

# 2012 - 2016

Projet de Santé Réunion - Mayotte

# Schéma Régional d'Organisation des Soins



Document soumis à consultation le 26 décembre 2011



# SOMMAIRE DU SROS

## INTRODUCTION

## LA REUNION

### L'offre de soins ambulatoire

- Soins de premier recours
- Biologie médicale

### L'offre de soins hospitalière

- Activités de soins
- Equipements matériels lourds
- Autres activités
- Eléments transversaux
- Missions de service public

## MAYOTTE

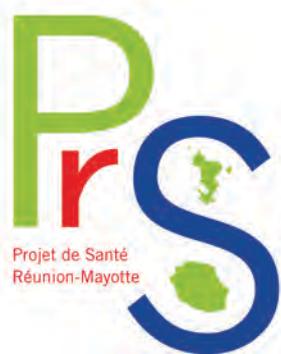
### L'offre de soins ambulatoire

- Soins de premier recours
- Biologie médicale

### L'offre de soins hospitalière

- Activités de soins
- Equipements matériels lourds
- Autres activités
- Eléments transversaux
- Missions de service public

# INTRODUCTION



Outil opérationnel du Projet Régional de Santé (PRS), le SROS-PRS a pour objet de :

- Définir des priorités régionales d'actions qui orientent l'évolution de l'offre de soins ;
- Articuler les soins de premier recours, les établissements de santé et l'offre médico-sociale ;
- Encourager une démarche d'efficacité, dans un contexte socio-économique contraint.

Il s'inscrit dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

## 1 Trois principes d'organisation des soins

### — 1<sup>er</sup> principe : le territoire de santé

Le territoire de santé est le lieu de réponse aux besoins de proximité où s'organisent les principales filières de prises en charge et la permanence des soins.

Quatre territoires de santé ont été définis par arrêté du 26 novembre 2010 : trois territoires de santé à La Réunion et un territoire de santé à Mayotte.

### — 2<sup>ème</sup> principe : la gradation des soins en trois niveaux

#### — Soins de premier recours

Le premier recours, tel que consacré par la loi HPST, a trois fonctions :

- porte d'entrée dans le système de santé : diagnostic, orientation, traitement ;
- suivi des patients et coordination des parcours ;
- relais des politiques de santé publique : prévention, dépistage et éducation à la santé.

Les soins de premier recours concernent les soins ambulatoires directement accessibles aux patients. Deux notions fondamentales y sont rattachées : la proximité et l'accessibilité géographique.

#### — Soins de deuxième recours

Les soins de deuxième recours concernent la médecine ambulatoire spécialisée et les établissements de santé publics et privés assurant en particulier les prises en charge suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et hospitalisation à domicile.

Pour les situations les plus complexes requérant une approche pluridisciplinaire ou pour solliciter une expertise, les professionnels du deuxième recours s'adressent aux structures de soins de troisième recours.

#### — Soins de troisième recours

Il s'agit des activités les plus spécialisées. En relation le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de La Réunion, ce niveau doit se structurer autour de la fonction universitaire, organiser l'enseignement, favoriser la recherche et diffuser l'innovation médicale.

## — 3<sup>ème</sup> principe : la coopération et la coordination des acteurs de santé

Une approche plurielle coordonnée par le médecin traitant est nécessaire à une prise en charge optimale des patients, plus particulièrement dans le cadre des maladies chroniques, de la périnatalité ou du suivi des cancers. Les organisations en santé doivent faciliter la fluidité des parcours de santé des patients afin de rendre la réponse du système de santé plus performante et répondre ainsi aux attentes des patients.

Cette évolution du système de santé passe par une structuration des liens ville-hôpital-secteur médico-social, par le développement de filières de soins et de filières de prise en charge populationnelle et par une articulation avec la prévention.

## 2

## Enjeux du SROS-PRS

### — La réponse à l'évolution de la demande de soins

Le Plan stratégique de Santé a montré l'importance à La Réunion et à Mayotte, de la prévalence de certaines maladies chroniques comme l'obésité, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires.

Le schéma régional d'organisation des soins doit répondre à l'évolution des besoins de la population.

Du point de vue des soins hospitaliers, l'état des lieux a montré un dispositif de soins équilibré sur les trois territoires de santé de La Réunion dans l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales. Par contre, à Mayotte, l'offre de soins devra s'enrichir en particulier, en soins de suite et de réadaptation, en psychiatrie et en hospitalisation à domicile afin d'éviter le recours à des évacuations sanitaires sur La Réunion, source de difficultés pour le patient et de dépenses de soins supplémentaires.

Du point de vue des soins de premier recours, des zones fragiles en terme de démographie des professionnels de santé ont été mises en évidence. Les dispositifs prévus par la loi HPST pour attirer et fidéliser des professionnels de santé libéraux devront être promus.

Dans ce cadre, de nouveaux modes d'exercice des professionnels de santé devront être expérimentés, en particulier pour optimiser le temps médical et favoriser les prises en charge pluri-professionnelles. Des maisons de santé, pôles de santé et centres de santé pourront être installés pour diversifier le paysage de l'offre de soins ambulatoire.

À Mayotte, les centres de référence et les dispensaires du Centre Hospitalier de Mayotte sont aujourd'hui le cœur des soins de premiers recours. Associés avec la médecine libérale, peu développée encore, ils consolident l'offre de premier recours sur ce territoire de santé. Une réflexion devra être conduite à très court terme afin de déterminer leur positionnement optimal.

### — La dynamique inter-îles

Pour la région Océan Indien, le dispositif de santé est réparti sur des territoires séparés de plus de 2000 kms.

Le territoire de santé de Mayotte présente une fragilité en terme d'organisation des soins sur l'ensemble des niveaux de gradation des soins.

Au-delà du renforcement ciblé de l'offre de soins à Mayotte, cet exercice du SROS-PRS devra s'attacher à mieux intégrer les problématiques de santé des populations de Mayotte dans les modes d'organisation et les filières par les établissements de santé de La Réunion.

Le CHRU de La Réunion et les établissements de santé porteurs d'activités de troisième recours devront tout particulièrement se mobiliser sur cette mission qui constituera un objectif contractuel.

## — La performance de l'organisation de l'offre de soins

L'amélioration de l'efficacité des organisations en santé passe par la structuration des parcours des patients au sein de filières de prise en charge.

Les filières doivent intégrer la dimension des trois niveaux de recours et être garantes d'une plus grande communication entre les professionnels de santé et une meilleure prise en compte de l'avis des patients dans le processus de décision.

Au-delà des établissements de santé, ces filières comprennent les dispositifs de premier recours et les établissements médico-sociaux.

Le développement des prises en charge en hospitalisation de jour, substitutives d'une hospitalisation complète, l'utilisation des installations et des équipements sanitaires et des pratiques de soins répondant au principe de « la plus stricte économie compatible avec la qualité du traitement » permettront d'accroître l'efficacité de l'offre des soins.

La recherche de la qualité de la prise en charge est un objectif permanent. Elle s'inscrit dans un ensemble de règles et de procédures de certification, d'évaluation ou de parangonnage qui doivent renforcer la performance de tous les acteurs de santé.

Le développement de la télémédecine sera un facilitateur de la coordination en particulier en matière de dossier du patient, de connaissances des ressources opérationnelles et dans le domaine de l'imagerie médicale.

### 3

## Eléments de cadrage du SROS-PRS

Conformément à l'article L1443-4 du code de la Santé Publique, le schéma d'organisation des soins du projet de santé de La Réunion et de Mayotte comporte un volet pour La Réunion et un volet pour Mayotte.

Les écarts d'offre de soins entre les deux départements et les spécificités du territoire de santé de Mayotte ont prévalu dans l'élaboration du SROS-PRS. Aussi, le SROS-PRS comprend une partie dédiée à l'organisation des soins à La Réunion et une partie dédiée au territoire de santé de Mayotte.

Chacun des deux volets du SROS-PRS se décompose en deux parties, l'une relative à l'offre de soins ambulatoire et l'autre à l'offre de soins hospitalière.

## — Offre de soins ambulatoires du SROS-PRS

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a étendu le champ des schémas à l'activité ambulatoire traduisant ainsi l'importance des soins de premier recours dans l'organisation du système de santé.

L'accessibilité à des soins de premier recours est subordonnée à une organisation de l'offre permettant une prise en charge de qualité autour des médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et autres professionnels de santé, garants de la continuité des soins au patient, en particulier en cas de pathologie chronique.

Cette partie ambulatoire comprend quatre chapitres : un état des lieux ; la définition d'orientations autour d'organisations cibles ; la détermination des zones fragiles et prioritaires et les orientations en matière de biologie médicale.

Il convient de souligner que cette partie ambulatoire est opposable uniquement sur la définition des zones fragiles et prioritaires, zones considérées comme présentant un déficit ou un risque de déficit d'offre.

Ce premier exercice a été réalisé en concertation avec les professionnels de santé. Un bilan à l'issue d'un délai de 18 mois à deux années, permettra d'en réviser ou compléter les orientations.

## — Offre de soins hospitalière du SROS-PRS

La Loi HPST du 29 juillet 2009 a supprimé la base légale de l'arrêté définissant les thèmes obligatoires du SROS.

Les objectifs quantifiés en volume ont été également supprimés des schémas d'organisation des soins et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé.

Des indicateurs de pilotage de l'activité seront mis en place pour assurer le suivi de l'activité des établissements de santé par l'Agence de Santé Océan Indien.

Seuls les objectifs en implantation et en nombre d'appareils sont maintenus. Ceux-ci concernent les activités soumises au régime d'autorisation : activités de soins et équipements matériels lourds énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de la Santé Publique.

Cette partie du SROS-PRS intéressant l'activité des établissements de santé est opposable dans l'ensemble de ses dispositions.

Les activités suivantes ne sont pas le support d'un régime d'autorisation : soins palliatifs, odontologie, maladies chroniques, accidents vasculaires cérébraux, transfusion sanguine, infections associées aux soins.

Par ailleurs, les activités de recours régional ne disposant pas d'une implantation dans le territoire de santé de Mayotte sont traitées uniquement dans le volet Réunion du SROS-PRS.

Au total, l'offre de soins hospitalière est décrite de la façon suivante :

**— Activités de soins soumises au régime des autorisations  
(article R.6122-25)**

- Médecine ;
- Chirurgie ;
- Psychiatrie ;
- Soins de suite et de réadaptation ;
- Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- Traitement des grands brûlés ;
- Chirurgie cardiaque ;
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ;
- Neurochirurgie ;
- Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- Médecine d'urgence ;
- Réanimation ;
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale ;
- Traitement du cancer ;
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
- Hospitalisation à domicile.

**— Autres activités**

- Soins palliatifs ;
- Soins aux détenus ;
- Odontologie.

**— Equipements matériels lourds soumis au régime des autorisations  
(article R.6122-26)**

- Imagerie médicale ;
- Caisson hyperbare.

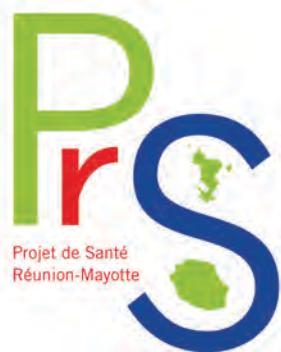
### ***— Éléments transversaux en rapport avec les domaines stratégiques du Plan Stratégique de Santé***

- Pathologies du vieillissement ;
- Maladies chroniques ;
- Accidents vasculaires cérébraux ;
- Périnatalité : gynécologie-obstétrique, assistance médicale à la procréation, diagnostic prénatal ;
- Pathologie de l'enfant et de l'adolescent ;
- Addictions ;
- Transfusion sanguine ;
- Infections associés aux soins.
- La permanence des soins en établissement de santé ;

### ***— Missions de service public***

- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- La lutte contre l'exclusion sociale ;
- Les actions de santé publique ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

# LA REUNION





# L'offre de soins ambulatoire

# L'offre de soins ambulatoire



## Soins de premier recours

# Introduction

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) instauré par la Loi HPST, comporte une innovation majeure puisqu'il étend son champ d'intervention à **l'offre de soins ambulatoire**.

L'élaboration de la partie ambulatoire du SROS s'appuie sur un cadrage national qui pose trois grands principes :

1. **Non opposabilité** : la partie ambulatoire du SROS n'a qu'un caractère indicatif et prévoit un premier bilan et une révision en 2014.
2. **Participation et concertation** : le succès de la construction de l'offre de soins ambulatoire repose sur l'implication des professionnels de santé, ainsi que sur la mobilisation des usagers et des élus.
3. **Territorialité** : dans le respect du libre choix du patient et de la liberté d'installation des médecins, des priorités d'actions seront ciblées sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants pour le premier recours.

Cette partie ambulatoire de « 1<sup>ère</sup> génération » constitue le point de départ de la démarche de structuration de l'offre de premier recours à la Réunion.

Les enjeux sont de mieux organiser la permanence et la gradation des soins, ainsi que d'améliorer la fluidité des parcours de soins.

En effet, les priorités de santé définies dans les 5 domaines stratégiques du Plan Stratégique de Santé de la Réunion et de Mayotte soulèvent la nécessité de renforcer la coopération et l'articulation entre le médecin traitant et les autres professionnels de santé.

Dès lors, deux maîtres mots constituent le fil rouge de cette partie ambulatoire : **transversalité** et **pluridisciplinarité** des prises en charge.

La méthodologie employée pour la définition des objectifs et des actions retenues s'est appuyée sur un comité de pilotage et des groupes de travail, qui se sont réunis entre les mois de juin et septembre 2011.

La démarche s'est déroulée en 3 étapes :

- **Etat des lieux**
- **Définition d'orientations autour d'organisations cibles**
- **Détermination des zones fragiles et prioritaires**

Il est précisé que seule la définition des zones prioritaires a un caractère opposable.

# Etat des lieux

## 1 Offre de soins ambulatoire

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'île de la Réunion comprend 808 250 habitants. Sa population est jeune. Les moins de 20 ans représentent 35% de la population et les plus de 64 ans, 8%. Elle se caractérise par une fragilité sociale importante. Une personne sur deux bénéficie de la couverture maladie universelle, une sur trois d'au moins un minimum social et l'île détient le record du taux de chômage le plus important de tous les départements français (29,5% en 2011).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, 820 médecins généralistes libéraux et 452 médecins spécialistes libéraux sont dénombrés à la Réunion (hors remplaçants). La répartition territoriale est très différente entre les généralistes et les spécialistes.

Au 1 <sup>er</sup> janvier 2011	Libéral	Salarié	Total
Médecin Généraliste	820	344	1 154
Médecin Spécialiste	452	492	944

Source : ADELI – ARS-OI

### — Médecins généralistes libéraux

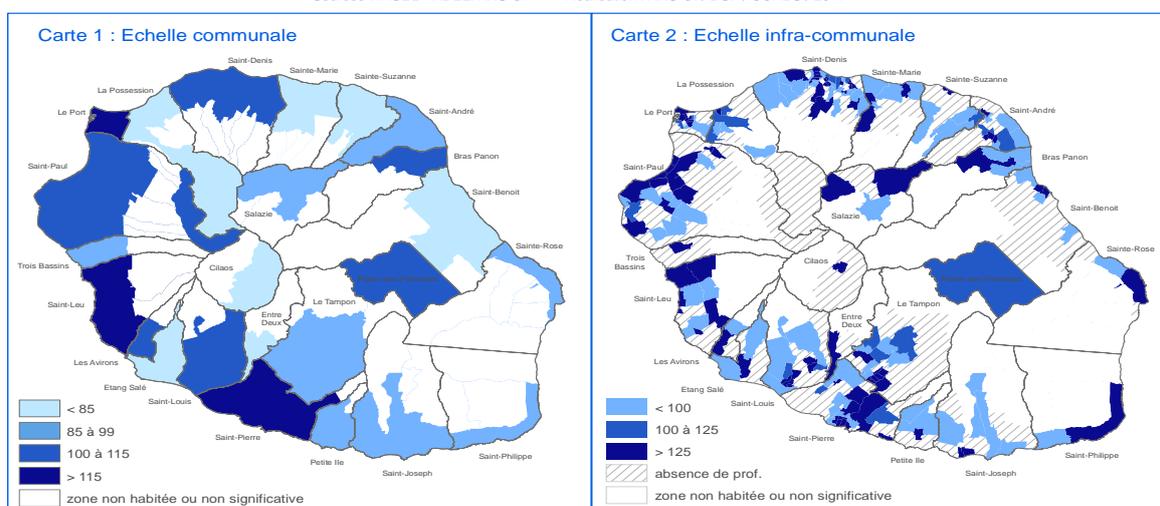
71% des médecins généralistes de la Réunion sont des libéraux. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, la densité de cette profession s'élève à 100 médecins pour 100 000 habitants (110 en métropole). 36,5% d'entre eux sont âgés de 55 ans ou plus et 4,5% de moins de 35 ans.

Cette profession est bien représentée sur l'ensemble de la Réunion (carte 1). Néanmoins, si cette observation est affinée à l'échelle du quartier, on note une concentration plus importante dans les centres villes de chaque commune (carte 2). Les écarts et les hauts de l'île ont une densité plus faible voire une absence de médecins généralistes.

### Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants

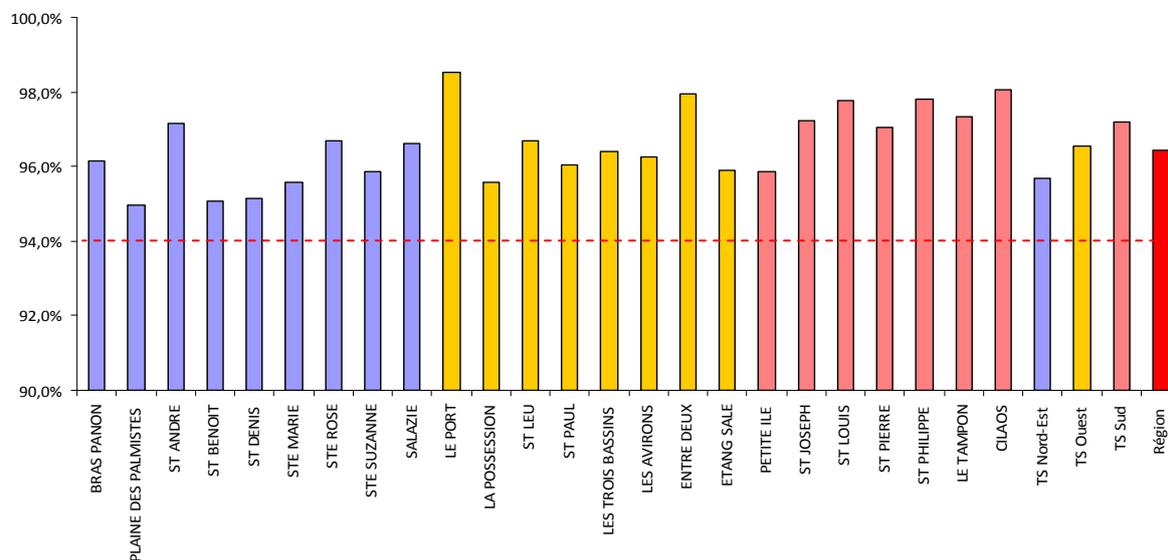
Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011

Sources : INSEE - ADELI ARS-OI --- Réalisation : ARS-OI / DSP / COABS / 2011



En termes de consommation de soins, dans toutes les communes de l'île, plus de 94% des bénéficiaires du Régime Général de Sécurité Sociale, ont au moins une fois, consulté ou reçu la visite d'un médecin généraliste au cours de l'année 2010 (graphe 1). Cela confirme le bon accès à un médecin généraliste libéral sur l'ensemble de l'île. Cette donnée ne peut être déclinée à l'échelle du quartier d'un point de vue méthodologique.

Graphe 1 : Pourcentage de bénéficiaires ayant consulté ou reçu la visite d'un médecin généraliste libéral au cours de l'année 2010 – source : CGSS



## Enjeux

- Plus d'un tiers des médecins généralistes libéraux sont âgés de plus de 55 ans. Le renouvellement des médecins généralistes est un enjeu important du maintien de l'offre de soins de 1er recours.
- Si les médecins généralistes sont bien représentés sur l'ensemble de l'île de la Réunion, certaines zones peuvent apparaître fragiles ou déficitaires. L'enjeu est d'inciter cette profession à mieux se répartir géographiquement.

## — Médecins spécialistes libéraux

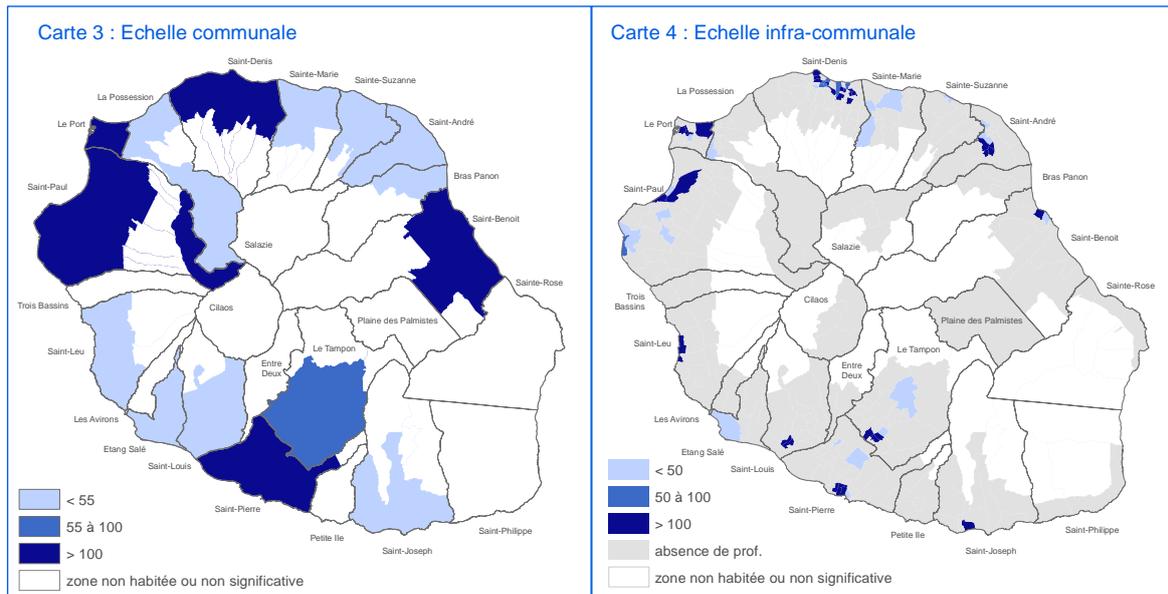
48% des médecins spécialistes de la Réunion sont des libéraux. La densité de cette profession s'élève à 55 médecins pour 100 000 habitants (90 en métropole). 46,5% d'entre eux sont âgés de 55 ans ou plus.

Cette profession est moins bien représentée qu'en métropole. Elle est surtout présente dans les grandes communes de l'île. 9 communes sont dépourvues de médecins spécialistes libéraux (carte 3). A l'échelle du quartier, on note une concentration dans les centres villes de chaque commune (carte 4). Les écarts et les hauts de l'île sont quasiment dépourvus de médecins spécialistes.

## Densité de médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants

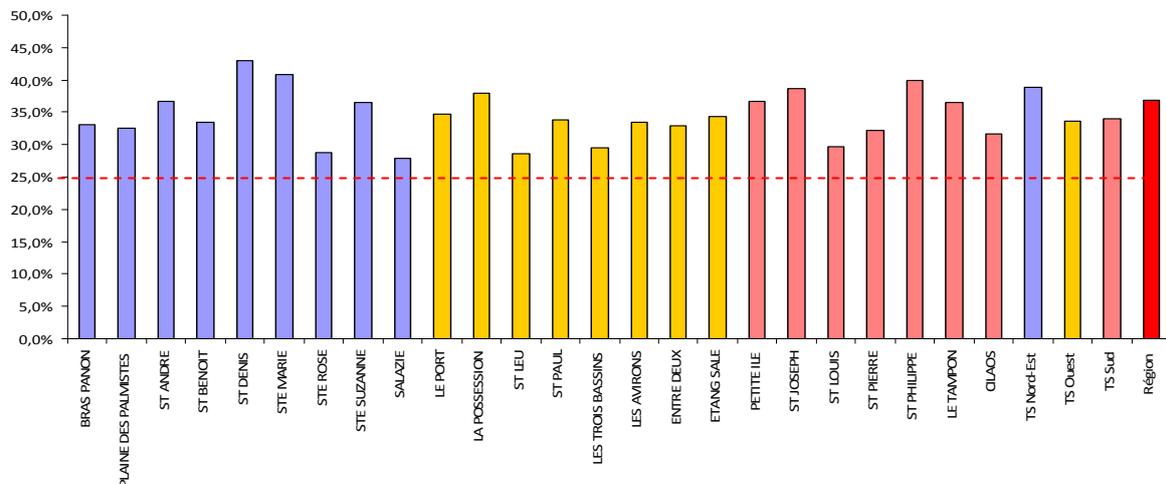
Situation au 1er janvier 2011

Sources : INSEE - ADELI ARS-OI --- Réalisation : ARS-OI / DSP / COABS / 2011



En termes de consommation de soins, la part des bénéficiaires du régime général de Sécurité Sociale ayant au moins une fois, consulté un médecin spécialiste au cours de l'année 2010 varie de 25 à 45% (graphe 2).

Graphe 2 : Pourcentage des bénéficiaires ayant consulté ou reçu la visite d'un médecin spécialiste libéral au cours de l'année 2010 – source : CGSS



### Enjeux

- La densité de médecins spécialistes est 2 fois moins importante qu'en métropole. Le renouvellement de cette profession est un enjeu du maintien de la qualité de l'offre de second recours.

**— Concernant la garde médicale**

- 110 médecins volontaires (14% de l'effectif des médecins généralistes libéraux, versus 50% en métropole) ; 85 recensées en 2011, soit 10% des effectifs.
- Modalités d'exercice : 11 points fixes identifiés
  - 3 associations d'urgentistes : SOS médecins Nord (Sainte Clotilde), SOS Médecins Ouest (Le Port), SOS Sud (Saint Pierre) ;
  - 3 maisons médicales de garde : Est (Saint André), Saint-Paul (adossée au Centre hospitalier Gabriel Martin), Sud Réunion (adossée au CHR site sud) ;
  - 8 cabinets de garde pour les autres secteurs dont 3 fonctionnent sur des horaires élargis (Sainte Clotilde, Le Port, Saint Pierre)
  - Cilaos et Mafate : télémédecine.
- Forte baisse des réquisitions depuis 2008 (14 en 2010).
- Couverture de la nuit profonde :
  - 3 secteurs couverts par une présence médicale : Saint-Denis, Le Port-La Possession, Saint Pierre/ Entre Deux (arrêt au 2/12/2010) ;
  - 1 secteur couvert par 1 astreinte médicale (Saint Louis/Les Avirons) jusqu'à fin 2011 ;
  - renvoi sur le Centre 15 et si besoin sur les services d'urgence dans les autres secteurs.
- Variation du nombre mensuel moyen de garde par médecin entre 1 à 10 (forte variabilité selon les secteurs et les modes d'exercice) ;
- 25% des activités de consultations en période de PDSA sont "régulées" ;
- Les visites représentent 10% de l'activité en période de PDSA, mais 4% seulement sont "régulées".

**— Concernant la régulation téléphonique libérale**

- Présence au sein du SAMU d'une association : ARRMEL, 29 médecins libéraux volontaires :
  - 1 en soirée de semaine, et en nuit profonde (1H00 à 7H00) ;
  - 2 le samedi de 14H00 à 1H00 ;
  - 2 le dimanche et jours fériés de 7H00 à 1H00 ;
- Forte activité à partir de 19H00 liée à la fermeture des cabinets libéraux ;

- Pic d'activité entre 20H00 et 23H00 (12 appels par heure, contre une recommandation de 6 à 10) ;
- Répartition des appels :
  - Entre 60 et 65% : appels pour conseils en santé ;
  - 20% : renvoi sur le médecin traitant ou le médecin de garde ;
  - 20% : renvoi sur un service d'urgence ;

#### **Forces et faiblesses du dispositif :**

- Bonne répartition géographique dans l'ensemble, mais repli en nuit profonde (corrélée à une faible demande);
- Principe du volontariat respecté, mais dispositif fragilisé par le faible effectif de médecins volontaires, y compris pour la régulation ;
- Part limitée de l'activité de soins couverte par une régulation préalable en période de PDSA : effet de la structure de l'offre, et méconnaissance des usagers ;
- Faiblesse du nombre de visites à domicile, réalisées majoritairement hors régulation : cela pose la question de l'accessibilité aux soins pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer et occasionne des plaintes d'usagers quand les certificats de décès sont rédigés avec retard;
- Difficulté à estimer le besoin de soins en nuit profonde (3-4 appels/heure de régulation ; 1 à 2 actes/100 000hbts en métropole) : effet de la structure de l'offre, et faible part de l'activité régulée.

### **— Concernant les transports sanitaires**

- 140 entreprises de transports sanitaires dans le département ;
- Nombre de véhicules en dépassement du quota départemental : compris entre 355 et 388 soit 2,4 à 2,7 fois le quota départemental de 1996 ;
- Fragilité économique du secteur du fait d'un nombre important de véhicules en circulation ;
- Garde départementale:
  - Participation obligatoire des entreprises de transports sanitaires ;
  - 15 secteurs de garde ;
  - Carence ambulancière : 80 carences constatées en 2009 par le SAMU ;

# Définition d'orientations autour d'organisations cibles

Au regard de l'état des lieux présenté dans la première partie, les principaux leviers d'actions retenus dans la partie ambulatoire du volet Réunion du SROS s'articulent autour de 3 grands axes :

- **Structurer l'offre de soins de premier recours ;**
- **Optimiser la Permanence des Soins Ambulatoires ;**
- **Renforcer l'articulation entre la ville et l'hôpital.**

## 1 Structurer l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours

Si l'exercice individuel en cabinet isolé et le paiement à l'acte sont la pratique la plus courante au sein de l'offre de premier recours, des évolutions se dessinent et semblent nécessaires pour répondre à un double défi pour les professionnels de santé :

- La transition épidémiologique et le vieillissement de la population, l'entrée dans la dépendance, l'importance des maladies chroniques ;
- L'évolution de la démographie des professionnels de santé libéraux avec des perspectives de nouvelles répartitions d'activités entre la ville et l'hôpital, et entre professionnels de santé.

A la Réunion, la structuration de l'offre de premier recours participe à l'amélioration de la prise en charge de la population, en s'appuyant sur les 3 orientations suivantes :

- Garantir l'accès aux soins dans chaque territoire de santé ;
- Améliorer l'efficacité du parcours de soins par une meilleure coordination des professionnels de santé ;
- Accompagner les professionnels de santé dans la structuration de l'offre de soins de premier recours.

## — Orientation 1 : Garantir l'accès aux soins dans chaque territoire de santé

En matière d'offre, la qualité de l'accès aux soins de premier recours se mesure au regard du maillage du territoire et de l'accessibilité à un professionnel de santé.

### — Objectif 1 : Elaborer des outils d'analyse de l'offre de premier recours et des besoins en soins de proximité ;

Il s'agit de compléter l'état des lieux de l'offre de premier recours, par la mise en place d'un système d'observation et d'analyse de l'offre et des besoins de proximité.

#### *Action 1 :*

#### **Réaliser une enquête auprès de tous les médecins libéraux permettant d'évaluer l'offre de soins de premier recours à la Réunion**

Passer d'une analyse démographique en densité de médecins, à une évaluation du temps médical disponible.

Cette enquête conduite dans un premier temps auprès des médecins pourra être élargie par la suite aux autres professionnels de santé libéraux.

#### *Action 2 :*

#### **Réaliser une enquête sur les besoins de recours aux soins de ville par territoire**

Cette étude s'appuiera sur les diagnostics santé, réalisés par les ateliers santé ville des communes. Elle devra permettre l'émergence de problématiques de proximité, sur lesquelles des projets des acteurs ambulatoires pourront se construire.

#### *Action 3 :*

#### **Conduire une réflexion sur les facteurs d'attractivité pour les médecins spécialistes**

Une étude sera réalisée afin d'analyser les motifs de carence en médecins spécialistes et des mesures seront proposées.

### — Objectif 2 : Améliorer l'accessibilité aux soins de 1<sup>er</sup> recours dans le cadre des consultations non programmées (hors PDSA) ;

La limitation des possibilités d'accès aux médecins de premier recours, alliée au problème du délai d'obtention d'un rendez-vous, exprimés par les représentants des usagers, conduisent à explorer trois pistes d'action pour améliorer l'accessibilité aux soins :

#### *Action 1 :*

#### **Créer un dispositif de régulation téléphonique en horaires de journée pour permettre aux usagers l'accès à un avis médical immédiat (« centre 15 de jour »)**

#### *Action 2 :*

#### **Adapter les horaires de permanence des soins ambulatoires, compte tenu des modes d'exercice en libéral spécifiques à la Réunion**

#### *Action 3 :*

#### **Encourager le développement de la télémédecine en particulier pour le suivi de certaines pathologies chroniques**

## — Orientation 2 : Améliorer l'efficacité du parcours de soins par une meilleure coordination des professionnels de santé

Le décloisonnement de l'exercice des professionnels de santé de proximité est un enjeu de la partie ambulatoire du SROS. Les professionnels de santé exercent en réseau, mais son manque de formalisation est souvent un frein à l'efficacité des prises en charge des patients.

Pour accroître la performance du système de soins, il importe de soutenir de nouveaux processus relationnels entre les acteurs, rendus plus faciles avec le nouveau cadre juridique de la loi HPST, qui favorise l'inter-professionnalité et les coopérations entre les professionnels.

### — Objectif 1 : Promouvoir l'inter professionnalité et l'exercice coordonné entre professionnels ;

Les modalités d'exercice regroupé et coordonné, comme les maisons de santé, les centres de santé, les pôles de santé, et les réseaux de santé offrent de nouvelles opportunités pour réorganiser les pratiques en définissant de nouvelles règles entre professionnels de santé pour mieux répondre aux besoins des patients.

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique prévoit que les « maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ».

L'Océan Indien fait partie des régions dépourvues de maisons de santé pluri professionnelles (MSPP). A la Réunion, l'organisation d'une prise en charge coordonnée est formalisée uniquement autour de cinq réseaux de santé.

#### Action 1 :

#### **Accompagner l'implantation d'au moins une maison de santé pluri professionnelle par territoire de santé à la Réunion**

L'ARS pilotera la mise en œuvre du plan de déploiement de MSPP à la Réunion, en partenariat avec les représentants des URPS et des collectivités locales, sur la base du cahier des charges national.

En amont de l'ouverture, l'accompagnement des promoteurs prendra la forme d'une aide à l'ingénierie de projet, de la phase d'étude de faisabilité jusqu'à la phase de déploiement de la structure, en s'assurant que le projet de santé de la maison de santé, soit conforme aux priorités du Projet Régional de Santé.

Les projets de MSPP pourront être soutenus dans le cadre des contrats locaux de santé signés entre l'ARS et des collectivités locales.

#### Action 2 :

#### **Favoriser dans les regroupements de professionnels, les projets de développement d'activités innovantes comme l'éducation thérapeutique du patient (ETP), le dépistage, la prévention**

#### Action 3 :

#### **Contractualiser avec les professionnels de santé libéraux au sein des structures d'exercice coordonné sur des objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient**

#### **Action 4 :**

##### **Conduire une réflexion sur le rôle des réseaux de santé à la Réunion**

Il est proposé notamment de mettre en place, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres régions des lieux d'échange et de partage d'informations, du type « cafés ou apéros réseaux ».

#### **Action 5 :**

##### **Aider les structures regroupées à mettre en place des financements stabilisés**

En 2008, la Loi de financement de la sécurité sociale a prévu des expérimentations sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé exerçant en de façon pluri professionnelle, afin de rendre plus attractif le métier des professionnels de premier recours.

L'ARS suivra les résultats de ces expérimentations qui ont été prolongées en 2010, à travers la mise en place de 4 modules :

- module 1 : forfait pour les missions coordonnées ;
- module 2 : nouveaux services aux patients (paiement forfaitaire pour les programmes d'ETP) ;
- module 3 : coopérations entre professionnels ;
- module 4 : forfait à la pathologie.

#### **— Objectif 2 : Développer les coopérations entre professionnels de santé**

La loi HPST du 21 juillet 2009, dans son article 51, offre les conditions juridiques d'engagement des professionnels de santé libéraux dans une démarche ayant pour objet de transférer, entre eux, des activités ou des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients.

#### **Action 1 :**

##### **Identifier à la Réunion des thèmes et les ressources professionnelles de coopérations**

#### **Action 2 :**

**Susciter des projets de coopérations, via la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)**, outil de recueil des besoins et de partage des informations sur les coopérations existantes ;

#### **Action 3 : Apporter une aide opérationnelle aux promoteurs de projets de coopération**

### **— Orientation 3 : Accompagner les professionnels de santé dans la structuration de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours**

L'élaboration de la partie ambulatoire du SROS a été l'occasion d'enclencher une réflexion sur les modes d'exercice et les pratiques professionnelles.

La mobilisation et la confiance dans un exercice coordonné est un processus long qui nécessite un accompagnement méthodologique. Les partenariats mis en place sont à pérenniser dans le cadre de nouveaux modes relationnels entre l'ARS, les professionnels de santé libéraux et les collectivités locales notamment.

#### **— Objectif 1 : Répondre aux enjeux de l'exercice libéral de la médecine à la Réunion ;**

Les propositions d'actions suivantes viennent compléter localement les réflexions menées depuis plusieurs mois au travers divers rapports nationaux sur la place de la médecine générale, l'orientation et la formation des étudiants, l'attractivité de certaines zones.

**Action 1 :**

**Organiser un colloque sur la place du médecin de premier recours à la Réunion ;**

A partir des résultats des enquêtes préconisées dans l'orientation 1, ce colloque s'attachera à définir les missions du médecin de premier recours depuis la Loi HPST et son rôle dans le parcours de santé du patient et dans le relais des politiques de santé publique.

Cette rencontre pourra être renouvelée à échéance du SROS-PRS.

**Action 2 :**

**Attirer et fidéliser les professionnels de santé libéraux sur les zones fragiles et prioritaires à la Réunion** par la promotion du contrat d'engagement de service public (CESP) en complément des mesures incitatives (Etat, Assurance Maladie et conventionnelles) notamment pour les médecins et infirmiers ;

**Action 3 :**

**Utiliser la formation des professionnels de santé comme levier d'adaptation de l'offre aux besoins de soins de la population ;**

Faire évoluer l'appareil de formation en travaillant en partenariat avec le CHRU, l'Université de La Réunion, le Conseil Régional sur les schémas régionaux des formations sanitaires (terrains de stages nouveaux, aides aux stages en zones fragiles et prioritaires) ;

Adapter l'offre de post-internat pour aider les jeunes médecins à parachever leur formation et s'installer dans la région ;

Accompagner la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) en lien avec les besoins de la Réunion.

**— Objectif 2 : Mettre en place un dispositif régional d'appui aux professionnels de santé libéraux**

La mise en œuvre de la plupart des actions de cette partie ambulatoire demande un accompagnement méthodologique des professionnels de santé, en particulier pour faire émerger et formaliser de nouveaux projets.

**Action 1 :**

**Créer un « groupe régional d'appui territoire et santé » à la Réunion**

Ce Groupe régional d'appui territoire et santé, vise à :

- accompagner les professionnels de santé, notamment dans les zones fragiles et prioritaires ;
- mobiliser les outils d'aide à l'installation ;
- optimiser l'offre de santé à la population.

Sa mission consiste à :

- Faciliter l'ensemble des démarches des professionnels ou des élus pour favoriser l'émergence des projets ;
- Aider à l'ingénierie de projet en direct ou via des prestataires ;
- Mettre à disposition les outils existants ;
- Centraliser les informations utiles aux acteurs concernés ;
- Coordonner les financements.

