiement du programme des 1000 premiers jours dans les 7 maternités.

## Traduction opérationnelle

- cahier des charges régional ;
- référent identifié dans chaque maternité ;
- articulation explicite avec la PMI, la ville, les Maisons des 1000 premiers jours labellisées par l'ARS/Caf/DEETS
- **RA standardisé** pour suivre le déploiement, les actions réalisées et les écarts éventuels, condition à la reconduction des crédits.

# Cadrage opérationnel

## Cahier des charges



## RA standardisé

**actions réalisées ;**  
**couverture du programme ;**  
**professionnels mobilisés ;**  
**articulation partenariale ;**  
**écarts éventuels ;**  
**utilisation des crédits.**

# Échanges / questions diverses



# 1<sup>ère</sup> Maison des 1000 premiers jours retenue par l'ARS/Caf/DEETS

Clinique des Orchidées

# LA KAZ' 1000 JOURS



*Le 02 avril 2026*

# Sommaire

- 1) L'implantation
- 2) Les besoins et constats territoriaux
- 3) Les grands principes
- 4) Les conditions de réussite/de pérennité
- 5) Point de débat
- 6) Attente prioritaire



# Préambule

- Engagement en faveur d'une **Politique éco-responsable** : locaux, achats, produit de consommation (couches lavables en maternité...), ateliers gratuits
- **Label Nesting et Santé Environnementale** : lauréat de l'appel à projet 1000 premiers jours de l'enfant en 2021
- **Instruction interministérielle** n° SGMCAS/2023/110 du 18 juillet 2023 relative à la politique des 1000 premiers jours de l'enfant

---

Etablissement **certifié** "Qualité des Soins confirmée" par la HAS en 2025

**Labellisation Maternys - CNGOF** (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) → Réponse aux attentes des femmes enceintes et amélioration continue de la qualité des soins, la sécurité et la bientraitance des femmes et des couples accompagnés

# Besoins & constats territoriaux

- **CONSTATS :**

- Plus d'1/3 de la population vit sous le seuil de la pauvreté à La Réunion - 3ème département le plus pauvre de la France : La ville Le Port fait partie des villes les plus impactées
- Participation à la politique de lutte contre les inégalités sociales : PASS Permanences d'Accès aux Soins de Santé en périnatalité depuis 2010
- Des enjeux de santé ciblés comme la prévention de la dépression périnatale et des violences intrafamiliales

## **BESOINS/OBJECTIFS :**

- Offrir un lieu ressource intégré pour la parentalité et la prévention santé
- Aller-vers les familles isolées via des partenariats ancrés localement
- Apporter un soutien aux parents les plus exposés à la précarité, à l'éloignement des services publics et à l'isolement.
- Prévenir les violences intrafamiliales

## **PUBLICS CIBLES :**

- Tout parent en situation de vulnérabilité et son enfant de - de 3 ans

### 3) Les grands principes du projet

- La **Kaz'1000 jours** sera annexée au service **Maternité** de niveau 2A de la Clinique Les Orchidées - Ouverture prévue mi-2026
- **Gouvernance quadripartite :**
  - **ARS La Réunion** (Agence Régionale de Santé)
  - **Clinique Les Orchidées**
  - **CAF** (Caisse d'Allocations Familiales)
  - **DEETS** (Direction de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des S
- **Réseau Partenarial renforcé :**
  - Le Département (PMI)
  - Le LAEP Kaz Timoun et la MEP (Mairie Le Port)
  - Coordonnateurs Locaux de Santé
  - CCAS
  - Classes passerelles,
  - Médiateurs de quartier,
  - Associations culturelles ou sportives...

## LA KAZ 1000 JOURS

REPOSE SUR UN DIALOGUE DE GESTION  
QUADRIPARTITE ENTRE



UN ENGAGEMENT COMMUN  
POUR LA PETITE ENFANCE

### 3) Les grands principes du projet

- La Kaz' 1000 jours Les Orchidées, lieu de ressources :
  - Favorisant les rencontres pour les parents et les professionnels impliqués.
  - Contribuant à harmoniser la prévention santé, social et solidarité,
  - Garantissant aux usagers la confidentialité
- Engagement des Principes de la Charte de l'accompagnement à la parentalité et de la Charte de la laïcité de la branche famille :
  - Faciliter l'accès à l'information des familles ;
  - Proposer un accueil inconditionnel ;
  - Appuyer les collectifs de parents.

### 3) Les grands principes du projet

- Plusieurs formats gratuits pré ou post-partum :
  - Consultations ou entretiens individuels personnalisés et pluridisciplinaires (*Entretien prénatal précoce, repérage des VIF et accompagnement des familles, etc.*)
  - Ateliers de groupe (*massage bébé, allaitement, diététique, temps écran, activité physique, sommeil, santé environnementale, ...*) encadrés par sage-femme, puéricultrice, micronutritionniste, addictologue, ostéopathe, assistante sociale...
  - Temps d'accueil usagers sur un lieu pensé pour accueillir les familles

## 4) Les conditions de réussite

- Programme des ateliers diversifié et enrichi, pluri-professionnel par la consolidation du partenariat avec la CAF et la PMI
- Identification et adhésion des acteurs et partenaires impliqués
- Communication élargie au territoire
- Suivi des indicateurs (taux d'usagers accompagnés, taux de participation aux ateliers, satisfaction...)
- **Financement pérenne : Un modèle dépendant des subventions (FIR, CAF) pour garantir la gratuité totale aux usagers.**

## 5) Point de débat

- Aller-vers : un déploiement hors les murs via des partenariats locaux pour rejoindre les familles les plus isolées.

## 6) Attente prioritaire

- La coordination opérationnelle : Stabiliser le temps de coordination et finaliser le maillage avec les partenaires de terrain (PMI et réseaux associatifs) pour lancer les premiers ateliers dès le début de la mise en œuvre.

# Échanges / questions diverses

# Santé de l'enfant

- Parcours des enfants vulnérables
- Parcours des enfants protégés



# Parcours des enfants vulnérables

Mise en œuvre du PRS dans la zone Sud



# Parcours des enfants vulnérables

02/04/2026

Dr Sandrine Quiviger

# L'enfant vulnérable

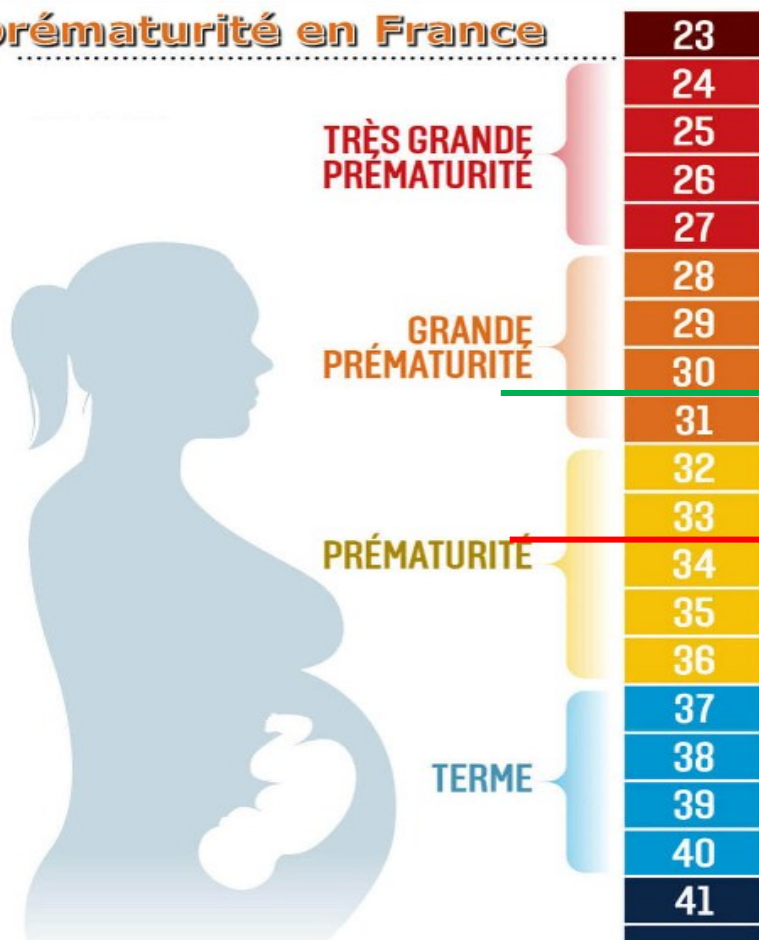
- Le grand prématuré
- Poids de naissance < 1500g
- A risque de handicap

# La prématurité à la Réunion

- 8,7% (7,1% en métropole)
- Prématurité induite, médicalement consentie plus élevée (50%)
- Déterminants de la grande prématurité (<33SA)
  - Pathologie vasculo-placentaire maternelle (PEC)
  - 1<sup>er</sup> enfant
  - Âge maternel < 18 ans
  - IMC < 18,5
  - Faible prise pondérale pendant la grossesse
  - Tabagisme
  - Faible suivi prénatal
  - Antécédents de prématurité ou d'une autre issue pathologique de la grossesse (RCIU, FCS, mort fœtale...)