### *Action 2 :*

**Utiliser la PAPS comme outil d'aide à l'installation et à l'évolution d'activité des professionnels de santé ;**

La plateforme d'appui aux professionnels de santé est un portail internet qui a été mis en place par l'ARS à la Réunion depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011. Destinée à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé en exercice ou en formation, la PAPS doit permettre une meilleure orientation du professionnel parmi les informations et services proposés par les acteurs locaux et nationaux.

La PAPS doit contribuer à rendre lisible et visible la politique régionale de santé, notamment en matière de répartition des professionnels de santé sur le territoire (cartographie des professionnels, annuaire...) mais aussi de mise en œuvre des actions prévues dans la partie ambulatoire du SROS.

## 2

### **Optimiser la permanence des soins ambulatoire**

Les préconisations suivantes ont pour but de consolider l'existant, de l'optimiser dans son axe ville / hôpital et de le perfectionner en recourant à des expérimentations. Elles viennent en complément ou en appui des principes généraux d'organisation et de rémunération qui seront retenus dans le cahier des charges régional. L'objectif est de s'assurer que le « bon patient est au bon endroit » et qu'une réponse est apportée à sa demande de soins non programmés.

#### **— Orientation 1 : Accroître la part de l'activité régulée aux horaires habituels de permanence des soins ambulatoire**

Si le « tout régulé » ne constitue pas une priorité en raison de l'existence de contraintes locales, comme le nombre réduit d'effecteurs de terrain, l'augmentation de 10% de l'activité régulée constitue une cible minimale à atteindre à échéance du SROS.

##### **— Objectif 1 : Renforcer et optimiser le dispositif actuel de régulation médicale**

L'objectif consiste à mettre en œuvre une régulation capable de s'adapter à la demande de soins sans toutefois remettre en cause le dispositif actuel qui repose en grande partie sur des effecteurs de terrain « spécialisés » dans la PDSA.

### *Action 1 :*

**Maintenir l'intégration des régulateurs de la PDSA au sein du centre 15, la plate-forme de régulation commune permettant une sécurisation plus fiable qu'une interconnexion entre 2 centres différents ;**

### *Action 2 :*

**Privilégier le déplacement des médecins volontaires sur cette plate-forme régionale avant d'envisager le développement de centres de régulation médicale de PDSA non intégrés au centre 15, qui ne constitue pas une priorité à court et moyen terme à La Réunion ;**

**Action 3 :**

**Rendre la régulation libérale plus attractive pour fidéliser les médecins libéraux volontaires de l'ARRMEL, étoffer ses effectifs et garantir la pérennité du dispositif ;**

Pour cela plusieurs moyens sont préconisés : conserver à ces professionnels de santé la qualité de collaborateur occasionnel du service public, adapter les effectifs à l'activité constatée, aider à leur formation, renforcer la régulation libérale quand le taux d'appels l'exige, maintenir la régulation libérale en nuit profonde pour répondre à la demande de soins non urgents liée à l'arrêt de l'astreinte des maisons médicales de garde et cabinets de garde autour de minuit si l'activité le justifie.

**Action 4 :**

**Poursuivre la pratique du conseil médical téléphonique par les médecins régulateurs et développer la télé prescription avec les pharmacies de garde ;**

— **Objectif 2 :** Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des réponses apportées aux patients par la régulation médicale dans un objectif « du juste soin » ;

**Action 1 :**

**Recourir à des médecins formés et expérimentés à la régulation médicale y compris pour la réalisation des conseils médicaux ;**

La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction.

**Action 2 :**

Privilégier la régulation commune libéraux/hospitaliers qui réduit les contraintes techniques et favorise la collaboration entre les équipes (staffs, évaluation des pratiques professionnelles communs) ;

**Action 3 :**

**Appliquer à la régulation médicale les recommandations de bonnes pratiques de la HAS**

**Action 4 :**

**Poursuivre la démarche qualité et l'évaluer régulièrement, y compris dans le cadre du suivi des appels.**

Une évaluation du service rendu auprès des professionnels de santé et de la population sera programmée à mi-SROS, sur le modèle de celle réalisée en 2005 par l'ORS.

— **Objectif 3 :** Faire évoluer le dispositif en fonction de la demande de soins :

**Action 1 :**

**Procéder à une évaluation périodique du dispositif au sein du CODAMUPS dans le respect du cahier des charges régional pour permettre d'adapter les besoins et revoir l'organisation en fonction de la demande de soins ;**

**Action 2 :**

Expérimenter à moyens constants un numéro de téléphone dédié au conseil médical, interconnecté au centre 15, destiné à réduire les délais de prise d'appel pour les urgences vitales ;

**Action 3 :**

Adapter le fonctionnement de la régulation aux évènements climatiques spécifiques à la Réunion, afin de permettre la continuité de la mission de soins ;

**Action 4 :**

Identifier les appels au centre 15 relevant d'une problématique sociale pour évaluer le besoin local ;

**Action 5 :**

Encourager la structuration d'une offre de PDSA à Cilaos, complémentaire au dispositif de télémédecine mis en place par le CHR ;

Il s'agira de faire connaître le rôle du Centre 15, y compris pour les conseils médicaux ne relevant pas de l'urgence et d'étudier la faisabilité d'implantation d'une maison médicale de garde et/ou d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSPP) dont les horaires de fonctionnement pourraient être élargis à certaines plages de la PDSA, avec un relais vers le « 15 » pour les heures de nuit. La faisabilité de ce projet devra être étudiée avec les professionnels de santé de Cilaos en termes d'organisation et de montée en charge autour d'un projet de santé.

**Action 6 :**

Réaliser une évaluation coût/efficacité, ainsi qu'une mesure du service rendu à la population, de l'expérimentation des valises de télémédecine à Mafate ;

Cette étude réalisée en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés aura pour objectif la reconduite en l'état du dispositif ou la décision de son adaptation pour le rendre plus efficient.

## — Orientation 2 : Réduire les recours inadéquats aux urgences hospitalières pour des soins non programmés relevant de la PDSA

— **Objectif 1 :** Renforcer la complémentarité entre acteurs, au sein du secteur ambulatoire mais aussi avec les autres secteurs ;

**Action 1 :**

Disposer au sein de l'ARS des tableaux de garde complets élaborés par l'Ordre des Médecins ;

**Action 2 :**

Faire coïncider les structures fixes de garde médicale et les officines assurant la garde pharmaceutique en termes d'horaires et de proximité géographique, pour limiter le déplacement des patients et faciliter leur accessibilité à l'ensemble du dispositif ;

Cette réflexion ira jusqu'à la perspective de la création d'un service pharmaceutique de garde à proximité immédiate des points fixes de garde médicale.

**Action 3 :**

Définir la nature des visites incompressibles et les modalités de leur réalisation par les médecins libéraux (cahier des charges régional) sachant que la régulation libérale sera garante de leur caractère d'exception ;

**Action 4 :**

Rechercher les potentiels de mutualisation de la PSDA entre les secteurs ambulatoire et hospitalier dans une optique de coordination des prises en charge entre professionnels de santé assurant la PSDA et les établissements concernés ;

**Action 5 :**

Formaliser et faire connaître les règles de conduite à tenir concernant les certificats de décès ;

Il s'agira de rappeler aux médecins leur obligation déontologique de rédaction des certificats de décès et leur obligation de se soustraire à une réquisition judiciaire.

En outre, il conviendra d'expérimenter un dispositif dédié aux constats de décès aux horaires de la PSDA et de le faire connaître à la population, aux mairies et aux autorités juridique et judiciaire.

**— Objectif 2 : Mieux réguler les flux de patients entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers ;**

**Action 1 :**

Mettre en place une observation et un suivi afin de réaliser un état des lieux de l'activité de l'ensemble des services à partir du profil des personnes accueillies et en fonction des différentes tranches horaires ;

Cette mission pourra être réalisée, dans toute la mesure du possible, par la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie de l'Océan Indien (CIRE OI).

Il conviendra par ailleurs d'instituer une rencontre annuelle entre le réseau OSCOUR et le réseau régional des urgences et d'étudier la faisabilité d'étendre ce réseau aux structures libérales de garde au titre de la PSDA.

**Action 2 :**

En fonction des données objectives fournies par cet état des lieux, organiser des interfaces nouvelles et efficaces qui permettent une meilleure articulation entre la médecine ambulatoire et les établissements hospitaliers ;

**Action 3 :**

Disposer à proximité immédiate de chacun des 4 services d'urgence de l'île, d'un point fixe de consultation pour effectuer les soins non programmés relevant de la médecine ambulatoire ;

**Action 4 :**

Etablir des conventions d'utilisation à un plateau technique d'imagerie ou de biologie offrant la possibilité au médecin de prendre une décision médicale sans utiliser le recours au service d'urgence ;

**Action 5 :**

Etudier l'opportunité et la faisabilité de la création à proximité immédiate du Centre Hospitalier Régional site nord d'une Maison Médicale de Garde (MMG) ou d'une autre forme d'organisation de soins non programmés ;

**Action 6 :**

Privilégier un accès direct aux services spécialisés sans passer par les services d'urgence

**Action 7 :**

Mettre en place des conventions de fonctionnement et des protocoles de prise en charge de patients entre les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence et les MMG ;

### **— Orientation 3 : Intégrer dans la stratégie d'organisation de la PDSA une réflexion sur les transports des patients vers un lieu de consultation médicale**

A La Réunion, plusieurs éléments peuvent contribuer, à rendre plus difficile l'accessibilité aux effecteurs de terrain pour des patients sans moyens de transport mais nécessitant un avis médical en horaire de PDSA : un niveau socio-économique insuffisant pour disposer d'un véhicule personnel ou recourir à un taxi et la non prise en charge par l'Assurance Maladie du retour à domicile de ces patients ; la raréfaction des visites médicales à domicile ; l'absence dans la majorité des cas d'alternative au transport sanitaire en ambulance quand le patient ne justifie pas d'un transport allongé ; une garde ambulancière « réservée » à l'aide médicale urgente.

**Action 1 :**

**Réaliser une évaluation qualitative et quantitative des transports « évitables » réalisés en ambulance en direction des services hospitaliers d'urgence à défaut d'autres moyens de transport ;**

**Action 2 :**

**Mener une expérimentation permettant l'acheminement des patients sans moyens de transport entre le domicile et un lieu de consultation médicale, y compris pour le retour au domicile.**

Elle devra être initiée entre l'ARSOI, la CGSS, les collectivités, les mutuelles et les acteurs de terrain y compris l'ATSU dans le cadre du programme régional de gestion du risque. Dans le respect des quotas et dans un cadre opérationnel à définir (cahier des charges, protocoles, modalités de contractualisation, traçabilité des prescriptions...), il s'agira d'effectuer une analyse de coût selon plusieurs hypothèses :

1. En s'appuyant sur le dispositif actuel de la garde ambulancière avec mise à disposition d'un véhicule sanitaire léger pour les patients justifiant d'un transport assis
2. En élargissant les transports à des taxis de substitution, à partir d'un recensement au préalable des taxis conventionnés par l'Assurance Maladie et en se rapprochant des représentants de la profession pour élargir l'intervention des taxis pendant les horaires de la PDSA mobilisables par le Centre 15 avec une dispense d'avance de frais pour le patient.

Si cette expérimentation destinée à mettre en place des véhicules adaptés au transport assis des patients, permettant l'aller et/ou retour vers/depuis les cabinets de garde et service d'Urgences s'avère concluante, elle devra être intégrée au cahier des charges régional de la PDSA.

## — Orientation 4 : Faire connaître aux usagers le dispositif organisé de la PDSA et ses évolutions, ainsi que les résultats obtenus

— **Objectif 1** : Mettre en place un plan de communication destiné à améliorer le niveau d'information de la population générale et à la sensibiliser au bon usage de l'hôpital et de la ville ;

### *Action 1 :*

Faire connaître aux usagers le rôle et les missions du Centre 15, les relais d'information relatifs aux points fixes de garde, le 3237 qui permet de localiser les pharmacies de garde ;

### *Action 2 :*

S'assurer que chaque cabinet médical contribue à la diffusion de l'information : message téléphonique de recours au Centre 15 aux heures de fermeture, mention sur les ordonnances, affiches dans les salles d'attente

## 3

### Renforcer l'articulation entre la ville et l'hôpital

La coordination et la coopération entre les professionnels de santé est une condition essentielle à la fluidité des parcours de soins. Elle passe également par un décloisonnement entre les structures. L'un des enjeux majeurs de l'amélioration du fonctionnement du système de soins est faciliter la liaison entre les soins de ville et les soins hospitaliers publics et privés.

#### — Éléments du diagnostic

Du point de vue des usagers, la place du médecin traitant, dénommé aussi « médecin de famille », et/ou du soignant habituel (infirmier, masseur kinésithérapeute, pharmacien, ...) est prépondérante dans l'offre de soins de premier recours. Elle doit permettre de relier les soins et d'assurer la transition entre les différentes étapes de la prise en charge.

En réalité, cette continuité dans la prise en charge globale des patients est très souvent interrompue à l'occasion d'une hospitalisation.

En amont, l'utilisation des urgences par les professionnels de santé de premier recours et les usagers comme porte d'entrée d'un établissement de santé (accès immédiat à une consultation spécialisée ; bilan radiologique ou biologique complet et rapide) perturbe la mission première des urgences.

En aval, la sortie n'est que très rarement préparée, souvent sans information sur les suites d'hospitalisation et avec des délais de compte rendu très longs.

De façon globale, les professionnels de santé reconnaissent que la circulation de l'information entre les différents acteurs est difficile, et que les marges d'amélioration sont importantes dans l'articulation entre la ville et les établissements de santé.

## — Plan d'actions 2012-2016

### — **Objectif 1** : Encourager de nouvelles modalités de partenariat entre la ville et l'hôpital ;

Le décloisonnement passe par une meilleure connaissance de ce que chacun fait, et une formalisation renforcée des échanges entre les professionnels de santé autour du patient.

#### **Action 1** :

Promouvoir une consultation de coordination, à l'instar de ce qui se fait en cancérologie, pour les patients présentant des pathologies complexes ;

#### **Action 2** :

Formaliser des protocoles garantissant la continuité de la prise en charge :

- lors de l'entrée d'un patient à l'hôpital (en urgence ou en hospitalisation programmée) ;
- lors de sa sortie d'un service hospitalier et de son retour à domicile ;

#### **Action 3** :

Développer les consultations avancées dans les établissements de santé, ouvertes aux médecins spécialistes non généralistes libéraux ;

#### **Action 4** :

Mettre en place des formations mixtes et des actions communes d'évaluation dans le cadre de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment sur les thématiques d'orientation des patients et d'évaluation des indications d'hospitalisation et d'examens ;

#### **Action 5** :

Renforcer la coordination interne/externe par la création d'un nouveau métier au sein de l'hôpital : « infirmier pivot ou de liaison ».

Chargé d'organiser, de suivre et d'anticiper chaque étape du parcours de soins des patients hospitalisés, cet infirmier sera un facilitateur pour certaines populations « fragiles » (pathologies lourdes et complexes comme les maladies chroniques, personnes âgées, personnes en situation de précarité...).

### — **Objectif 2** : Développer la communication entre la ville et l'hôpital

A l'entrée comme à la sortie de l'hôpital, la communication d'informations médicales, mais aussi administratives et sociales doit être facilitée pour favoriser la continuité de la prise en charge.

#### **Action 1** :

Favoriser les procédures permettant l'accès direct au médecin spécialiste en établissement de santé pour éviter le passage aux urgences ;

A titre d'exemple, un dispositif d'accueil téléphonique (numéro vert) dédié aux attentes des médecins de ville permettrait d'organiser des rendez-vous téléphoniques entre médecins traitants et spécialistes des établissements de santé.

**Action 2 :**

Informier systématiquement le médecin «adresseur» de la décision prise après le passage aux urgences (retour à domicile, hospitalisation,...) ;

**Action 3 :**

Généraliser le résumé de sortie rapide comportant : le diagnostic ou ses hypothèses, la conduite à tenir, le traitement et ses enjeux ;

**Action 4 :**

Améliorer les délais de rédaction et de transmission des lettres de sortie, y compris en développant une communication électronique sécurisée ;

**Action 5 :**

Elargir l'usage du Programme personnalisé de soins (PPS), en impliquant systématiquement le médecin traitant.

**— Objectif 3 : Favoriser le partage d'informations entre la ville et l'hôpital**

L'échange et le partage des informations sur les patients est le plus sûr moyen de faire évoluer le système de soins et de dépasser les cloisonnements.

Disposer en ligne de la lettre de sortie de son patient suite à une hospitalisation est précieux pour le médecin traitant. Réciproquement, accueillir un patient aux urgences en pouvant accéder à son dossier et à son "histoire médicale" est aussi précieux pour le médecin hospitalier.

**Action 1 :**

Elaborer un annuaire des professionnels de santé exerçant par territoire, en libéral, en établissements;

Il est proposé d'enrichir les nombreux annuaires de professionnels de santé diffusés et mis à jour périodiquement, par un « profil professionnel » offrant des informations plus complètes en libéral (compétences particulières, spécificités, horaires de consultations...) mais aussi en établissements (organigramme, spécialités, équipements ...).

**Action 2 :**

S'appuyer sur des échanges d'informations dans le cadre du déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et en faisant appel à une messagerie sécurisée ;

**Action 3 :**

Rendre systématique le retour d'information des médecins des établissements de santé en direction des médecins traitants : consultations avancées, télémédecine et téléconsultations, orientation et inscription du patient dans un réseau.

# Détermination des zones fragiles et prioritaires

Suite à la mise en place de la loi HPST, la détermination des zones fragiles et prioritaires, prévues à l'article L.1434-7 du code de la santé publique, est réalisée par les ARS. Elle est déterminée par deux contraintes :

- la population cumulée dans l'ensemble des zones sélectionnées ne doit pas excéder 9,68% de la population globale départementale en référence à la population Insee 2008 ;
- une zone fragile est définie, selon le référentiel national, comme le bassin de vie dont la densité de médecins généralistes libéraux est inférieure à 30% de la moyenne nationale, soit 64,6 MGL / 100 000 habitants.

Dans les DOM, la notion de bassin de vie n'existe pas. Quatre autres échelles, référencées par l'Insee, peuvent être utilisées :

- à l'échelle du département : aucune zone fragile ne peut être sélectionnée selon les contraintes ci-dessus ;
- à l'échelle de la commune : seule la commune de Sainte-Suzanne est en zone fragile, soit 2,8% de la population du département ;
- à l'échelle du Grand quartier : 26 % de la population peut être placée en zone fragile ;
- à l'échelle de l'Iris : 49% de la population peut être placée en zone fragile.

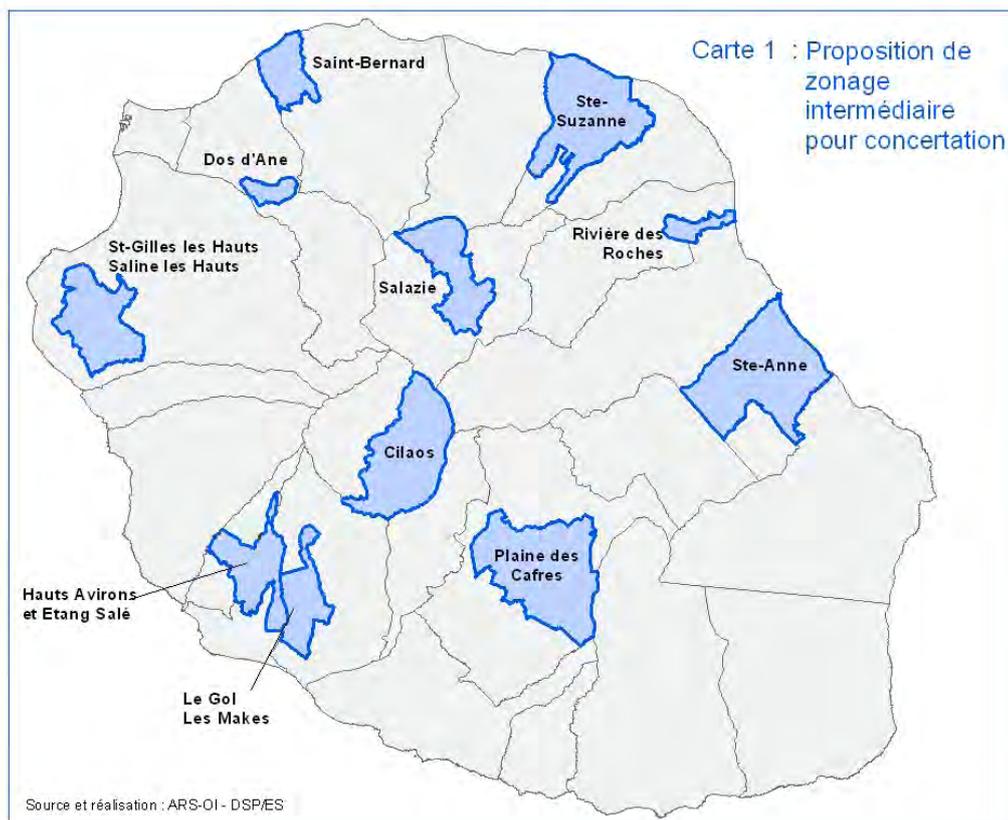
Le grand quartier est un découpage infra-communal. Il existe 130 grands quartiers à la Réunion.  
L'Iris est un sous-découpage des grands quartiers. Il regroupe environ 2 000 habitants. Il existe 344 iris à la Réunion.

Après concertation avec la DGOS, l'échelle géographique du « Grand Quartier » a été retenue pour définir les zones fragiles à la Réunion, tout en respectant un taux de couverture maximal de la population de 9,68%.

Afin de cibler au mieux les grands quartiers les plus fragiles, une classification des territoires a été réalisée selon 4 variables :

- la densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants ;
- la densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants ;
- la part des médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus ;
- la part de la population âgée de 75 ans ou plus.

Cette classification a permis de définir un zonage intermédiaire comprenant 11 zones soumises à la concertation (carte 1).



Pour conforter cette première analyse, un nouvel indicateur synthétique a été calculé selon la méthodologie infra.

### Méthodologie de calcul

L'indicateur synthétique a été calculé à partir des densités des professionnels de santé libéraux des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes. Pour chaque densité de chaque professionnel de santé a été attribué un score à chaque grand quartier :

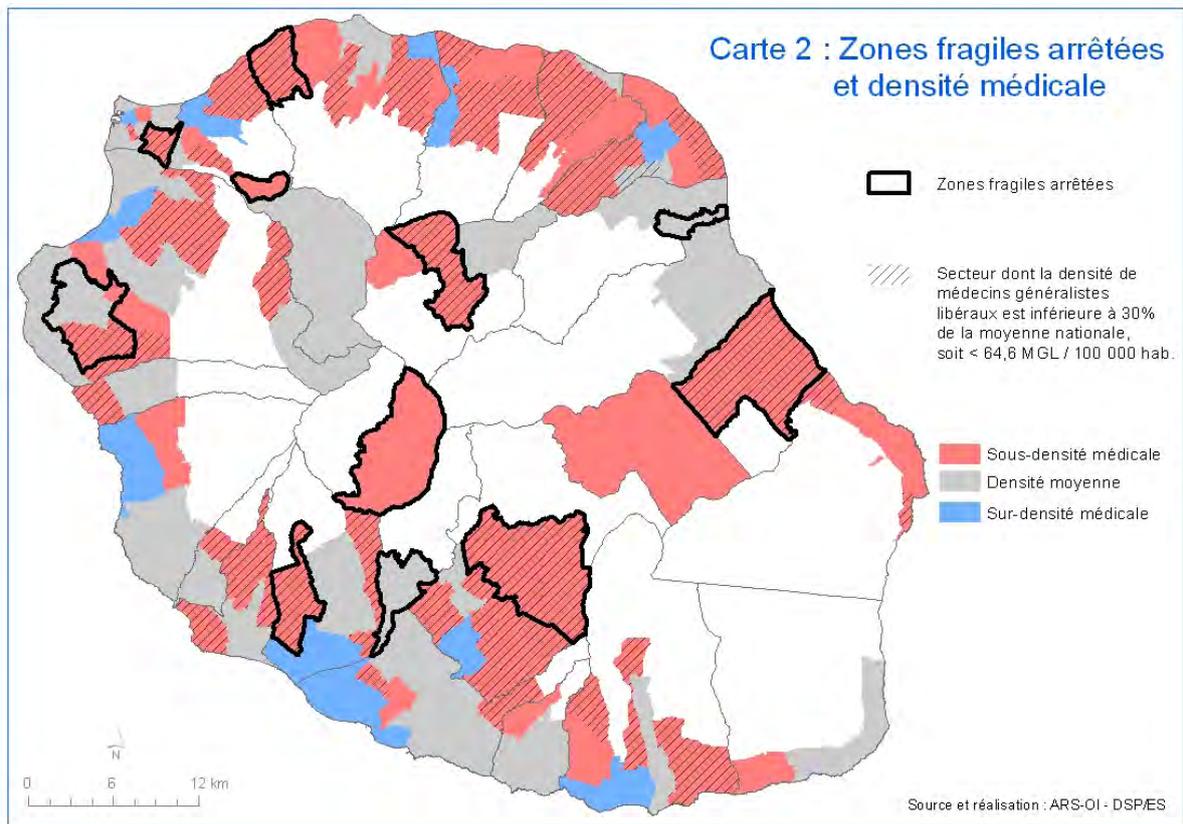
- 0 pour les densités inférieures à 25% de la densité départementale,
- 1 pour les densités comprises entre -25% et +25% de la densité départementale,
- 2 pour les densités supérieures à 25% de la densité départementale.

Puis la somme des cinq scores obtenus a été ventilée comme suit :

- score inférieur à 3 : sous-densité médicale
- score de 3 à 7 : densité intermédiaire (proche de la moyenne départementale)
- score supérieur à 7 : sur-densité médicale

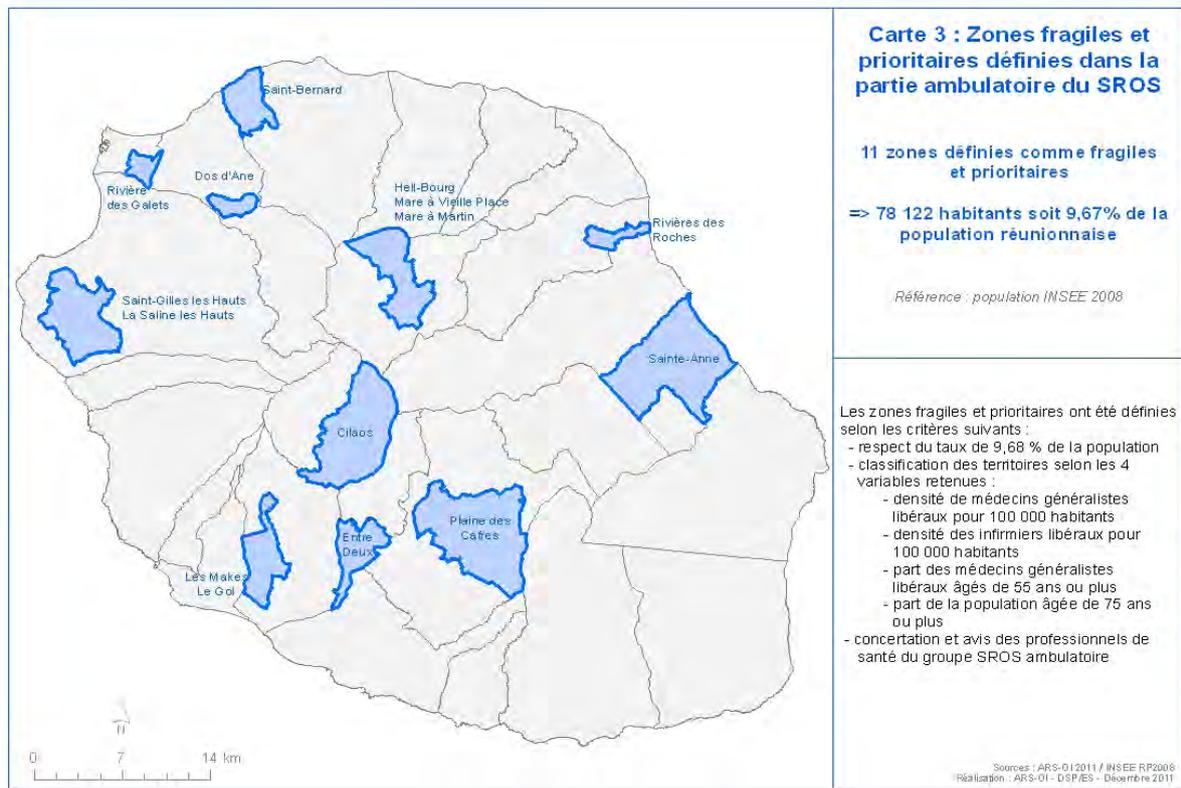
Cette méthodologie part du principe que la prestation de service offerte par une profession est équivalente à celle offerte par les autres professions.

Les résultats confirment le choix initial. En effet, aucune zone fragile n'appartient à un secteur en sur-densité médicale. Sur les 11 zones fragiles proposées, 8 zones sont classées en sous-densité médicale dont 6 ont une densité de médecins généralistes libéraux inférieure à 30% de la moyenne nationale, 2 zones en densité médicale moyenne et 1 zone comprise entre la densité moyenne et la sous-densité médicale (carte 2).



A l'issue de cette concertation avec les professionnels de santé libéraux, les zones suivantes ont été retirées : Sainte-Suzanne, Les Hauts des Aviron/L'Etang-Salé et remplacées par La Rivière des Galets (Le Port) et L'Entre-Deux.

Les zones fragiles et prioritaires à La Réunion sont identifiées sur la carte 3.



# L'offre de soins ambulatoire

## **Biologie médicale**

**— Un examen de biologie médicale**

Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain (article L. 6211-1 du code de la santé publique).

Un examen de biologie médicale se déroule en trois phases :

- **La phase pré-analytique**, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur un être humain, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé ;
- **La phase analytique**, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ;
- **La phase post-analytique**, qui comprend la validation, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication appropriée du résultat au prescripteur et, dans les conditions fixées à l'article L.1111-2, au patient, dans un délai compatible avec l'état de l'art (article L. 6211-2 du code de la santé publique).

La réforme de la biologie médicale prend place dans le cadre d'une réforme du système de soins français : la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009.

L'article 69 de cette loi a permis de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale (LBM).

**— Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010**

Cette ordonnance vient réformer la biologie médicale autour de trois grands principes :

- Elle instaure une accréditation obligatoire des laboratoires de biologie médicale selon la norme européenne NF EN ISO 15189 ;
- Elle modifie la définition du laboratoire de biologie médicale, hospitalier ou libéral en imposant au laboratoire de biologie médicale de participer à l'offre de soins et en permettant l'existence de laboratoires multi-sites sur un territoire de santé ;
- Elle propose d'accroître l'efficacité des dépenses par la réorganisation des laboratoires de biologie médicale et par une diminution sélective de prix portant sur les examens dont les analyses sont automatisées et l'interprétation standardisée.

## — Quelques éléments définis par l'ordonnance

### **Le laboratoire de biologie médicale**

L'ancienne appellation laboratoire d'analyses de biologie médicale est changée en laboratoire de biologie médicale (LBM).

L'ordonnance dissocie désormais la notion de laboratoire de biologie médicale de celle de site d'implantation puisque sous réserve des règles d'implantation territoriale, un même laboratoire peut être implanté sur un ou plusieurs sites (article L. 6212-1 du code de la santé publique).

Le laboratoire participe à des missions de santé publique. Il participe également à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé infrarégional (article L. 6212-3 du code de la santé publique).

### **L'accréditation**

L'un des principes fondamentaux de l'ordonnance du 13 janvier 2010 est celui de l'accréditation obligatoire des laboratoires de biologie médicale (article L. 6221-1 du code de la santé publique), à défaut de laquelle le fonctionnement ne sera plus autorisé. Les autorisations administratives permettant le fonctionnement des laboratoires de biologie médicale seront abrogées en 2016.

L'accréditation porte sur l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés par le laboratoire. Sont également concernés : les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, les examens d'anatomie et de cytologie pathologiques effectuées à l'aide de techniques relevant de la biologie médicale.

Cette accréditation est délivrée, à la demande du laboratoire, par l'instance nationale d'accréditation : le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) prévue au I de l'article 137 de la loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie (article L. 6221-2 du code de la santé publique).

### **L'implantation multi-sites et les limites territoriales**

Du fait des regroupements des laboratoires d'analyses et des fusions absorptions des sociétés (notamment les sociétés d'exercice libéral), les limites territoriales sont une préoccupation pour les biologistes de la Réunion. En effet, les restrictions apportées par l'ordonnance sur le volume des activités des laboratoires de biologie médicale imposent une répartition tenant compte des territoires de santé.

Les sites du laboratoire de biologie médicale sont localisés soit sur le même territoire de santé, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé limitrophes (article L. 6222-5 du code de la santé publique).

### **Sur la notion de territoire de santé**

Le prélèvement d'un échantillon biologique est réalisé dans l'un des territoires de santé d'implantation du laboratoire de biologie médicale (article L. 6211-16 du code de la santé publique).

L'acquisition, par une personne physique ou morale, de parts sociales de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition a pour effet de permettre à cette personne de contrôler, directement ou indirectement, sur un même territoire de santé, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L6223-4 du code de la santé publique).

De plus, le directeur général de l'agence régionale de la santé peut s'opposer :

- à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle a pour effet de porter sur le territoire de santé considéré, l'offre d'examen de biologie médicale à un niveau supérieur de 25% à celui des besoins de la population tels que définis par le schéma régional d'organisation des soins (article L. 6222-2 du code de la santé publique).
- à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduit à ce que, sur le territoire de santé considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25% du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6222-3 du code de la santé publique).

Un décret du 10 octobre 2011 définit les modalités de comptabilisation des examens de biologie médicale.

### Conditions d'ouverture

L'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale, public ou privé, est subordonnée au dépôt préalable, par son représentant légal, d'une déclaration auprès de l'agence régionale de santé, dans un délai fixé par voie réglementaire. Le contenu de cette déclaration est également fixé par voie réglementaire (article L. 6222-1 du code de la santé publique).

### Modalités d'exercice

Le biologiste qui exerce son activité professionnelle au sein d'un laboratoire de biologie médicale est désormais un biologiste médical (article L. 6213-1 du code de la santé publique) quelque soit sa formation professionnelle (pharmacien biologiste, médecin biologiste) ou son statut juridique au sein du laboratoire (salarié, travailleur indépendant,...).

### Structures juridiques d'exploitation

Le laboratoire de biologie médicale privé peut être exploité en nom propre ou sous la forme (article L. 6223-1 du code de la santé publique) :

- d'une association, d'une fondation ou d'un autre organisme à but non lucratif ;
- d'une société civile professionnelle ;
- d'une société d'exercice libéral ;
- d'une société coopérative ;
- d'un groupement de coopération sanitaire (article L. 6223-2 du code de la santé publique).

A noter que l'exploitation par une société anonyme ou une société à responsabilité limitée n'est plus autorisée et l'ordonnance prévoit un délai d'un an à compter de sa publication pour régulariser la situation des sociétés concernées (cf. article 9- I de l'ordonnance).

Les textes d'application ne sont pas encore publiés. Ainsi, pour permettre la gestion de ce secteur, le ministère a diffusé une instruction DGOS/R2/2010/333 du 9 septembre 2010 relative aux demandes d'ouverture de laboratoires de biologie médicale. Deux arrêtés ont été publiés :

- **arrêté du 5 août 2010** fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale ;
- **arrêté du 14 décembre 2010** définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.

**— La même réglementation pour la ville et l'hôpital**

La réforme harmonise les règles de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale entre le secteur privé et le secteur public qui sont soumis aux mêmes exigences, avec la reconnaissance d'un même niveau de fiabilité.

**— Une coopération facilitée entre les secteurs public et privé**

La coopération entre les secteurs public et privé est facilitée, notamment au travers des groupements de coopération sanitaire.

**— La médicalisation de la discipline renforcée**

Le biologiste médical acquiert désormais un rôle médical à part entière et son rôle dans le parcours de soins du patient est réaffirmé, pour une meilleure efficacité et une meilleure qualité (dialogue avec le clinicien pour le choix des examens biologiques à pratiquer ; réponse au patient et à son clinicien par des résultats validés, mais également par une interprétation biologique en fonction des éléments cliniques pertinents que le clinicien aura communiqués,...).

**— La qualité renforcée par l'accréditation**

L'accréditation devient obligatoire pour tous les laboratoires de biologie médicale. À compter du 1<sup>er</sup> novembre 2016, les laboratoires de biologie médicale ne peuvent fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur l'ensemble des examens de biologie médicale qu'ils réalisent.

**— Une pluralité de l'offre de biologie médicale garantie par une organisation territoriale et des règles prudentielles**

La réforme conduit à la fois, à un regroupement des laboratoires de biologie médicale et au maintien d'une limite territoriale de l'activité du laboratoire. Les laboratoires de biologie médicale deviennent multi-sites. Ceux-ci doivent être situés au maximum sur trois territoires de santé limitrophes.

La réforme met également en place des systèmes de garantie de la pluralité de l'offre de biologie médicale sur un territoire de santé. Des règles prudentielles, nécessaires et construites pour être proportionnées à l'intérêt de la santé publique, sont instaurées.

**— L'efficacité des dépenses de santé garantie par une adaptation des prix et des volumes**

La réforme de la biologie médicale vise également à réguler les dépenses de biologie médicale et à contribuer ainsi à l'équilibre de notre système de santé. La réforme contraint, par l'accréditation obligatoire, à des regroupements de laboratoires.

Elle prépare ainsi l'organisation de la biologie médicale à une évolution tarifaire différenciée, avec des tarifs plus proches des coûts.

L'efficacité des dépenses de santé passe également par l'adaptation des volumes. Une vraie marge de progrès existe sur des prescriptions mal adaptées, sur des doublons, encore trop nombreux. La bonne adaptation et la maîtrise des examens de biologie médicale pratiqués, sur la base de référentiels publiés, tout particulièrement par la Haute Autorité de Santé, sont indispensables et chacun doit pouvoir s'engager sur cette pertinence et cette maîtrise des actes pratiqués. L'ordonnance introduit une sanction pécuniaire pour les laboratoires de biologie médicale qui pratiqueraient des examens non justifiés par rapport à la nomenclature des actes de biologie médicale et aux recommandations de bonnes pratiques.

## — Les dispositions transitoires

L'article 7 de l'ordonnance a prévu des dispositions transitoires jusqu'au 31 octobre 2016. Aucun laboratoire de biologie médicale ne pourra fonctionner sans autorisation administrative s'il n'est pas accrédité.

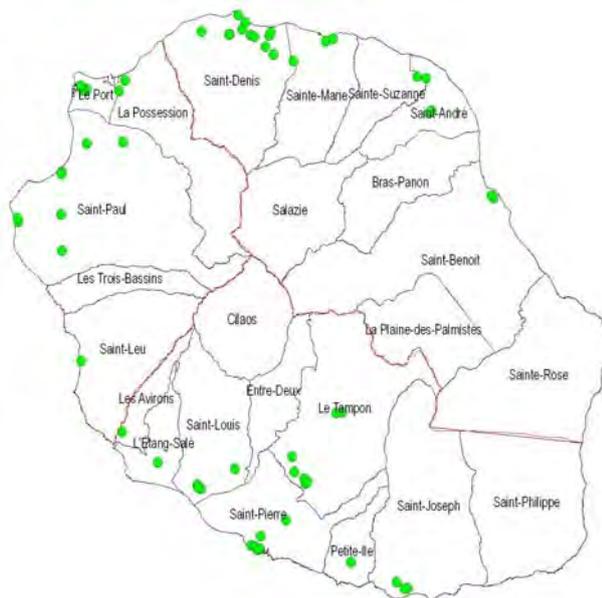
Après la publication de la présente ordonnance, une autorisation administrative sera délivrée à :

- un laboratoire de biologie médicale résultant de la fusion de plusieurs laboratoires existants en un laboratoire de biologie médicale. Lorsque ces laboratoires étaient réunis antérieurement en une société d'exercice libéral ou par des contrats de collaboration, la satisfaction des règles de territorialité antérieures à la publication de l'ordonnance a valeur de satisfaction, pour les sites concernés, au critère de territorialité défini à l'article L. 6222-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la présente ordonnance et dans la limite de trois départements limitrophes ou de la région Ile-de-France. Ces laboratoires peuvent ouvrir un site nouveau, dans le respect des limites territoriales définies au même article L. 6222-5, à condition de conserver le même nombre total de sites ouverts au public ;
- un laboratoire de biologie médicale existant qui ouvre des sites nouveaux, dès lors que ce laboratoire est accrédité pour au moins la moitié de son activité en nombre d'examens de biologie médicale réalisés pendant une année civile, dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé. L'autorisation administrative ne peut être délivrée à ce titre que jusqu'au 31 octobre 2016.

Les autorisations administratives seront abrogées le 1er novembre 2016.

Les territoires de santé de La Réunion comptent 56 sites de LBM privés et 3 sites publics.

**Carte n° 1 :** Répartition des sites de laboratoires de biologie médicale privés et publics à La Réunion (56 sites privés, 3 sites publics)



**Tableau n° 1 :** Répartition des sites de laboratoires de biologie médicale privés à la Réunion par territoire de santé

	Territoires de santé			Total
	Nord-Est	Ouest	Sud	
<b>Population</b>	311 941	175 617	315 435	802 993
<b>Nombre de sites de LBM privés</b>	19	14	23	56
<b>Densité de laboratoires par habitants</b>	16 418	12 544	13 715	14 339

A titre de comparaison, la densité de LBM en France était de 1 LBM pour 14 286 habitants en 2008.

### Répartition de l'activité de biologie médicale par territoire de santé

Les activités de la biologie médicale sont historiquement mesurées en nombre d'unités cotées à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM). L'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, précise que cette activité doit être, maintenant, mesurée en nombre d'examen réalisés par le laboratoire. Ainsi, les résultats des tableaux suivants, expriment l'activité biologique avec les deux types d'unités :

- volume global des analyses effectuées sur place en B (nombre d'unités à la NABM) ;
- nombre total d'examen analysés sur place.

**Tableau n°2 : Répartition de l'activité de biologie médicale par territoire de santé**

	Volume global des analyses effectuées sur place en B	Nombre total d'examens analysés sur place
<b>Nord-Est</b>		
<b>Total</b>	<b>134 828 468</b>	<b>4 447 866</b>
<b>Privé</b>	85 659 715	3 102 178
<b>Public</b>	49 168 753	1 345 688
<b>Ouest</b>		
<b>Total</b>	<b>57 605 438</b>	<b>478 071</b>
<b>Privé</b>	46 167 811	74 256
<b>Public</b>	11 437 627	403 815
<b>Sud</b>		
<b>Total</b>	<b>105 878 949</b>	<b>5 010 709</b>
<b>Privé</b>	56 068 702	2 462 818
<b>Public</b>	49 810 247	2 547 891
<b>La Réunion</b>		
<b>Total</b>	<b>298 312 855</b>	<b>9 936 646</b>
<b>Privé</b>	187 896 228	5 639 252
<b>Public</b>	110 416 627	4 297 394

**Part des transmissions d'examens de biologie médicale**

Lorsqu'un laboratoire de biologie médicale n'est pas en mesure de réaliser un examen de biologie médicale, il transmet à un autre laboratoire de biologie médicale, les échantillons biologiques à des fins d'analyse et d'interprétation.

L'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale dispose que ces transmissions ne peuvent excéder, pour une année civile, un pourcentage fixé par voie réglementaire compris entre 10 et 20 % du nombre total d'examens de biologie médicale réalisés par le laboratoire.

Les tableaux suivants permettent de situer le volume des transmissions d'échantillons par territoire.

**Tableau n°3 : Part des transmissions d'examens de biologie médicale par territoire de santé**

	Nombre total d'examens analysés sur place	Nombre total d'examens transmis pour analyses à d'autres laboratoires n'appartenant pas à l'entité juridique (SEL)	Transmission d'examens en %
<b>Nord-Est</b>			
<b>Total</b>	<b>4 359 393</b>	<b>320 741</b>	<b>7%</b>
<b>Privé</b>	3 013 705	305 696	10%
<b>Public</b>	1 345 688	15 045	1%
<b>Ouest</b>			
<b>Total</b>	<b>478 071</b>	<b>12 772</b>	<b>3%</b>
<b>Privé</b>	74 256	7 804	11%
<b>Public</b>	403 815	4 968	1%
<b>Sud</b>			
<b>Total</b>	<b>5 010 709</b>	<b>262 550</b>	<b>5%</b>
<b>Privé</b>	2462818	249872	10%
<b>Public</b>	2 547 891	12 678	0,5%

**Tableau n° 4 : Répartition du nombre de B par territoire de santé**

Territoires	Population RP2007	Nombre de sites de laboratoire	Densité laboratoires (avec 3 pub) (nbre pers /laboratoire)	Moyenne du nbre B /site labo	Nbre B /site labo privé	Nbre B /site labo public
<b>Nord-Est</b>	311 941	19 +1pub	15 597	6 741 423	4 508 406	49 168 753
<b>Ouest</b>	175 617	14 +1pub	11 708	4 114 675	3 297 701	11 437 627
<b>Sud</b>	315 435	23 +1pub	13 143	4 603 434	2 437 770	49 810 247
<b>La Réunion</b>	802 993	56 + 3pub	13 483	5 153 177	3 414 625	Sans objet

**Tableau n° 5 : Répartition du nombre de B par habitant et par territoire de santé**

La Réunion	Nord-Est	Ouest	Sud	Total
<b>Population</b>	311 941	175 617	315 435	802 993
<b>Indicateur</b>	<b>Nombre de B par habitants</b>			
<b>Total</b>	432	328	336	372
<b>Privé</b>	275	263	178	Sans objet
<b>Public</b>	158	65	158	Sans objet

*Sept communes ne sont pas pourvues d'un site de laboratoire de biologie médicale en raison d'une population, trop faible. La commune de Bras-Panon est une exception.*

**Tableau n° 6 : Communes sans implantation de site de laboratoire de biologie médicale**

Territoires	Commune	Population municipale au RP2008	Taux de variation annuel moyen 99-08	Taux de variation annuel moyen 06-08
<b>Nord-Est</b>	<b>Bras-Panon</b>	11404	1,8%	1,7%
	<b>La Plaine-des-Palmistes</b>	4940	4,1%	4,6%
	<b>Sainte Rose</b>	6809	0,4%	1,1%
	<b>Salazie</b>	7294	-0,2%	1,6%
<b>Ouest</b>	<b>Les Trois Bassins</b>	6994	0,6%	1,4%
<b>Sud</b>	<b>Saint Philippe</b>	5114	0,6%	0,8%
	<b>Cilaos</b>	5994	-0,2%	1,3%

#### Autres problématiques

La filière biologique fait actuellement l'objet de concertation au sein du CHR de La Réunion. Les laboratoires du CHR site nord et du CHR site sud ont réparti la réalisation des examens biologiques entre ces deux établissements.

Des prélèvements sont envoyés en métropole en particulier pour certains examens dont la pratique est moins fréquente (maladies auto-immunes, analyses de génétique...). Les laboratoires des établissements publics prennent en charge les examens provenant des laboratoires de biologie médicale de ville.

Le laboratoire de biologie médicale du centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM) souhaiterait participer à la répartition des examens biologiques et ainsi mutualiser avec le CHR.

La mutualisation est également souhaitée entre les laboratoires publics et les laboratoires privés en établissant, entre les deux secteurs, une répartition des examens biologiques.

Il ressort de ce premier point, qu'il est nécessaire de connaître au niveau régional, la quantité d'examens spécialisés demandés par les prescripteurs dont l'analyse est adressée en métropole. Cet état des lieux permettra d'éclairer la décision de réaliser ou pas, ces examens à La Réunion. Une liste d'analyses spécialisées est en cours de rédaction pour être adressée à tous les biologistes.

La permanence s'organise sur les trois territoires de santé et concerne tous les LBM privés et publics.

Concernant l'organisation de la permanence des soins et l'urgence, trois laboratoires publics et quatre laboratoires privés, assurent actuellement une permanence la nuit et le week-end.

## 5 Plan d'actions 2012-2016

— **Objectif 1 : Accompagner la mise en œuvre de la réforme notamment en matière d'efficacité et de qualité des pratiques ;**

### *Action 1 :*

Veiller à la mise en place de l'accréditation, y compris pour les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal, et d'examens des caractéristiques génétiques ;

### *Action 2 :*

Veiller à l'équilibre et à la continuité de l'offre de biologie médicale pour maintenir un accès aisé de la population ;

— **Objectif 2 : Fixer des règles d'implantation territoriale pour les laboratoires de biologie médicale (LBM) afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale ;**

### *Action 1 :*

Elaborer une cartographie de l'offre (exprimée en nombre de sites ouverts au public) ;

### *Action 2 :*

Estimer les besoins de la population en nombre total d'examens prélevés sur le territoire en prenant en compte l'évolution démographique, la répartition de la population par commune et par tranche d'âge ;

La quantification de l'activité par le recueil du nombre d'examens n'est pas satisfaisante puisque le texte réglementaire définissant cette comptabilité n'a pas été publié. Le nombre d'unités côtés dans la nomenclature en B sera retenu pour mesurer les activités de tous les laboratoires.

### *Action 3 :*

Indiquer par territoire de santé les besoins en implantation exprimés en nombre de sites ouverts au public ;

### *Action 4 :*

Susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant ;

### *Action 5 :*

Elaboration d'indicateurs d'aide à l'installation ;

— **Objectif 3** : Renforcer la proximité et l'accessibilité de l'offre de soins au plus grand nombre

*Action 1 :*

Laisser à l'initiative des biologistes, la liberté de créer ou de fermer des laboratoires ;

*Action 2 :*

Renforcer le rôle prépondérant des infirmiers dans la phase préanalytique, notamment pour les familles les plus isolés géographiquement ;

- *Elaborer un cahier des charges intégrant les éléments de l'ordonnance relative à la biologie médicale ;*

— **Objectif 4** : Prévoir les évolutions sur l'organisation territoriale de l'offre de biologie médicale pour les établissements de santé, publics et privés ;

*Action 1 :*

Inciter le regroupement des LBM par mutualisation

*Action 2 :*

Favoriser l'entrée dans l'accréditation

*Action 3 :*

Organiser la permanence des soins et l'urgence

- *Mobiliser les laboratoires de biologie médicale dans le dispositif de la permanence des soins ;*

— **Objectif 5** : Favoriser la mise en place de filières en biologie médicale afin de gérer au mieux l'analyse des examens biologiques en métropole ;

*Action 1 :*

Mener une étude médico-économique sur les examens biologiques réalisés en métropole.

## 6 Éléments d'aide à l'implantation des sites de LBM

Tableau n° 7 : Indicateurs pour un site de laboratoire privé de biologie médicale en 2011

Indicateurs	Population RP2007	Médecins en 2011	Infirmiers en 2011	Nombre B par site de LBM
pour 1 site de laboratoire privé	14 339	23	23	3 414 625



# L'offre de soins hospitalière



## Activités de soins

# Médecine

## 1 Éléments du diagnostic territorial

L'évolution de l'organisation et des pratiques hospitalières est marquée par une complexité croissante et un temps médical de plus en plus mesuré et cela dans un contexte de financement de l'Assurance Maladie particulièrement contraint.

L'activité de médecine s'exerce au sein des établissements de santé. Cette activité est confrontée aux enjeux suivants :

- **le vieillissement de la population,**
- **une spécialisation de plus en plus importante,**
- **le développement des maladies chroniques,**
- **la recherche d'une meilleure efficacité technique mobilisant des moyens de plus en plus importants et coûteux,**
- **une démarche médicale s'appuyant sur des référentiels de plus en plus nombreux avec en corollaire, l'évaluation des pratiques professionnelles.**

Par contre, les organisations actuelles, souvent facteurs de dispersion des interventions de santé sont à l'origine de dysfonctionnements dans le parcours de soins des patients.

Le taux de recours brut régional en médecine est de 826,8 séjours pour 10000 habitants en 2009 contre 1123 au niveau national. Le taux de recours standardisé est de 1106 séjours pour 10.000 habitants en 2009. Ces taux de recours sont en baisse depuis 2006, même si la forte baisse entre 2006 et 2007 s'explique en partie par le niveau de recours atteint lors de l'épidémie de Chikungunya de 2006.

Séjours avec GHM de médecine pour 10000 habitants domiciliés *	La Réunion	France entière	Evolution 2006-2009
Taux de recours brut 2009	826.8	1123	-83,4
Taux de recours standardisés 2009	1106		-110,9

\* hors séances et hors techniques interventionnelles

> **Le territoire Nord-Est** affiche un taux d'autarcie de 94,4% pour un taux de fuite de 5,6%. En médecine, les besoins de la population de ce territoire sont satisfaits par les établissements de ce territoire dans plus de 9 cas sur 10. Le territoire nord-est est attractif en médecine puisque 17,9% des séjours produits par les établissements de ce territoire sont consommés par des patients d'autres territoires.

*Au sein du territoire nord-est, un bassin « est » a été isolé à partir de l'agrégation des populations de Sainte Suzanne à Sainte Rose. Ce bassin de plus de 137000 habitants affiche un taux d'autarcie en médecine de 54,5% et un taux de fuite de 45,5%. Les domaines d'activité rencontrant le plus de fuite sont les suivants : rhumatologie, pathologie vasculaire, neurologie, pneumologie, hématologie, maladies infectieuses, douleurs chroniques et soins palliatifs.*

> **Le territoire Ouest** affiche un taux d'autarcie de 59,3% pour un taux de fuite de 40,7%. En médecine, les besoins de la population de ce territoire sont satisfaits par les établissements de ce territoire dans moins de 6 cas sur 10.

Les domaines d'activité rencontrant le plus de fuite sont les suivants : rhumatologie, pathologie vasculaire, neurologie, pneumologie, hématologie, maladies infectieuses, douleurs chroniques et soins palliatifs.

> **Le territoire Sud** affiche un taux d'autarcie de 92,8% pour un taux de fuite de 7,2%. En médecine, les besoins de la population de ce territoire sont satisfaits par les établissements de ce territoire dans plus de 9 cas sur 10. Le domaine d'activité rencontrant le plus de fuite est le suivant : douleurs chroniques et soins palliatifs. Le territoire sud est attractif en médecine à hauteur de 13,3%.

En matière d'activités, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) fixés en médecine n'ont été atteints dans aucun territoire de santé. Le nombre de séjours en médecine a augmenté de 5% au cours de l'exercice du SROS III de la Réunion.

Territoires de santé	Nord-Est	Ouest	Sud	Total
<b>OQOS réalisée en 2005</b>	32 748	10 061	27 128	69937
<b>OQOS réalisée en 2010</b>	37 754	10 634	24 958	73 346
<b>% évolution (2005/2010)</b>	15%	6%	-8%	5%
<b>OQOS 2010 mini</b>	37 462	13 014	34 151	84 627
<b>OQOS 2010 maxi</b>	39 447	14 400	34 750	88 597
<b>Delta (réalisé-mini)</b>	+292	-2 380	-9 193	-11 281

*Au total, les orientations du SROS III en médecine sont incomplètement atteintes ; en particulier dans la prise en charge des maladies chroniques.*

> **Le territoire ouest** et le bassin de vie « est » du territoire nord-est restent insuffisamment couverts en terme de médecine spécialisée hospitalière. La tension sur les effectifs médicaux liée en particulier aux problématiques de démographie médicale rend difficile l'organisation de consultations décentralisées.

En dernier lieu, l'organisation des prises en charge des patients porteurs de maladies chroniques autour de la notion de filière de soins est largement perfectible.

Niveau 1 : activités de soins hors permanence des soins hospitaliers (centres autorisés de chirurgie ambulatoire, actes techniques de médecine avec anesthésie),  
Niveau 2 : niveau de plateaux techniques de recours infrarégional,  
Niveau 3 : niveau de recours régional nécessitant une organisation régionale.

**— Accessibilité**

— **Objectif 1** : Equilibrer la répartition des sites de médecine par territoire de santé

*Action 1 :*

Implanter 3 sites autorisés en médecine dans le territoire de santé nord-est, avec sur chaque site, une offre organisée de médecine à temps partiel ;

*Action 2 :*

Implanter 2 sites autorisés en médecine dans le territoire de santé ouest, avec sur chaque site, une offre organisée de médecine à temps partiel ;

*Action 3 :*

Implanter 3 sites autorisés en médecine dans le territoire de santé sud, avec sur chaque site, une offre organisée de médecine à temps partiel ;

— **Objectif 2** : Améliorer le taux de recours en médecine au sein du territoire de santé ouest pour la population domiciliée ;

*Action 1 :*

Consolider l'offre de médecine spécialisée portant sur les disciplines suivantes : cardiologie, diabétologie-endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, en coopération avec les autres établissements de santé afin d'optimiser l'activité de médecine polyvalente ;

*Action 2 :*

Poursuivre l'organisation de consultations hospitalières avancées pour répondre aux besoins des populations ;

— **Objectif 3** : Réduire les fuites du bassin « est » du territoire nord-est pour les activités de niveau 1 et 2 ;

*Action 1 :*

Créer une offre de médecine spécialisée dans le cadre de l'autorisation de médecine du GHER portant sur les disciplines suivantes : cardiologie, diabétologie-endocrinologie, gastro-entérologie afin d'optimiser l'activité de médecine polyvalente ;

*Action 2 :*

Poursuivre l'organisation de consultations hospitalières avancées pour répondre aux besoins des populations ;

*Action 3 :*

Organiser une filière permettant la mutualisation des moyens médicaux entre le GHER, le CHR site nord et la Clinique Sainte Clotilde ;

— **Objectif 4** : Organiser un projet médical sur le site de l'hôpital de Cilaos répondant aux problématiques de santé de la population alliant réponse sanitaire et médico-sociale.

## — Qualité et sécurité des soins

### > Prise en charge des syndromes douloureux chroniques au niveau des territoires de santé

Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont obligatoirement rattachées à un établissement de santé public ou privé.

Deux niveaux d'organisation polyvalente :

**1. Un premier niveau de SDC :** les consultations regroupant médecin, IDE, psychologue, assurant une prise en charge pluri-professionnelles en lien avec l'offre de premier recours ;

**2. Un second niveau de SDC :** les centres assurant une prise en charge médicale pluridisciplinaire, dotés d'un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation ;

Toutes les SDC doivent d'abord être polyvalentes.

Elles peuvent de plus posséder des expertises spécifiques (technicités disponibles, catégories de pathologies douloureuses) ou une orientation populationnelle particulière (pédiatrie) et être alors recensées en tant que telles, afin de participer à la définition de filières de prises en charge.

Une coordination régionale est mise en place par l'ARS. Elle s'appuie sur les organisations déjà existantes. Elle veille à la réalisation d'un annuaire régional des structures (consultations et centres), à l'organisation du maillage territorial, à l'identification des spécificités et à la définition des filières, à la mise à disposition de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les patients relevant de situations cliniques complexes et la diffusion de protocoles et procédures standardisés.

— **Objectif 1 :** Améliorer le maillage territorial en structures d'étude et de traitement de la douleur chronique de type consultation polyvalente en lien avec les soins de premier recours ;

*Action 1 :*

Implanter une consultation d'étude et de traitement de la douleur chronique dans chaque territoire de santé (territoire nord-est, sud et ouest) de la Réunion ;

— **Objectif 2 :** Assurer un niveau d'expertise régionale dans la prise en charge des syndromes douloureux chroniques complexes

*Action 1 :*

Organiser les filières de recours et identifier un centre régional d'étude et de traitement de la douleur chronique à vocation régionale (La Réunion et Mayotte)

— **Objectif 3 :** Coordonner les structures d'étude et de traitement de la douleur de la Réunion sur les actions suivantes :

- réalisation d'un annuaire régional des structures,
- organisation du maillage territorial,
- identification des spécificités et définition de filières,
- mise à disposition de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP),
- diffusion de protocoles et procédures standardisés ;

## > Prise en charge de l'obésité

- **Objectif 4** : Promouvoir la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée ;

### **Action 1 :**

Organiser une filière régionale de prise en charge de l'obésité sévère ;

### **Action 2 :**

Identifier un centre spécialisé des obésités sévères par coopération entre plusieurs établissements de santé publics et privés de La Réunion et de Mayotte ;

## > Télémédecine

- **Objectif 5** : Identifier dans le programme de télémédecine des actions propres à l'activité de médecine ;

### **Action 1 :**

Echanger des données par l'intermédiaire de plateforme, forum et/ ou portails : dossier médical informatisé et partagé en lien avec la médecine ambulatoire ;

### **Action 2 :**

Promouvoir des expertises à distance ;

### **Action 3 :**

Développer les thématiques suivantes : accès à de l'information personnalisée (transmission de résultats, de consignes, de modifications de traitement).

## — Efficience

- **Objectif 1** : Faciliter le maintien à domicile pour optimiser le recours à l'hospitalisation ;

### **Action 1 :**

Favoriser dans les établissements de santé la mise en place d'un partenariat étroit avec les services de maintien et d'aide à domicile et les structures d'hospitalisation à domicile ;

### **Action 2 :**

Promouvoir la réalisation d'un bilan médico-social pour les patients hospitalisés en situation potentielle de dépendance en vue d'étudier les modalités de retour à domicile, en impliquant les professionnels de santé libéraux ;

### **Action 3 :**

Organiser au sein des établissements de santé un accès à des consultations externes spécialisées en complémentarité avec les professionnels de santé libéraux, pour les patients fragiles non hospitalisés ;

- **Objectif 2** : Améliorer le parcours de soin du patient au sein des établissements de santé

### **Action 1 :**

Tendre vers un taux d'admission programmée en médecine de 50 % par une meilleure gestion de l'hospitalisation non urgente avec la médecine de ville ;

**Action 2 :** Favoriser l'admission programmée et directe dans les services de médecine selon les axes suivants :

- Diminuer l'adressage des patients aux urgences par les médecins de ville pour des situations non urgentes,
- Organiser les services de médecine pour faciliter les entrées directes,
- définir dans chaque unité de court séjour les conditions permettant cet accès direct,
- Mettre en place un accès, dans les 24 heures, à des consultations externes spécialisées ou polyvalentes à la demande des médecins traitants,
- Informer le médecin traitant des soins et de l'évolution du patient pendant le séjour,
- Informer le médecin traitant de la sortie vers le domicile ou vers des structures d'aval.

— **Objectif 3 :** Favoriser l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé ;

**Action 1 :**

Inclure dans les projets médicaux des établissements de santé un volet « politique d'éducation thérapeutique » ;

— **Objectif 4 :** Renforcer l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus :

**Action 1 :**

Réaliser une étude sur les inadéquations hospitalières en médecine ayant pour objectifs de :

- Déterminer le niveau des inadéquations hospitalières,
- Mettre en évidence des facteurs explicatifs de ces inadéquations et des facteurs de risque associés,
- Evaluer le taux d'inadéquations « résorbable »,
- Calculer l'impact économique de leur réduction ;

— **Objectif 5 :** Optimiser la ressource médicale au sein des services de médecine ;

**Action 1 :**

Favoriser le recrutement de médecins généralistes au sein de services spécialisés en médecine afin de permettre aux médecins spécialistes de se consacrer pleinement à leur expertise ;

**Action 2 :**

Favoriser la coopération entre les médecins et les personnels paramédicaux dans la réalisation des explorations fonctionnelles (explorations fonctionnelles respiratoires, EMG, EEG,...).

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Faciliter la prise en charge des personnes handicapées à travers la rédaction de protocoles spécifiques d'admission en consultations médicales spécialisées et en hospitalisation

— **Objectif 2** : Organiser la coopération entre chaque établissement autorisé en médecine et les structures d'aval suivantes afin d'améliorer le parcours du patient :

- hospitalisation à domicile (HAD),
- soins de suite et de réadaptation (SSR),
- services de soins à domicile (SSIAD),
- établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- lits halte soins santé (LHSS) ;

### **Action 1 :**

Mettre en place des liaisons formalisées sous forme de convention entre les services de médecine et les structures d'aval ;

### **Action 2 :**

Elaborer des procédures et des outils afin de faciliter la transmission des informations médicales dans le but de faciliter la continuité des soins ;

### **Action 3 :**

Promouvoir l'avis des équipes médicales et soignantes des structures d'aval dès la phase aiguë de prise en charge ;

— **Objectif 3** : Faciliter la coordination entre les services de médecine avec les professionnels de santé de premier recours afin de permettre un retour à domicile dans les meilleures conditions pour les patients ;

### **Action 1 :**

Réduire les délais d'adressage des comptes-rendus d'hospitalisation à l'attention des médecins traitants ;

### **Action 2 :**

Communiquer auprès des médecins traitants, les coordonnées et les compétences des médecins intervenant dans les services de médecine des établissements de santé ;

— **Objectif 4** : Développer les coopérations entre structures de médecine du territoire Ouest et du bassin Est du territoire nord-Est et les sites de recours de La Réunion (CHR sites nord et sud, Clinique Sainte Clotilde) ;

### **Action 1 :**

Mettre en place des consultations avancées

– **Objectif 5 : Mutualiser les compétences médicales entre structures de médecine :**

- du territoire ouest avec les sites de recours de la Réunion pour assurer une prise en charge médicale de proximité au sein de ces établissements ;
- du bassin est du territoire nord-est avec les sites de recours de la Réunion pour assurer une prise en charge médicale de proximité au sein de ces établissements.

### 3 Implantations

Territoire de santé	Nord-Est	Ouest	Sud
<b>Etablissements de santé autorisés en médecine en 2011 (entité géographique).</b>	CHR Félix Guyon Groupe Hospitalier Est Réunion (2 sites) Clinique Sainte Clotilde	Centre Hospitalier Gabriel Martin, Institut Robert Debré, Clinique Jeanne d'Arc.	4 implantations au titre du CHR Groupe Hospitalier Sud Réunion (Saint Pierre, Saint Louis, Saint Joseph, Cilaos)
<b>Implantations en hospitalisation complète de médecine en 2016</b>	3 implantations	2 implantations	4 implantations
<b>Implantations en hospitalisation à temps partiel de médecine (hospitalisation de jour) en 2016</b>	3 implantations	2 implantations	4 implantations

L'autorisation de médecine de la Clinique Jeanne d'Arc autorisée le 13 mai 2008 est caduque depuis le 13 mai 2011. Cette autorisation est supprimée.

### 4 Indicateurs de suivi

- Taux de recours en médecine,
- Taux de pratique en médecine à temps partiel,
- Part des séjours de médecine avec actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale,
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.

# Chirurgie

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La situation de la chirurgie est marquée par une démographie médicale en difficulté, une pratique s'orientant vers une spécialisation accrue et une évolution des techniques qui tend vers plus d'explorations et moins de gestes invasifs.

Les professionnels s'accordent sur le fait que le maintien des compétences en chirurgie est avant tout lié au volume de l'activité et au cadre dans lequel elle est exercée.

Il existe un seuil d'activité en deçà duquel il existe un risque en terme de sécurité des soins pour les patients pris en charge, compte tenu du risque de perte de compétence des praticiens et des équipes paramédicales, de la faible attractivité des structures et de la difficulté à y maintenir une permanence des soins. Le seuil communément admis pour un site est de 2 000 interventions annuelles avec anesthésie soit 1500 séjours de chirurgie en termes de PMSI.

Le taux de recours standardisé en chirurgie à la Réunion est inférieur à celui du niveau national malgré une évolution de +41,6 séjours pour 10.000 habitants entre 2006 et 2009.

Séjours avec GHM de chirurgie pour 10000 habitants domiciliés *	La Réunion	France entière	Evolution 2006-2009
Taux de recours brut 2009	512,2	796,1	+15,9
Taux de recours standardisés 2009	635,8		+41.6

> **Le territoire Nord-Est** affiche un taux d'autarcie de 89,4% pour un taux de fuite de 10,6%. En chirurgie, les besoins de la population de ce territoire sont satisfaits par les établissements de ce territoire dans 9 cas sur 10. Pour information, les fuites sont relatives à des activités relevant soit de l'autorisation de neurochirurgie déployée au CHR site sud, soit d'une prise en charge réalisable uniquement en métropole.

Le territoire nord-est est attractif en chirurgie puisque 18,3% des séjours produits par les établissements de ce territoire sont consommés par des patients d'autres territoires.

> **Le territoire Ouest** affiche un taux d'autarcie de 71,4% pour un taux de fuite de 28,6%. En chirurgie, les besoins de la population de ce territoire sont satisfaits par les établissements de ce territoire dans 7 cas sur 10. Les activités rencontrant le plus de fuite, bien que pratiquées sur ce territoire, sont la chirurgie digestive majeure, la chirurgie du sein, la chirurgie urologique, la chirurgie de l'appareil génital masculin et la chirurgie de la thyroïde. Par contre, le territoire ouest est attractif en chirurgie puisque 23,6% des séjours produits par les établissements de ce territoire sont consommés par des patients d'autres territoires, notamment pour les spécialités chirurgicales suivantes : chirurgie gynécologique, chirurgie ORL et chirurgie ophtalmologique.

> **Le territoire Sud** affiche un taux d'autarcie de 82% pour un taux de fuite de 18%. En chirurgie, les besoins de la population de ce territoire sont satisfaits par les établissements de ce territoire dans 8 cas sur 10. Les fuites sont relatives à des activités relevant soit de l'autorisation de chirurgie cardiaque déployée au Centre Hospitalier Régional site nord, soit d'une prise en charge réalisable uniquement en métropole. Le territoire sud est attractif en chirurgie à hauteur de 11,7%.

En matière de chirurgie ambulatoire, tous les sites autorisés en chirurgie ont développé une activité de chirurgie ambulatoire. Le taux global de ce mode de traitement était de 41,5% à la Réunion contre 36,2% au niveau national en 2009.

Par ailleurs, le taux de chirurgie ambulatoire à la Réunion pour les 17 gestes marqueurs est de 83,3% en 2009 (taux national : 74,3%).

En matière d'activités, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) fixés en chirurgie n'ont été atteints dans aucun territoire de santé. Le nombre de séjours de chirurgie a augmenté de 29% au cours de l'exercice du SROS III de La Réunion, soit un accroissement moyen de 5,8% par an.

Territoire de santé	Nord-Est	Ouest	Sud	Total
<b>OQOS réalisés en 2005</b>	16 299	9 019	11 981	37 299
<b>OQOS réalisés en 2010</b>	21 351	13 673	17 308	52 332
<b>% évolution (2005/2010)</b>	24%	34%	31%	29%
<b>OQOS 2010 mini</b>	22 612	15 627	19 972	58 211
<b>OQOS 2010 maxi</b>	23 260	15 707	20 700	59 667
<b>Delta (réalisés-mini)</b>	-1 261	-1 954	-2 664	-5 879

Au total, le développement de la chirurgie ambulatoire a été le point marquant de l'exercice du SROS III qui atteint à La Réunion pour les 17 gestes marqueurs, le taux de pratique le plus élevé de France.

Par contre, la mise en œuvre de filières médico-chirurgicales reste perfectible en particulier sur les thématiques suivantes : urgences-main, obésité, chirurgie infantile, chirurgie gynécologique complexe.

*Niveau 1 : activités de soins hors permanence des soins hospitaliers (centres autorisés de chirurgie ambulatoire, actes techniques de médecine avec anesthésie),*  
*Niveau 2 : niveau de plateaux techniques de recours infrarégional,*  
*Niveau 3 : niveau de recours régional nécessitant une organisation régionale.*

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Structurer la gradation des sites de chirurgie par territoire de santé ;

#### Action 1 :

#### Equilibrer les activités de chirurgie entre les territoires de santé

- **Nord-Est** : Implanter 4 sites autorisés en chirurgie de recours infrarégional (niveau 1 et 2) avec sur chaque site, une offre organisée de chirurgie ambulatoire ;

- **Ouest :**
  - o Implanter 2 sites autorisés en chirurgie de recours infrarégional (niveau 1 et 2) avec sur chaque site, une offre organisée de chirurgie ambulatoire ;
  - o Implanter 1 site autorisé de chirurgie de premier recours assurant la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie et de la chirurgie ambulatoire ;
- **Sud :** Implanter 2 sites autorisés en chirurgie de recours infrarégional (niveau 1 et 2) avec sur chaque site, une offre organisée de chirurgie ambulatoire ;

### Action 2 :

#### Organiser une filière régionale pour les activités suivantes :

- prise en charge des urgences de la main ;
- chirurgie de l'enfant ;
- chirurgie gynécologique complexe :
  - o endométriose sévère ;
  - o troubles majeurs de la statique pelvienne ;
  - o chirurgie de la reconstruction mammaire et des plasties abdominales ;
- chirurgie de la stérilité ;
- chirurgie des implants cochléaires dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire « surdité » ;

— **Objectif 2 :** Garantir à la population l'accessibilité à des actes de chirurgie en secteur conventionnel 1 dans chaque territoire de santé ;

— **Objectif 3 :** Poursuivre la prise en charge des urgences chirurgicales au sein des sites assurant un service d'urgences autorisé :

- Centre Hospitalier Régional sites nord et sud ;
- Centre Hospitalier Gabriel Martin ;
- Groupe Hospitalier Est Réunion.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1 :** Restructurer les sites de moins de 1500 séjours de chirurgie (GHM en C) par regroupement des plateaux techniques ;

#### Action 1 :

Restructurer la Clinique Jeanne d'Arc autour de son activité de gynécologie-obstétrique et transférer les activités de chirurgie hors gynécologie-obstétrique sur le site géographique de la Clinique Les Orchidées ;

— **Objectif 2** : Organiser la prise en charge chirurgicale des enfants autour des structures suivantes :

- Le Centre Hospitalier Régional de la Réunion : sites nord et sud,
- Etablissements autorisés en chirurgie ne disposant pas d'unité spécifique de chirurgie infantile,
- Réseau de chirurgie infantile ;

*La chirurgie de l'enfant est définie comme la prise en charge d'un enfant ayant besoin d'un acte chirurgical dès avant la naissance jusqu'à la fin de la croissance. Elle comprend :*

- la chirurgie orthopédique et traumatologique,
- la chirurgie digestive,
- la chirurgie urologique, la chirurgie plastique,
- la chirurgie ORL, stomatologique et ophtalmologique,
- la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

*Le Centre Hospitalier Régional de la Réunion assure la fonction d'établissement de recours régional pour les territoires de santé de la Réunion et de Mayotte. Il assure la prise en charge des pathologies spécifiques de l'enfant, la traumatologie complexe et la chirurgie non programmée. Il est le lieu unique où sont opérés les enfants de moins de 1 an.*

#### **Action 1 :**

Assurer pour l'hospitalisation des enfants de moins de 1 an, les règles figurant dans la charte de l'enfant hospitalisé : un milieu d'hospitalisation spécifique à l'enfant et un environnement adapté aux besoins physiques et affectifs de celui-ci ;

- Disposer pour la prise en charge des enfants de moins de 1 an , d'une équipe médicale composée de chirurgiens pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisés et spécifiques ;

#### **Action 2 :**

Organiser l'activité de chirurgie pédiatrique de recours au sein d'un service unique implanté sur chacun des deux sites du CHR afin de favoriser la concertation et l'harmonisation des pratiques chirurgicales et anesthésiques ;

- Répartir l'activité de chirurgie infantile de la façon suivante :

##### **Centre Hospitalier Régional site nord :**

- o chirurgie néonatale (enfant de 0 à 28 jours) : niveau 3,
- o chirurgie carcinologique viscérale : niveau 3,
- o chirurgie infantile viscérale de l'enfant de moins de 1 an : niveau 1, 2 et 3,
- o chirurgie orthopédique et traumatologique de l'enfant (niveau 1, 2 et 3).

##### **Centre Hospitalier Régional site sud :**

- o chirurgie
- o et traumatologique de l'enfant (niveau 1, 2 et 3).

#### **Action 3 :**

Autoriser la prise en charge des enfants de 1 an à trois ans au sein des établissements de santé ne disposant pas d'unité spécifique de chirurgie infantile pour les activités de chirurgie programmée et non programmée suivantes :

- actes de chirurgie programmée, notamment en chirurgie ambulatoire : ORL, ophtalmologie, stomatologie et chirurgie non spécialisée de l'enfant,
- urgences et traumatologie simple ;

#### Action 4 :

Subordonner la prise en charge des enfants de 1 à 3 ans à la participation à un réseau de chirurgie infantile et à une pratique régulière de la chirurgie et de l'anesthésie infantile ;

*L'activité de chirurgie pédiatrique doit être organisée dans le cadre d'un réseau structuré au sein duquel interviennent des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs spécialisés et des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs non spécialisés (ORL, Stomatologie, ophtalmologie,...).*

#### Action 5 :

Organiser un réseau régional de chirurgie infantile piloté par le CHR de la Réunion ;

- Assurer la formation continue des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs non spécialistes prenant en charge les enfants de 1 à 3 ans ;
- Formaliser les relations entre les établissements autorisés en chirurgie et le Centre Hospitalier Régional de la Réunion par des conventions ;
- Coordonner des expertises interrégionales et interdisciplinaires complémentaires afin d'assurer à l'enfant une prise en charge qui nécessiterait un transfert en métropole ;

#### — Objectif 3 : Organiser au plan régional la prise en charge des blessés de la main ;

*Les urgences de la main conduisent le plus souvent à une chirurgie fonctionnelle où la qualité du traitement initial permet de diminuer la durée de l'incapacité et réduire les séquelles dont les conséquences socioprofessionnelles peuvent être majeures en particulier chez les travailleurs manuels.*

#### Deux situations :

##### 1. Traumatismes de la main graves et isolés :

*Ces traumatismes doivent être orientés vers un centre spécialisé disposant d'une surveillance continue et de transfusion immédiate (réimplantations, grandes revascularisations,...).*

##### 2. Traumatismes de la main sans gravité évidente :

*Ces traumatismes posent le plus des problèmes de tri :*

- éviter de déplacer les patients qui pourraient être traités sur place,
- éviter de priver un blessé de l'accès à une unité spécialisée si la lésion le justifie.

#### Action 1 :

Améliorer l'orientation des patients présentant un traumatisme de la main

- Diffuser des consignes de tri aux régulateurs du SAMU, aux urgentistes et aux médecins généralistes pour le diagnostic et l'orientation des patients en urgence.

#### Action 2 :

Améliorer la qualité de la prise en charge des blessés de la main ;

- Identifier un centre spécialisé de recours régional répondant aux critères suivants :
  - o permanence des soins,
  - o chirurgiens titulaires des DIU de chirurgie de la main et de microchirurgie ou équivalence,
  - o autorisation de surveillance continue et possibilité de transfusion immédiate sur site,
  - o consultations pluridisciplinaires (médecine physique, masseurs-kinésithérapie, ergothérapie, ortho-prothésistes, ...),
  - o coopérations entre établissements de santé publics et privés ;

### **Action 3 :**

Conduire des actions de prévention primaire des accidents touchant le membre supérieur ;

#### **— Objectif 4 : Structurer la prise en charge des patients relevant d'une chirurgie de l'obésité ;**

*La chirurgie de l'obésité est indiquée chez le patient présentant une obésité morbide (IMC ≥ 40) ou une obésité sévère (IMC ≥ 35) accompagnée de pathologies associées engageant le pronostic vital. Elle peut être envisagée après échec d'une prise en charge médicale bien conduite de 6 à 12 mois associant suivi diététique, activité physique et prise en charge psychologique.*

*La chirurgie de l'obésité ne permet pas à elle seule la stabilisation dans le temps de cette maladie chronique. Elle impose de la part du patient :*

- une modification durable des habitudes alimentaires,
- la pratique régulière d'une activité physique,
- un suivi médical.