# Le prématuré

## prématurité en France



Suivi CHU (+99 en 2025)

Suivi CHU + CAMSP (+ 40 en 2025)

Toujours en collaboration avec pédiatre / médecin traitant

Nombre de prématurés suivis au CHU, né au CHU Sud en 2025

24/25 SA : 5

26/27 SA : 11

28 à 30 (+6) SA : 24

31 à 33 (+6) SA : 59

# Le suivi

ORGANISATION LOCALE

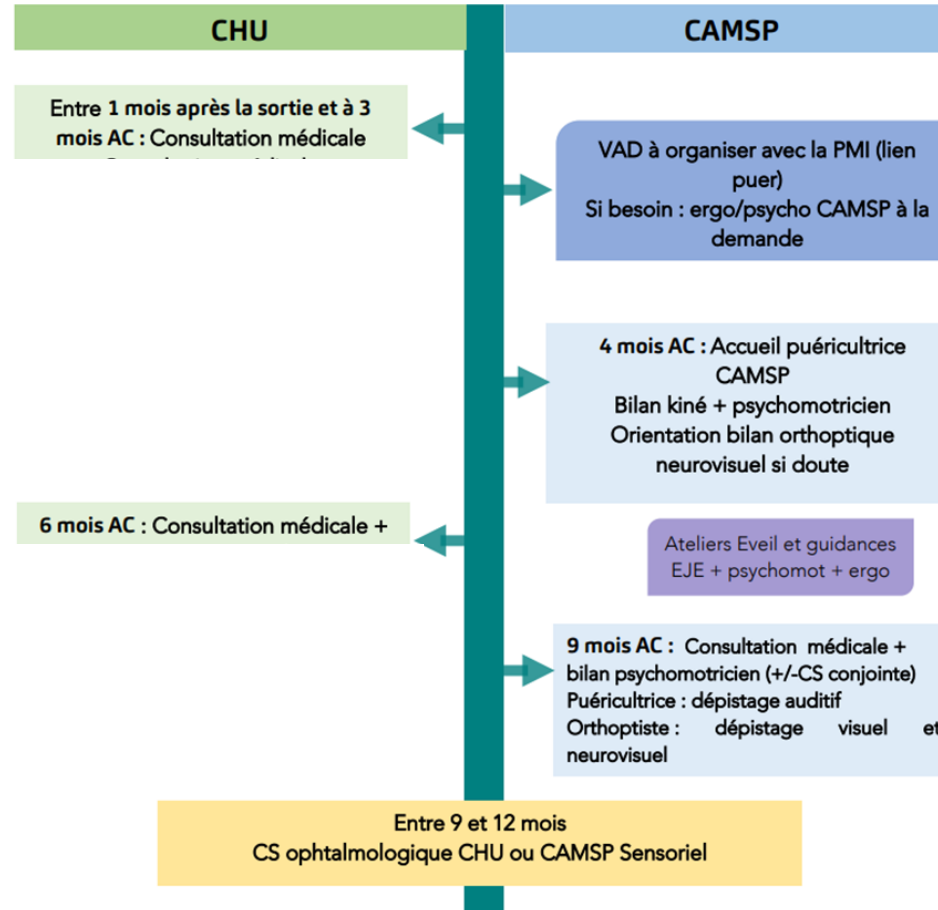
Quel  
terme ?

Quelle  
adresse ?

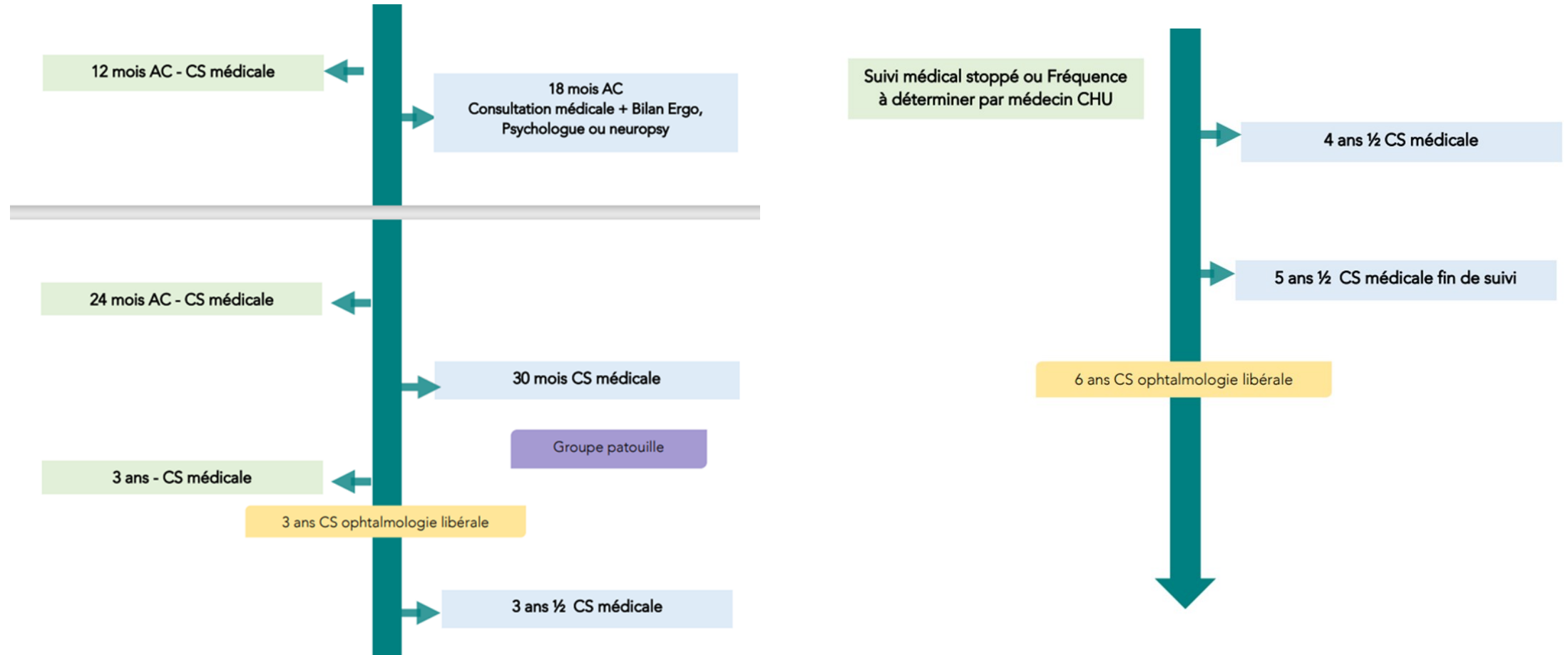
# Prématuré < 31SA avec CAMSP de St Louis

2 demi journées/sem    3 médecins

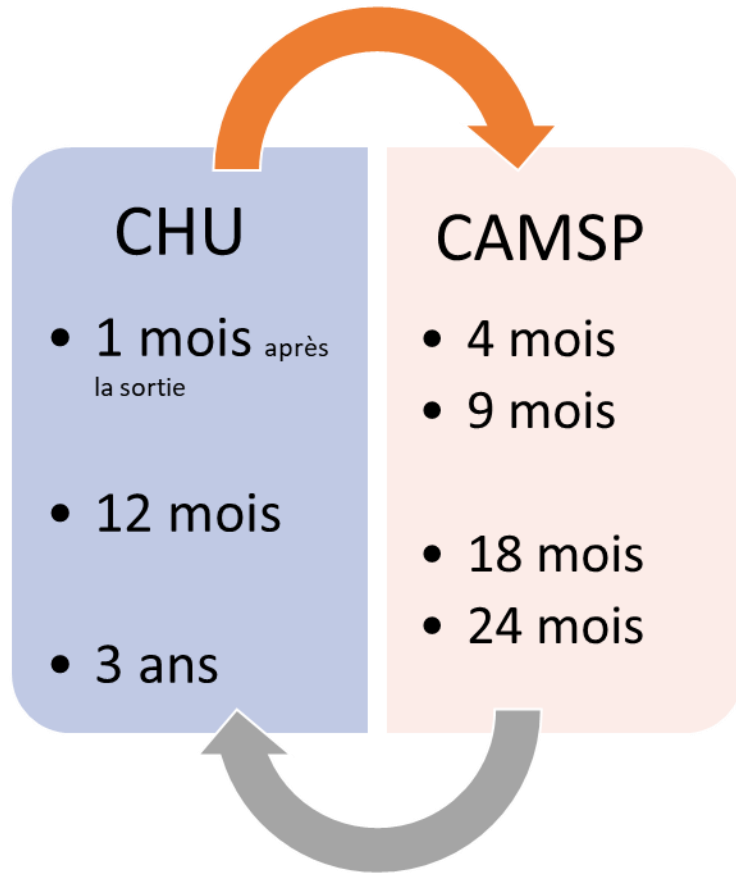
Liens avec le CAMSP  
avant sortie  
Présentation du  
parcours par IDE du  
CAMSP  
Bilan psychomoteur



# Prématurité < 31SA avec CAMSP de St Louis



# Prématurité < 30SA avec CAMSP de la Possession (1 médecin)



- Organisation encore différente avec le CAMSP de l'Est (1 médecin)
- CAMSP du Nord ?