*Par ailleurs, cette chirurgie n'est pas dénuée de risque. Des complications peuvent en ponctuer les suites à court et moyen terme (problèmes liés au montage chirurgical, carences nutritionnelles et difficultés liées aux modifications de l'image du corps pouvant relever d'une prise en charge psychologique).*

### **Action 1 :**

Inscrire la pratique de la chirurgie de l'obésité au sein d'une filière régionale de soins « obésité » ;

### **Action 2 :**

Identifier un centre spécialisé pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-compliquée par coopération entre plusieurs établissements de santé publics et privés implantés à La Réunion et à Mayotte ;

### **Action 3 :**

Prendre en charge les candidats à une chirurgie de l'obésité dans le cadre d'un parcours de soins répondant aux critères suivants :

- prise en charge pluridisciplinaire formalisée en coordination avec le médecin traitant ;
- interventions réalisées par des chirurgiens expérimentés dans les techniques restrictives pures et mixtes (restrictives et malabsorptives) ;
- environnement adapté à la prise en charge des patients obèses (équipements d'hospitalisation et du secteur opératoire) ;
- accès à une surveillance continue en post-opératoire sur le site de l'intervention ;
- suivi post-chirurgical pendant au moins une année (médical, diététique, éducatif et psychologique).

#### **— Objectif 5 : Promouvoir les innovations technologiques dans le domaine de la chirurgie ;**

### **Action 1 :**

Etudier l'impact médico-économique de l'acquisition à moyen terme d'un robot chirurgical dans le cadre d'une activité inter-établissements.

## — Efficience

### — **Objectif 1** : Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire ;

#### **Action 1** :

Organiser au sein des structures autorisées et dédiées une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive à l'hospitalisation complète ;

#### **Action 2** :

Définir au niveau de chaque établissement une politique en matière de chirurgie ambulatoire afin de répondre à un objectif régional annuel de développement des actes de chirurgie réalisés en ambulatoire ;

#### **Action 3** :

Identifier les sites de réalisation des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou anesthésie loco-régionale au sein des établissements autorisés en chirurgie :

- Territoire de santé nord-Est : 1 site,
- Territoire de santé ouest : 2 sites,
- Territoire de santé sud : 1 site.

### — **Objectif 2** : Mettre en place un recueil au sein des services de chirurgie permettant de décrire l'activité et les pratiques chirurgicales développées ;

### — **Objectif 3** : Réaliser au cours de l'exercice du SROS-PRS, une ou plusieurs enquêtes portant sur la prise en charge chirurgicale d'une pathologie grave et fréquente dont l'objectif est de mesurer la performance des interventions en santé.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

### — **Objectif 1** : Organiser la prise en charge des personnes handicapées dans le cadre de filières de recours pour les spécialités suivantes : orthopédie-traumatologie, chirurgie viscérale, ORL, ophtalmologie, stomatologie ;

### — **Objectif 2** : Etablir une convention entre chaque établissement autorisé en chirurgie et les structures d'aval suivantes afin d'améliorer la fluidité de la filière chirurgicale :

- hospitalisation à domicile (HAD),
- soins de suite et de réadaptation (SSR),
- services de soins à domicile (SSIAD),
- établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- lits halte soins santé (LHSS) ;

#### **Action 1** :

Mettre en place des liaisons formalisées entre les services de chirurgie et les structures d'aval ;

#### **Action 2** :

Elaborer des procédures et des outils afin de faciliter la transmission des informations médicales dans le but de faciliter la continuité des soins ;

**Action 3** : Promouvoir l'avis des équipes médicales et soignantes des structures d'aval dès la phase aiguë de prise en charge ;

– **Objectif 3** : Organiser la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de santé de premier recours afin d'améliorer les conditions du retour à domicile ;

– **Objectif 4** : Développer les coopérations entre structures de niveau 1 et 2 et les établissements de recours régional par la mise en place de consultations avancées ;

**Action 1 :**

Favoriser l'accueil des patients venant de Mayotte et des autres îles de l'Océan Indien par la mise en place d'une maison d'accueil ;

– **Objectif 5** : Développer les coopérations entre structures de niveau 1 et 2 et les établissements de recours régional pour la prise en charge des patients relevant de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue ;

– **Objectif 6** : Mutualiser dans le cadre d'une filière, les compétences chirurgicales dans le territoire nord-est entre le Groupe Hospitalier Est Réunion, le Centre Hospitalier Régional et la Clinique Sainte Clotilde pour assurer une prise en charge chirurgicale de proximité.

### 3 Implantations

Territoire de santé	Nord-est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en chirurgie en 2011 (entité géographique).	Centre Hospitalier Félix Guyon, Groupe Hospitalier Est Réunion, Clinique Sainte Clotilde, Clinique Saint Vincent.	Centre Hospitalier Gabriel Martin, Clinique Les Orchidées, Clinique Jeanne d'Arc, SARL Avicenne.	Groupe Hospitalier Sud Réunion, Clinique Durieux.
Implantation en hospitalisation complète de chirurgie en 2016	4 implantations	2 implantations	2 implantations
Implantation de chirurgie ambulatoire en 2016	4 implantations	3 implantations	2 implantations

L'autorisation de chirurgie de la Clinique Jeanne d'Arc est supprimée (entité géographique).

### 4 Indicateurs de suivi

- Taux de recours en chirurgie,
- Taux de pratique en chirurgie ambulatoire,
- Nombre d'établissements < 1500 séjours chirurgicaux,
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.

# Psychiatrie et Santé mentale

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La Réunion est divisée en 5 secteurs de psychiatrie générale et 5 secteurs de psychiatrie infanto juvénile, soit en moyenne :

- un secteur pour 113 267 habitants de plus de 17 ans ;
- un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour 47 832 habitants de moins de 17 ans ;

auxquels s'ajoute un service médico-psychologique régional (SMPR) couvrant les 3 établissements pénitentiaires de l'île. Le découpage des secteurs est cohérent avec la définition des territoires de santé, avec des ajustements à prévoir dans le cadre du futur PRS.

Trois établissements de santé portent l'offre de soins :

- **Etablissement public de santé mentale de la Réunion** (EPSMR, établissement spécialisé) : 3 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, SMPR, une unité régionale d'hospitalisation pédo-psychiatrique ;
- **CHR site sud** (établissement général) : 2 secteurs de psychiatrie générale et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, SMPR ;
- **Clinique Les Flamboyants** (établissement privé à but lucratif).

Un quatrième établissement de santé, de statut privé à but lucratif, a été autorisé antérieurement, et devrait ouvrir en 2012 pour une capacité de 57 lits et 15 places dans le sud de l'île.

Sur les trois territoires de santé, des urgences psychiatriques avec lits dédié d'unité d'hospitalisation decourte durée (UHCD), sont implantées dans chacun des services d'accueil des urgences de référence (CHR sites nord et sud, CHGM).

Une Fédération intersectorielle de Réadaptation et Réhabilitation psycho-sociale (EPSMR) dispose de lits d'hospitalisation, d'appartements thérapeutiques, et d'équipes mobiles externes.

### — Sur la démographie en professionnels de santé mentale

Données exprimées pour 100 000 habitants	Densité de psychiatres salariés	Densité de psychiatres libéraux	Densité de psychiatres salariés et libéraux	Densité de professionnels travaillant dans les établissements de santé mentale	Densité de l'ensemble des professionnels de santé mentale
Réunion	9,18	4,09	13,28	122,8	126,4
France entière	8,62	10,12	18,76	144	154,14

La démographie psychiatrique est marquée à la Réunion par une quasi-équivalence pour l'exercice salarié, mais un très fort déficit, rapporté à la moyenne nationale, pour l'offre libérale. Parallèlement, la densité de professionnels de santé mentale travaillant dans les établissements de santé est inférieure à la moyenne nationale, et ne permet donc pas de compenser la faiblesse de l'offre libérale.

**— Sur l'offre de soins en psychiatrie générale (les données sont exprimées par rapport aux habitants de plus de 17 ans) :**

Au 31/12/2011, l'offre de soins en psychiatrie générale est composée de 349 lits d'hospitalisation complète et 124 places d'hospitalisation de jour.

Données exprimées pour 100 000 habitants de + de 17 ans (sauf indication de %)	Taux d'équipement en hospitalisation temps plein	Taux d'équipement en hospitalisation de jour	Taux de recours (file active des secteurs rapportée à la population)	Taux de recours en première fréquentation (file active de première fréquentation du secteur dans l'année)	Taux de recours en hospitalisation complète (file active à temps plein)	Taux de recours en prise en charge à temps partiel (file active temps partiel)	Taux de recours ambulatoire (file active ambulatoire)
<b>Réunion</b>	55 lits	24 places	1,79%	0,78%	0,52%	0,067%	1,18%
<b>France entière</b>	90 lits	26 places	2,31%	0,63%	0,57%	0,198%	1,9%

La Réunion dispose d'une offre d'hospitalisation temps plein singulièrement plus limitée que la moyenne nationale (-24%), avec a contrario une équivalence pour l'hospitalisation de jour. La faiblesse relative de l'offre globale en santé mentale, notamment en matière de démographie des professionnels de santé, se traduit par un recours plus faible (-29% par rapport à la moyenne nationale), sans qu'aucune étude épidémiologique ne puisse démontrer une moindre prévalence de la pathologie psychiatrique à la Réunion.

Néanmoins, la première fréquentation de l'offre de santé mentale est supérieure à ce qui observé en moyenne nationale (+24%), traduisant un effort d'accessibilité aux soins de l'offre réunionnaise.

Au-delà, on constate que :

- Le recours à des prises en charge temps plein est inférieure à la moyenne nationale (-9%) malgré une offre inférieure de 39% ; l'écart se traduit par une limitation forte des durées de séjours et de prises en charge, non nécessairement synonyme en psychiatrie d'efficience des soins ;
- Le recours à des prises en charge à temps partiel est en deçà de la moyenne nationale (-66%), malgré une offre équivalente, ce qui traduit la réaffectation des ressources sur les autres modes de prise en charge, ambulatoires et temps plein, pour pallier la faiblesse globale de l'offre ; cette analyse est soutenue par le taux d'occupation des hôpitaux de jour calculé sur 365 jours (68% contre 86% en moyenne nationale), qui traduit un différentiel entre places théoriques et places réellement mobilisées ;
- Le recours à l'ambulatoire est en deçà également de la moyenne nationale (-38%).

## — Sur l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile (les données sont exprimées par rapport aux habitants de moins de 17 ans) :

Au 31/12/2011, l'offre de soins en pédopsychiatrie est composée de 10 lits d'hospitalisation complète et 135 places d'hospitalisation de jour.

Données exprimées pour 100 000 habitants de -de 17 ans (sauf indication de %)	Taux d'équipement en hospitalisation temps plein	Taux d'équipement en hospitalisation de jour	Taux de recours (file active des secteurs rapportée à la population)	Taux de recours en première fréquentation (file active de première fréquentation du secteur dans l'année)	Taux de recours en hospitalisation complète (file active à temps plein)	Taux de recours en prise en charge à temps partiel (file active temps partiel)	Taux de recours ambulatoire (file active ambulatoire)
<b>Réunion</b>	4 lits	56 places	2,36%	1,30%	0,038%	0,089%	2,16%
<b>France entière</b>	11 lits	54 places	2,96%	0,89%	0,082%	0,237%	2,59%

La Réunion dispose là aussi d'une offre d'hospitalisation temps plein singulièrement plus limitée que la moyenne nationale (-63%), avec a contrario une équivalence pour l'hospitalisation de jour. La faiblesse relative de l'offre globale en santé mentale, notamment en matière de démographie des professionnels de santé, se traduit par un recours plus faible (-20% par rapport à la moyenne nationale), sans qu'aucune étude épidémiologique ne puisse démontrer une moindre prévalence de la pathologie psychiatrique à la Réunion.

Néanmoins, la première fréquentation de l'offre de santé mentale est supérieure à ce qui observé en moyenne nationale (+46%), traduisant un effort d'accessibilité aux soins de l'offre réunionnaise.

Au-delà, on constate que :

- Le recours à des prises en charge temps plein est inférieur à la moyenne nationale (-53%) malgré une offre inférieure de 63% ; l'écart traduit un effort d'accessibilité à ce mode de prise en charge ;
- Le recours à des prises en charge à temps partiel est en deçà de la moyenne nationale (-62%), malgré une offre équivalente, ce qui traduit la réaffectation des ressources sur les autres modes de prise en charge, ambulatoires et temps plein, pour pallier la faiblesse globale de l'offre ; cette analyse est soutenue par le taux d'occupation des hôpitaux de jour calculé sur 365 jours (41% contre 54% en moyenne nationale), qui traduit un différentiel entre places théoriques et places réellement mobilisées (ce taux est calculé à partir des places autorisées et non des places installées ou contractualisées en interne) ;
- Le recours à l'ambulatoire est en deçà également de la moyenne nationale (-16%), avec une compensation partielle de l'écart de densité de professionnels de santé (-18%).

L'offre de santé mentale à la Réunion présente donc d'un retard d'équipement important vis-à-vis de la moyenne nationale, essentiellement mesurable sur l'offre de soins à temps complet. Ceci est aggravé par une moindre démographie de psychiatres libéraux, malgré une équivalence de la densité de psychiatres hospitaliers. Pour l'ensemble des personnels dédiés à la psychiatrie, l'écart est aussi en défaveur de la Réunion.

Ceci se traduit par une moindre consommation de soins et des files actives hospitalières, à proportion de la population, plus réduites (-22% pour les adultes, et – 20% pour les enfants), non compensées par une possibilité de recours à l'offre libérale. Néanmoins, on constate un effort d'accessibilité aux soins traduit par une plus forte fréquentation première de l'offre hospitalière.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

Renforcer l'accessibilité aux soins en santé mentale sur les territoires de santé

— **Objectif 1** : Assurer la cohérence des délimitations des territoires de santé et des secteurs de psychiatrie adultes et enfants ;

#### **Action 1 :**

Mettre en cohérence des découpages des secteurs de psychiatrie générale et des secteurs de pédopsychiatrie sur les territoires nord-est et sud (échéance 2013) ;

#### **Action 2 :**

Rattacher Saint-Leu aux secteurs de psychiatrie du territoire Ouest (échéance 2013) ;  
Ces redéfinitions de secteurs se traduiront par une révision des moyens alloués.

— **Objectif 2** : Consolider les missions des centres médico-psychologiques (CMP) ;

#### **Action 1 :**

Evaluer les moyens et les missions des CMP, et définir un référentiel des prises en charge proposées (consultations médicales, entretiens infirmiers, accueil infirmier, VAD, pluridisciplinarité) (échéance 2012) ;

#### **Action 2 :**

Examiner la pertinence d'une généralisation d'un CMP ressources par secteur, au regard de l'offre de soins psychiatrique en urgence (UAPSY, CAUMP) (échéance 2012) ;

#### **Action 3 :**

Réviser les implantations des CMP, et notamment des antennes, lorsque le principe d'accessibilité risque d'entraîner un éparpillement des moyens (échéance : 2012) ;

#### **Action 4 :**

Renforcer les moyens des CMP sur la base des études et référentiels produits, suivant une préoccupation d'équité territoriale ;

— **Objectif 3** : Engager une réflexion avec les médecins généralistes et psychiatres libéraux pour favoriser le suivi médical de qualité des patients en ambulatoire, en lien avec la psychiatrie de secteur (échéance : 2014) ;

— **Objectif 4** : Conforter les urgences psychiatriques, sur chacun des territoires de santé, dans leurs missions de réponse aux demandes de soins non-programmées, de recours de spécialité pour les services d'urgence, et de clarification des indications d'hospitalisation psychiatrique ;

**Action 1 :**

Maintenir, sur la durée du SROS, une unité d'accueil des urgences psychiatriques disposant de lits portes psychiatriques de 72 heures, en proximité directe des services d'urgence, pour chaque territoire de santé :

- CAUMP (6 lits) au CHR Site sud pour le territoire sud ;
- CAP Ouest (5 lits) au Centre Hospitalier Gabriel Martin pour le territoire ouest ;
- CAP Nord (10 lits) au CHR Site nord pour l'ensemble du territoire nord-est, en lien avec les secteurs de psychiatrie nord et est.

**Action 2 :**

Réviser les autorisations des lits portes psychiatriques sur les territoires nord-est et ouest (échéance 2013) ;

Le choix antérieur d'autorisation d'implantations supplémentaires à l'EPMSR pour les lits portes psychiatriques du CH Gabriel Martin et du CHR site nord, plutôt que d'un renfort capacitaire des UHCD des services d'urgences de ces établissements avec mise à disposition d'une compétence psychiatrique de l'EPMSR, doit être questionné au regard de sa pertinence médico-économique et médico-légale.

**Action 3 :**

Organiser la présence médicale et soignante psychiatrique sur les urgences pour garantir la continuité des soins, et l'accessibilité au recours psychiatriques (échéance : durée du SROS) :

- Réallocation des moyens de la garde médicale psychiatrique des lits d'hospitalisation de Bras Fusil sur le CAP Nord, à vocation territoriale nord-est, dès l'installation du GHER dans ses nouveaux locaux du Pôle Sanitaire Est, dans le respect des engagements et fléchages antérieurs ;
- Redéfinition des organisations médicales (temps de présence des psychiatres, gardes, astreinte), en lien avec la permanence des soins psychiatriques sur chaque territoire, avec le cas échéant renfort de temps médical ;
- Renforcement des effectifs soignants pour assurer la sécurité des soins ;
- Identification de moyens de psychiatrie de liaison pour les urgences du GHER, et définition d'un protocole de recours au CAP nord (échéance : 2012).

— **Objectif 5** : Programmer la relocalisation des lits d'hospitalisation du secteur de psychiatrie générale nord sur le territoire nord-est, dans l'enceinte du CHR site nord ;

Cette relocalisation devra être engagée sur la durée du SROS ; elle suppose :

- l'examen de la faisabilité technique et financière, et l'identification du portage du projet ;
- l'intégration dans le schéma directeur du CHR - site nord ;
- la redéfinition de la destination des pavillons libérés sur le site de Cambaie.

## — Qualité et sécurité des soins

Réserver les capacités d'hospitalisation complète aux prises en charge aiguës, et diversifier les modes de prise en charge

— **Objectif 1** : Conforter les urgences psychiatriques dans leur mission d'évaluation préalable des admissions en hospitalisation complète ;

**Action 1** : Etablir des indications régionales de recours préalable aux lits portes psychiatriques avant toute admission en hospitalisation psychiatrique publique (échéance : 2013) ;

**Action 2** : Clarifier le rôle des urgences psychiatriques dans l'orientation des patients vers l'offre d'hospitalisation psychiatrique privée (indications concertées, conventionnement) (échéance 2014) ;

**Action 3** : Systématiser le bilan somatique des patients lors de toute admission en lits porte psychiatrique, et en hospitalisation psychiatrique ;

— **Objectif 2** : Promouvoir l'hospitalisation de semaine et l'hospitalisation de nuit, tant en hospitalisation publique que privée, y compris par la révision des autorisations, en prévention de la désadaptation sociale des patients ;

— **Objectif 3** : Poursuivre la recherche d'efficience et de qualité du recours à l'hospitalisation complète ;

**Action 1** :

Réaliser une coupe annuelle permettant de mesurer les séjours hospitaliers en inadéquation, et leurs motifs ;

**Action 2** :

Réaliser une étude sur les durées de séjours et les ré-hospitalisations ;

**Action 3** :

S'assurer du suivi somatique des patients hospitalisés par l'identification de temps médicaux dédiés ;

**Action 4** :

Assurer la liberté d'aller et venir des patients en hospitalisation libre, selon des modalités à définir dans chaque projet de service (échéance 2014) : ouverture des pavillons, affectations de pavillons ou héli-pavillons aux hospitalisations sous contrainte, contrats de soins...

**Action 5** :

Clarifier les indications et modalités de recours aux unités pour malades difficiles (UMD) : dénombrement des situations, identification des freins dans l'accès aux soins et des retours d'UMD dans l'établissement d'origine, formation des professionnels et révision des organisation des équipes hospitalières pour faire face aux situations d'agitation des patients et assurer la sécurité des soignants ; le principe d'une unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP), offre intermédiaire régionale entre l'hospitalisation temps plein et l'UMD, n'a pas fait l'objet d'un consensus des acteurs locaux, et n'est donc pas retenu ;

**Action 6** :

Développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein, de manière équilibrée pour chaque secteur : accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques ;

**Action 7 :**

Etendre la compétence d'hospitalisation et de prise en charge à temps plein de la Fédération de réhabilitation et réinsertion psycho-sociale aux secteurs du territoire sud ;

**Action 8 :**

Mettre en œuvre l'ensemble des capacités autorisées et financées : le pavillon Jacaranda (25 lits), actuellement inoccupé à l'EPSMR, devra être rouvert avant la fin du premier semestre 2012, selon un projet conforme aux développements attendus de l'offre de soins du présent volet psychiatrie ;

**Action 9 :**

Examiner, au regard des indicateurs de recours à l'hospitalisation, des inadéquations, et des durées de séjour et de réhospitalisation, la nécessité d'ouvrir de nouvelles capacités d'hospitalisation (échéance 2014) ;

— **Objectif 4 : Accompagner la mise en œuvre la réforme des soins psychiatriques sans consentement ;**

**Action 1 :**

Sensibiliser/informer les médecins libéraux et médecins des urgences aux attentes et motivations des certificats initiaux ;

**Action 2 :**

Etablir des indicateurs de l'activité de soins psychiatriques sans consentement (nombre de patients, statuts, durée de prise en charge, formes de prise en charge, situations de désaccords entre médecins et autorités administratives...) et en assurer une publication annuelle ;

**Action 3 :**

Evaluer les moyens supplémentaires dédiés par les établissements de santé à la mise en œuvre de la réforme (temps médicaux et infirmiers, temps de secrétariat) ;

**Action 4 :**

Maintenir le principe de la sectorisation psychiatrique pour les hospitalisations sans consentement ;

**Action 5 :**

Soutenir l'accès des patients aux soins ambulatoires (CMP, visites à domicile, hospitalisation de jour), alternatifs à l'hospitalisation complète, et aux prises en charge de réhabilitation psychosociale.

## — Efficience

<sup>5</sup>

### > Renforcer la qualité et l'efficience de l'offre de soins en santé mentale

L'offre de soins en santé mentale, dans la globalité de ses missions de prévention, de soins, et de lutte contre l'exclusion sociale liée à la pathologie psychiatrique, doit identifier ses champs d'intervention à titre principal, et distinguer les domaines dans lesquelles elle s'inscrit préférentiellement en complémentarité d'autres prises en charge (handicap psychique, autisme et troubles envahissants du développement, perte d'autonomie du sujet âgé, Alzheimer et pathologies apparentées, addictions, troubles psychiques annexes à des pathologies somatiques...).

Le rapprochement géographique des équipements psychiatriques de l'hôpital général (GHER au sein du PSE, et CHGM au sein du PSO), sans justifier une remise en cause de la distinction des établissements et donc une partition de l'EPSMR, doit être l'occasion de faciliter la complémentarité entre l'offre spécialisée et générale.

Il est nécessaire de renforcer la psychiatrie de liaison dans la dimension de parcours du patient (actes directs) comme dans la participation à l'activité des centres de référence et de ressource et des plateaux techniques pluridisciplinaires.

La nécessité d'un projet de soins, au cœur de toute prise en charge psychiatrique, doit être réaffirmée, et se traduire par un parcours du patient régulièrement réexaminé et jalonné d'interventions à caractère thérapeutique.

Plusieurs orientations devront être mises en œuvre par l'ARS, en lien avec les offreurs de soins, sur la durée du SROS, pour renforcer l'efficacité de l'offre de soins en santé mentale et s'assurer de l'utilisation optimale des moyens au regard des besoins de santé.

**Action 1 :**

Interroger l'organisation et les missions des CMP, et réviser les moyens alloués sur la base d'indicateurs prédéfinis d'activité (échéance 2012) ;

**Action 2 :**

Interroger l'organisation et les missions des hôpitaux de jour, dédiés à des prises en charge thérapeutiques intensives et séquentielles, et réviser les capacités et moyens alloués sur la base d'indicateurs prédéfinis d'activité (échéance 2013) ;

**Action 3 :**

Évaluer l'adaptation de l'offre de soins en hospitalisation complète au travers d'études des inadéquations et des ré-hospitalisations ;

**Action 4 :**

Construire des outils régionaux de suivi de l'activité de l'offre de soins psychiatrique, à partir des systèmes d'information des établissements et des indicateurs nationaux existants ; ils devront être intégrés aux cahiers des charges à rédiger régionalement pour certains équipements (équipes mobiles, unités régionales, AFT...) ;

**Action 5 :**

Assurer un suivi de l'allocation des moyens, et du respect du fléchage sur la psychiatrie, par la publication de synthèses annuelles des données budgétaires, capacitaires et d'activité, à partir notamment du retraitement comptable des établissements publics ;

**Action 6 :**

Coordonner et évaluer la mise en œuvre du SROS au travers d'un comité départemental de concertation en santé mentale, réactivé à partir de 2012 et réuni semestriellement.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

### Poursuivre la structuration des prises en charge spécifiques

— **Objectif 1 :** Améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques périnataux ;

**Action 1 :**

Consolider les équipes de santé mentale périnatale, prioritairement au Sud, et s'assurer de l'intervention de leurs interventions auprès de l'ensemble des maternités privées et publiques ;

**Action 2 :**

Recourir aux capacités d'hospitalisation mère-enfant en pédiatrie et maternité, avec soutien des équipes de santé mentale périnatale, lorsque les troubles de la relations mère-enfant justifient une prise en charge médicale à temps plein ; le projet d'une unité psychiatrique d'hospitalisation mère-enfant n'a pas été considéré comme prioritaire dans le développement de l'offre ;

**Action 3 :**

Expérimenter, sur un secteur ou territoire de santé, l'accueil familial thérapeutique mère-enfant ;

**Action 4 :**

Etablir des conventions entre les équipes de santé mentale périnatale, la PMI, les structures sociales d'accueil mère-enfants et de garde de la petite enfance, pour s'assurer de la complémentarité des soins psychiatriques avec les missions d'accompagnement de la petite enfance et de soutien à la parentalité ;

— **Objectif 2 : Conforter l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes, en distinguant les indications de recours aux secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, et celles motivées par des pathologies liées à l'adolescence ;**

**Action 1 :**

Elargir la mission du secteur de psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à 18 ans en cohérence avec les états pathologiques, la limite de 16 ans ne concernant que l'accès à la psychiatrie générale et ne devant pas être opposée à toute situation de soins ;

**Action 2 :**

Compléter l'offre de soins ambulatoire pour les pathologies liées à l'adolescence par un renfort psychiatrique, de type CAPAS, des équipes de la maison des adolescents de l'Ouest ;

**Action 3 :**

Soutenir la coordination de l'accompagnement des adolescents et jeunes adultes par le renforcement des capacités de coordination et d'animation de travail en réseau des maison des adolescents avec l'offre de santé, l'éducation nationale, l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse, les missions locales et les acteurs associatifs ; la mission des maisons des adolescents de coordination doit donc être renforcée, sans justifier la reconnaissance de réseaux de santé dédiés ;

**Action 4 :**

Doter chaque territoire de santé d'un hôpital de jour pour les 16-22 ans ;

**Action 5 :**

Reconnaître la compétence de l'hospitalisation privée à partir de 16 ans ;

**Action 6 :**

Créer une unité régionale d'hospitalisation temps plein, complémentaire des possibilités de recours aux services de pédiatrie et de médecine avec psychiatrie de liaison, ou à l'hospitalisation privée, sur la base d'indications régionalement définies, et permettant notamment l'accueil des hospitalisations sous contraintes. La création d'une seconde unité sera évaluée, au regard des données d'activité de la première, et des effets de l'ouverture de l'offre d'hospitalisation privée ;

— **Objectif 3** : Affiner l'offre d'hospitalisation temps plein des enfants ;

**Action 1 :**

Définir des indications régionales de recours à l'unité d'hospitalisation régionale (unité Vanille) ;

**Action 2 :**

Augmenter, le cas échéant, les capacités de l'unité d'hospitalisation régionale (unité Vanille), en tenant compte de l'impact de l'accès à l'hospitalisation pour les adolescents et jeunes adultes ;

— **Objectif 4** : Soutenir l'accompagnement et la prise en charge du handicap psychique ;

**Action 1 :**

Identifier auprès de la MDPH une expertise psychiatrique, intégrée à l'équipe pluridisciplinaire, pour l'analyse des demandes et des projets de vie ;

**Action 2 :**

Favoriser la disposition de temps psychiatriques suffisants dans les établissements médico-éducatif et les établissements médico-sociaux pour adultes, dans le cadre des obligations de ces derniers, par l'extension, le cas échéant, de conventions avec les secteurs psychiatriques sur financements médico-sociaux ; cette orientation ne devra pas être mise en œuvre au détriment de l'intervention de psychiatres libéraux volontaires ;

**Action 3 :**

Développer, en lien avec le Centre de Référence Autisme, la compétence des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour le diagnostic et le bilan de l'autisme et des troubles envahissants du développement, notamment à partir des hôpitaux de jour ;

**Action 4 :**

Intégrer les soins psychiatriques aux enfants handicapés dans la globalité de leur accompagnement médico-social (trivalence thérapeutique, éducative et pédagogique), en lien avec le médecin référent de l'établissement ou du service médico-éducatif (IME, SESSAD), notamment pour les prises en charge complémentaires thérapeutiques en hôpital de jour, et pour les enfants avec autisme ou troubles envahissants du développement ;

**Action 5 :**

Doter chaque territoire de santé d'une équipe mobile, sectorielle ou intersectorielle, de psychiatrie de liaison avec le secteur social et médico-social, afin de soutenir et former les équipes, de favoriser l'accès aux soins psychiatriques, et de répondre aux situations ressenties de crise ou d'urgence, et de favoriser l'accompagnement social et médico-social des personnes avec handicap psychique ;

**Action 6 :**

Compléter l'offre de soins psychiatriques à destination des publics en situation de précarité par la constitution d'une équipe santé mentale et précarité dans le territoire Sud ;

— **Objectif 5** : Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées, par l'identification et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques, et le développement d'une offre de soins adaptée tenant compte de la filière gériatrique et Alzheimer (échéance du SROS) ;

**Action 1 :**

Doter chaque territoire de santé d'une équipe mobile de psycho-gériatrie, développant l'accès et les compétences du secteur de psychiatrie, intervenant auprès des EHPAD et de l'ensemble des services et établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées ainsi que de la filière de soins gériatrique, et intégrée aux coordinations gérontologiques territorialisées ;

**Action 2 :**

Adapter l'offre d'hospitalisation privée à l'accueil des personnes âgées présentant des pathologies dépressives, notamment pour la prise en charge de la dépendance ;

**Action 3 :**

Examiner, sur la base des rapports d'activité des équipes mobiles de psycho-gériatrie, la nécessité d'une unité régionale d'hospitalisation psycho-gériatrique ;

— **Objectif 6** : Etendre les pratiques de réhabilitation et réadaptation psychosociale, missions incombant à l'ensemble de l'offre de soins publique et privée, à tous les territoires de santé ;

**Action 1 :**

Etendre la compétence intersectorielle de la Fédération de réhabilitation et réadaptation psychosociale au territoire Sud, pour les prises en charge en hospitalisation, avec développement sectoriel des outils de réhabilitation et de mise en situation sur le territoire Sud ;

**Action 2 :**

Identifier des capacités régionales d'hospitalisation temps plein, pour la Fédération de réhabilitation et réadaptation psychosociale, pour les patients en soins contraints relevant de ce type de prise en charge ;

**Action 3 :**

Etoffer l'offre de soins de réhabilitation et réadaptation psycho-sociale, sectorielle et intersectorielle, en aval de l'hospitalisation temps plein : accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, appartements relais, structures thérapeutiques innovantes...

**Action 4 :**

Développer, avec le secteur du logement et de la cohésion sociale, l'accès au logement des patients : intermédiation locative, résidence accueil...

**Action 5 :**

Initier, au niveau régional, des approches expérimentales de lutte contre la grande exclusion associant des troubles psychiques sévères (absence de logement, défaut d'accès aux soins...) de type « rapid re housing ».

## — Délimitation des secteurs de psychiatrie générale

Territoire de santé	Secteur	2011	Echéance PRS (2016)
<b>Nord-Est</b>	99G01 (EPSMR)	Saint Denis	Saint Denis Sainte Marie
	99G02 (EPSMR)	Sainte Marie Sainte Suzanne Saint André Bras Panon Salazie Saint Benoît Plaine des Palmistes Sainte Rose	Sainte Suzanne Saint André Bras Panon Salazie Saint Benoît Plaine des Palmistes Sainte Rose
<b>Ouest</b>	99G03 (EPSMR)	La Possession Le Port Saint Paul Trois Bassins	La Possession Le Port Saint Paul Trois Bassins Saint Leu
<b>Sud</b>	99G04 (CHR site sud)	Saint Leu Les Aviron Etang Salé Saint Louis Cilaos Entre Deux Le Tampon	Les Aviron Etang Salé Saint Louis Cilaos Entre Deux Rattachement à revoir de la commune du Tampon, en cohérence avec le découpage de la psychiatrie infanto-juvénile
	99G05 (CHR site sud)	Saint Pierre Petite Ile Saint Joseph Saint Philippe	Saint Pierre Petite Ile Saint Joseph Saint Philippe Rattachement à revoir de la commune du Tampon, en cohérence avec le découpage de la psychiatrie infanto-juvénile

## — Délimitation des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Territoire de santé	Secteur	2011	Echéance PRS (2016)
<b>Nord-Est</b>	99I01 (EPSMR)	Saint Denis Sainte Marie	inchangé
	99I02 (EPSMR)	Sainte Suzanne Saint André Bras Panon Salazie Saint Benoît Plaine des Palmistes Sainte Rose	Inchangé
<b>Ouest</b>	99I05 (EPSMR)	La Possession Le Port Saint Paul Trois Bassins	La Possession Le Port Saint Paul Trois Bassins Saint Leu
<b>Sud</b>	99I04 (CHR site sud)	Saint Leu Les Aviron Etang Salé Saint Louis Cilaos Entre Deux	Les Aviron Etang Salé Saint Louis Cilaos Entre Deux Rattachement à revoir de la commune du Tampon, en cohérence avec le découpage de la psychiatrie générale
	99I03 (CHR site sud)	Le Tampon Saint Pierre Petite Ile Saint Joseph Saint Philippe	Saint Pierre Petite Ile Saint Joseph Saint Philippe Rattachement à revoir de la commune du Tampon, en cohérence avec le découpage de la psychiatrie générale

## — Implantation de psychiatrie

Psychiatrie	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète et hospitalisation partielle de nuit	0	0	1	1	0	0
Activité de psychiatrie générale en hospitalisation partielle de jour	2	2	2	2	2	2
Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	2	2	1	1	1	2
Activité de psychiatrie générale en hospitalisation complète et hospitalisation partielle de nuit	3	3	4	3	3	3
Activité de psychiatrie générale en hospitalisation partielle de jour	2	2	2	2	2	2
Activité de psychiatrie générale en appartement thérapeutique	1	2	2	2	1	2
Activité de psychiatrie générale de placement familial	1	2	1	1	2	2
Activité de psychiatrie générale de post-cure	0	0	0	0	0	0

### 4 Indicateurs de suivi

- Nombre de journées, durées de séjour, taux d'occupation (hospitalisation complète, hospitalisation de jour) ;
- Données des rapports d'activité des secteurs ;
- Données budgétaires et financières ;

# Soins de suite et de réadaptation

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont répartis sur les trois territoires de santé de La Réunion :

- **Territoire de santé nord-est** : 31% des équipements autorisés, en dehors des SSR pédiatriques et des SSR de niveau de recours régional ;
- **Territoire de santé ouest** : 26% des équipements autorisés, en dehors des SSR pédiatriques et des SSR de niveau de recours régional ;
- **Territoire de santé sud** : 38% des équipements autorisés en dehors des SSR pédiatriques et des SSR de niveau de recours régional.

La réponse aux besoins de soins est compromise par le retard de mise en œuvre des autorisations. Cette situation génère une activité à flux tendus (taux d'installation de 94%) dans les services et établissements de santé existants et un obstacle important à la fluidité de la filière en aval des soins de courte durée.

Les établissements et structures autorisés mais non installés permettraient une activité d'environ 108000 journées, soit 31% de l'activité totale de SSR. La mise en œuvre des autorisations non installées est une priorité pour améliorer la réponse aux besoins de la population de La Réunion.

Aussi, l'accès aux soins de SSR est très insuffisant tant sur le plan quantitatif que qualitatif :

- la demande n'est pas satisfaite,
- l'activité de recours des établissements spécialisés ne peut s'exercer pleinement.

Cette situation occasionne un transfert de charge sur les SSR polyvalents qui recrutent des patients lourds relevant de compétences spécialisées et de plateaux techniques dont ils ne disposent pas.

On note également l'absence de coordination entre les structures de SSR et une filière d'aval insuffisamment développée en particulier avec le secteur médico-social.

En dernier lieu, les préconisations du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération en matière d'outil de coordination des prises en charge, de constitution d'un annuaire régional des SSR précisant les missions respectives de chaque structure et de développement des pratiques évaluatives n'ont pas été mises en œuvre.

## — Accessibilité

— **Objectif 1** : Répondre à la demande des patients en matière de soins de suite et de réadaptation ;

### Action 1 :

Augmenter le nombre d'implantation de SSR avec prise en charge spécialisées (affections du système nerveux, cardiologie, pneumologie, prise en charge des brûlés (enfants et adolescents), affections de l'appareil locomoteur) au niveau des structures autorisées ;

### Action 2 :

Développer la prise en charge non spécialisée dans toutes les structures de SSR, y compris celles identifiées pour une ou plusieurs prises en charge spécialisées ;

Les établissements exerçant une activité de niveau de recours régional exclusive ne sont pas concernés par cette mesure de même que les unités prenant en charge les états végétatifs chroniques et pauci-relationnels (EVC/EPR) et les unités cognitivo-comportementales.

— **Objectif 2** : Fluidifier la filière de soins entre les services de court séjour et les soins de suite et de réadaptation ;

### Action 1 :

Favoriser l'accès direct du patient en SSR à partir du domicile et communiquer aux médecins traitants les recommandations de la HAS en terme de recours aux SSR ;

— **Objectif 3** : Organiser les structures de SSR autour d'une offre de prise en charge avec les modes de traitement suivants :

- hospitalisation complète,
- hospitalisation de jour ;

— **Objectif 4** : Identifier les compétences spécialisées suivantes :

- 1 implantation de prise en charge des patients atteints de basse vision située dans le territoire de santé ouest ;
- 1 implantation d'unité cognitivo-comportementale dans chaque territoire de santé de La Réunion ;
- 1 implantation de prise en charge des états végétatifs chroniques et des états pauci-relationnels dans chaque territoire de santé de La Réunion.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Développer l'hospitalisation à temps partiel en renforçant les liens entre les structures de SSR et les professionnels de santé exerçant en ville ;

### Action 1 :

Systématiser l'utilisation d'une fiche préalable à l'admission en SSR ;

### Action 2 :

Déployer et assurer l'animation des outils régionaux d'aide à l'orientation en SSR ;

### Action 3 :

Améliorer l'information des médecins des services de court séjour sur les recommandations de la HAS et les indicateurs de qualité et d'efficience en SSR ;

– **Objectif 2** : Développer les coopérations entre les structures SSR ;

**Action 1** :

Faciliter le retour à domicile par l'hospitalisation à domicile ;

**Action 2** :

Faciliter le retour à domicile par services de soins infirmiers à domicile, les structures médico-sociales (MDPH, CLIC, structures d'hébergement, EHPAD) ;

**Action 3** :

Développer le recours aux familles d'accueil en aval de la prise en charge en SSR ;

**Action 4** :

Assurer le suivi des conventions et en analyser les évaluations ;

– **Objectif 3** : Evaluer la pertinence de développer des prises en charge spécialisées au sein des structures de soins de suite et de réadaptation accueillant des enfants ;

**Action 1** :

Réaliser une analyse médico-économique portant sur les avantages à créer ce type de prise en charge ;

– **Objectif 4** : Evaluer la pertinence de développer une activité de soins de suite et de réadaptation répondant aux conditions de prise en charge des enfants et des adolescents dans le territoire de santé ouest ;

**Action 1** :

Réaliser une analyse médico-économique portant sur les avantages à créer ce type de prise en charge.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

– **Objectif 1** : Améliorer le parcours de soins des patients relevant d'une prise en charge en SSR ;

**Action 1** :

Faire connaître les missions des SSR aux professionnels de santé de premier recours ;

**Action 2** :

Mettre en place un annuaire régional des structures de SSR à destination des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé ;

– **Objectif 2** : Organiser une coordination médicale régionale des structures de SSR ;

**Action 1** : Mettre en place un outil partagé de gestion des conditions de prise en charge des patients en SSR et de suivi des disponibilités en lits et places ;

– **Objectif 3** : Mobiliser les acteurs du secteur social au sein des structures de SSR afin de préparer les orientations vers les structures pour personnes handicapées, via la MDPH ou vers les structures pour personnes âgées (SSIAD, EHPAD, USLD) ;

– **Objectif 4** : Consolider les conventions de coopérations entre les services de court séjour et les SSR spécialisés afin de rendre plus efficaces les missions de recours ;

– **Objectif 5** : Etablir des conventions entre les SSR autorisés à La Réunion et les établissements de santé du territoire de santé de Mayotte.