# Coordination avec les différents intervenants du CHU

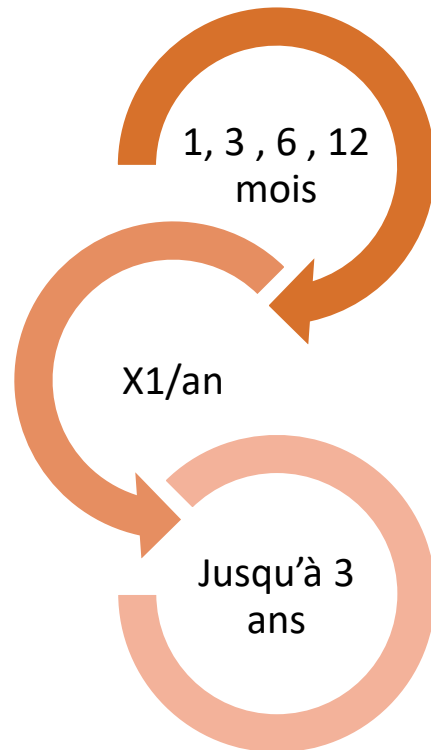
- Echographie de hanches
- IRM cérébrale à terme
- Bilan sanguin post-transfusionnel
- Injection Beyfortus, vaccination anti-grippale
- Consultation d'allaitement
- Suivi par cardiopédiatre
- Suivi par pneumopédiatre si asthme
- Suivi chirurgical si hernie
- Suivi néphropédiatre si IRA avec échographie rénale
- Suivi rééducateur fonctionnel si paralysie cérébrale
- Suivi neuropédiatre si convulsion
- Suivi neurochirurgical si DVP
- Suivi UTNC, gastropédiatre si mauvaise prise de poids, constipation
- Suivi endocrinopédiatre si retard de croissance
- Suivi génétique si orientation clinique
- Suivi hémato si G6PD

# Le prématuré entre 31 et 33 SA +6j

## Suivi CHU

Pas de bilan paramédical systématique, prescription en fonction des difficultés de l'enfant, orientation CAMSP + PCO

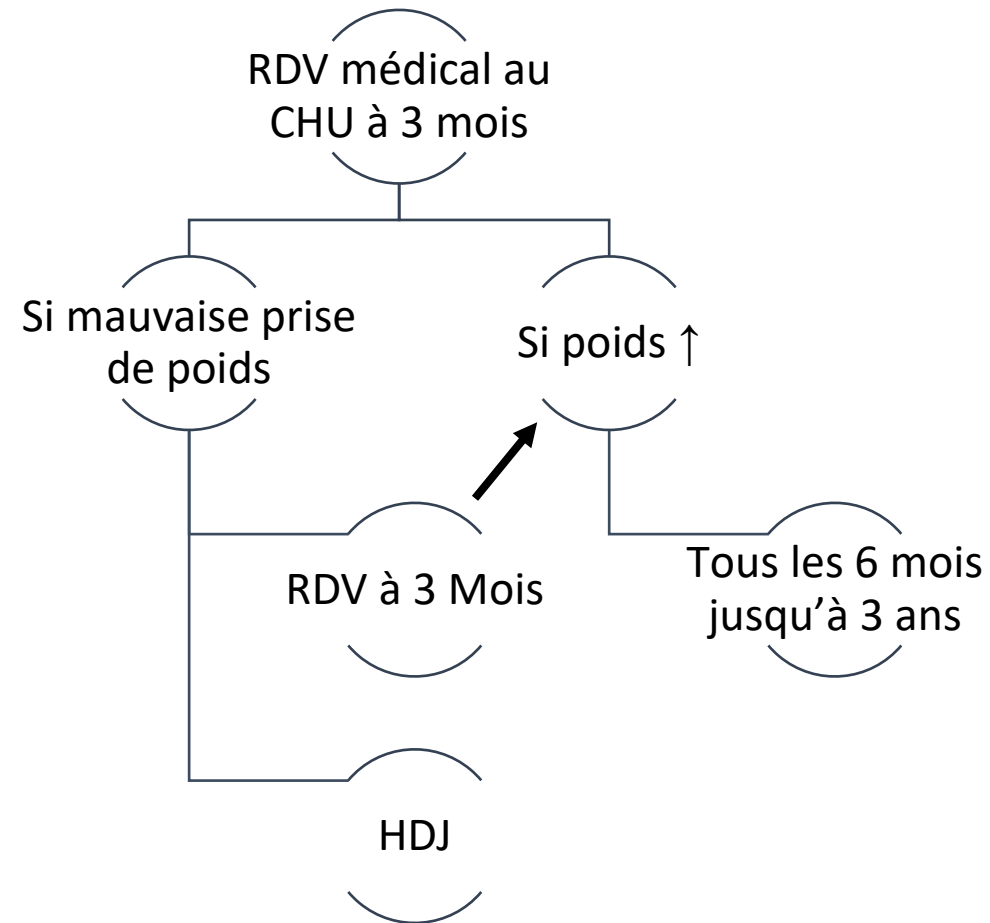
### 31 à 32+6



### 33 à 33+6

- 1 mois après la sortie
- Poursuite au cas par cas en fonction des ATCD, du développement et du pédiatre traitant

# RCIU avec PN < 1500g nés à terme ou proche du terme 34 à 36SA



Idéalement tous les RCIU sévères < 3èp jusqu'à terme

# Enfant à risque de handicap

- Bilan étiologique réalisé pendant l'hospitalisation
- Compte rendu adressé au CAMSP
- RDV médical au CHU à 3 mois
- Patient adressé au spécialiste du CHU concerné

# Les projets

- Augmenter le nombre de consultations médicales au CHU à ½ journée hebdomadaire par néonatalogue impliqué
- Bilans paramédicaux systématiques de suivi au CHU
  - Orthophonie pour tous à 6 mois
  - Kinésithérapie/Psychomotricité après 31SA
- HDJ
- Secrétaire dédiée (programmation, comptes-rendus, recherche et rappel des perdus de vue...)
- Suivi après 33/34SA et RCIU > 1500g à développer en libéral : CPTS, PCO, en coordination avec le réseau de pédiatres libéraux

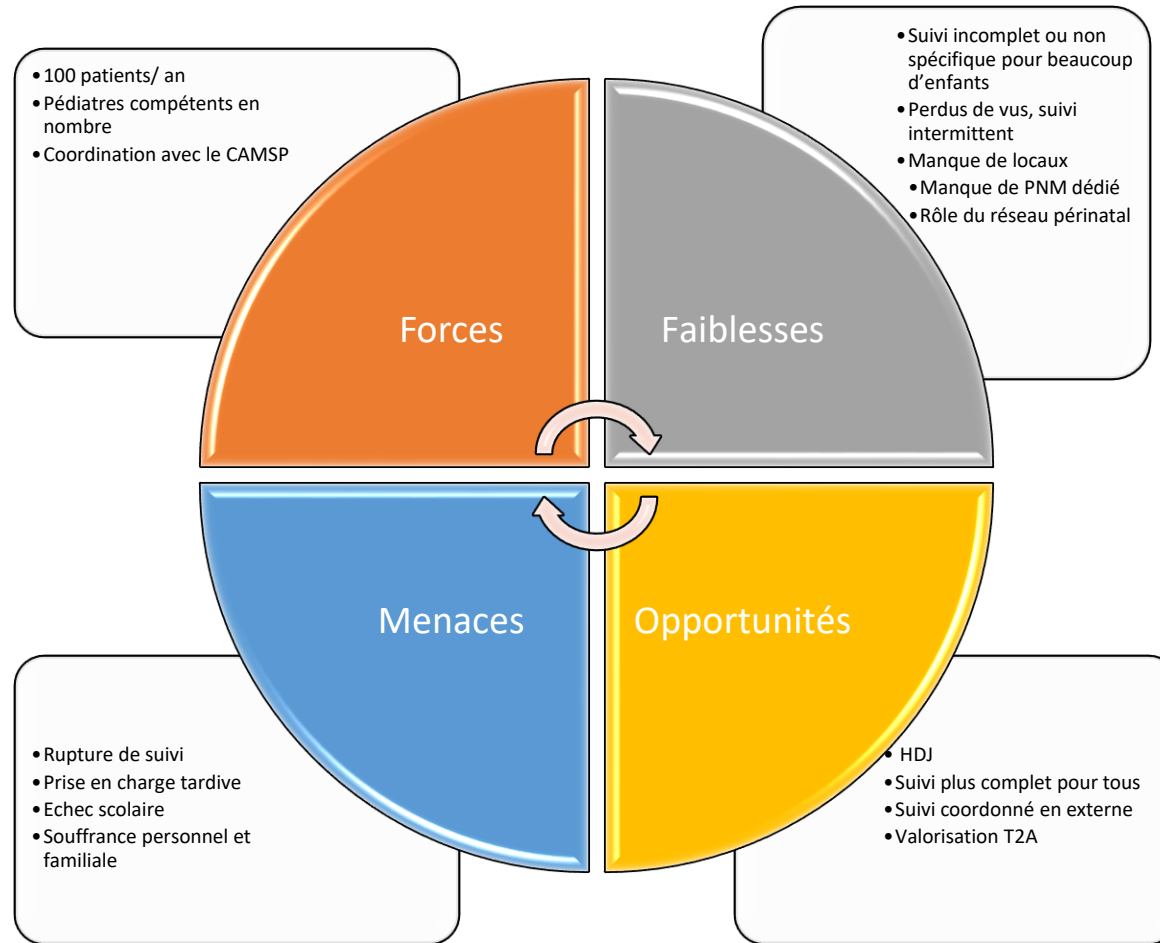
# Les contraintes

- Disponibilité et nombre de salle insuffisants aux consultations externes pédiatriques (6 salles pour l'ensemble des pédiatres et chirurgiens du PFME)
- Manque de matériel spécifique pour les examens
- Financements des bilans paramédicaux : intervenants libéraux ? Accord avec le CAMSP ?
- Secrétariat pour l'ensemble du service 1,8 ETP
- Suivi différent selon les CAMSP, réintégration des perdus de vue au CAMSP
- Délai d'accès à la PCO (18 mois)
- CPTS : 1 groupe de travail en octobre 2024
- Réunion en attente avec la direction du CHU

# L'Hôpital de jour pédiatrique

- Capacité d'accueil limitée à 8 à 9 patients/j maximum toutes spécialités confondues
- 2,5 IDE en charge de la programmation et des soins
- Pas de médecin dédié
- Déjà surchargé
- Impossibilité de prise de charge de 300 patients supplémentaires

# Le suivi au CHU Sud et ses ambitions



Merci de votre attention

# Échanges / questions diverses



# Parcours de soins des enfants protégés

Quels constats et quelles réponses collectives à La Réunion ?

# Enfants protégés : caractéristiques sociales et de parcours

## **1. Une population majoritairement composée d'enfants déjà grands**

20 % des 3700 enfants confiés sont âgés de moins de 6 ans et près de 30 % sont âgés de 6 à 10 ans.

## **2. Des parcours de placement longs**

Ancienneté moyenne de 6 ans