## — Articulation avec la prévention

Les services et structures de SSR ont un rôle primordial en matière de prévention, de limitation de l'évolution vers le handicap dans le cadre de la rééducation fonctionnelle et réadaptation socio professionnelle. Par ailleurs, il convient de rappeler que l'éducation thérapeutique du patient est une mission des services et structures de SSR.

### 3 Implantations

#### Soins de suite et de réadaptation :

Soins de suite et de réadaptation	Nord-Est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	7	6	7
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	7	6	7
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	7	6	7

#### Implantations autorisées en 2011

Territoire nord-est : CHR site nord, Hôpital d'enfants, Centre de Rééducation Sainte Clotilde, Clinique de Sainte Marie, Clinique de la Paix, Groupe Hospitalier Est Réunion (2) ;

Territoire ouest : Centre de Rééducation Ylang Ylang, Clinique Les Tamarins, Clinique Omega, Centre de basse vision HORUS, Maison des Oliviers, Institut Robert Debré ;

Territoire sud : CHR site sud (3), Clinique Durieux, Clinique Bethseda ; Clinique Saint Joseph, Association des Jeunes Diabétiques

#### Soins de suite et de réadaptation spécialisés :

Prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires	Nord-Est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	1	0	1
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	1	1	1
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	1	1	1

Prise en charge spécialisée des affections respiratoires	Nord-Est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	1	1	1
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	1	1	1
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	1	1	1

Prise en charge spécialisée des affections du système nerveux	Nord-Est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	1	1	1
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	2	2	2
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	2	2	2

Prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur	Nord-Est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	1	1	1
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	1	1	1 à 2
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	1	1	1 à 2

<b>Prise en charge spécialisée des affections des brûlés</b>	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	1	0	0
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	1 implantation adulte pour les trois territoires de santé de La Réunion ; 1 implantation enfants et adolescents pour les trois territoires de santé de La Réunion ;		
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016			

<b>Prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance</b>	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	0	0	0
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	1	1	1
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	1	1	1

<b>Prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien</b>	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	0	1	0
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	1 implantation pour les trois territoires de santé de La Réunion		
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	1 implantation pour les trois territoires de santé de La Réunion		

<b>Prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives</b>	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	2	1	1
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	2	1	1
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016	2	1	1

### **Soins de suite et de réadaptation réunissant les conditions particulières à la prise en charge des enfants ou adolescents**

<b>Soins de suite et de réadaptation pédiatrique</b>	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	1	0	1
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016 : avec mention de prise en charge des enfants et des adolescents	1	0	1
Implantations en hospitalisation à temps partiel de SSR (hospitalisation de jour) en 2016 : avec mention de prise en charge des enfants et des adolescents	1	0	1

<b>Activité saisonnière de soins de suite et de réadaptation pour enfants et des adolescents pour la prise en charge spécialisée des affections systèmes digestif, métabolique et endocrinien</b>	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
Etablissements de santé autorisés en SSR en 2011 (entité géographique)	1 implantation à Cilaos		
Implantations en hospitalisation complète de SSR en 2016	1 implantation à Cilaos		

## 4

### Indicateurs de suivi

- Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation ;
- Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD) ;
- Part des séjours inférieurs à 3 mois.

# Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Une activité de greffe rénale pratiquée à La Réunion est indispensable pour répondre aux besoins des populations de La Réunion et de Mayotte.

Pour ce qui est de l'activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, le volume d'activité attendu ne justifie pas son implantation à La Réunion.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Développer l'activité de greffe rénale ;

**Action 1** : Assurer la réalisation de l'activité dans des conditions garantissant qualité et sécurité ;

**Action 2** : Augmenter le nombre annuel de greffes rénales pour atteindre la moitié de la file active ;

**Action 3** : Garantir la qualité des greffons limitant à 10% la proportion de greffons avec une durée d'ischémie froide supérieure à 24h ;

**Action 4** : Augmenter le nombre d'inscrits sur liste nationale d'attente ;

— **Objectif 2** : Planter une activité de greffe cardiaque quand l'activité de greffe rénale sera consolidée ;

**Action 1** : Assurer une offre de prise en charge conforme aux recommandations de bonne pratique.

— **Objectif 3** : Greffe de cellules souches hématopoïétiques ;

**Action 1** : Inclure les hémopathies malignes dans le registre régional du cancer ;

**Action 2** : Evaluer les indications d'allogreffe ;

**Action 3** : Mieux accompagner les patients et les familles dans le cadre des évacuations sanitaires vers la métropole (6 par an en moyenne) ;

— **Objectif 4** : Structurer et mutualiser le suivi post greffe ;

**Action 1** : Organiser le parcours post greffe en lien avec une structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) et la médecine libérale de proximité ;

**Action 2** : Mutualiser les compétences pour une offre commune d'éducation thérapeutique.

### — Efficience

— **Objectif 1** : Consolider le dispositif de prélèvements d'organes, de tissus et de cellules à visée thérapeutique ;

**Action 1** : Sensibiliser au don d'organes ;

**Action 2** : Garantir l'anonymat des donneurs ;

**Action 3** : Former et stabiliser les équipes en charge du prélèvement d'organes ;

**Action 4** : Autoriser les prélèvements de cellules souches hématopoïétiques à visée thérapeutique.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Favoriser le partenariat établissements de santé – libéraux dans la préparation du bilan pré greffe et le suivi post greffe ;

— **Objectif 2** : Informer les professionnels de santé libéraux sur l'intérêt de la greffe, les modalités d'accès à la greffe et de suivi post greffe.

— **Objectif 3** : Favoriser la coopération ville-hôpital ;

— **Objectif 4** : Favoriser les liens avec la médecine générale, les cardiologues et les endocrinologues.

## 3 Implantations

	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Transplantations d'organe</b>						
<b>Greffe rénale adulte</b>	1	1	0	0	0	0
<b>Greffe rénale pédiatrique</b>	1	1	0	0	0	0
<b>Greffe cardiaque</b>	0	0 à 1	0	0	0	0
<b>Greffes de cellules hématopoïétiques</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Prélèvements d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques à visée thérapeutique</b>	1	1	0	0	1	1

Il n'y a pas lieu d'implanter sur les territoires de santé de La Réunion, une activité d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

## 4 Indicateurs de suivi

### Indicateurs relatifs à l'accessibilité :

- Taux de patients en insuffisance rénale chronique terminale inscrits sur liste nationale d'attente ;
- Délai médian entre l'inscription en liste d'attente et la greffe par type de greffe ;
- Taux d'accès à la greffe ;

### Indicateurs qualité :

- Taux d'échec ajusté à un an en pourcentage pour les organes greffés.

# Traitement des Grands Brûlés

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Le centre de référence en matière de grands brûlés pour l'Océan Indien est implanté au Centre Hospitalier Régional site nord.

Près de 150 hospitalisations pour brûlures sont recensées chaque année. La moitié est traitée dans le centre de traitement des grands brûlés (CTGB) du CHR site nord (30% d'enfants, 30 % d'assistance respiratoire, 12% de décès).

Tous les patients hospitalisés pour brûlures bénéficient d'une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR). Le centre de référence pour la rééducation fonctionnelle des brûlés « adultes » est le CHR site nord. Le centre de référence des brûlés « enfants » est l'Hôpital d'Enfants.

Des spécificités régionales liées à des habitudes culturelles, à la précarité et au non respect de normes de certains équipements marquent l'épidémiologie des brûlures à La Réunion et à Mayotte.

Les problématiques de prise en charge des brûlés portent sur les points suivants :

- **Le rôle de recours pour l'océan indien du centre de grands brûlés du CHR :**
  - o Gestion de transferts sanitaires délicats à organiser pour ce type de patients ;
  - o Nécessité d'une formalisation des collaborations ;
- **Une dimension psychologique insuffisamment intégrée à la prise en charge ;**
- **Une absence de filière organisée entre les établissements de santé et les soins de premier recours ;**
- **L'absence de banque de peau locale.**

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1 :** Maintenir la prise en charge des grands brûlés autour d'une organisation bipolaire :

- Centre de référence inter-régional : Centre de Traitement des Grands Brûlés du CHR de la Réunion :
  - o Prise en charge des grands brûlés de La Réunion ;
  - o Prise en charge des grands brûlés transférés depuis Mayotte ;
  - o Rôle de conseil et d'expertise auprès de professionnels de santé ;
- Centre Hospitalier de Mayotte ;

— **Objectif 2** : Assurer l'accès des patients à la prise en charge la plus adaptée à l'état du patient et à la gravité de la brûlure ;

**Action 1 :**

Améliorer la prise en charge en urgences des patients brûlés ;

- Diffuser dans les services accueillant des urgences l'arbre décisionnel de la Société Française d'Etude et de Traitement des brûlures ;
- Former les équipes médicales des services d'urgences ;

**Action 2 :**

Améliorer le parcours de soins du grand brûlé de la phase initiale à la rééducation fonctionnelle ;

- Optimiser les capacités d'accueil en lits de post-réanimation pour la phase aigüe au CTGB ;
- Elaborer des protocoles de prises en charge afin de mieux anticiper la sortie vers le SSR ;
- Structurer une filière de soins de suite et de réadaptation entre le CTGB et le pôle pédiatrique de référence (Hôpital d'Enfants) ;
- Accompagner le retour et la prise en charge à domicile en partenariat avec :
  - o une offre d'hospitalisation à domicile ;
  - o les professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) ;

**Action 3 :**

Améliorer le suivi des grands brûlés par la promotion d'une prise en charge globale du patient ;

- Favoriser l'autonomisation du patient et la réinsertion sociale et professionnelle ;
- Développer l'éducation thérapeutique du patient brûlé ;
- Organiser des consultations de suivi pluridisciplinaires (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, appareilleurs, psychologues, psychomotriciens, couturier...) ;
- Intégrer la dimension psychologique pour tous les patients brûlés ;
- Soutenir le rôle clé de la scolarité dans la réadaptation des enfants et des adolescents ;

**Action 4 :**

Faciliter le parcours de soin des patients transférés de Mayotte au CTGB de la Réunion ;

**Action 5 :**

Faciliter l'accès à la crénothérapie qui ne peut être réalisée qu'en métropole.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Promouvoir le prélèvement de peau dans le cadre du réseau régional des prélèvements.

La pénurie en greffons justifie le développement des autogreffes quand cela est possible et l'utilisation de substituts cutanés de laboratoire.

## — Efficience

- **Objectif 1** : Améliorer la prise en charge en disposant d'une offre de soins conforme au décret du 20 août 2007 ;

**Action 1** : Assurer la permanence et la continuité des soins médicaux et chirurgicaux ;

**Action 2** : Optimiser la prise en charge des enfants brûlés tout le long de leur croissance par une meilleure articulation entre le CTGB, les services de pédiatrie et les SSR ;

**Action 3** : Permettre une meilleure articulation entre la chirurgie des séquelles des brûlures et la prise en charge en SSR pédiatriques ;

- **Objectif 2** : Optimiser le recours aux évacuations sanitaires pour le traitement des grands brûlés ;

**Action 1** : Définir les indications et les modalités des transferts de patients entre Mayotte et le CTGB de La Réunion ;

**Action 2** : Développer la télémédecine pour échanger avec le CTGB de la Réunion :

- Télé-expertise et échange iconographique en temps réel ;
- Aide à la décision et transfert de patients de Mayotte au CTGB ;

- **Objectif 3** : Améliorer la prise en charge des patients transférés à la Réunion ;

**Action 1** : Garantir la continuité des soins entre les différents temps de la prise en charge dans le cadre des transferts entre Mayotte et La Réunion ;

**Action 2** : Favoriser le développement des structures d'accueil des familles d'enfants de Mayotte pour réduire les durées d'hospitalisation et faciliter la présence des familles, contribuant ainsi au soutien psychologique ;

- **Objectif 4** : Améliorer la connaissance de l'épidémiologie des brûlures à La Réunion ;

**Action 1** : Mettre en place un recueil de données sur les brûlures à La Réunion.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Former les professionnels de santé de premier recours (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes) au suivi des adultes et enfants brûlés pour faciliter le relais post SSR ;

- **Objectif 2** : Renforcer les partenariats entre les acteurs de santé assurant le traitement des grands brûlés : CTGB de la Réunion, SSR spécialisés dans la rééducation et la réadaptation des grands brûlés, établissements de métropole ;

**Action 1** : Etablir une convention de coopération entre le CHR de la Réunion, le Centre Hospitalier de Mayotte, et l'Hôpital d'Enfants de Saint Denis

**Action 2** : Pérenniser les missions dans les spécialités suivantes : chirurgie plastique et reconstructrice, médecine physique et de réadaptation spécialisée dans les brûlures ;

- **Objectif 3** : Encourager la coopération avec les pays de la zone Océan Indien.

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Prévenir les brûlures domestiques chez l'enfant ;

**Action 1** : Informer le grand public ;

— **Objectif 2** : Réduire la gravité des brûlures ;

**Action 1** : Informer et former sur les gestes d'urgence en cas de brûlure ;

— **Objectif 3** : Repérer et traiter les petites brûlures profondes ;

**Action 1** : Former les professionnels de santé (services d'urgence, médecins libéraux, infirmiers libéraux) au repérage et au traitement des brûlures.

## 3 Implantations

Activité de soins Grands brûlés	Territoires de santé		
	Nord-Est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en 2011	1	0	0
Implantation prenant en charge les adultes et enfants en 2016	1	0	0

## 4 Indicateurs de suivi

- Dispersion des taux de recours ;
- Nombre de transferts sanitaires.

# La chirurgie cardiaque

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La chirurgie cardiaque est implantée au Centre Hospitalier Régional de La Réunion sur le site nord. Compte tenu de son éloignement, la région Océan Indien est « autonome au regard des activités de soins organisées en métropole en complémentarité entre plusieurs régions administratives ».

La question de l'accessibilité concerne donc la Réunion et Mayotte.

Si l'accessibilité est satisfaisante pour les patients adultes de La Réunion, celle-ci doit être consolidée pour les patients adultes de Mayotte et rediscutée pour les nouveau-nés et les enfants des deux îles.

L'activité de chirurgie cardiaque rencontre aujourd'hui deux difficultés :

- La chirurgie cardiaque pédiatrique n'est pas autorisée ;
- La technique de remplacement valvulaire aortique percutanée pour les patients récusés en chirurgie n'est pas disponible.

A terme du schéma d'organisation des soins du Projet de Santé, une organisation incluant Mayotte permettra une télé-expertise pour chacun des diagnostics échocardiographiques ante et néo nataux n'ayant pas eu d'accord lors d'une double lecture sur le site initial de diagnostic. Une utilisation accrue des possibilités diagnostiques et télématiques est à étudier.

En matière de cardiopathies congénitales, le seuil permettant une autorisation est trop élevé par rapport aux populations des deux départements. Toutefois, en raison de l'éloignement géographique et de la perte de chance durant le transport, une autorisation de type 2 sur l'implantation autorisée actuelle pourrait faire l'objet d'une autorisation à titre dérogatoire. Un cahier des charges décrira les exigences, notamment de compagnonnage, permettant la sécurisation de cette dérogation.

Concernant la procédure de « transaortic valve implantation » (TAVI), le dossier conjoint des deux équipes de cardiologie interventionnelle de type 3 et de l'équipe de chirurgie cardiaque doit être soutenu pour obtenir du niveau national la réalisation de cette activité à La Réunion.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Assurer aux adultes, notamment de Mayotte, l'accès à la chirurgie cardiaque dans des conditions optimales ;
- **Objectif 2** : Travailler à la réponse chirurgicale équitable des cardiopathies de l'enfant ;
- **Objectif 3** : Permettre la prise en charge des patients, ayant une pathologie valvulaire aortique et un état général contre-indiquant la chirurgie sous anesthésie générale, par les techniques de remplacement valvulaire percutané (TAVI) ;

## — Qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1** : Minimiser les pertes de chance des enfants nés à La Réunion et à Mayotte, atteints de cardiopathies notamment congénitales ;

**Action 1** : Organiser, en amont de l'autorisation de chirurgie cardiaque pédiatrique, des formations entre obstétriciens, radiologues, pédiatres et cardiologues pour le diagnostic avec double avis et expertise éventuelle des échographies anténatales, et entre pédiatres, radiologues et cardiologues pour la période néonatale ;

**Action 2** : Mettre en place un suivi de la prise en charge des cardiopathies congénitales ;

**Action 3** : Garantir la sécurité des soins par une organisation régionale associée pour la prise en charge des enfants à un compagnonnage externe formalisé dans une convention.

- **Objectif 2** : Optimiser la prise en charge des cardiopathies chirurgicales adultes ;

**Action 1** : Optimiser par le suivi en télésanté la prise en charge des patients de Mayotte ;

**Action 2** : Autoriser le développement des techniques de remplacement valvulaire percutané (TAVI).

## — Efficience

- **Objectif 1** : Développer les coopérations inter-établissements en tenant compte des filières de soins cohérentes ;

- **Objectif 2** : Améliorer la prise en charge des enfants porteurs de cardiopathies chirurgicales ;

**Action 1** : Réaliser des formations entre obstétriciens, radiologues, pédiatres et cardiologues pour le diagnostic avec double avis et expertise éventuelle des échographies anténatales, et entre pédiatres, radiologues et cardiologues pour la période néonatale ;

**Action 2** : Formaliser l'organisation opérationnelle et la mise en place de ce diagnostic partagé et d'excellence en incluant un suivi clinique coordonné et une évaluation annuelle faisant l'objet d'un retour d'expérience.

- **Objectif 2** : Formaliser la coopération entre chirurgiens cardiaques et réanimateurs pédiatriques des deux sites du CHR de La Réunion et du Centre Hospitalier de Mayotte pour la chirurgie cardiaque pédiatrique.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Coordonner les prises en charges au niveau régional ;

**Action 1** : Présenter et diffuser la procédure de remplacement valvulaire percutané aux médecins référents et aux cardiologues libéraux lorsque sa réalisation sera autorisée ;

**Action 2** : Développer la télémédecine et un système d'information pour un diagnostic anténatal d'excellence sur tous les sites ;

**Action 3 :** Faire valider le cahier des charges autour de la dérogation permettant l'autorisation de chirurgie cardiaque pédiatrique par les divers métiers concourant à la prescription afin d'être bien intégré dans les filières professionnelles ;

*Celui-ci a d'autant plus d'importance que certaines pathologies trouveront toujours une réponse dans l'un des centres hyperspécialisés de la métropole. Le travail d'organisation doit être réalisé en cohérence avec les activités d'obstétrique, de réanimation néonatale et d'activités interventionnelles en cardiologie du SROS-PRS.*

— **Objectif 2 :** Valoriser la coopération existante entre les cardiologues des deux implantations de cardiologie interventionnelle et les chirurgiens cardiaques pour la réalisation des techniques de remplacement valvulaire percutané ;

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1 :** Réaliser une campagne d'information sur l'appel du 15 par le patient coronarien ;

— **Objectif 2 :** Favoriser le lien ville-hôpital avec les cardiologues libéraux : prévention des risques cardiaques, dépistage et suivi post-opératoire.

## 3 Implantations

Activité de chirurgie cardiaque	Territoires de santé		
	Nord-Est	Ouest	Sud
Etablissements de santé autorisés en 2011	1	0	0
Implantation prenant en charge les adultes et enfants en 2016	1	0	0

Une implantation de chirurgie cardiaque pédiatrique sera implantée à titre dérogatoire sur le site autorisé de chirurgie cardiaque.

## 4 Indicateurs de suivi

- Dispersion des taux de recours ;
- Suivi des filières et des protocoles formalisés de prise en charge des différents patients, discussion pour les enfants des indicateurs de suivi pertinents à intégrer dans le cahier des charges.

# Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

## 1 Eléments du diagnostic territorial

Les implantations autorisées lors du volet révisé du SROS 3 ne sont pas remises en cause.

Le dossier relatif à l'activité de chirurgie cardiaque concernant la transaortique valve implantation (TAVI) n'a pas abouti en 2009 au niveau national et sera représenté cette année.

Au plan des urgences cardiologiques, la formation des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) à la prise en charge des syndromes coronariens aigus est en cours.

Dans le traitement et le suivi des troubles du rythme, le financement des actes de télé-médecine est attendu.

En conclusion, pour les patients adultes, les orientations du SROS 3 sont à poursuivre. Les débats portent surtout sur les cardiopathies congénitales, leur diagnostic et leur traitement y compris à l'âge adulte.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Optimiser la qualité et la rapidité de la prise en charge des patients cardiaques quels que soient leur âge et leur pathologie ;

**Action 1** : Faciliter l'accès direct au plateau spécialisé adapté à l'état du patient dans les syndromes coronariens aigus ;

**Action 2** : Finaliser la formation des SMUR à la prise en charge d'urgence des syndromes coronariens aigus ;

**Action 3** : Faire une nouvelle campagne d'information sur l'appel rapide du 15 ;

**Action 4** : Optimiser les délais de transport par l'organisation d'une garde alternée entre les 2 implantations de cardiologie interventionnelle tout en maintenant la permanence des soins sur les deux sites ;

**Action 5** : Organiser la réponse interventionnelle aux cardiopathies congénitales quel que soit l'âge et aux cardiopathies de l'enfant en travaillant le dossier d'autorisation de type 2.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : S'assurer du respect par les structures autorisées des seuils d'activité attendus pour la pratique sécurisée de l'ensemble des actes relevant du champ des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie chez les adultes ;

— **Objectif 2** : Mettre en place une organisation régionale permettant la réalisation d'actes sur les cardiopathies congénitales de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte ;

*Le seuil d'activité exigé ne sera pas atteint mais compte tenu de l'éloignement, une dérogation "pour des besoins de santé publique" est possible.*

**Action 1** : Formaliser l'ensemble de la filière (diagnostic anténatal, appréciation de l'urgence de l'intervention, expérience du réalisateur en stock et en flux, appréciation du service médical rendu versus transfert...) par les acteurs régionaux et des équipes métropolitaines expertes ;

**Action 2** : Utiliser la télé santé dans différentes applications entre Mayotte, La Réunion et la métropole.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Fluidifier les parcours de soins des patients cardiaques ;

**Action 1** : Optimiser la disponibilité des informations concernant le patient notamment avec le médecin traitant ;

**Action 2** : Réaliser une évaluation critique de l'activité de cardiologie interventionnelle et de rythmologie interventionnelle a minima en 2014 ;

**Action 3** : Mettre en place un registre des prises en charge des syndromes coronariens aigus ;

**Action 4** : Utiliser les solutions de télémédecine, notamment pour le suivi des troubles du rythme.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Organiser, pour les syndromes coronariens aigus, une filière incluant les médecins traitants, les urgences 15/18, les établissements autorisés ;

**Action 1** : Développer une formation commune des acteurs de la filière ;

**Action 2** : Etablir des conventions afin de formaliser les liens entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval ;

— **Objectif 2** : Organiser, au niveau régional Réunion-Mayotte, la prise en charge des cardiopathies de l'enfant dont les cardiopathies congénitales y compris à l'âge adulte, en collaboration avec un ou des centres métropolitains ;

**Action 1** : Elaborer un cahier des charges durant la première année du SROS-PRS validé par l'ensemble des instances concernées. Le cahier des charges inclut les modalités d'organisation de la formation spécifique de l'ensemble des partenaires du diagnostic prénatal et périnatal ainsi que de la filière de prise en charge ;

- **Objectif 3** : Développer la coopération inter établissements pour la prise en charge endovasculaire des valves mitrales et valves aortiques (TAVI) ;
- **Objectif 4** : Développer les coopérations entre cardiopédiatres et pédiatres de La Réunion et de Mayotte.

## – Articulation avec la prévention

- **Objectif 1** : Réduire les délais, favoriser la continuité des soins et fluidifier les parcours pour la prise en charge des infarctus du myocarde ;
- **Objectif 2** : Conduire des actions de prévention de l'insuffisance cardiaque ;
- **Objectif 3** : Prévenir les cardiopathies congénitales par des actions dans le cadre de la réduction des syndromes d'alcoolisation fœtale.

## 3 Implantations

	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Cardiopathies de l'adulte	2	2	0	0	0	0
Cardiopathies de l'enfant y compris la réintervention à l'âge adulte	0	0 à 1	0	0	0	0
Rythmologie interventionnelle	0	0	0	0	1	1
TAVI	0	1	0	0	0	0

*L'activité de TAVI sur le site nord du CHR se fera en coopération avec les cardiologues interventionnels de la Clinique Sainte Clotilde.*

## 4 Indicateurs de suivi

- Recensement de la mortalité prématurée de cause cardiaque ;
- Nombre, type, prise en charge, de cardiopathies congénitales diagnostiquées en période anténatale, dans les 24 heures après la naissance, dans le 1<sup>er</sup> mois de vie, ultérieurement ;
- Suivi des patients traités par les techniques de remplacement valvulaire percutané ;
- Suivi à 6 mois et 1 an des patients traités par les techniques de remplacement valvulaire percutané ;
- Observatoire du type de pathologies accueillies dans les différents services de cardiologie en urgence et de manière programmée, suivi statistique des évolutions individuelles, nombre de reprises d'un acte interventionnel au cours d'un même séjour ;
- Nombre de séjours en réanimation ou USIC, en chirurgie cardiaque, suite à un acte interventionnel.
- Taux de mortalité hospitalière ;
- Nombre de diagnostics réalisés par télétransmission d'images.

# Neurochirurgie

## Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

### 1 Éléments du diagnostic territorial

#### — Neurochirurgie

L'activité de neurochirurgie est implantée au Centre Hospitalier Régional sur le site sud.

La neurochirurgie s'inscrit dans une filière spécialisée comprenant la neuro-réanimation, la neurologie, la médecine physique et de réadaptation, la consultation de douleur chronique et les spécialités ORL, ophtalmologie et stomatologie.

La prise en charge en neurochirurgie concerne les patients adultes, les enfants et les adolescents.

La neurochirurgie est une activité de niveau de recours régional, accueillant des patients de la zone Océan Indien : Mayotte, Seychelles, Madagascar. 10% des patients sont en provenance de Mayotte.

Une permanence est assurée en liaison avec le SAMU et les structures d'urgences de La Réunion. Il répond aux conditions techniques de fonctionnement prévu par décret n° 2007-365 du 19 mars 2007.

#### — Neuroradiologie interventionnelle

L'activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie est implantée au Centre Hospitalier Régional site sud. L'équipement comprend :

- Une salle d'angiographie numérisée interventionnelle spécifique monoplan, capteur plan en ambiance de bloc chirurgical
- Un scanner dédié
- Une IRM dédiée (3 Tesla)

L'activité en 2010 porte sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne :

- 65 interventions dont 9 % réalisées pour Mayotte soit une progression de 66 % depuis 2007 et de 23% depuis 2009.

Ces interventions correspondent au traitement des anévrismes rompus et non rompus (53 % des cas), aux malformations artério-veineuses et au traitement des AVC (21 %). Les enfants peuvent être pris en charge.

Des problèmes d'effectifs et de recrutement de médecins formés à la neuroradiologie interventionnelle vasculaires fragilisent le fonctionnement pérenne de cette activité.

## — Accessibilité

— **Objectif 1** : Maintenir une prise en charge neurochirurgicale sécurisée et optimisée pour les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte ;

**Action 1** : Conserver la prise en charge neurochirurgicale des enfants, des adolescents et des adultes ;

**Action 2** : Maintenir l'organisation actuelle en matière de prise en charge pédiatrique :

- Lits dédiés en pédiatrie ;
- Mobilisation des compétences d'anesthésistes-réanimateurs spécialisés en pédiatrie lorsque des enfants sont hospitalisés en neurochirurgie adulte ;

**Action 3** : Poursuivre le développement de la coopération et du renforcement des filières aux niveaux local, régional et métropolitain :

- Filière AVC, filière SSR, HAD ;
- Conventions avec les services de réanimation pédiatrique, conventions avec les services de neurochirurgie infantile de métropole ;

**Action 4** : Installer une deuxième IRM dédiée au CHR site sud ;

— **Objectif 2** : Développer de techniques neurochirurgicales suivantes :

- o chirurgie de l'épilepsie ;
- o chirurgie fonctionnelle ;
- o chirurgie éveillée dans le cadre d'une convention avec l'Assistance Publique de Marseille ;

— **Objectif 3** : Favoriser le développement de l'activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie par la consolidation de la couverture médicale indispensable à son développement et à la permanence des soins.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Assurer une réponse adaptée à l'urgence neurochirurgicale et neuroradiologique ;

**Action 1** : Assurer la prise en charge des urgences selon les recommandations de la charte des urgences de 2009 ;

**Action 2** : Développer des solutions de télémédecine ;

- Améliorer l'équipement en vitesse et en qualité pour la transmission d'images notamment avec Mayotte ;
- Développer une solution permettant la transmission de dossiers des patients en vue d'avis spécialisés.

### 3 Implantations

<b>Activité de soins « neurochirurgie »</b>	<b>Territoires de santé</b>		
	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
Etablissements de santé autorisés en neurochirurgie en 2011	0	0	1
Implantation de neurochirurgie prenant en charge les adultes et enfants en 2016	0	0	1

<b>Activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie</b>	<b>Nord-Est</b>	<b>Ouest</b>	<b>Sud</b>
	Etablissements de santé autorisés en neurochirurgie en 2011	0	0
Implantation d'activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie en 2016	0	0	1

# Médecine d'urgence

## Articulation entre la ville et les

### 1 Éléments du diagnostic territorial

L'accueil des urgences est assuré par quatre établissements :

- **au Nord** : le CHR site nord, siège du SAMU ;
- **au Sud** : le CHR site sud ;
- **à l'Ouest** : le CHGM ;
- **à l'Est** : le GHER.

Passages aux urgences	CHR site nord Terrestre	CHR site sud	CHGM	GHER	Total
2007	39 898	41 264	37 338	16 462	135 322
2008	39 989	42 865	38 395	17 967	139 216
2009	41 880	43 314	40 042	19 269	144 505
2010	41 286	42 273	39 689	20 503	143 751

L'activité est en hausse, en moyenne de 2,1% par an sur la période 2007-2010, à rapprocher de la croissance annuelle de la population réunionnaise (+1,7%).

Trois services d'urgence bénéficient sur site d'un relais avec la médecine libérale aux heures de la permanence des soins ambulatoires (excepté après minuit) : une Maison Médicale de Garde est adossée au CHR site sud, une autre au CHGM et un cabinet médical de garde au GHER.

Un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) a été identifié dans chacun des services. Sa présence est variable en fonction des établissements et de certains créneaux horaires.

Le SAMU est porté par le CHR site nord, à vocation départemental, avec coordination des évacuations sanitaires des patients en provenance de Mayotte.

La régulation médicale (SAMU et ARMELL) – activité du centre 15 :

Appels au Centre 15	SAMU	ARMELL	Total
2007	38 206	25 727	63 933
2008	36 754	25 548	62 302
2009	36 061	29 828	65 889

Il n'existe qu'une seule régulation de la PDSA. Elle est portée par l'ARMELL qui regroupe 27 médecins libéraux volontaires. Elle est intégrée au sein du centre de réception et de régulation des appels (CRRA). Son activité a augmenté depuis sa mise en fonctionnement en 2003. A ce jour, elle assure, dans ses heures de fonctionnement, la régulation de près de la moitié des appels reçus au centre 15. La part des actes régulés aux heures de la PDSA est estimée à 25%.

Chaque service d'urgence dispose d'un SMUR.

Nombre de sorties primaires	CHR site nord Terrestre	CHR site nord Hélicoptéré	CHR site sud	CHGM	GHER	Total
2007	1 800	119	2 204	1 070	871	6 064
2008	1 586	95	1 954	1 007	781	5 423
2009	1 447	119	2 144	1 042	764	5 516
2010	1 554	135	2 024	1 496	770	5 979

Nombre de sorties secondaires :	CHR site nord Terrestre	CHR site nord Hélicoptéré	CHR site sud	CHGM	GHER	Total
2007	328	43	412	548	288	1 619
2008	262	37	367	543	313	1 522
2009	285	23	374	602	359	1 643
2010	320	10	350	479	327	1 486

La prise en charge pédiatrique en urgence est désormais individualisée et identifiée dans les quatre établissements :

- Au CHR site nord : accueil commun avec projet d'une IAO pédiatrique en journée (10H00-22H00), avec identification d'un service pour les urgences pédiatriques non-traumatologiques ; les urgences pédiatriques traumatologiques sont prises en charge aux urgences générales, avec un projet de regroupement au sein des urgences pédiatriques ;
- Au CHR site sud : accueil commun, avec identification d'un service pour les urgences pédiatriques non-traumatologiques ; les urgences traumatologiques sont prises en charge par une filière pédiatriques au sein des urgences générales ;
- Au CHGM : accueil commun, avec projet d'une IAO pédiatrique en journée ; prise en charge des urgences pédiatriques, y compris traumatologique, dans des locaux distincts des urgences générales ;
- Au GHER : accueil commun, avec identification d'un service pour les urgences pédiatriques non-traumatologiques ; les urgences traumatologiques sont prises en charge par une filière pédiatriques au sein des urgences générales.

Des unités d'accueil des urgences psychiatriques existent au CHR site nord (couverture du territoire nord-est), au CHR site sud et au CHGM, avec mobilisation de lits portes (UHCD) (sur les orientations, cf. volet psychiatrie et santé mentale).

L'accueil des victimes s'est structuré mais souffre d'un manque de moyens et de coordination pour répondre de façon satisfaisante à la demande de soins.

L'interconnexion 15-18 existe mais l'interconnexion 18-15 n'est toujours pas mise en place. Une plate-forme téléphonique commune au SAMU et au SDIS est prévue dans le cadre de la construction du bâtiment « soins critiques » sur le CHR site nord.

La place du transport hélicoptéré doit être revue suite à la mise en service du nouvel axe routier nord-sud.

La mise en réseau des professionnels de l'urgence n'est toujours pas formalisée et son effectivité difficilement mesurable. Les filières de soins sont décrites dans une charte des urgences (novembre 2009). Leur optimisation nécessite une réflexion qui ne peut être portée que dans le cadre du réseau de prise en charge des urgences qui reste à construire.

L'articulation entre la ville et les urgences n'est pas pleinement satisfaisante même si dans chaque secteur de PDSA est identifié au moins un point fixe de garde. La plupart d'entre eux ne réalise pas de visites à domicile et ne couvre pas la deuxième partie de nuit. L'activité est réduite à partir de minuit, ce qui a justifié un regroupement des secteurs en nuit profonde ; le recours physique au médecin, en nuit profonde, repose donc sur les services d'urgences à l'exception des villes de Saint Denis et du Port.

#### Enjeux :

- Améliorer l'articulation entre la ville et les urgences ;
- Conforter la régulation libérale ;
- Informer les patients ;
- Améliorer la réponse à l'urgence de certaines pathologies qui s'intègrent dans des filières amont, inter hospitalières, et aval de prise en charge ;
- Mettre en réseau les professionnels de l'urgence.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1 :** Maintenir le maillage existant qui répond aux besoins de proximité en ce qui concernent les soins non programmés et urgents (urgences banales et urgences vitales) et qui permet d'organiser l'accès à des filières de soins spécialisées ;

**Action 1 :** Conserver une répartition quadripolaire des structures de médecine d'urgence et des SMUR ;

**Action 2 :** Réaffirmer le rôle pivot du SAMU ;

**Action 3 :** Encourager l'accès direct aux plateaux techniques spécialisés après régulation médicale (à définir dans le cadre du Répertoire Opérationnel des Ressources) ;

**Action 4 :** Expérimenter le recours à des médecins correspondants du SAMU, praticiens expérimentés en médecine d'urgence, pour les zones situées à plus de 30 minutes du SMUR, aux fins de premiers soins et d'évaluation de la nécessité d'un transport médicalisé ;

**Action 5 :** Mener une évaluation d'opportunité et de faisabilité d'un transport sanitaire hélicoptéré dédié qui serait régulé par le SAMU, avec disposition d'hélistations supplémentaires à Saint Benoît et Saint Paul ;

— **Objectif 2 :** Consolider l'organisation territoriale et informer la population des dispositifs d'urgence ;

### En amont de l'arrivée aux urgences

**Action 1 :** Garantir le rôle de la CRRA au sein du SAMU comme pivot de la régulation médicale ;

- Maintenir la centralisation des appels au SAMU (Centre 15) où se situe la régulation conjointe médecin libéral/médecin SAMU ;
- Privilégier le positionnement des médecins régulateurs libéraux sur la plate-forme régionale avant d'étudier la faisabilité de délocaliser une partie de la régulation libérale pour fidéliser les équipes, sachant que l'interconnexion avec le CRRA est de règle ;

<sup>1</sup> La réalisation est attendue sur la durée du SROS, sauf lorsqu'une échéance précise est indiquée.

**Action 2** : Définir une politique d'organisation des transferts ;

- Clarifier les missions respectives du SAMU, du SDIS et des transporteurs sanitaires dans l'aide médicale urgente ;
- Coordonner et formaliser cette organisation en suivant la mise en œuvre des référentiels nationaux (arrêté interministériel du 24 avril 2009, arrêté du 5 mai 2009) et en s'assurant de la mise en place d'une convention bipartite d'application du référentiel SAMU-SDIS complétée d'une convention de mise à disposition de moyens ;

**Action 3** : Améliorer la coordination des prises en charge dans le cadre de la PDSA entre les professionnels libéraux et les services concernés (C15, urgences) :

- Sous réserve de la révision des territoires de permanence des soins, il convient de conforter les points fixes de garde déjà identifiés, qui répondent aux demandes de soins non-programmées, sur les créneaux horaires de forte fréquentation, et qui doivent s'organiser pour réaliser les visites incompressibles dont la nature sera définies collégialement. Le réseau des urgences pourrait participer à l'élaboration d'un cahier des charges, tenant compte des attentes respectives des effecteurs de la permanence des soins ;
- Au regard du bassin de population desservi, l'implantation d'une structure de garde en proximité immédiate du CHR – site Nord doit être étudiée ;

**Action 4** : Améliorer la coordination des prises en charges en urgence, et au titre de la continuité des soins, entre établissements de santé et services d'urgence-SAMU ;

- Mettre en place des protocoles entre le CRRA et les établissements constitutifs des deux filières territoriales AVC (CHR sites nord et sud) pour une prise en charge directe permettant de raccourcir le délai d'admission ;
- Mettre en place des protocoles et des conventions de fonctionnement pour la prise en charge des personnes suivies en HAD ou en EPHAD pour mieux anticiper les demandes de soins non programmées et limiter au maximum les transferts. Elaborer des fiches de liaisons, y compris pour les patients atteints de maladies chroniques suivies en ville (HAD notamment). En informer les patients et leurs familles pour faciliter les transmissions d'informations médicales ;

**En aval de la prise en charge en urgence**

**Action 1** : Développer la coordination et la continuité de la prise en charge avec la médecine de ville et les établissements médico-sociaux.

**— Qualité et sécurité des soins**

**— Objectif 1** : Optimiser le fonctionnement du SAMU 974 pour garantir une réponse de qualité ;

**Action 1** : Adapter les ressources disponibles au niveau d'activité du SAMU ;

**Action 2** : Poursuivre la modernisation des systèmes d'information, de communication ainsi que leurs processus ;

**Action 3** : Mettre en place la plate-forme commune SAMU-SDIS dans l'enceinte du CHR site nord ;

— **Objectif 2** : Maintenir le SAMU de la Réunion dans sa mission de coordination des transferts en provenance du Centre Hospitalier de Mayotte ;

— **Objectif 3** : Faciliter l'orientation des patients dans le cadre du réseau des urgences et de l'accès direct aux plateaux techniques spécialisés et aux filières de soins ;

**Action 1** : Mettre en place le réseau des réseaux des urgences :

- Constitution de l'instance régionale de pilotage, sous l'égide l'ARS ;
- Elaboration de la convention du réseau ;
- Elaboration du répertoire opérationnel des ressources ;

— **Objectif 4** : Conforter la prise en charge psychiatrique en urgence sur chaque territoire de santé ;

— **Objectif 5** : Favoriser l'accès aux soins des personnes les plus démunies ;

— **Objectif 6** : Conforter les urgences pédiatriques ;

**Action 1** : Former et identifier des IAO pédiatriques mobilisables pendant les périodes de forte activité au sein de chacun des services d'urgence ;

**Action 2** : Poursuivre l'identification des locaux de prises en charge des urgences pédiatriques, avec notamment extension aux urgences traumatologiques et adaptation des moyens, sur chacun des sites ;

— **Objectif 7** : Mettre en place la filière régionale de victimologie ;

*La prise en charge des victimes s'organise autour de l'accueil aux urgences, avec mobilisation le cas échéant de la médecine légale. En cas de catastrophes ou accidents collectifs, la CUMP est mobilisée. La prise en charge du psycho-trauma, en aval des urgences ou de la CUMP, relève de la compétence des professionnels de santé libéraux et de la psychiatrie de secteur, qui devra disposer, au travers d'un maillage territorial des CMP, de compétences dédiées à renforcer.*

**Action 1** : Poursuivre la fédération des acteurs régionaux de la victimologie, y compris la CUMP, au travers du comité de pilotage régional, chargé de clarifier les organisations liées aux différentes phases de la prise en charge de la victime et de faire le lien avec les partenaires extra-hospitaliers (associations d'aide aux victimes, services de la préfecture, professionnels libéraux...). Cette action pourra aboutir à la définition d'une coordination pérenne au travers d'un institut régional de victimologie ;

**Action 2** : Mettre en place une consultation de victimologie de première intention dans les 4 établissements dotés d'un service d'urgence ;

- Recourir à l'organisation définie pour la médecine légale quand la prise en charge relève d'une procédure judiciaire ;
- Identifier en journée dans chaque service d'urgence, un psychologue ou un IDE formé à la victimologie chargé d'évaluer l'impact du traumatisme subit, d'orienter et de suivre le patient dans la filière de prise en charge. Son positionnement pourra être revu à l'issue d'une période d'expérimentation de 6 à 10 mois. Pour le CHR site nord, cette mission sera assurée par la psychologue victimologue du Pôle Régional de Victimologie ;
- S'appuyer sur les urgences psychiatriques en l'absence de la psychologue victimologue ;

**Action 3** : Définir des protocoles de prises en charge et formaliser les organisations :

- Avec tous les services impliqués dans la prise en charge somatique de la victime et identifier un référent médical (urgentistes, pédiatres, gynécologues, gastro-entérologues) ;
- Avec les urgences psychiatriques ;
- Avec les CMP des secteurs de psychiatrie, qui devront pouvoir développer, en aval, une compétence de prise en charge du psycho-trauma complémentaire de l'offre libérale ;

— **Objectif 7** : Conforter le fonctionnement de la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) ;

**Action 1** : Finaliser la convention de partenariat entre les établissements de santé, le préfet, et l'ARS qui clarifie le rattachement fonctionnel de la CUMP au SAMU, dans le respect des textes nationaux, et prévoit le financement de son fonctionnement et de ses interventions ;

**Action 2** : Assurer le suivi des activités et du fonctionnement de la CUMP, au travers d'une instance annuelle placée sous l'égide de la préfecture et de l'ARS.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Améliorer l'efficience en termes de recueil d'activité et d'adaptation des moyens ;

**Action 1** : Améliorer le niveau du recueil de l'information et de son exploitation (SAMU, service d'urgence, codage CCMU) ;

**Action 2** : Définir des indicateurs régionaux de suivi qualitatif des urgences, et d'évaluation quantitative de l'activité ;

**Action 3** : Harmoniser les modalités du recueil entre le service des urgences et son administration au sein de chaque établissement concerné ;

**Action 4** : Harmoniser les modalités du recueil entre les établissements concernés (s'appuyer sur la procédure définie régionalement en 2009) ;

**Action 5** : Réviser les objectifs de séniorisation des équipes d'urgences pour fidéliser les professionnels ;

**Action 6** : Mettre en place une observation et un suivi afin de réaliser un état des lieux et identifier les bonnes pratiques et les points de blocage :

- réaliser un tableau de bord de suivi de l'activité des urgences ;
- instituer une rencontre annuelle entre le réseau OSCOUR et le réseau régional des urgences, ou à défaut les acteurs régionaux de l'urgence ;
- étudier la faisabilité d'étendre le réseau OSCOUR aux structures libérales de la permanence des soins ambulatoires ;

Cette mission pourra être réalisée, dans toute la mesure du possible, par la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie de l'Océan Indien (CIRE OI).

— **Objectif 2** : Améliorer l'efficience en termes d'orientation des patients vers les structures les plus adaptées ;

**Action 1** : Promouvoir les conventions entre les structures concernées ;

**Action 2 :** Mettre en place les filières de prise en charge en urgence en particulier vers les plateaux techniques spécialisés, notamment lorsque le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé, et même devant une suspicion :

- Pour les urgences cardiovasculaires nécessitant un transfert sur les 2 sites de cardiologie interventionnelle de St Denis, une garde alternée entre ces derniers sera organisée. Le protocole de prise en charge formalisé doit être régulièrement évalué et actualisé. Les personnels des SMUR doivent être formés à la prise en charge des syndromes coronariens aigus ;
- Pour l'AVC, 2 filières de soins sont identifiées pour la prise en charge à la phase aigüe : filière Nord-Est et filière Sud-Ouest. Chaque filière dispose d'un centre de référence doté d'une unité neuro-vasculaire et d'un centre « associé » avec lequel il est relié par des systèmes d'information. Tous les urgentistes doivent être formés à la prise en charge des AVC et disposer de protocoles. La coopération avec Mayotte se fait par le biais d'une garde alternée sur chacune des 2 UNV. Le centre régional de recours de l'AVC est le CHR Sud. Cette nouvelle organisation doit être formalisée au niveau du C15 ;

— **Objectif 3 :** Améliorer l'efficacité en termes de transports sanitaires ;

**Action 1 :** Adapter les moyens des SMUR, à nombre d'équipes inchangé, à leur activité et aux règles applicables, au travers de la révision de la mission d'intérêt général (MIG), dans la suite des travaux de revalorisation engagés en 2008 ;

**Action 2 :** Réviser la sectorisation de la garde ambulancière, dans le cadre de la permanence des soins ;

**Action 3 :** Poursuivre la formation et la qualification de l'accompagnement médical et paramédical des transports secondaires de nouveaux nés ;

**Action 4 :** Appuyer les transports inter-hospitaliers coordonnés par le SAMU sur une garde mutualisée de transports inter hospitaliers, qui assurera aussi les transferts pédiatriques.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination — Poursuivre la structuration des prises en charge spécifiques

— **Objectif 1 :** Relations avec les structures médicales de garde ;

**Action 1 :** Acter le principe d'un relais, par les services d'urgence, de la PDSA en nuit profonde pour les secteurs non couverts ;

**Action 2 :** Promouvoir l'appel au Centre 15, et renforcer la régulation médicale libérale ;

**Action 3 :** Etudier la pertinence d'une maison médicale de garde proche du CHR site nord, seul service d'urgence qui en est dépourvu ;

— **Objectif 2 :** Relations avec les structures médico-sociales et le domicile (HAD) ;

**Action 1 :** Développer les modes de prise en charge en amont des urgences pour éviter un transport inapproprié vers les urgences et apporter la réponse la mieux adaptée :

- Anticiper la réponse à donner aux besoins de soins urgents ;
- Mettre en place de protocoles de prise en charge ;
- Mettre en place des conventions entre les EPHAD et les établissements d'hébergement pour adultes handicapés et les quatre établissements accueillant des activités de médecine d'urgence.

### 3 Implantations

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Structure d'urgences</b>	2	2	1	1	1	1
<b>SMUR terrestre</b>	2	2	1	1	1	1
<b>SMUR hélicopté</b>	0	0 à 1	0	0	0	0
<b>SAMU</b>	1	1	0	0	0	0

### 4 Indicateurs de suivi

- Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passage pour 10 000 habitants) – indicateur CPOM ;
- Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU dans les passages aux urgences pendant la permanence des soins ambulatoire (indicateur CPOM) ;
- Tableau de bord régional de l'activité et des moyens des urgences.

# Réanimation

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, la capacité régionale est de 39 lits de réanimation polyvalente adulte (3 sites) et de 17 lits de surveillance continue (4 sites).

Trois unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) sont identifiées (2 dans le territoire nord-est et 1 dans le territoire sud) d'une capacité de 8 lits chacune. A cette organisation cardiologique, viennent s'ajouter 6 lits de soins intensifs de chirurgie cardiaque et 6 de soins intensifs chirurgicaux implantés dans le territoire nord-est.

La filière de neuro-réanimation, implantée dans le territoire sud, compte 8 lits de réanimation et 4 lits de surveillance continue.

Quantitativement, l'estimation des besoins, établie lors du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, reste cohérente : 50 lits de réanimation polyvalente adulte.

Les efforts du SROS-PRS doivent porter sur les points suivants :

- l'augmentation capacitaire de réanimation polyvalente adulte pour la région ;
- la mise en conformité des structures existantes : réanimation polyvalente adulte du territoire nord-est et réanimation neurochirurgicale du territoire sud ;
- la fluidité de la filière d'aval.

En matière de réanimation pédiatrique, les besoins estimés sont de 10 lits de réanimation et 10 de surveillance continue. La capacité implantée dans le territoire sud (4 lits de réanimation et 4 de surveillance continue) devra être installée dans le nouveau bâtiment Femme-Mère-Enfant.

En revanche, l'installation physique de lits de réanimation pédiatrique au sein de l'unité de réanimation néonatale du territoire nord-est exerce une contrainte qui obère la disponibilité en lits de réanimation néonatale, pour lesquels des enjeux forts en termes de résultats dans le champ de la périnatalité sont attendus.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

#### Prise en charge des adultes

- **Objectif 1** : Optimiser les unités de réanimation polyvalente adulte implantées dans les territoires de santé nord-est et sud ;

**Action 1** : Doter chaque unité de réanimation polyvalente adulte autorisée d'une unité de surveillance continue ;

**Action 2** : Reconnaître au moins une unité de surveillance continue dans chaque territoire de santé ;

**Action 3** : Favoriser la régulation régionale des lits de réanimation, surveillance continue et soins intensifs ;

- **Objectif 2** : Identifier la spécialité d'organe de chaque unité de soins intensifs ;

**Action 1** : Convertir l'unité de soins intensifs chirurgicaux polyvalente implantée à la Clinique Sainte-Clotilde en unité de surveillance continue ;

- **Objectif 3** : Reconnaître une activité de surveillance continue dans le bassin est du territoire Nord-Est ;

### **Prise en charge des enfants**

- **Objectif 4** : Individualiser les unités de réanimation pédiatrique ;
- **Objectif 5** : Faciliter l'implantation des unités de réanimation pédiatrique à proximité des unités de réanimation néonatale ;
- **Objectif 6** : Appliquer aux unités de réanimation pédiatrique la même démarche d'assurance qualité que pour les unités de réanimation néonatale ;

### **Unité Mobile d'Assistance Circulatoire (UMAC)**

- **Objectif 7** : Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant une AREC en lien avec les UMAC et le schéma relatif à la chirurgie cardiaque (enfants et adultes) ;

**Action 1** : Maintenir l'organisation régionale existante en matière d'UMAC.

## **– Qualité et sécurité des soins**

- **Objectif 1** : Mettre en conformité les unités de réanimation polyvalente adulte du territoire Nord-Est et de neuro-réanimation du territoire Sud ;
- **Objectif 2** : Systématiser la pratique de revue de morbi-mortalité dans toutes les unités de réanimation, surveillance continue et soins intensifs ;
- **Objectif 3** : Encourager la mise en œuvre des audits cliniques ciblés dans toutes les unités de réanimation, surveillance continue et soins intensifs ;
- **Objectif 4** : Organiser la lutte contre les infections nosocomiales (formation des personnels, protocoles en hygiène, surveillance, organisation architecturale) ;
- **Objectif 5** : Développer la formation et le soutien psychologique des soignants (PEC douleur, soins en fin de vie, accès aux soins palliatifs).

## **– Efficience**

- **Objectif 1** : Optimiser la gestion des ressources par regroupement, sur chaque site, des activités de réanimation et de surveillance continue.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Faciliter la filière des patients de réanimation par la formalisation de liens avec les services d'amont et d'aval ;

**Action 1** : Garantir la signature de conventions de coopération entre établissements sièges d'une activité de surveillance continue sans réanimation avec les établissements titulaires d'une autorisation de réanimation ;

**Action 2** : Encourager la formalisation des coopérations avec le SSR et l'HAD ;

**Action 3** : Faciliter les collaborations avec les structures médico-sociales.

### 3 Implantations

	Territoire de santé		
	nord-est	ouest	sud
Etablissements de santé autorisés en réanimation en 2011	CHR site nord 1 adulte 1 pédiatrique	0	CHR site sud 1 adulte 1 pédiatrique
Implantations en réanimation en 2016	1 adulte 1 pédiatrique	0	1 adulte 1 pédiatrique

Il n'y a pas lieu d'implanter une unité de réanimation polyvalente adulte dans le territoire de santé ouest.

### 4 Indicateurs de suivi

#### Réanimation adulte et réanimation pédiatrique

- Taux d'occupation, durée moyenne de séjour, origine géographique des patients ;
- Pourcentage des patients ventilés ;
- Nombre et type d'actions engagées dans la lutte contre les infections nosocomiales ;
- Indicateurs de gravité de simplifiés II (IGS II) ;

#### Activité de soins intensifs et de surveillance continue :

- Nombre de séjours.

# Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La situation épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée à La Réunion est comparable à celle des autres départements d'outremer. La prévalence est 2,5 fois supérieure à la moyenne nationale. L'incidence est à présent maîtrisée grâce notamment à un meilleur dépistage des complications rénales chez les patients diabétiques.

La prévalence de la dialyse est quatre fois plus élevée que la moyenne nationale en ce qui concerne l'hémodialyse. L'hypertension artérielle est bien dépistée et prise en charge, les patients bénéficient d'un suivi cardiologique de ville systématique donc d'un dépistage des complications cardiovasculaires.

Les autres maladies rénales sont beaucoup moins fréquentes, souvent en voie de régression (glomérulopathies), voire difficiles à contrôler quant à leur évolution (polykystose) : l'efficacité du dépistage est très faible en population générale, il est plus élevé dans la population des cabinets médicaux. Les néphropathies de l'enfant sont dépistées tôt, voire in utero.

Du fait de l'inertie épidémiologique, du vieillissement de la population, du rattrapage de l'espérance de vie métropolitaine, il existe une réserve importante de patients en IRC à divers stade dont le niveau d'IRC continue d'évoluer et qui arriveront dans les prochaines années au stade terminal.

Cependant, les patients mieux informés conservent des réticences marquées à la préparation à la dialyse, en raison de l'âge, des co-morbidités, mais aussi de l'image de la dialyse.

La baisse de la démographie médicale dans 5 ans, liée à des départs à la retraite alors que les besoins se font croissants est le point faible majeur du bon fonctionnement de la prise en charge de l'IRCT à la Réunion.

L'amélioration de la réinsertion professionnelle et sociale des dialysés est perfectible. Le contexte économique n'est pas favorable mais les efforts doivent se poursuivre en collaboration avec les décideurs politiques.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

La prise en charge des patients relevant d'une épuration extra-rénale s'inscrit dans les orientations suivantes :

- Maîtriser l'évolution constante des besoins ;
- Garantir au patient l'accès à la totalité des techniques et modalités de suppléance ;
- Améliorer le niveau d'information des patients, leur réinsertion professionnelle et sociale ;
- Renforcer la prise en charge au plan de la qualité et de la sécurité.

## — Accessibilité

- **Objectif 1** : Rééquilibrer l'offre sur les territoires de santé en partant du principe que le patient doit être dialysé sur son territoire de résidence et organiser l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale sur chacun des trois territoires de santé ;

**Action 1** : Proposer dans chacun des territoires de santé, l'ensemble des modalités de dialyse (hémodialyse en centre, unité de dialyse médicalisée, autodialyse, autodialyse simple, hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale) en tenant compte du vieillissement de la population de La Réunion en répartissant ces modalités selon le schéma suivant :

- La dialyse médicalisée représente au maximum 65% de l'ensemble des modalités d'épuration extra-rénale (EER) avec un objectif de 45% pour l'hémodialyse en centre et de 20% pour la dialyse en unité de dialyse médicalisée ;
- La dialyse non médicalisée représente au minimum 35% de l'ensemble des modalités d'EER avec un objectif de 25% pour l'autodialyse simple, assistée et l'hémodialyse à domicile et d'au moins 10% pour la dialyse péritonéale.

**Action 2** : Renforcer l'autonomie du territoire de santé Ouest pour ce qui concerne les replis, en identifiant des lits de médecine néphrologique ;

**Action 3** : Proposer dans chaque territoire des séances de dialyse aux patients vacanciers ;

- **Objectif 2** : Diversifier et renforcer l'offre de soins de proximité ;

**Action 1** : Développer la dialyse péritonéale qui constitue une modalité à privilégier chez les sujets jeunes en attente de greffe et les personnes âgées présentant une forte dépendance (recommandations de la HAS de juin 2007) ;

- Organiser l'entraînement et le repli en dialyse péritonéale sur quatre sites ;
- Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale, en particulier, en structures de SSR et en EPHAD ;

**Action 2** : Mettre en œuvre l'hémodialyse à domicile en profitant des évolutions technologiques (nouveaux générateurs) et diversifier l'autodialyse par la promotion et la réalisation pratique de l'autodialyse simple ;

*Les structures autorisées pour ces deux modalités seront tenues à des objectifs d'activité spécifiques qui seront précisés dans leur contrat d'objectifs et de moyens (CPOM).*

**Action 3** : Poursuivre la structuration de la filière pédiatrique en lien avec le centre de compétence des maladies rénales rares de l'enfant ;

- Développer la dialyse péritonéale chez l'enfant ;

**Action 4** : Permettre aux grands adolescents (16/18 ans) de dialyser à proximité de leur domicile sur indication du néphropédiatre ;

*En fonction de l'évolution des besoins dans les années à venir, étudier la possibilité de faire évoluer l'offre actuelle (centre d'hémodialyse accueillant des adultes et des enfants) vers la création d'un centre d'hémodialyse exclusivement dédié aux enfants.*

— **Objectif 3** : Consolider les relations entre le centre greffeur et l'ensemble de la communauté néphrologique, les associations de patients, la population réunionnaise ;

**Action 1** : Mieux organiser les flux de patients en attente de greffe rénale ;

- Réduire le délai d'inscription sur la « liste nationale des malades en attente de greffe d'organe » ;
- Impliquer le néphrologue traitant dans le bilan pré-greffe ;
- Privilégier la greffe préemptive et la dialyse péritonéale ;

**Action 2** : Animer la filière de transplantation avec des staffs trimestriels (sélections des dossiers de type réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et avec la possibilité de recours à la visioconférence pour faciliter la participation de la communauté néphrologique ;

**Action 3** : Impliquer le néphrologue traitant dans le suivi post greffe.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Promouvoir la sécurité et la qualité des soins aux personnes dialysées en s'appuyant sur :

- Les recommandations existantes (Société française d'hygiène hospitalière, décembre 2004, Sécurité sanitaire AFSSAPS, 26 juillet 2004, mise à jour 2010) ;
- Les indicateurs de suivi qualité COMPAQH relatifs à l'hémodialyse ;
- La possibilité de recourir à la télémédecine en ce qui concerne la surveillance et le suivi des patients pris en charge (UDM, HAS janvier 2010) ;
- La démarche de « certification ISO » ;

**Action 1** : Poursuivre les actions de sensibilisation auprès de la population et des professionnels de santé et de formation des professionnels de santé ;

- Faire connaître et diffuser les recommandations de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé ;
- Informer les professionnels de santé sur les différentes modalités de suppléance, notamment en réalisant et en diffusant des plaquettes d'information ;
- Organiser et promouvoir l'information et l'éducation précoce ;
- S'assurer du suivi des recommandations de l'HAS pour le suivi des patients ;
- Diffuser les recommandations de la HAS sur la dialyse péritonéale et mettre en place des séances d'information en pré-dialyse. Suivre les recommandations sur le traitement par les agents stimulants de l'érythropoïétine ;
- Poursuivre les actions de sensibilisation auprès de la population ;

**Action 2** : Définir régionalement les critères de prise en charge en fonction des différentes modalités de dialyse et les critères de transfert d'une modalité à l'autre ;

**Action 3** : Définir et évaluer les indicateurs de qualité et de suivi des pratiques les plus performants à destination du CRIRC ; Définir la place de la dialyse longue et de la dialyse quotidienne ;

— **Objectif 2** : Prévenir ou retarder la survenue de l'IRCT en particulier en cas de diabète, d'hypertension artérielle ;

**Action 1** : Conforter la place de la diététique pour prévenir les complications chez les IRC et mettre en place l'éducation thérapeutique mutualisée (néphrologue-cardiologue-diabétologue) ;

— **Objectif 3** : Améliorer la qualité de vie des patients en EER sur des problématiques liées à la dénutrition, l'obésité, le pied diabétique, l'isolement, la dépendance ;

**Action 1** : Personnaliser la prise en charge du patient ;

**Action 2** : Introduire l'éducation spécialisée en diététique et l'éducation thérapeutique ;

**Action 3** : Renforcer la prise en charge psychologique et sociale ;

— **Objectif 4** : Améliorer l'insertion professionnelle et sociale des patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale ;

**Action 1** : Proposer des horaires qui respectent la vie sociale et l'activité professionnelle des patients.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Réduire les prises en charge en urgence ou tardive et la morbi-mortalité associée ;

**Action 1** : Améliorer l'image de la dialyse dans la population générale (articulation avec le volet prévention) ;

**Action 2** : Faire participer le patient au choix de sa technique de suppléance ;

— **Objectif 2** : Contribuer à la réduction des dépenses liées à la prise en charge des personnes dialysées (coût des séances et des transports) ;

**Action 1** : Privilégier la prise en charge du patient au plus proche de son domicile et réduire les inadéquations médicale et géographique pour convenance personnelle du patient ;

**Action 2** : Poursuivre le maillage du territoire ;

- Privilégier la redistribution de l'offre avant d'envisager de nouvelles implantations ; toute nouvelle implantation doit répondre à une logique de prise en charge de proximité et aussi à une stratégie de positionnement par rapport aux situations climatiques que peut connaître La Réunion ;

**Action 3** : Limiter à 28 postes (y compris les postes de replis) la taille maximale d'un centre « lourd » pour garantir un niveau satisfaisant de prise en charge des patients (accueil, confort, surveillance, sécurité) et pour transférer les patients plus facilement sur d'autres centres en cas de problème de fonctionnement ;

— **Objectif 3** : Mieux structurer les activités qui relèvent d'un réseau : actions de prévention, élaboration de protocoles, staff commun, mise en place d'évaluations des pratiques professionnelles, mesure de la qualité de vie avec les associations de patients.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Favoriser la coopération entre la ville et l'hôpital au sein des territoires de santé ;

**Action 1** : Evaluer les conventions et les renouveler en s'attachant notamment à bien identifier les modalités pratiques de l'activité de replis et de leur suivi (action CPOM) ;

**Action 2** : Définir une stratégie de déploiement de la télémédecine et de coopérations avec les infirmiers pour pallier la faiblesse de la démographie médicale ;

**Action 3** : Susciter au niveau régional des échanges entre les professionnels des différentes structures : pharmaciens, diététiciens, psychologues, assistants sociaux, cadres infirmiers ;

**Action 4** : Mettre en place la filière de prise en charge de la dialyse péritonéale (DP) à domicile, élaborer des protocoles de prise en charge des enfants en DP en collaboration avec les infirmiers libéraux et les structures impliquées dans la DP ;

**Action 5** : Poursuivre la collaboration inter néphrologues et avec les professionnels de ville : travail en réseau et échanges au sein des URPS ;

**Action 6** : Retarder le stade terminal en lien avec la médecine générale, les cardiologues et les endocrinologues : articulation avec les réseaux de santé ;

**Action 7** : Accentuer la coopération régionale et interrégionale pour former les équipes médicales, assurer le suivi et le dépistage des maladies rénales de l'enfant : en mettant en place des consultations avancées de néphropédiatrie au niveau des établissements ayant une activité de pédiatrie de La Réunion et de Mayotte ;

**Action 8** : S'appuyer sur les réseaux spécialisés dans la prévention du diabète et de l'HTA pour améliorer la coordination ville/hôpital/médicosocial, en y apportant la compétence néphrologique (élaboration de protocoles, ciblage des actions de prévention) et aussi la connaissance néphrologique (REIN, mise en place d'EPP, mesure de la qualité de vie avec les associations de patients) ;

— **Objectif 2** : Renforcer les liens entre les structures autorisées en dialyse et les EHPAD et les SSR ;

**Action 1** : Structurer une coopération (formation, protocoles, conventions de partenariat) ;

**Action 2** : Prévenir la iatrogénie médicamenteuse en ciblant les personnes âgées ;

**Action 3** : S'appuyer sur les contrats d'exercice libéral avec un IDE libéral pour les soins à domicile sur financement de l'ONDAM hospitalier, pour favoriser le développement de la DP en institution (notamment EHPAD) ;

**Action 4** : Trouver des formules innovantes afin d'améliorer la qualité de vie du patient vieillissant.

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Dépister les personnes à risque d'IRC et améliorer le dépistage et la prise en charge précoce de l'IRC (adulte, enfant) ;

**Action 1** : Articuler les actions de prévention avec celles prévues dans le volet « prévention » du SROS pour le diabète, l'HTA puisque ces deux maladies fortement pourvoyeuses d'IRC le sont également pour d'autres pathologies chroniques ;

**Action 2** : Organiser le dépistage avec la médecine du travail et la médecine scolaire, (sensibiliser les médecins et les IDE scolaires aux maladies rénales et aux pathologies urologiques) ;

**Action 3** : Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce de l'IRC de l'enfant ;

- Mettre en place une consultation de néphropédiatrie dédiée au conseil ante-natal pour les situations identifiées par les centres de diagnostic anténatal des établissements de santé (articulation avec le volet Périnatalité).

## 3 Implantations

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Centre d'hémodialyse	4	4	1	2	3	3
Unité de dialyse médicalisée	4	4	1	2	1	2
Unité d'auto-dialyse	5	6	5	6	4	4

## 4 Indicateurs de suivi

- Part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale ;
- Part des patients suivis hors centre.

# Traitement du cancer

## 1 Eléments du diagnostic territorial

Les implantations autorisées lors du volet révisé du SROS de troisième génération sont confirmées. L'étude de l'activité des établissements de santé cumulée sur les trois dernières années montre une augmentation générale des séjours pour prise en charge des cancers. Cette augmentation est supérieure à l'augmentation moyenne pour les cancers digestifs, thoraciques et des voies aériennes et digestives supérieures. Aussi, une implantation supplémentaire en cancérologie est envisageable pour chacune de ces spécialités.

La mise en place des diverses mesures du Plan Cancer (2009-2013) se poursuit. Un effort reste à faire en terme de protocolisation et d'affichage pour une parfaite information des patients. L'intérêt d'un travail partenarial coordonné par spécialités semble acquis de la part des professionnels de santé.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Optimiser la prise en charge de chaque patient atteint de cancer ;

**Action 1** : Assurer une offre de soins graduée en cancérologie ;

**Action 2** : Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné ;

**Action 3** : Etudier avec le service de médecine nucléaire du Centre Hospitalier Régional de La Réunion l'accessibilité des patients de Mayotte à la scintigraphie (dont ganglion sentinelle) sans recours à une évacuation sanitaire (EvaSan) ;

**Action 4** : Utiliser la télé-expertise pour l'accessibilité des patients de Mayotte aux examens anatomopathologiques extemporanés ;

— **Objectif 2** : Assurer une qualité de prise en charge malgré l'éloignement de la région Océan Indien ;

**Action 1** : Améliorer les conditions d'accès :

- Aux examens d'imagerie nécessaires ;
- Aux traitements innovants, aux essais cliniques aux ressources de recours, à la recherche clinique et aux innovations malgré l'éloignement de la région Océan Indien ;
- A la chirurgie de recours et aux plateaux techniques de radiologie interventionnelle à visée curative ;
- Au traitement des cancers en urgence (hématologie) ;

**Action 2** : Réévaluer la nécessité de la prise en charge des cancers thyroïdiens par iode radioactif à La Réunion ;

— **Objectif 3** : Structurer les filières de prise en charge des personnes atteintes de cancer ;

**Action 1** : Structurer la filière de prise en charge des enfants et des adolescents ;

**Action 2** : Structurer une filière d'oncogériatrie avec des réunions de concertation dédiées ;

**Action 3** : Organiser une filière régionale par organe pour la prise en charge des cancers les moins fréquents (y compris après résultats d'anatomopathologie), la formaliser, la faire connaître et évaluer sa mise en œuvre. Cette action est à réaliser par les deux CCC ainsi que le réseau régional de cancérologie et l'ensemble des soignants ;

**Action 4** : Définir les modes de fonctionnement collaboratifs entre le service régional d'oncopédiatrie et les spécialistes d'organes ;

**Action 5** : Organiser l'accès à la radiologie interventionnelle et à la chirurgie laparoscopique ;

— **Objectif 4** : Améliorer les soins de support ;

**Action 1** : Renforcer les structures existantes de soins supports ;

**Action 2** : Proposer aux patient(e)s amputé(e)s une reconstruction anatomique de qualité ;

— **Objectif 5** : Informer les patients et les professionnels de santé sur l'offre existante en soins de support ;

**Action 1** : Utiliser de nouveaux moyens de diffusion des informations sur les offres spécialisées de prise en charge et de soins supports.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Assurer le respect des critères réglementaires par les structures autorisées en cancérologie ;

**Action 1** : Respecter les seuils d'activité attendus ;

**Action 2** : Respecter les recommandations nationales et l'élaboration d'un programme personnalisé de soins (PPS) conforme aux données actuelles de la science (DAS) ;

**Action 3** : Veiller à la présence en réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) des chirurgiens ;

— **Objectif 2** : Assurer un égal accès à une prise en charge performante ;

**Action 1** : Favoriser le libre choix du patient par une information la plus lisible possible sur les différentes alternatives thérapeutiques ;

**Action 2** : Organiser et discuter régulièrement l'évaluation qualitative de la prise en charge des cancers fréquents ;

**Action 3** : Améliorer et évaluer la validation des RCP et leur standardisation ;

**Action 4** : Enregistrer les infections sur cathéter à chambre implantable en vue d'améliorer les pratiques des différents acteurs ;

- **Objectif 3** : Rendre à la spécialité médicale « anatomie pathologique » sa place centrale dans le parcours de soins du patient atteint d'un cancer et lui permettre de se développer qualitativement ;

**Action 1** : Utiliser les différentes possibilités de dématérialisation et la télésanté ;

**Action 2** : Organiser une base de données régionale.

## — Efficience

- **Objectif 1** : Optimiser la disponibilité des informations concernant le patient notamment avec le médecin traitant ;

- **Objectif 2** : Mobiliser les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ;

**Action 1** : Créer, avec ou sans Dossier Communicant en Cancérologie (DCC), une plateforme d'échanges de données et d'archivage ouverte aux différents spécialistes : anatomo-pathologistes, radiologues, oncologues permettant la télé-expertise et les études épidémiologiques ;

**Action 2** : Rendre effective la délivrance et la mise à jour du PPS tout au long du traitement ;

**Action 3** : Améliorer la qualité des exérèses chirurgicales par la disponibilité au bloc opératoire des images caractéristiques ;

**Action 4** : Etudier avec le GIE-TOI la lecture des biopsies extemporanées, en particulier au Centre Hospitalier de Mayotte ;

- **Objectif 3** : Former des personnes compétentes en radioprotection afin de libérer les personnes spécialisées en radiophysique médicale pour les traitements de radiothérapie, la curiethérapie, les examens utilisant les radio-isotopes et pour l'optimisation des doses en radiologie interventionnelle et conventionnelle ;

- **Objectif 4** : Définir en chimiothérapie un cahier des charges régional d'évaluation du fonctionnement des centres associés et former de manière explicite un réseau de partenaires évalués régulièrement ;

- **Objectif 5** : Améliorer la connaissance épidémiologique en matière de cancers à La Réunion et à Mayotte ;

**Action 1** : Avoir un registre des cancers de qualité ;

**Action 2** : Développer la tumorotheque régionale.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Favoriser une meilleure coordination entre les différents acteurs ;

**Action 1** : Renforcer le positionnement du réseau régional de cancérologie ONCORUN ;

**Action 2** : Veiller à la bonne participation du médecin traitant au suivi du patient

**Action 3** : Contrôler la formation des correspondants libéraux à la surveillance et au retrait des chimiothérapies à domicile et à l'élimination des déchets cytotoxiques ;

**Action 4** : Coordonner les acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer dans un objectif de fluidité des prises en charge ;

**Action 5** : Organiser les coopérations hôpital/ville pendant et après le traitement du cancer ;

– **Objectif 2** : Décliner au niveau régional la politique d'accompagnement social pendant et après un cancer (lien avec MDPH, centres d'action sociale, caisses d'allocations familiales, centres locaux d'information et de coordination gérontologique).

## – Articulation avec la prévention

– **Objectif 1** : Développer, en lien avec le schéma régional de prévention, les actions de prévention des conduites à risque (tabagisme, nutrition) et des risques environnementaux, dont l'impact est déterminant pour réduire l'incidence des cancers ;

**Action 1** : Cibler tout particulièrement le public jeune ;

**Action 2** : Améliorer l'accès à la prévention et au dépistage des populations en situation de précarité.

## 3 Implantations

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Chirurgie des cancers digestifs	3**	3	1	1	1	1 à 2
Chirurgie des cancers du sein	2	1 à 2	1	1*	2	2
Chirurgie des cancers gynécologiques	2	1 à 2	1	1*	1	1
Chirurgie des cancers urologiques	2	1 à 2	1	1	1	1
Chirurgie des cancers ORL	2	2 à 3**	0	0	2	2
Chirurgie des cancers thoraciques	1	1 à 2	0	0	1	1
Chimiothérapie	2	2	0	0	1	1
Radiothérapie externe	1	1	0	0	1	1
Curiothérapie bas-débit	1	0 ou 1	0	0	1	1
Traitements radioéléments en sources non scellées	1	1	0	0	0	0

\* Dont 1 implantation par coopération public-privé

\*\* Dont 1 implantation dans l'Est.

Trois nouvelles implantations de la modalité chirurgie des cancers (digestive, thoracique, ORL) à La Réunion pourront être autorisées.

Il n'y a pas lieu d'autoriser la réalisation de chimiothérapie par les structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

- Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour ;
- Part des séjours en cancérologie en ambulatoire pour des traitements curatifs du cancer (poursuite de traitement de chimiothérapie) ;
- Part de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés ;
- Nombre de filières ayant fait l'objet d'une formalisation explicitant les différentes ressources de l'offre de soins régionale ou nationale selon les données cliniques et anatomopathologiques.

# Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

## 1 Éléments du diagnostic territorial

A La Réunion, la génétique est organisée autour d'une activité autorisée de cytogénétique, de deux consultations hospitalières de génétique et d'un centre de compétences pour les anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique.

Concernant la génétique moléculaire, les analyses sont réalisées actuellement en métropole. Il n'y a pas d'organisation régionale de la collecte et du transport des prélèvements, ceux du secteur libéral étant directement acheminés vers la métropole. Il en sera de même pour les prélèvements réalisés à Mayotte lorsque la liaison aérienne directe avec la métropole sera effective.

Les principaux enjeux à venir sont de compléter l'offre de soins par l'implantation d'une activité de génétique moléculaire de niveau 1, compte tenu de l'essor attendu de la technique de puces à ADN et donc du déclin attendu de la cytogénétique, d'améliorer la lisibilité de la filière de génétique clinique et de développer la recherche sur certaines maladies spécifiques à l'Océan Indien.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Organiser, au sein de filières structurées, les moyens de diagnostic et de prise en charge des problématiques de génétique ;

**Action 1** : Identifier un centre de génétique médicale bipolaire à vocation régionale ;

— **Objectif 2** : Développer sur les deux sites, une activité clinique de génétique médicale en facilitant l'accès aux consultations généralistes de génétique pour les professionnels et les usagers ;

**Action 1** : Organiser des consultations accessibles :

- Aux patients hospitalisés pour lesquels un avis génétique est requis ;
- Aux parents d'un enfant présentant des troubles du développement et qui s'interrogent sur le diagnostic et/ou le risque de récurrence ;
- A un couple qui a dans sa famille une histoire de maladie génétique et qui se pose la question du risque pour sa descendance ;
- A un couple dont la femme a connu plusieurs fausses couches successives ;
- A un couple consanguin souhaitant avoir un enfant ;
- A un individu qui veut connaître son risque de développer une maladie génétique connue ou un type de cancer connu dans sa famille ;

- **Objectif 3** : Organiser les consultations spécialisées de génétique ;

**Action 1** : Promouvoir un travail de liaison multidisciplinaire avec les spécialités médicales suivantes :

- L'endocrinologie pédiatrique ;
- L'oncologie (oncogénétique) ;
- La cardiologie (cardiogénétique) ;
- La neurologie (neurogénétique) ;
- La néphrologie (maladies rénales génétiques) ;
- La dermatologie (dermatogénétique) ;

- **Objectif 4** : Implanter une activité de génétique à La Réunion permettant les analyses suivantes :

- Niveau 1 : analyses de cytogénétique et analyses courantes de biologie moléculaire ;
- Développement des analyses chromosomiques par puce à ADN dans les centres régionaux inscrits dans un réseau national ;

- **Objectif 5** : Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers ainsi que les relations avec les centres de références et les structures de recours métropolitains.

## — Qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1** : Inscrire le laboratoire de génétique dans une démarche d'évaluation des pratiques et de certification.

## — Efficience

- **Objectif 1** : Développer un axe de recherche sur les maladies génétiques particulièrement fréquentes et/ou spécifiques des populations de l'Océan Indien.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Favoriser le rapprochement avec les structures médico-sociales ;

**Action 1** : Organiser des consultations avancées de génétique médicale dans les centres d'actions médico-sociale précoce (CAMSP) ;

**Action 2** : Articuler les centres de génétique cliniques avec les structures médico-sociales ;

- **Objectif 2** : Fédérer les acteurs libéraux de La Réunion et les acteurs de Mayotte pour que les analyses de génétique réalisables à La Réunion soient réalisés sur les sites compétents de La Réunion ;

- **Objectif 3** : Promouvoir des articulations entre le centre de génétique clinique et les associations de patients.