## **3. Une forte instabilité des lieux de vie**

Plus d'un quart des enfants ont connu au moins 7 lieux d'accueil différents

## **4. Une prise en charge très majoritairement familiale**

62 % des enfants sont accueillis chez des assistants familiaux et 20 % sont accueillis par des tiers dans l'entourage familial.

## **5. Des trajectoires marquées par la rupture et la multiplicité des intervenants**

Mobilité, changements de référents, articulation incomplète entre acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

# Enfants protégés : 3 réalités dans l'accès aux soins

## 1. Des enfants “invisibles”

- **1 enfant sur 3 n'a aucune donnée de santé.**
- Sans information, impossible de repérer, prioriser ou organiser les soins.

## 2. Des enfants déjà repérés par le système

- **27 %** disposent d'un **certificat médical récent**.
- Parmi eux, certains présentent des éléments en faveur d'une **double vulnérabilité** (ASE + handicap / TND / psychiatrie) et/ou de **comportements-défis**.

## 3. Des enfants “silencieux”

- Entre ces deux groupes, **zone grise** d'enfants peu ou mal documentés sur le plan sanitaire.
- Leurs besoins existent pourtant déjà : vue, dents, sommeil, troubles chroniques, antécédents périnataux mal tracés.
- Ils risquent d'être repérés tardivement, à l'occasion d'une aggravation ou d'une crise.

# Enfants protégés : 4 leviers d'action

## **1. Connaître l'état de santé des "invisibles" et des "silencieux"**

Repérage systématique à l'entrée et en routine : bilan somatique, développemental et psychique, droits ouverts, médecin traitant, examens de base.

## **2. Repérer et suivre une file active d'enfants à double vulnérabilité**

Identifier les enfants à l'interface **ASE-handicap-psychiatrie**, avec coordination dédiée et suivi transversal.

## **3. Construire une réponse graduée aux comportements-défis**

Bilan somatique et psychiatrique, analyse fonctionnelle, appui aux lieux d'accueil, prévention des ruptures et des réponses inadaptées.

## **4. Structurer des dispositifs hybrides et stables**

Articuler durablement accompagnement éducatif, soins, médico-social et santé mentale, dans un cadre lisible et coopératif.