### 3 Implantations

	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
Génétique	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Cytogénétique	1	1	0	0	0	0
Génétique moléculaire de niveau 1	0	1	0	0	0	0
Analyses chromosomiques sur puces à ADN	0	1	0	0	0	0
CGH Array	0	1	0	0	0	0
Analyses HLA par génétique moléculaire	0	0	0	0	0	0
Oncogénétique constitutionnelle	0	0	0	0	0	0
Pharmacogénétique	0	0	0	0	0	0
Recherche de polymorphisme de susceptibilité individuelle par génétique moléculaire	0	0	0	0	0	0

### 4 Indicateurs de suivi

- Identification des laboratoires organisés en réseaux à l'échelle régionale ou inter-régionale ;
- Identification des laboratoires de la région ayant initié une démarche de certification ;
- Délai pour obtenir un 1er rendez-vous ;
- Délai de rendus des résultats ;
- File active de chacun des sites du centre de génétique clinique.

# Hospitalisation à domicile

## 1 Éléments du diagnostic territorial

A la Réunion, l'hospitalisation à domicile (HAD) est assurée, sur l'ensemble des trois territoires de santé, par deux associations : l'ARAR-SAD et l'ASDR.

Les caractéristiques de la prise en charge en HAD sont les suivantes :

- le premier motif de recours concerne les soins palliatifs ;
- les patients présentent un niveau de dépendance plus important qu'au niveau national : 42 % des patients ont un indice de Karnofsky inférieur à 40 contre 25 % au niveau national ;
- 34% des patients décèdent pendant leur hospitalisation en HAD contre 8% au niveau national ;
- 61% des prescriptions d'HAD émanent des établissements de santé contre 67% au niveau national ;
- une demande marginale de la part du secteur médico-social (EHPAD notamment).

La frontière étroite entre les soins coordonnés ambulatoires et l'HAD alliée à la méconnaissance des critères d'admission en HAD par les professionnels de santé entraînent une confusion avec les prestataires de matériels de maintien à domicile.

Au regard de l'offre actuelle, le besoin d'HAD est réputé couvert à la Réunion. Le taux d'équipement est supérieur aux objectifs nationaux (240 places installées contre 194, en application des taux d'équipements nationaux).

On constate par ailleurs un ralentissement d'activité entre 2009 et 2010.

	HAD 2008	HAD 2009	HAD 2010	Ev 2010/2009	Ev 2009/2008
<b>Nombre de journées</b>	61842	84725	77078	-9%	37%
<b>Nombre de patients</b>	812	1098	1133	3%	35%

Il existe un potentiel de développement de l'Hospitalisation à Domicile tout en maintenant les autorisations actuelles :

- en optimisant les capacités actuelles (taux d'occupation régional 2009 : 88%) ;
- en réduisant les durées moyennes de séjour (entre 41 et 72 jours en 2009 contre 24,5 jours en 2007, 16 jours au niveau national en 2010) par le développement de coopérations avec les soins de premier recours (infirmiers libéraux, SSIAD...);
- en augmentant les prescriptions du secteur hospitalier et médico-social (EHPAD) ;
- en réaffirmant la vocation généraliste et polyvalente des structures d'HAD.

## — Accessibilité

— **Objectif 1** : Favoriser la bonne orientation des patients relevant de structures d'HAD ;

**Action 1** : Informer les médecins sur les critères de prise en charge en HAD ;

**Action 2** : Favoriser l'accès en HAD sans passage préalable par un établissement de santé ;

**Action 3** : Fluidifier le parcours des patients d'HAD à la sortie pour réduire les durées moyennes de séjour ;

**Action 4** : Veiller à ce que les HAD autorisées soient généralistes et polyvalentes

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Développer la télémédecine : télésurveillance (pathologies chroniques) et téléconsultation (territoires à faible densité de professionnels soignants) ;

**Action 1** : Elaborer un dossier patient commun pour les patients pris en charge via le DMP ;

**Action 2** : Mettre en œuvre un ou deux projets de télémédecine au sein d'une structure HAD disposant d'un dossier patient informatisé avec terminal au lit du patient.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Orienter l'HAD sur de nouvelles thématiques de prise en charge ;

**Action 1** : Périnatalité

- Réaliser une étude de besoin en coopération avec le réseau REPERE ;

**Action 2** : Accidents Vasculaires Cérébraux

- Affiner les critères d'admission en HAD pour ce type de patient ;

— **Objectif 2** : Améliorer le fonctionnement de la permanence des soins, notamment médicale, en HAD ;

**Action 1** : Elaborer un dossier patient informatisé commun et partagé entre HAD et Centre 15 ;

- Constituer un groupe de travail (SAMU, HAD, ARS-OI) ;
- Construire un cahier des charges ;
- Finaliser un dossier patient informatisé commun et partagé ;

– **Objectif 3** : Etablir avec les acteurs de santé, des critères de prise en charge en HAD ;

**Action 1** : Constituer un groupe de travail composé, notamment, de l'Assurance Maladie, d'acteurs des secteurs ambulatoire, médico-social, social, HAD et hospitalier dont les missions seront les suivantes ;

- Elaborer un cahier des charges ;
- Finaliser une « charte » sur les critères de prise en charge des patients en ambulatoire (soins de ville, SSIAD...) et des patients en HAD, à l'admission ou durant la prise en charge ;

**Action 2** : Réaliser une enquête d'évaluation des prises en charges en HAD.

## – Modalités spécifiques de coopération et de coordination

– **Objectif 1** : Développer les prises en charge en HAD dans le secteur médico-social ;

**Action 1** : Mener une étude de besoins auprès des EHPAD (nombre de personnes « hospitalisables », hébergées en EHPAD) ;

**Action 2** : Développer les prises en charge en HAD dans les MAS et autres établissements médico-sociaux en fonction des évolutions du cadre réglementaire ;

– **Objectif 2** : Fluidifier le parcours entre HAD et établissements de santé ;

**Action 1** : Formaliser et évaluer les conventions de replis et/ou de répit existantes entre HAD et établissements de santé.

## 3 Implantations

<b>Etablissements de santé autorisés en HAD couvrant les 3 territoires de santé en 2011 : 2 (ARAR – SAD ; ASDR)</b>
<b>Etablissements de santé autorisés en HAD couvrant les 3 territoires de santé en 2016 : 2 ou 3</b>

## 4 Indicateurs de suivi

- % de patients par tranche d'âge ;
- % par modes de prise en charge principal et associé ;
- GHT moyen.
- % de ré-hospitalisation post-HAD ;
- Durée moyenne de séjour totale et par mode de prise en charge, national et régional ;



## Equipements matériels lourds

# Equipements matériels lourds d'imagerie médicale

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Les deux îles de l'Océan Indien ont, durant le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, réduit leur retard en matière d'équipements d'imagerie médicale, notamment Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et scanners, par rapport à la France métropolitaine.

Des IRM polyvalentes de "haut champ" à 1,5 Tesla sont implantées dans chacun des territoires de santé. Une IRM de 3 Teslas a été nouvellement installée au CHR de La Réunion site sud, pour la réalisation d'examen neurologiques.

Les ressources humaines ne sont pas surabondantes. Les établissements publics titulaires des autorisations ont des difficultés à pourvoir leurs postes en radiologue. Les besoins en personnes spécialisées en radiophysique médicale (PSRPM) hors activités thérapeutiques à présence indispensable ne sont pas couverts.

Certains équipements actuels semblent sous utilisés et la programmation des examens pourrait être optimisée. Une seule IRM est disponible 24/24h à La Réunion. Celle du CHR GHSR de 3 Tesla.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Assurer l'accès à une IRM polyvalente 24/24h sur le secteur Nord ;
- **Objectif 2** : Permettre dans chaque territoire et pour chaque patient l'accès à un plateau d'imagerie conformément aux bonnes pratiques

**Action 1** : Développer et diversifier le parc d'IRM ; en dotant chaque territoire de santé d'une implantation d'IRM dédiée ou bas champ et le niveau régional Réunion-Mayotte, selon une évaluation à mi étape des besoins, de 5 à 8 IRM supplémentaires incluant éventuellement une tomographie par émission de positons couplée à une IRM (TEP-IRM) :

- Faire une étude de besoins en tomographies par émission de positons supplémentaires au plan régional ;

*Le schéma préconisé selon les données actuelles de la science en 2011 serait une IRM bas champ servant de "screening" adossée aux établissements de santé ayant déjà une IRM 1.5 ou 3 T et une IRM dédiée accompagnant une IRM généraliste pour les équipements ayant une forte activité ostéo articulaire. La possibilité de pratiquer des examens du rachis sur ces équipements dédiés serait bien sûr à examiner.*

**Action 2** : Procéder à la gradation des plateaux techniques d'imagerie par territoire de santé ;

**Action 3** : Promouvoir l'accès à l'imagerie non programmée en lien avec le réseau des urgences et un réseau de téléradiologie ;

**Action 4** : Permettre l'accessibilité financière en secteur 1 aux actes d'imagerie en coupe par IRM et scanner en ambulatoire ;

— **Objectif 3** : Permettre l'accès à l'IRM à l'ensemble des professionnels de l'imagerie médicale.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Ne pas augmenter le volume d'actes irradiants par habitant et donc diminuer l'irradiation par habitant ;

**Action 1** : Favoriser la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes chaque fois que possible, conformément au guide de bon usage des examens d'imagerie ;

**Action 2** : Optimiser les doses délivrées aux patients notamment grâce à l'existence en nombre suffisant de PSRPM ;

**Action 3** : Mutualiser un temps plein de radiophysicien pour l'ensemble des installations irradiantes de la Réunion et de Mayotte en dehors des établissements de santé ayant un salarié PSRPM ;

**Action 4** : Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie à l'ensemble des prescripteurs ;

**Action 5** : Promouvoir la radioprotection des patients avec une substitution conforme au guide de bon usage des examens d'imagerie ;

— **Objectif 2** : Permettre la télétransmission d'images entre professionnels de santé ;

**Action 1** : Organiser la disponibilité des images pour les différents utilisateurs, y compris au bloc opératoire.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Mieux dépenser ;

**Action 1** : Améliorer l'accès des personnes hospitalisées aux examens d'imagerie en vue de réduire la durée moyenne de séjours ;

**Action 2** : Equilibrer et optimiser la productivité des machines d'imagerie médicale ;

**Action 3** : Utiliser les outils organisationnels de l'Agence Nationale d'appui à la Performance (ANAP) ;

— **Objectif 2** : Mieux prescrire ;

**Action 1** : Construire un système d'information et un archivage régional traçant notamment les prescriptions, leurs motifs et les conclusions des examens ;

**Action 2** : Suivre et évaluer les délais de rendez-vous, la pertinence des examens et des possibilités de substitution.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Optimiser les doses de radiation ionisante délivrés ;

**Action 1** : Prendre en compte les besoins spécifiques en examens d'imagerie des populations des structures médico-sociales ;

**Action 2** : Elargir la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie à tous les acteurs de santé ville-hôpital et médico-sociaux ainsi qu'auprès du grand public.

Les établissements de santé et les cabinets de radiologie adhèrent au GIE-TOI.

Une convention de téléradiologie est en cours de signature. Il existe un projet de PACS régional.

### 3 Implantations

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>IRM</b>						
Nombre d'appareils	3	4 à 7	1	2 à 4	2	3 à 5

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Scanners</b>						
Nombre d'appareils	5	5 à 6	2	2 à 3	3	3 à 4

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Gamma-caméras</b>						
Nombre d'appareils	3	3 à 4	0	0	0	0
Nombre de sites	1	1	0	0	0	0

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>TEP</b>						
Nombre d'appareils	1	1 à 2*	0	0	0	0
Nombre de sites	1	1	0	0	0	0

\* TEP : 1 à 2 appareils dont 1 à 2 TEP Scan et/ou 0 ou 1 TEP IRM.

- Nombre d'autorisations par équipement matériel lourd (IRM, scanner, TEP) par territoire de santé (bilan au 31 décembre année n-1) ;
- Pourcentage des établissements de santé disposant de l'accès immédiat à l'IRM en particulier pour la prise en charge pédiatrique et la prise en charge des AVC ;
- Pourcentage des actes réalisés sur les nouveaux appareils d'IRM substitutifs à la radiologie conventionnelle, à la mammographie, au scanner ;
- Délais de rendez-vous pour scanner et IRM en tenant compte des rendez-vous programmés ou non et de différentes sources et outils : PMSI, SAE, ANAP, observatoire régional, IRM : enquête INCa pour 3 types de cancer ;
- Nombre de coopérations utilisant la télémédecine en imagerie médicale par territoire de santé, évaluation de la valeur ajoutée dans la régulation des orientations et transferts de patients ;
- Etude médico-économique, substitution, service médical rendu, diagnostic précoce ;
- Analyse de pertinence et d'irradiation.

# Caisson hyperbare

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Un caisson hyperbare est opérationnel au Centre Hospitalier Régional site sud. Il dispose d'une capacité de 6 places.

L'activité comprend des consultations de pré-oxygénothérapie hyperbare et des séances d'hyperbarie (environ 2500 séances équivalent-monoplace par an).

Depuis 1982, plus de 500 accidents de plongée ont été traités. La part de l'activité réalisée en urgences est faible (3% de l'activité en 2010).

L'absence du deuxième caisson hyperbare ne permet pas de suivre les recommandations de l'HAS et limite à une séance au lieu de deux la prise en charge des lésions du pied diabétique.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Faciliter l'orientation du patient dans la filière de prise en charge en urgence ;

**Action 1** : Actualiser les protocoles ;

**Action 2** : Procéder à des mises à niveau régulières des équipes médicales (régulateurs C15, urgentistes) ;

— **Objectif 2** : Reconnaître le caisson hyperbare comme une activité de soins ;

**Action 1** : Valoriser l'activité d'oxygénothérapie hyperbare (OHB) ;

- Identifier une unité régionale de soins hyperbares avec possibilité d'une prise en charge en consultations, en hospitalisation de jour et en hospitalisation complète ;
- Conduire une étude médico-économique sur l'acquisition d'un deuxième caisson qui serait implanté sur le même site ;

**Action 2** : Poursuivre le développement de l'OHB dans les indications suivantes :

- Indications d'OHB chez les diabétiques validées par les mesures des PtcO<sup>2</sup> pré et per-OHB ;
- Prise en charge des traumatismes/écrasements des membres ;
- Ulcère et gangrène ischémiques chez les patients non diabétiques, surdité brusque, infection nécrosante des tissus mous ;
- Retards et défauts de cicatrisation ;

— **Objectif 3** : Conforter le rôle régional de l'OHB ;

**Action 1 :** Informer les professionnels de santé des établissements de santé (hôpitaux, cliniques, HAD, centres de dialyse, SSR), des structures médico-sociales et les professionnels libéraux à l'apport de l'OHB : FMC, élaboration et diffusion de guide de bonnes pratiques à l'intention des demandeurs d'hyperbarie ;

**Action 2 :** Participer à la formation initiale des personnels soignants (IFSI) ;

**Action 3 :** Poursuivre la formation des personnels travaillant en OHB : médecins, infirmiers et techniciens ;

**Action 4 :** Développer l'axe recherche et le recours aux traitements innovants ;

**Action 5 :** Créer un centre de formation régional agréé INPP (qualification d'hyperbariste médical Mention C classe I ou II).

### 3 Coopération avec les pays de la zone Océan Indien

— **Objectif 1 :** Formaliser les relations d'échanges et de coopérations entre les professionnels de la zone Océan Indien dans le cadre d'un réseau de coopération inter-régionale pour les soins d'hyperbarie :

**Action 1 :** Renforcer la collaboration avec les équipements hyperbare de Mayotte, l'île Maurice, les Seychelles ;

**Action 2 :** Développer la formation médicale et paramédicale (hyperbariste médicaux mention C-classe II) et biomédicale ;

— **Objectif 2 :** Soutenir la création d'une Fédération de Médecine Hyperbare et Subaquatique de l'Océan Indien avec La Réunion, Mayotte, les Seychelles, Maurice et Madagascar.

### 4 Implantations

	Territoires de santé					
	nord-est		ouest		sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Nombre de caissons hyperbares	0	0	0	0	1	1 à 2
Nombre d'implantations	0	0	0	0	1	1

### 5 Indicateurs de suivi

- Nombre de séances de caisson hyperbare réalisées annuellement ;
- Répartition des séances par nature des pathologies traitées ;
- Nombre de patients pris en charge ;
- Nombre de séances par patient traité.

## Autres activités

# Soins palliatifs

## 1 Éléments du diagnostic territorial

L'activité de soins palliatifs à la Réunion est structurée autour d'une unité de soins palliatifs (USP) à vocation régionale implantée dans le territoire de santé nord-est, une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) dans chaque territoire de santé et des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) en établissements de court-séjour et en soins de suite et de réadaptation (SSR) dans les territoires de santé nord-est et sud.

La prise en charge à domicile est bien développée par les professionnels de santé libéraux et par les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) qui consacrent un tiers de leurs activités à la prise en charge des soins palliatifs.

Les données d'activité des structures de court-séjour montrent la nécessité de créer une unité de soins palliatifs dans le territoire de santé sud.

Dans les structures médico-sociales, la démarche palliative est à améliorer.

Les questions éthiques posées par la pratique clinique doivent trouver des relais à travers les comités d'éthique des établissements actuellement peu développés.

Le tissu associatif manque de bénévoles pour assurer l'ensemble de ses missions.

Au total, les enjeux en matière de soins palliatifs sont les suivants :

- La poursuite du développement de l'offre hospitalière de soins palliatifs dans chaque territoire de santé,
- La diffusion de la démarche palliative dans les établissements médico-sociaux,
- La poursuite des actions de formation et la création d'une activité de recherche,
- La mise en place d'une coordination régionale des soins palliatifs.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Disposer d'une offre graduée et accessible de soins palliatifs à La Réunion ;

**Action 1** : Renforcer l'offre de soins palliatifs « adulte » ;

- Créer une unité de soins palliatifs dans le territoire de santé sud de 10 lits ;

*Les patients résidant dans le territoire de santé ouest seront pris en charge, selon le principe du libre choix du patient, dans l'unité de soins palliatifs du territoire de santé nord-est ou dans l'unité de soins palliatifs du territoire de santé sud.*

- Identifier des lits de soins palliatifs en établissements de court-séjour pour atteindre les capacités totales suivantes :
  - o 14 à 18 lits dans le territoire de santé nord-est ;
  - o 4 à 6 lits dans le territoire de santé ouest ;
  - o 10 à 12 lits dans le territoire de santé sud ;

- Identifier des lits de soins palliatifs au sein des établissements de soins de suite et de réadaptation accueillant régulièrement des patients pour des soins palliatifs pour atteindre les capacités totales suivantes :
  - o 10 lits dans le territoire de santé nord-est ;
  - o 9 lits dans le territoire de santé ouest ;
  - o 5 lits dans le territoire de santé sud ;

**Action 2 :** Créer une offre de soins palliatifs pédiatriques en établissements de santé ;

- Identifier des lits de soins palliatifs pédiatriques pour atteindre les capacités totales suivantes :
  - o Territoire de santé nord-est : 1 lit en médecine pédiatrique et 2 lits en SSR ;
  - o Territoire de santé sud : 2 lits en médecine pédiatrique ;

– **Objectif 2 :** Elargir le champ d'intervention des associations de bénévoles aux établissements médicosociaux et au domicile, y compris dans le cadre de l'HAD ;

**Action 1 :** Renforcer et former les équipes de bénévoles ;

**Action 2 :** Formaliser les modalités d'intervention par des conventions ;

**Action 3 :** Evaluer le dispositif au niveau régional par un suivi des interventions ;

– **Objectif 3 :** Développer des solutions de répit pour soulager les familles ;

**Action 1 :** Organiser des séjours de répit au sein des établissements ayant une activité de soins palliatifs (USP, LISP, SSR) ;

**Action 2 :** Identifier des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) pour assurer des prises en charge de répit ;

**Action 3 :** Développer le soutien psychologique des proches via des ateliers animés par des psychologues et des soignants ;

– **Objectif 4 :** Aider les services de pédiatrie et les structures d'HAD à prendre en charge des enfants relevant de soins palliatifs ;

**Action 1 :** Organiser la prise en charge de soins palliatifs pédiatriques selon la gradation des soins suivante :

- Identifier un référent pédiatrique dans chaque équipe mobile de soins palliatifs ;
- Doter les trois équipes mobiles de soins palliatifs de compétences pédiatriques ;
- Renforcer les compétences en soins palliatifs des services de pédiatrie ;
- Développer le recours aux familles d'accueil pour les enfants ayant des problèmes sociaux ou transférés de Mayotte pour privilégier une prise en charge et un suivi en consultation ou en hospitalisation de jour dans un environnement social plus adapté ;
- Promouvoir la création d'une équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Intégrer la démarche palliative dans la pratique soignante ;

**Action 1** : Inscrire la démarche palliative dans les projets et les plans de formation des établissements sanitaires et médico-sociaux, y compris dans les projets de pôles hospitaliers ;

**Action 2** : Créer un comité d'éthique d'établissements dans chaque territoire de santé de la Réunion ;

— **Objectif 2** : Diffuser la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels de santé (professionnels libéraux, établissements de santé, établissements médicosociaux, ...) des territoires de santé ;

**Action 1** : Développer l'activité transversale des équipes mobiles de soins palliatifs en établissements et hors structures hospitalières ;

**Action 2** : Diffuser les documents méthodologiques relatifs aux pratiques des soins palliatifs ;

**Action 3** : Mobiliser et associer les équipes mobiles de soins palliatifs aux projets de création des lits identifiés de soins palliatifs.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Renforcer l'intervention des EMSP à domicile et dans l'ensemble des structures de soins et les EPHAD ;

**Action 1** : Organiser les EMSP comme des plateformes territoriales de coordination des soins palliatifs ;

**Action 2** : Elaborer et diffuser des protocoles de prises en charges des soins palliatifs pour prévenir les hospitalisations en urgences ;

— **Objectif 2** : Mutualiser les dispositifs organisés de soins palliatifs : unités de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs, lits identifiés de soins palliatifs ;

**Action 1** : Consolider l'activité de chaque équipe mobile de soins palliatifs sur le territoire de santé d'implantation :

- EMSP implantée au CHR site nord ;
- EMSP implantée au Centre Hospitalier Gabriel Martin ;
- EMSP implantée au CHR site sud ;

**Action 2** : Maintenir le partenariat entre l'EMSP du CHR site nord et l'Hôpital d'enfants ;

**Action 3** : Poursuivre la coopération entre le CHR site nord et l'unité de soins palliatifs de la Clinique Sainte Clotilde.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Faire connaître les soins palliatifs et informer les professionnels de santé et le grand public sur le dispositif régional de soins palliatifs et d'accompagnement à la fin de vie ;

### **Action 1** :

Assurer le relais de la journée mondiale des soins palliatifs ;

### **Action 2** :

Organiser annuellement, en lien avec les associations de bénévoles, une journée régionale d'échanges ouverte à tous les publics ;

— **Objectif 2** : Favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au parcours de soins des patients en soins palliatifs ;

### **Action 1** :

Diffuser la démarche palliative à domicile par le biais des EMSP ;

### **Action 2** :

Intégrer les professionnels de santé libéraux dans le travail en réseau coordonné dans chaque territoire de santé ;

### **Action 3** :

Réaliser des réunions de concertation pluridisciplinaires délocalisées ;

### **Action 4** :

Réaliser en partenariat avec les professionnels libéraux des évaluations des pratiques professionnelles en soins palliatifs ;

— **Objectif 3** : Favoriser le maintien au sein des établissements médico-sociaux les résidents en fin de vie ;

### **Action 1** :

Développer l'accompagnement à la fin de vie auprès des équipes de soins et éducatives par des actions de formation et de soutien :

- Etablissements pour personnes handicapées ;
- Etablissements d'hébergement pour personnes âgées ;

### **Action 2** :

Identifier des lits d'accueil temporaire en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

### **Action 3** :

Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les EHPAD et les établissements d'hébergement pour personnes adultes handicapées ;

### **Action 4** :

Rendre effective l'intervention de l'HAD dans les EHPAD ;

### **Action 5** :

Elargir le champ d'intervention des associations de bénévoles aux établissements médico-sociaux ;

– **Objectif 4** : Structurer, au sein des territoires de santé, les coopérations entre l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie ;

**Action 1** : Mettre en place une coordination de l'offre de proximité en matière de soins palliatifs, pilotée par l'EMSP, dans chacun des 3 territoires de santé ;

**Action 2** : Formaliser le rôle des différents intervenants : EMSP, LISP, USP, HAD, SSIAD, établissements sanitaires et médicosociaux et professionnels libéraux par des conventions ;

**Action 3** : Evaluer le dispositif mis en place ;

– **Objectif 5** : Penser les logiques d'organisation coordonnées au sein des territoires de santé ;

**Action 1** : Mener une étude de besoin pour juger de l'opportunité et des modalités de mise en place de logiques de type plateformes pluri thématiques de coordination autour de la question de la vulnérabilité, des maladies chroniques, de la dépendance (coordinations, communication, coopérations entre professionnels de santé, télésanté, réseaux, maisons de santé pluri-professionnelles) ;

– **Objectif 6** : Mettre en place une coordination régionale des soins palliatifs ;

**Action 1** : Créer un comité interrégional des soins palliatifs piloté par l'ARSOI, réunissant les acteurs du soin palliatif : USP, EMSP réseaux, HAD, libéraux, secteur médicosocial des 2 îles, chargé de :

- Définir l'organisation régionale en veillant à ce qu'elle réponde à la définition des soins palliatifs « intégrés » : organisation transversale, formation, recherche (en tant qu'investigateur associé) ;
- Suivre le programme de développement des soins palliatifs à La Réunion et à Mayotte ;

### 3 Indicateurs de suivi

- Part d'établissements enregistrant plus de 600 décès par an en MCO disposant d'une unité de soins palliatifs ;
- Part d'établissements de santé bénéficiant de l'intervention d'une EMSP.

# Odontologie

## 1 Éléments du diagnostic territorial

L'objectif des schémas régionaux d'organisation des soins est de promouvoir une équité dans l'accessibilité à des soins de qualité. Aussi, la cible est la part de la population dont les besoins ne sont actuellement pas bien couverts par l'exercice libéral.

Le schéma d'organisation sanitaire de troisième génération 2005-2010 (SROS III) avait déjà préconisé une organisation spécifique pour les patients dont la coopération est difficile, ceux qui présentent des polyopathologies avec des répercussions sur la prise en charge, les patients en situation de précarité et les personnes détenues.

L'état des lieux montre une amélioration notable de la prise en charge des personnes détenues et des personnes handicapées liée à un effort d'organisation du service d'odontologie du Centre Hospitalier Régional site nord. Malgré ce, un déficit global, un risque en orthodontie pour les patients en situation précaire ainsi que l'absence d'amélioration des conditions de prise en charge dans le sud de l'île conduisent à ce que le SROS - PRS prolongent les orientations du SROS III.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Améliorer l'accessibilité aux soins d'odontologie pour les populations suivantes :

- Personnes âgées et handicapées ;
- Personnes présentant des polyopathologies ;
- Personnes en situation de précarité ;
- Personnes détenues ;
- Enfants et adolescents ;

**Action 1** : Permettre l'accès à un examen odontologique diagnostique annuel pour chaque résident de La Réunion, quel que soit son statut social, assurantiel et sanitaire ;

**Action 2** : Développer l'offre en odontologie sur le site de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) implantée dans le territoire de santé sud ;

— **Objectif 2** : Prendre en compte les besoins spécifiques des populations des structures médico-sociales ;

**Action 1** : Assurer la réalisation d'une consultation d'odontologie annuelle ;

**Action 2** : Sensibiliser et former les praticiens libéraux au diagnostic et à la prise en charge des pathologies odontologiques chez les enfants handicapés ;

— **Objectif 3** : Améliorer l'accessibilité aux soins d'orthodontie ;

**Action 1** : Maintenir l'offre d'orthodontie dans le secteur public.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Augmenter le nombre de chirurgiens dentistes habilités à la réalisation d'actes au bloc opératoire ;

**Action 1** : Créer du temps médical de chirurgien dentiste habilité aux soins au bloc opératoire dans le territoire de santé sud ;

— **Objectif 2** : Améliorer la prise en charge en odontologie pour les personnes handicapées en institution

**Action 1** : Mobiliser les services d'accompagnement des établissements médico-sociaux dans les situations suivantes :

- Lors des soins au fauteuil ;
- Pour organiser le circuit des soins ;
- Pour éduquer le patient aux contraintes du soin ou de l'hygiène ;
- Pour réaliser l'hygiène quotidienne ;

— **Objectif 3** : Respecter la réglementation et les exigences en hygiène, sécurité des soins et élimination des déchets dans chaque cabinet libéral et hospitalier.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Mieux connaître la pratique odontologique ;

**Action 1** : Constituer un suivi et une évaluation de l'activité d'odontologie en direction des familles à faibles revenus, des personnes âgées, des personnes porteuses de polyopathologies, des personnes handicapées et des personnes détenues ;

**Action 2** : Créer un système d'information permettant aux professionnels de santé d'être informé de l'offre de soins et des solutions de recours existantes ;

**Action 3** : Conduire une enquête de satisfaction dans les EHPAD et établissements médico-sociaux.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Organiser une gradation des soins en odontologie ;

**Action 1** : Optimiser le recours aux plateaux techniques hospitaliers par des conventions entre professionnels de santé et établissements de santé ;

**Action 2** : Définir les modalités de coopération entre les établissements et services médico-sociaux et établissements de santé et les professionnels de santé libéraux pour garantir l'accessibilité aux soins dentaires et la qualité de l'accompagnement au regard du handicap.

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Prévenir les pathologies odontologiques

**Action 1** : Informer les mères dans les maternités et les consultations nourrissons du risque cariogène lié au biberon de nuit ;

**Action 2** : Diffuser des recommandations sur l'importance de la dentition et de l'hygiène buccale à l'ensemble des médecins généralistes et des médecins des établissements et services médico-sociaux.

### 3 Indicateurs de suivi

- Pourcentage des établissements médico-sociaux disposant d'une consultation dentaire annuelle de dépistage ;
- Délais d'obtention de rendez-vous pour soins dentaires selon le lieu de résidence, la pathologie ou le handicap ;
- Taux de caries à l'examen dentaire de 6 ans ;
- Nombre de professionnels libéraux formés à l'hygiène du cabinet dentaire ;
- Nombre d'informations transmises par l'ARLIN aux chirurgiens dentistes sur la prévention du risque infectieux au cabinet dentaire.



## Éléments transversaux

# Pathologies du vieillissement

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Si la population de la Réunion reste relativement jeune comparativement à la Métropole (37% des réunionnais ont moins de 20 ans contre 25% pour la France Métropolitaine), la tendance globale est le vieillissement : baisse de la natalité et de la mortalité et allongement de la durée de la vie.

La part des plus de 60 ans (soit 11 % de la population) devrait tripler en 2040 pour s'établir à 250 000 personnes (un quart d'une population de 1 026 000 habitants), contre 89 000 en 2007. La part de celle de plus de 75 ans sera touchée par le même phénomène et triplera pour passer de 25 000 personnes en 2007, à 108 000 personnes en 2040.

En Métropole, la part des plus de 60 atteindra les 17 millions en 2020 (26,2 % de la population) et 21 millions en 2040 (31,0%).

La population âgée, malgré des évolutions notables depuis ces dernières décennies, est marquée par des indicateurs de santé et des caractéristiques socio-économiques défavorables :

- une espérance de vie qui, malgré une augmentation constante (l'espérance de vie moyenne est de 73 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes), demeure inférieure de 3 à 4 ans à celle de la Métropole ;
- une entrée plus précoce dans la dépendance (données issues de l'enquête HID de l'INSEE qui indique un niveau de dépendance pour les personnes âgées de 50 à 59 comparables à ceux des personnes âgées de 70 à 79 ans en Métropole) ;
- une population possédant de faibles ressources puisque 46 % des moins de 65 recevaient le minimum vieillesse en 2008 et 51% étaient en dessous du seuil de pauvreté ;
- un équipement institutionnel relativement faible mais qui est en voie d'amélioration.

Comme en Métropole, le nombre de pathologies liées au vieillissement augmente proportionnellement au nombre de personnes âgées.

Les solidarités familiales et sociales sont prégnantes, ce qui milite en faveur du maintien à domicile, l'aide aux aidants, et la fluidité des parcours.

Tout l'enjeu se situe dès lors dans l'amélioration des coopérations et coordinations entre les acteurs issus du secteur hospitalier, ambulatoire ou médicosocial, via, notamment les structures existantes (MAIA, CLIC).

Pour le secteur sanitaire, l'amélioration du diagnostic précoce et la prévention de l'apparition des démences séniles, notamment de la maladie d'Alzheimer, ainsi que des troubles psychiatriques paraît nécessaire. Une attention particulière doit par ailleurs être portée sur la place des USLD dans l'offre de soins.

## — Accessibilité

### Les personnes âgées polypathologiques et à risque de perte d'autonomie

L'accès aux soins doit principalement s'appuyer sur une évaluation ou un bilan de l'état de la personne âgée et un accueil d'urgence en cas d'hospitalisation non programmée.

Il s'appuie sur une consolidation de la filière gériatrique existante, dont le rôle est de proposer une gradation de la prise en charge et d'organiser le parcours du patient âgé en fonction de l'évolution de son état de santé.

L'organisation de la filière doit tenir compte des différents modes d'accession des personnes âgées aux soins : les hospitalisations non programmables qui mobilisent les services d'urgence et les équipes mobiles de gériatrie, les hospitalisations programmables qui mobilisent, en fonction de la pathologie : les services de courts séjours gériatriques, les services de médecine ou les SSR.

La filière de soins gériatriques a été constituée dans chacun des territoires de santé :

- nord-est : équipe mobile gériatrique, hospitalisation de jour gériatrique, court séjour gériatrique (CHR site nord) ;
- ouest : équipe mobile gériatrique, hôpital de jour et court séjour gériatrique (CHGM, Saint-Paul) ;
- sud : équipe mobile gériatrique, hôpital de jour et court séjour gériatrique (CHR, Saint-Joseph).

Aucun SSR n'a été identifié avec une spécialisation gériatrique, le choix retenu jusqu'alors étant, au regard de la faiblesse démographique des personnes âgées à la Réunion, de privilégier la disponibilité d'une compétence gériatrique dans chaque implantation de SSR.

Deux unités de soins de longue durée (49 lits au CHR au Tampon; 60 lits au GHER, à Saint André, actuellement installée à hauteur de 30 lits) renforcent l'offre d'EHPAD médico-sociaux.

Le renfort de la filière de soins gériatriques devra prioritairement intervenir sur le bassin est du territoire nord-est, avec la constitution dans un premier temps d'une équipe mobile gériatrique, en appui des urgences et des capacités d'hospitalisation du GHER.

— **Objectif 1** : Prévenir l'apparition des pathologies du vieillissement grâce aux bilans de santé ;

**Action 1** : Renforcer le rôle du médecin traitant dans le suivi et la prise en charge des personnes âgées ;

**Action 2** : Etendre les consultations de prévention préconisée à partir de 70 ans réalisés par le médecin traitant, en lien avec les unités de consultation gérontologique ;

— **Objectif 2** : Faciliter l'accès des personnes âgées aux dispositifs de soins ;

**Action 1** : Constituer, sur le bassin est du territoire nord-est, une équipe mobile gériatrique, en appui des urgences et des capacités d'hospitalisation du GHER ;

**Action 2** : Renforcer la filière gériatrique des territoires nord-est et ouest avec l'installation d'unités de consultation et d'hospitalisation de jour ;

## Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Afin d'apporter des soins appropriés et retarder les effets de la maladie, un diagnostic précoce peut être assuré par les médecins libéraux ou les centres de consultation mémoire (CCM).

Deux CCM sont installés sur les territoires sud et nord-est. Les conditions requises pour l'installation de Centre de Consultation Mémoire (CCM) supplémentaires, ne sont pas remplies pour le territoire Ouest (un CCM pour 15 000 habitants de plus de 75 ans) ou le bassin est du territoire nord-est. Un centre de consultation avancé du CCM du Nord est organisé dans le territoire ouest.

Ce modèle peut être adopté pour bassin est du territoire nord-est.

Les CCM sont tenus par les mesures du Plan Alzheimer :

- le dispositif d'annonce destiné aux personnes malades et à leurs familles,
- la carte d'information « Maladie d'Alzheimer », remis aux patients par les médecins ou professionnels de Santé,
- le développement des formations à l'épidémiologie clinique.

Les dispositifs liés au diagnostic des personnes malades, mais aussi la faiblesse des données relatives à l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer dans le Département, justifie l'installation, au niveau régional, d'un Centre de Mémoire, de Ressources et de Recherche (CMRR).

— **Objectif 3** : Consolider le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ;

**Action 1** : Développer les dépistages préalables de la maladie d'Alzheimer par les médecins traitants (actions de formation/sensibilisation) ;

**Action 2** : Positionner clairement les consultations mémoire en confirmation de diagnostic ;

**Action 3** : Implanter un centre de consultation avancé dépendant du CCM nord-est dans le bassin est du territoire nord-est

— **Objectif 4** : Renforcer les mesures d'accompagnement de la personne malade ;

**Action 1** : Identifier un dispositif d'annonce dans les CCM, complété par la diffusion des informations requises sur la maladie, au profit des personnes malades et de leurs aidants ;

**Action 2** : Renforcer la formation du personnel concerné par ce dispositif d'annonce ;

**Action 3** : Elaborer un plan de soins dès l'annonce du diagnostic ;

— **Objectif 5** : Favoriser la connaissance sur la maladie d'Alzheimer à travers le recueil de données épidémiologiques ;

**Action 1** : Réaliser une étude d'opportunité quant à la mise en place d'un Centre de Mémoire et de Ressources Adapté ;

**Action 2** : Favoriser l'informatisation des centres de consultation et le recueil des données d'activité des CCM via la Banque National Alzheimer ;

## Les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques

L'intrication des troubles à dimension psychiatrique et somatique des sujets âgés, justifie une pluridisciplinarité de leur prise en charge et une gradation des soins.

Le secteur ambulatoire, via le médecin généraliste, demeure le premier acteur de cette prise en charge, relayé par les consultations gériatologiques avancées ou les hôpitaux de jour qui, en fonction du diagnostic, orientent la personne âgée vers la filière gériatrique ou les services psychiatriques ayant développé une connaissance de la personne âgée.

Une formation aux troubles psychiatriques de la personne âgée, devra être développée afin d'aider les médecins dans les orientations qui devront être dispensées aux personnes malades.

— **Objectif 6** : Promouvoir le repérage des troubles psychiques des personnes âgées ;

**Action 1** : Former les médecins traitants aux troubles psychiques du sujet âgé ;

— **Objectif 7** : Développer les lieux de diagnostic et de prise en charge de premier recours ;

**Action 1** : Favoriser le partenariat entre la filière gériatrique et le secteur psychiatrique ;

**Action 2** : Compléter l'offre en équipes mobiles psycho-gériatriques en l'étendant aux territoires non couverts.

## — Qualité et sécurité des soins

### Les personnes âgées polypathologiques et à risque de perte d'autonomie

Elle implique une fluidité de la prise en charge avec renforcement des filières existantes et limitation des recours à la médecine d'urgence.

Les territoires de santé sud et nord-est disposent de tous les éléments de la filière, excepté de soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées.

La reconnaissance de pôles spécialisés de SSR dans la prise en charge des personnes âgées est opportune au regard des objectifs poursuivis en terme de diversification de l'offre de prise en charge.

Il est prévu de reconnaître un SSR spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées dans chaque territoire de santé.