# Asterya : une inspiration pour La Réunion ?

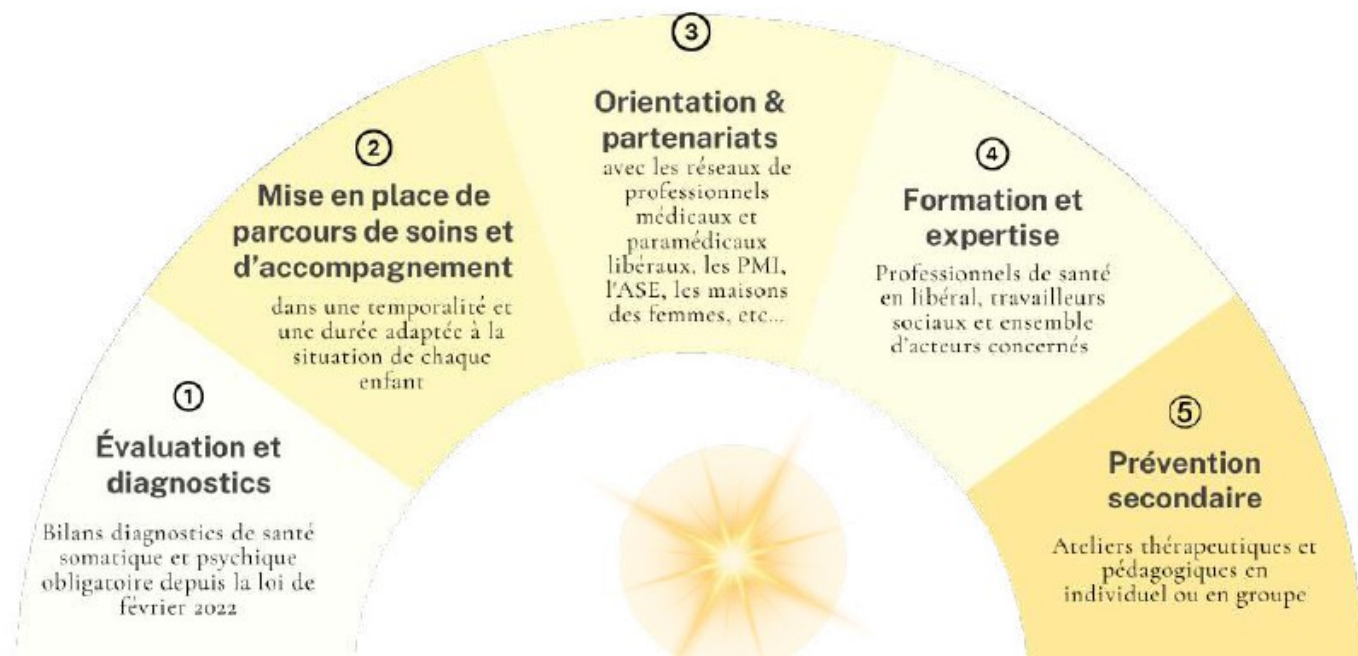
- 
- **Asterya = un centre parisien d'appui à l'enfance** : diagnostic, parcours de soins, orientation, expertise, prévention pour 800 enfants par an, en HDJ ;
  - **Le besoin existe à La Réunion** : invisibles, silencieux, double vulnérabilité, comportements-défis.
  - **Asterya n'est pas seulement un lieu ; c'est d'abord une fonction d'appui** (évaluer, repérer, coordonner, appuyer les lieux d'accueil, orienter vers les bons recours). **La question n'est pas de copier le bâtiment, mais d'organiser la fonction. Comment ?**
  - **Question** : faut-il une **structure dédiée**, une **équipe ressource territoriale**, ou une **filière organisée** autour de ces fonctions ?

## Constat



## Solution

Création du premier centre d'appui en France : ASTERYA



Lien vers l'audition de la Professeure Céline Greco par la commission d'enquête sur les manquements des politiques de protection de l'enfance.  
<https://www.youtube.com/watch?v=CbXMTz9qmXQ>

# AMI pour une offre d'évaluation et de prise en soins dédiée aux enfants protégés ?

---

## Objectif

- Faire émerger à La Réunion une **offre dédiée, lisible et opérationnelle**, capable d'accueillir rapidement les enfants protégés, de réaliser les bilans nécessaires et d'engager les prises en soins.

## Éléments clés du cahier des charges

- **Des effecteurs identifiés** pour examiner rapidement les enfants, réaliser les bilans et engager les soins
- **Une réponse globale** sur les volets somatique, développemental et psychique, avec orientation vers le recours spécialisé si nécessaire
- **Un accès effectif** pour les enfants "invisibles", "silencieux", à double vulnérabilité et/ou avec comportements-défis
- **Une organisation stable** combinant consultations dédiées, HDJ, appui aux lieux d'accueil et recours spécialisés
- **Un modèle réunionnais inspiré d'Asterya sur la fonction** : évaluer, diagnostiquer, engager un parcours, sans se limiter à une logique de coordination

# Échanges / questions diverses

# Merci de votre attention

Pour toute question :  
[ars-reunion-prs@ars.sante.fr](mailto:ars-reunion-prs@ars.sante.fr)