— **Objectif 1** : Consolider l'offre de soins gériatriques en renforçant les filières gériatriques ;

**Action 1** : Poursuivre l'installation de la filière gériatrique sur le bassin est du territoire nord-est dans le cadre d'une prise en charge de proximité ;

**Action 2** : Identifier un SSR spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées dans chaque territoire de santé ;

## Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le recours au secteur sanitaire se justifie pour les malades Alzheimer, dans l'hypothèse de l'aggravation de symptômes et de troubles perturbateurs.

Les Unités Cognitivo-Comportementales sont un relais efficace pour le traitement ou la stabilisation des troubles, à la condition de s'insérer dans les dispositifs relatifs aux malades Alzheimer (CCM, accueil de jour ou accueil temporaire, SSIAD, unité d'hébergement renforcée des EHPAD). Elles ont une vocation régionale.

— **Objectif 2** : Consolider les missions de l'Unité Cognitivo-Comportementale du CHR de La Réunion ;

**Action 1** : Accompagner l'établissement gestionnaire dans le déploiement des capacités autorisées ;

## Les Personnes Agées atteints de troubles psychiatriques

La prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques peut être réalisée en ambulatoire, avec l'appui des équipes d'intervention du secteur psychiatrique, qui peuvent recevoir une spécialisation géro-psi-chiatrie.

— **Objectif 3** : Identifier pour les territoires non couverts, une équipe mobile à vocation géro-psi-chiatrie.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Valoriser le rôle fédérateur des filières afin de renforcer le maillage des établissements qui la constituent ;

**Action 1** : Favoriser l'élaboration de conventions liant les établissements membres d'une filière en précisant leur mode de fonctionnement et d'intervention ;

**Action 2** : Inscrire les filières dans une dynamique territoriale négociée dans le CPOM sur la base de référentiels d'Organisation des Soins ;

**Action 3** : Inscrire les filières dans les coordinations gérontologiques locales ;

**Action 4** : Favoriser la reconnaissance mutuelle entre services sanitaires, médico-sociaux et sociaux des évaluations individuelles pour éviter leur redondance auprès des personnes âgées.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

Les modalités de coopération devront s'inscrire dans le cadre des orientations relatives à la coordination gérontologique adoptée dans le champ médico-social, et notamment l'extension du dispositif Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA).

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Développer le dépistage précoce des pathologies liées au vieillissement ;

— **Objectif 2** : Développer les campagnes de sensibilisation concernant la prise en charge et le dépistage des troubles psychique des personnes âgées.

### 3 Implantations

	Nord-Est		Ouest		Sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Hôpital de jour	1	1	1	1	1	1
Equipe mobile de gériatrie	1	1	1	1	1	1
Court séjour gériatrique	1	1	1	1	1	1
SSR à orientation gériatrique	0	1	0	1	0	1

### 4 Indicateurs de suivi

- Nombre de patients âgés de plus de 75 ans pris en charge au sein des services de médecine d'urgence ;
- Activité des structures suivantes : courts séjours gériatriques, USLD, centres de consultation mémoire, UCC ;
- Nombre de patients de plus de 75 ans en HAD, SSR ;

# Maladies chroniques

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Les maladies chroniques sont un enjeu majeur de santé publique compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes, du retentissement sur leur vie quotidienne et de l'impact en termes de dépenses d'assurance maladie.

La population de La Réunion est principalement concernée par les problèmes d'obésité, de diabète, d'asthme et de maladies cardio-vasculaires et rénales avec des prévalences nettement supérieures aux moyennes nationales.

Pour lutter contre le développement de certaines maladies chroniques, il convient de renforcer les actions sur les déterminants de santé et les facteurs de risque notamment environnementaux.

Concernant la prise en charge, au-delà du diagnostic et du traitement, les patients atteints de maladie chronique nécessitent un accompagnement au long cours.

Il importe qu'ils comprennent leur maladie et puissent concilier projet de vie et projets de soins, en vue d'une amélioration de leur qualité de vie et d'une réduction des complications et des hospitalisations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif de développer ces compétences du patient.

L'offre actuelle se caractérise par une grande diversité d'acteurs (structures hospitalières de court séjour, soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), réseaux de santé, professionnels de santé libéraux, organismes d'assurance maladie).

Les principaux constats sont les suivants :

- des acteurs nombreux mais peu coordonnés ;
- une prédominance de l'hôpital par rapport à la médecine de premier recours ;
- une prise en charge ambulatoire peu formalisée et peu structurée ;
- des professionnels de santé insuffisamment formés à l'ETP ;
- une répartition inégalitaire.

Les orientations visent à adapter le système de santé à la prise en charge des pathologies chroniques, en améliorant le parcours de santé du patient et la coordination des acteurs.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Affirmer le rôle central du médecin traitant dans le parcours de santé des patients atteints de maladies chroniques ;

**Action 1** : Augmenter le nombre de médecins de premier recours formés au dépistage et à la connaissance des facteurs de risque ;

**Action 2** : Améliorer la visibilité de l'offre d'éducation thérapeutique du patient pour le médecin traitant ;

**Action 3** : Formaliser les relations entre les différents intervenants de la prise en charge d'un patient (établissements de santé, HAD, infirmier libéral, pharmacien...) et son médecin traitant ;

– **Objectif 2** : Mettre en place des dispositifs d'accompagnement des patients et des modalités de soutien aux familles ;

**Action 1** : Favoriser la participation des associations de patients dans le parcours de prise en charge des maladies chroniques ;

**Action 2** : Adosser l'émergence et le développement des associations de patients aux réseaux de santé ;

**Action 3** : Promouvoir la notion de « patient expert ou ressource », comme facilitateur d'écoute, de parole et de soutien, ainsi que de partage d'expériences et de compréhension du discours des soignant ;

**Action 4** : Organiser un dispositif local de formation pour ces « patients ressource » ;

**Action 5** : Encourager le développement de programmes d'apprentissage et d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques à La Réunion ;

– **Objectif 3** : Développer des outils d'information et de communication en direction des patients et de leur famille ;

**Action 1** : Créer un portail régional, avec un annuaire des ressources disponibles par territoire, pathologie et secteur d'activité (établissements de santé, HAD, associations, réseaux, professionnels de santé libéraux, associations de patients...) ;

**Action 2** : Elaborer une plaquette d'information en direction des médecins traitants et de leurs patients sur les filières de prise en charge par grande pathologie chronique prioritaire à La Réunion (diabète, obésité, IRC, asthme,...) diffusée au moment de l'admission en ALD, et par le biais d'autres professionnels de santé (pharmacien, infirmier, diététicien,...).

## – Qualité et sécurité des soins

– **Objectif 1** : Développer une éducation thérapeutique de qualité et de proximité en lien avec les associations d'usagers ;

**Action 1** : Favoriser le développement et l'organisation de l'offre :

- en établissement de santé : structurer les programmes d'ETP autorisés autour d'unités transversales d'éducation thérapeutique (UTEPT) ;
- en ambulatoire : encourager l'ETP au sein de maisons de santé pluri professionnelles (MSPP) ;

**Action 2** : Veiller à la coordination des différents programmes d'ETP autorisés par pathologie et territoire de santé ;

**Action 3** : Créer une structure ressource pour l'ETP à l'échelon régional (Plateforme ETP), chargée de :

- Augmenter la qualité de l'offre d'ETP à La Réunion par la formation des professionnels de santé et l'amélioration de la coopération interprofessionnelle ;
- Harmoniser les pratiques d'ETP par la diffusion d'informations et d'outils ;
- Devenir un espace référent en matière de documentation sur la thématique d'ETP ;
- Proposer au patient une éducation personnalisée et adaptée à sa pathologie ;
- Développer une démarche qualité d'ETP ;

**Action 4** : Mettre en place une formation régionale de 1<sup>er</sup> niveau ;

**Action 5** : Accompagner l'autoévaluation des programmes d'ETP autorisés à La Réunion, conformément au cahier des charges national de la Haute Autorité en Santé (HAS) ;

— **Objectif 2** : Faire évoluer les pratiques médicales et soignantes, vers un exercice coordonné et pluridisciplinaire ;

**Action 1** : Renforcer l'approche transversale des maladies chroniques par le développement de la multi professionnalité, notamment en ambulatoire avec l'essor des maisons de santé pluri professionnelles ;

— **Objectif 3** : Améliorer la prise en charge, notamment éducative, de certaines pathologies chroniques prioritaires à la Réunion, à l'instar du diabète ;

**Action 1** : Harmoniser la prise en charge de l'asthme et des maladies respiratoires rares au sein du CHR en lien avec les autres établissements hospitaliers de La Réunion ;

**Action 2** : Mener une action régionale pour améliorer la prise en charge de l'asthme chez l'enfant, en lien avec les médecins généralistes non spécialistes libéraux, les pédiatres, les médecins scolaires, les PMI et l'ensemble des acteurs de santé de La Réunion.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Favoriser le maintien à domicile, pour éviter des déplacements et des hospitalisations injustifiés et améliorer la qualité de vie des patients ;

**Action 1** : Développer la télésurveillance en association étroite avec des actions d'éducation thérapeutique du patient ;

**Action 2** : Promouvoir auprès des infirmiers libéraux la mise en place de fiches de surveillance clinique et de prévention hebdomadaire du patient diabétique insulino-traité de plus de 75 ans ;

— **Objectif 2** : Fluidifier les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques ;

**Action 1** : Organiser des filières de prise en charge en matière de diabète, obésité, IRC, asthme et maladies respiratoires chez les patients adultes à La Réunion ;

**Action 2** : Au sein de ces filières, identifier une filière spécifique ETP par territoire de santé, fondée sur la complémentarité des structures ambulatoires et hospitalières dans le parcours éducatif du patient ;

**Action 3** : Organiser une filière de prise en charge des enfants obèses sur le territoire Nord/Est ;

**Action 4** : Utiliser les solutions de télémédecine, notamment le déploiement du dossier médical personnalisé (DMP) pour faciliter les échanges d'information sur le patient entre professionnels de santé.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Mettre en place un dispositif de coopération et de coordination ;

**Action 1** : Optimiser la coordination de la prise en charge globale du patient à l'échelle du territoire, à travers la généralisation du plan personnalisé de soins (PPS) à toutes les pathologies chroniques ;

**Action 2** : Réfléchir à l'émergence d'un nouveau métier au sein de l'hôpital : « coordonnateur de parcours de santé », intervenant pivot chargé d'assurer le lien entre la ville et l'hôpital à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation ;

**Action 3** : Structurer l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques à La Réunion autour d'un « Pôle régional de référence », composé à parité de représentants hospitaliers, ambulatoires, associatifs et usagers, et auquel la plateforme ETP pourrait être rattachée. Ses principales missions sont :

- Epidémiologie ;
- Recherche ;
- Formation ;
- Prévention ;
- Cartographie/annuaire ;

**Action 4** : Créer une dynamique régionale partagée : comité de pilotage spécifique ETP réunissant l'ensemble des acteurs concernés (hospitaliers, SSR, HAD, réseaux, associations, usagers, professionnels de santé libéraux...) et piloté par l'ARS.

## — Articulation avec la prévention et le médico-social

— **Objectif 1** : Prévenir l'apparition des pathologies chroniques par des actions sur les déterminants de santé et les conduites à risque ;

**Action 1** : Encourager la prévention ciblée chez les enfants à risque en matière d'obésité ;

**Action 2** : Mettre en place une coordination entre la médecine scolaire et les médecins traitants pour faciliter le retour d'information des enfants dépistés en milieu scolaire ;

**Action 3** : Faciliter l'accès des patients aux différents ateliers d'éducation à la santé (nutrition, activité physique,...) par une plus grande lisibilité et une meilleure coordination des dispositifs existants par territoire.

# Les accidents vasculaires cérébraux

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Au plan épidémiologique, la prévalence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à La Réunion est plus importante qu'en métropole. Surreprésentée chez les moins de 50 ans, cette maladie touche principalement les hommes du fait des facteurs de risque : HTA, diabète, obésité.

Selon les données du PMSI 2010, 1333 patients ont été hospitalisés pour AVC dans les quatre structures dotées d'un service d'urgences : 10% au GHER, 16% au CHGM, 29% au CHR site nord, 44% au CHR site sud. La phase pré-hospitalière est organisée à partir du centre 15.

La prise en charge des patients hospitalisés s'organisent autour de deux unités neuro-vasculaires (UNV) situées sur les deux sites du CHR. Elles comprennent un service d'imagerie permettant la réalisation d'IRM ou de scanner 24 heures/24 sur chaque site, un service de neuroradiologie interventionnel accessible 24 heures /24, des structures de court séjour, de SSR, une USLD, des structures médico-sociales, la possibilité de prise en charge à domicile en HAD, SSIAD, secteur libéral, SAMSAH, SESSAD.

La part des patients hospitalisés en UNV pour accidents ischémiques transitoires (AIT) ou AVC serait de 33% (vs 20% en métropole) et le recours à la thrombolyse serait au niveau régional de 3,8% (vs 1% en métropole), avec cependant des variations intra régionales importantes (10% au CHR site sud).

Les 2/3 des patients ne bénéficient pas d'un séjour dans l'une des 2 UNV et sont le plus souvent pris en charge dans les services de médecine de l'établissement d'accueil. A l'issue d'une prise en charge en soins de court séjour, les 3/4 des patients retournent à domicile, moins de 5% des patients sont directement transférés en SSR.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Réduire les délais entre les premiers symptômes d'un AVC et la prise en charge adaptée ;

**Action 1** : Réduire le délai d'alerte ;

- Sensibiliser le grand public et les professionnels de santé à la reconnaissance des premiers symptômes de l'AVC ;
- Promouvoir l'appel au Centre 15 pour qu'il devienne systématique ;

**Action 2** : Améliorer l'accueil aux urgences ;

- Identifier un urgentiste référent en pathologies neuro-vasculaires dans chaque service d'urgences ;
- Equiper chaque service d'urgences des centres associés de salle d'accueil et de prise en charge des AVC, équipée d'un système de communication visuel et audio, de fax et d'accès internet facilement accessible ;

**Action 3** : Améliorer l'accès en urgence à l'imagerie avec l'IRM en première intention ;

— **Objectif 2** : Prendre en charge tout patient présentant ou suspecté d'AVC au sein d'une filière organisée et territorialement définie en s'appuyant sur les structures en place ;

**Action 1** : Elargir le périmètre d'intervention des deux filières de soins identifiées à La Réunion pour la prise en charge à la phase aiguë ;

- Identifier un centre de recours régional de l'AVC chargé de l'harmonisation de la prise en charge, des activités de télémédecine de recours et de la validation des indications de neuroradiologie interventionnelle ;
- Identifier une filière AVC dans le territoire nord-est et une filière dans les territoires sud et ouest à articuler avec les services d'urgence des établissements de santé ne disposant pas d'une UNV (CHGM, GHER) ;
- Identifier dans les centres associés un service référent pour la prise en charge des AVC ;

**Action 2** : Organiser le maillage territorial de la filière de prise en charge adaptée aux temps de transports en urgence en amont et au rapprochement du domicile en aval ;

- Structurer la prise en charge en aval du court-séjour dans toutes ses composantes et anticiper le transfert du patient en direction des SSR spécialisés, HAD, SSIAD, soins de ville ;
- Adapter la capacité d'accueil de la filière d'aval des UNV (SSR, établissements médico-sociaux) dans chaque territoire de santé afin de favoriser la proximité ;
- Optimiser la prise en charge des AVC du nouveau-né et de l'enfant, en renforçant la collaboration entre les services concernés ;

— **Objectif 3** : Améliorer la fluidité du circuit des patients entre les différentes structures sanitaires et leur prise en charge à domicile ou en structures médico-sociales ;

**Action 1** : Identifier les points de blocage et les besoins afin de rendre lisible les organisations ;

**Action 2** : Concevoir des outils destinés à améliorer la fluidité telles des fiches de liaison ;

**Action 3 :** Associer les patients et leurs proches référents aux PPS (programme personnalisé de soins) et aux réunions de synthèses en SSR ;

**Action 4 :** Identifier les places en MAS et FAM participant à la prise en charge des adultes victimes d'AVC ;

**Action 5 :** Anticiper et favoriser le maintien à domicile ;

- Privilégier dans le cadre du suivi des patients l'accès direct aux services de neurologie depuis le domicile ;
- Organiser la coordination des interventions à domicile en prenant appui, en fonction de l'état clinique du patient, sur les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'HAD, et en mobilisant les prestations déterminées par les équipes médico-sociales et la MDPH ;
- Mettre en place au niveau de la filière AVC un suivi médical, social, professionnel après le retour au domicile, en collaboration avec le médecin traitant, réalisé en consultation ou en hospitalisation de jour ;
- Constituer des équipes mobiles de réinsertion-réadaptation dédiées aux cérébro-lésés pour relier la prise en charge hospitalière et la vie à domicile (ou en foyer d'accueil).

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1 :** Améliorer au sein des filières d'AVC les pratiques professionnelles, l'information et la formation des professionnels et des aidants ;

**Action 1 :** Faire connaître et diffuser les recommandations de la HAS et les procédures de prise en charge des AVC définies localement auprès des professionnels de santé ;

**Action 2 :** Développer la concertation entre les acteurs ;

- Elaborer des procédures de travail et d'évaluation partagée entre professionnels ;
- Instaurer une démarche qualité élargie ;
- Mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;

**Action 3 :** Former les professionnels de santé intervenants dans la filière : urgentistes, médecins, radiologues, personnel soignant, régulation SAMU, médecins généralistes ;

**Action 4 :** Développer la recherche en matière d'AVC ;

**Action 5 :** Contribuer à la formation et au soutien des aidants en partenariat avec les associations de malades, l'HAD et les équipes mobiles de soins palliatifs ;

— **Objectif 2 :** Augmenter le taux de recours aux deux UNV pour les malades non traitables par thrombolyse des centres experts et associés.

## — Efficience

- **Objectif 1** : Améliorer les connaissances en matière de prise en charge de l'AVC ;

**Action 1** : Mettre en place un système d'information permettant le recueil régional de données relatives aux modalités de prise en charge des AVC (nombre d'AVC, délai d'alerte, délai de prise en charge, niveau de gravité et son évolution) ;

**Action 2** : Mener une étude de besoins pour juger de l'opportunité et des modalités de mise en place de logiques de type plateformes pluri thématiques de coordination autour de la question de la vulnérabilité, des maladies chroniques, de la dépendance ;

- **Objectif 2** : Augmenter le taux de réalisation de thrombolyse pour atteindre l'objectif national de 15% ;
- **Objectif 3** : Généraliser l'utilisation d'un dossier informatique partagé (DMP national ou solutions régionales) ;
- **Objectif 4** : Déployer des solutions de télémédecine pour améliorer la communication entre professionnels de santé distants et donc la fiabilité des diagnostics et assurer des décisions thérapeutiques et ce dans le délai le plus court ;

**Action 1** : Développer entre les centres experts et associés les activités suivantes : téléconsultation neurologique, téléconsultation de radiologie et télé-expertise (par les neurologues et le service de neuroradiologie) ;

**Action 2** : Formaliser le cadre d'intervention des partenaires de la télémédecine.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Organiser la coordination régionale et interrégionale de la prise en charge des AVC ;

**Action 1** : Mettre en place un comité technique piloté par l'ARS-OI chargé de contribuer à la définition et au suivi de la mise en œuvre de la politique régionale de prise en charge de l'AVC dans le cadre du plan AVC 2010-2014 ;

**Action 2** : Renforcer la coopération entre les deux filières par l'élaboration d'un système d'information commun et par l'harmonisation des pratiques ;

**Action 3** : Confier l'animation de chaque filière à un professionnel de terrain avec un temps dédié ;

- **Objectif 2** : Etablir des conventions entre les établissements intervenants dans les filières de prise en charge de l'AVC ;
- **Objectif 3** : Diffuser la culture de l'accompagnement des personnes victimes d'AVC dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM) ;
- **Objectif 4** : Initier des appels à projets innovants régionaux favorisant l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social.

## – Articulation avec la prévention

– **Objectif 1** : Favoriser les actions de prévention et de dépistage auprès des malades cardio-neuro-vasculaires ;

**Action 1** : Mener des actions de sensibilisation auprès de la population en s'appuyant sur les associations de patients ;

**Action 2** : Développer l'ETP auprès des patients victimes d'AVC afin de réduire le risque de récurrence.

### 3 Implantations

	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
UNV	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Nombre d'UNV	1	1	0	0	1	1

Il n'y a pas lieu d'implanter une nouvelle UNV à La Réunion.

### 4 Indicateurs de suivi

- Proportion de patients AVC admis en UNV ;
- Taux de réalisation de thrombolyse pour AVC.

# La périnatalité

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La périnatalité est l'une des rares thématiques du PRS à disposer d'indicateurs de résultats. La Réunion est marquée par une surmortalité maternelle et néonatale précoce.

Quantitativement, l'offre de soins répond aux besoins dans un contexte d'effondrement de la PMI, qui suit moins de 5% des grossesses.

Qualitativement, des progrès sont attendus en termes de meilleure évaluation et prise en charge des grossesses à risque, d'appropriation de la démarche d'amélioration continue de la sécurité des soins par les acteurs de santé, de régionalisation du système d'information et de coordination de la formation et de la recherche.

Une contribution plus active de la PMI est attendue de la part de tous les acteurs de la périnatalité pour le suivi des familles vulnérables.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Garantir aux femmes et aux nouveau-nés une prise en charge fondée sur une évaluation individualisée du niveau de risque ;

— **Objectif 2** : Mieux évaluer et prendre en charge les grossesses à risque ;

**Action 1** : Favoriser les modes d'exercice pluridisciplinaire et coordonné associant médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, sages-femmes et pédiatres ;

**Action 2** : Encourager les modes d'exercice favorisant la pluridisciplinarité et la coordination au niveau du 1er recours, via notamment la création de maisons de santé pluridisciplinaires dans chaque territoire de santé. Les structures créées doivent associer les professionnels de la naissance et de l'enfance et les médecins généralistes ;

**Action 3** : Compléter l'offre de 1er recours par l'ouverture dans les maternités de consultations prénatales de dépistage précoce des grossesses à risque ;

— **Objectif 3** : Garantir la permanence et la continuité des soins au sein des maternités ;

**Action 1** : Organiser la prise en charge des urgences obstétricales (accès à l'embolisation pour l'HPP) et des urgences gynécologiques ;

— **Objectif 4** : Garantir l'étendue des modes prise en charge des maternités des niveaux 2 et 3 entre le suivi des grossesses à faible niveau à risque et le suivi des grossesses à risque ;

– **Objectif 5** : Faciliter l'accès au diagnostic prénatal ;

**Action 1** : Identifier les professionnels de santé formés ;

**Action 2** : Rendre lisible le fonctionnement du dispositif CPDPN pour les professionnels et les usagers ;

– **Objectif 6** : Implanter un lactarium à La Réunion pour les territoires de santé ;

– **Objectif 7** : Améliorer la prise en charge des IVG et leur prévention ;

**Action 1** : Créer, dans chaque territoire de santé, un centre d'orthogénie. La mutualisation avec les CIDDIST sera recherchée ;

**Action 2** : Diversifier les modes de prise en charge des IVG en établissement ;

**Action 3** : Encourager l'IVG médicamenteuse hors établissement ;

**Action 4** : Assurer l'articulation des établissements pratiquant des IVG avec les centres d'éducation et de planification familiale ;

**Action 5** : Renforcer les coordinations entre les professionnels de santé libéraux pratiquant les IVG et les établissements dans le domaine de la prévention des grossesses non désirées et de l'orientation des femmes en amont et en aval d'une IVG ;

– **Objectif 8** : Maintenir l'offre existante en AMP :

- Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation :
  - o Une implantation dans le territoire ouest ;
  - o Une implantation dans le territoire sud ;
  - o Aucune implantation dans le territoire nord-est ;
- Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation :
  - o Une implantation dans le territoire ouest ;
  - o deux implantations dans le territoire sud ;
  - o Aucune implantation dans le territoire nord-est ;

– **Objectif 9** : Accompagner les familles ;

**Action 1** : Pourvoir le territoire Sud d'une équipe de santé mentale en périnatalité ;

**Action 2** : Etendre le périmètre d'intervention des équipes de santé mentale de la périnatalité à la petite enfance.

## — Qualité et sécurité des soins

– **Objectif 1** : Assurer la qualité et sécurité des soins en maternité ;

**Action 1** : Promouvoir les facteurs favorisant les relations d'attachement mère-enfant ;

**Action 2** : Renforcer la continuité de prise en charge des nouveau-nés à risque de développer un handicap ;

- **Objectif 2** : Réduire le taux de césarienne pour les grossesses à bas risque ;
- **Objectif 3** : Optimiser le transfert des nouveau-nés en particulier vers la métropole ;
- **Objectif 4** : Protocoliser et évaluer la prise en charge des hémorragies du post-partum en organisant, dans chaque territoire de santé, un accès à l'embolisation artérielle utérine 24h/24 et 7j/7 ;
- **Objectif 5** : Harmoniser la prise en charge des nouveau-nés dans toutes les unités de néonatalogie, y compris soins intensifs et réanimation néonatale ;
- **Objectif 6** : Développer la formation ;

**Action 1** : Inclure, en lien avec l'Université de La Réunion, dans la formation initiale (internat de médecine générale, sage-femme) un module sur le suivi prénatal, la sécurité des soins, la gestion des risques en obstétrique et la communication avec les usagers ;

**Action 2** : Développer, en formation médicale continue, la culture du retour d'expérience et d'évaluation des pratiques professionnelles en établissement et hors établissement. Une mutualisation ville-hôpital sera recherchée ;

**Action 3** : Optimiser la formation initiale et continue par la création d'un centre de simulation médicale pluridisciplinaire incluant l'apprentissage et l'entraînement aux urgences obstétricales et néonatales.

## — Efficience

- **Objectif 1** : Développer la pratique d'audits cliniques ciblés dans les maternités et dans toutes les unités de néonatalogie, y compris soins intensifs et réanimation néonatale ;
- **Objectif 2** : Systématiser la pratique des revues de morbi-mortalité (mères et nouveau-nés) en impliquant tous les professionnels de santé y compris les libéraux ;
- **Objectif 3** : Développer la culture du retour d'expérience et d'évaluation des pratiques professionnelles en établissement et hors établissement ;
- **Objectif 4** : Mettre en place un recueil et une analyse des événements indésirables graves à déclarer à l'ARS ;
- **Objectif 5** : Mesurer et suivre les résultats ;

**Action 1** : Régionaliser le système d'information en périnatalité pour tous les établissements de santé via un recueil commun dont les variables seront exploitées régionalement (PMSI élargi) ;

**Action 2** : Développer et coordonner la recherche périnatale ;

- **Objectif 6** : Améliorer la qualité des systèmes d'information ;

**Action 1** : Développer la transmission sécurisée des données médicales entre la ville et l'hôpital ;

**Action 2** : Mettre en place un dossier médical partagé entre établissements de santé ;

**Action 3** : Garantir la disponibilité des outils de visioconférence pour les CPDPN ;

- **Objectif 7** : Créer un centre de recherche périnatale de l’Océan indien (avec possibilité d’extension vers la petite enfance) chargé de coordonner les projets de recherche existants, de mettre en place un recueil et une analyse régionale d’informations périnatales, d’accompagner les équipes dans les nouveaux projets et d’impulser un projet de recherche sur la petite enfance.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Mettre en adéquation les missions de l’actuel réseau périnatal avec les objectifs dévolus à la périnatalité ;
- **Objectif 2** : Etendre le suivi coordonné entre les pédiatres hospitaliers et les CAMSP des prématurés à tous les enfants à risque de handicap ;
- **Objectif 3** : Assurer une coordination du suivi en pré et post-natal lorsqu’une prise en charge par le secteur médico-social est nécessaire.

## — Articulation avec la prévention

- **Objectif 1** : Informer le grand public sur l’intérêt du suivi prénatal, son contenu et les objectifs attendus, notamment dans le cadre des ateliers santé ville et à travailler en lien avec les professionnels de santé ;
- **Objectif 2** : Prévenir les grossesses non désirées : participation des centres d’orthogénie et CIDDIST à l’information des adolescents et des jeunes dans le cadre plus global de l’éducation à la sexualité et à la vie affective.

### 3 Implantations

	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
Gynécologie-obstétrique	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Gynécologie-obstétrique	0	0	0	0	2	1
Gynécologie-obstétrique avec néonatalogie	2	2	1	1	0	0
Gynécologie-obstétrique avec néonatalogie et soins intensifs	0	0	1	1	0	0
Gynécologie-obstétrique avec néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale	1	1	0	0	1	1

Suppression de l’autorisation de gynécologie-obstétrique du site de Saint Louis du CHR de La Réunion.

	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation</b>						
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	1	1	1	1
Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	1	1	1	1
Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	1	1	1	1
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0	0	1	1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0	0	1	1

	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation</b>						
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	1	1	1	1
Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	0	0	1	1	1	1
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	1	1	0	0
Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11	0	0	1	1	1	1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0	1	1	1	1
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0	0	1	1

Diagnostic prénatal	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0	0	0	0
Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0	0	0	0
Analyse de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétiques moléculaires	1	1	0	0	0	0
Analyse de génétique moléculaire	0	1	0	0	0	0
Analyses en vue de diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire	0	0	0	0	0	0
Analyses de biochimie fœtale à l'exclusion des marqueurs sériques	0	0	0	0	0	0

## 4 Indicateurs de suivi

### Grossesse-accouchement

- Taux de femmes enceintes bénéficiaires AME, CMU/CMUC déclarant leur grossesse au 2 et au 3ème trimestre ;
- Nombre d'enfants nés de naissance multiple en maternité de niveau 1 ;
- Nombre de séjours d'accouchements en maternité de niveau 3 / Nombre total de séjours pour accouchements ;
- Nombre de séjours en obstétrique dans les établissements de santé pour 10000 habitants ;
- Taux de césarienne pour les maternités de niveau 1 et pour grossesses à bas risque par territoire de santé ;
- Nombre d'embolisations artérielles utérines par territoire de santé ;
- Nombre de nouveau-nés transférés selon protocole ;

### IVG

- Nombre d'établissements de santé pratiquant des IVG / Nombre d'établissements de santé autorisés à la gynéco-obstétrique et/ou chirurgie ;
- Nombre d'IVG médicamenteuses / Nombre total d'IVG pratiquées au sein de chaque établissements de santé ;
- Nombre d'IVG médicamenteuses pratiqués en ville / Nombre total d'IVG au niveau régional.

# Pathologies de l'enfant et de l'adolescent

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Lors du précédent schéma régional d'organisation sanitaire, l'offre de soins pédiatriques à La Réunion a connu des avancées avec la mise en place des urgences pédiatriques au Centre Hospitalier Régional site sud, la transformation de l'Hôpital d'enfants en établissement de soins de suite et de réadaptation pédiatriques et l'identification de filières pour 2 spécialités pédiatriques : oncopédiatrie et néphropédiatrie.

Des efforts sont toutefois à poursuivre en vue d'éclaircir les missions des différents niveaux, de l'offre de proximité de premier recours à l'offre de recours spécialisé et/ou d'expertise dans le champ de la médecine pédiatrique.

Cette structuration permettra de prendre en compte le développement d'autres spécialités pédiatriques, de compléter l'offre de prise en charge des troubles spécifiques du langage et des apprentissages et d'améliorer la couverture vaccinale des enfants, dans un contexte de recul massif de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui assure la vaccination de moins de 3% des enfants de 0 à 6 ans et de difficultés de la médecine scolaire sur certains secteurs géographiques.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Structurer la gradation de la prise en charge des enfants et des adolescents : soins de proximité, recours hospitaliers et expertise ;

**Action 1** : Garantir une offre de médecine pédiatrique de proximité dans chaque territoire de santé ;

- Favoriser les modes d'exercice pluridisciplinaire et coordonné associant médecins généralistes et pédiatres, ces derniers étant les acteurs pivot de la prise en charge des enfants ;
- Créer des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSPP) dans chaque territoire de santé. Les structures créées doivent associer, outre les médecins généralistes, les pédiatres et les orthophonistes. Un continuum périnatalité petite enfance sera recherché ;
- Renforcer la formation des médecins généralistes sur le dépistage et/ou diagnostic des troubles du développement de l'enfant et leur orientation précoce vers une prise en charge spécialisée adaptée, le cas échéant ;
- Réaffirmer la mission de recours des pédiatres libéraux :
  - o en tant que premier recours spécialisé des médecins généralistes dans le suivi des enfants ;
  - o en tant que relais de la pédiatrie hospitalière dans le suivi actif des enfants porteurs de maladies chroniques ;

**Action 2 :** Identifier les implantations des structures de pédiatrie dans chaque territoire de santé :

- Territoire nord-est : une implantation à Saint-Denis, une implantation à Saint-Benoît ;
- Territoire ouest : une implantation à Saint-Paul ;
- Territoire sud : une implantation à Saint-Pierre ;

**Action 3 :** Renforcer le recours hospitalier spécialisé dans chaque territoire de santé ;

- Assurer, dans chaque territoire de santé, l'accès à des consultations pédiatriques hospitalières spécialisées ;
- Structurer une offre hospitalière en éducation thérapeutique : programme sur la prise en charge des enfants et des adolescents ;

**Action 4 :** Identifier les sites d'hospitalisation en médecine pouvant accueillir des enfants dans le cadre d'une convention avec une structure de pédiatrie :

- Réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou loco-régionale ;
- Enjeux d'exception géographique pour la prise en charge d'enfants à partir de 11 ans souffrant d'épisodes pathologiques aigus ou atteints de maladies chroniques après la phase diagnostique en structure de pédiatrie ;

**Action 5 :** Développer la mission de recours régional du Centre Hospitalier Régional de La Réunion pour les spécialités pédiatriques suivantes :

- Développer les compétences en neuropédiatrie en tant que centre régional de ressources pour la prise en charge de l'épilepsie, des AVC et des maladies neurologiques (infectieuses et/ou génétiques) de l'enfant ;
- Renforcer les compétences en endocrinologie pédiatrique en tant que centre régional de recours diagnostique et thérapeutique ;
- Renforcer les compétences en cardiopédiatrie en tant que centre régional de recours diagnostique et d'orientation thérapeutique ;
- Développer, en pneumopédiatrie, un plateau technique d'explorations fonctionnelles spécifique à l'enfant et améliorer la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose ;

**Action 6 :** Identifier un centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM) adulte et enfant pour les territoires de La Réunion et de Mayotte ;

— **Objectif 2 :** Accompagner les enfants et les familles ;

**Action 1 :** Etendre le périmètre d'intervention des équipes de santé mentale de la périnatalité vers la petite enfance ;

**Action 2 :** Développer des unités d'éducation thérapeutique spécifiques aux enfants dans les territoires de santé, y compris dans le champ de l'obésité pédiatrique.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1 :** Développer la formation médicale continue des médecins sur les pathologies suivantes :

- dépistage et au diagnostic des troubles du développement de l'enfant ;
- prise en charge de l'asthme ;
- prise en charge de l'obésité pédiatrique.

## — Efficience

- **Objectif 1** : Maintenir une offre de proximité, tout en renforçant l'efficience de l'offre hospitalière en tenant compte de la démographie médicale ;
- **Objectif 2** : Renforcer l'adéquation des séjours de médecine pédiatrique en recentrant l'hospitalisation sur les soins aigus ;
- **Objectif 3** : Développer les prises en charge en hospitalisation de jour ;
- **Objectif 4** : Développer la transmission sécurisée des données médicales entre l'hôpital et la ville ;
- **Objectif 5** : Encourager la recherche épidémiologique et clinique dans le domaine de la petite enfance notamment dans certaines maladies spécifiques aux populations de l'Océan indien. Une complémentarité avec la périnatalité sera recherchée.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

### Obésité pédiatrique

- **Objectif 1** : Structurer et formaliser les liens ville-hôpital-secteur médico-social dans le cadre d'une filière de prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent ;
- **Objectif 2** : Poursuivre le maillage du repérage précoce du surpoids et de la prise en charge de l'obésité pédiatrique ;

**Action 1** : Promouvoir le dépistage, diagnostic et prise en charge par les acteurs du 1<sup>er</sup> recours pour les obésités simples ;

**Action 2** : Prendre en charge de manière coordonnée et pluridisciplinaire en 2<sup>ème</sup> recours par le réseau de santé REPOP (réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique) ;

**Action 3** : Prendre en charge en hospitalier pour les situations d'obésité morbide ;

**Action 4** : Mettre en adéquation les missions du REPOP avec les objectifs d'organisation de la filière de repérage précoce et prise en charge de l'obésité pédiatrique ;

**Action 5** : Développer des unités d'éducation thérapeutique spécifiques aux enfants dans les territoires de santé dans le champ de l'obésité pédiatrique ;

### Troubles du langage et des apprentissages

- **Objectif 3** : Structurer et formaliser les liens ville-hôpital-secteur médico-social dans le cadre d'une filière de prise en charge des troubles du langage et des apprentissages ;
- **Objectif 4** : Améliorer la fluidité de la filière de prise en charge des troubles du langage et des apprentissages ;

**Action 1** : Systématiser le dépistage précoce aux âges clés dans le suivi de l'enfant par le médecin traitant ;

**Action 2** : Renforcer le dépistage en milieu scolaire (contributions PMI et médecine scolaire) ;

**Action 3** : Assurer le diagnostic et la prise en charge :

- Par le 1er recours pour les situations pour lesquelles le binôme médecin formé et orthophoniste peut suffire (place des MSP) ;
- Par le 2ème recours constitué par les CMPP orientés « troubles du langage et des apprentissages » (1 par territoire de santé, 2 pour le nord-est) pour les situations nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire ;
- Par le 3ème recours constitué par le centre de références pour les troubles du langage et des apprentissages (CRTLA) ;

**Prise en charge des adolescents :**

— **Objectif 5** : Articuler la prise en charge sanitaire des adolescents avec des lieux d'accueil, d'écoute et d'information et de soins ouverts aux adolescents (maisons des adolescents).

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Informer, sensibiliser les parents sur l'intérêt du dépistage précoce des troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent, sur le rôle du médecin traitant et sur l'existence de structures de prise en charge ;

— **Objectif 2** : Développer les actions de soutien à la parentalité notamment dans le cadre des ateliers santé ville ;

— **Objectif 3** : Améliorer la couverture vaccinale des enfants et des adolescents ;

**Action 1** : Sensibiliser les professionnels de santé sur le calendrier vaccinal en lien avec les URPS ;

**Action 2** : Former les médecins et les sages-femmes à la vaccinologie ;

**Action 3** : Informer les usagers de tout l'intérêt de la vaccination.

3

## Indicateurs de suivi

### Séjours avec âge < 18 ans

- Nombre de séjours en médecine dans les établissements de santé/10000hab ;
- Part des séjours de médecine en hospitalisation de jour ;
- Part des séjours de médecine avec actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale, par établissement, par territoire de santé, au niveau régional ;
- Nombre de maisons de santé pluridisciplinaire créées avec orientation forte périnatalité /enfants dans le projet de santé ;
- Nombre d'enfants, par tranche d'âge, bénéficiant d'un suivi pour trouble du langage et des apprentissages, pour obésité pédiatrique ;
- Nombre d'unités d'éducation thérapeutique du patient spécifiquement dédiées à l'enfant.

# Addictions

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La région Réunion est touchée au même titre que les autres régions de Métropole par le phénomène des addictions sous toutes ses formes mais avec des caractéristiques qui lui sont propres.

En matière d'alcool, le rhum, la bière et le vin sont vendus dans des proportions identiques (26 % de l'offre de boissons alcoolisées en 2009).

L'alcool est consommé plus précocement par les jeunes (8 jeunes de 13-15 ans ont déjà consommé de l'alcool), accompagnée d'un usage de plus en plus excessif. Un tiers des jeunes de 13 et 44 % des jeunes de 14-15 ans ont connu des épisodes d'ivresse.

L'offre de tabac après une baisse notable ces dernières années sous l'impulsion de politiques publiques rendant son accès plus difficile (hausse des prix, campagne de prévention...) connaît une légère hausse depuis 2009.

Cette consommation d'alcool se traduit par une forte morbidité et une mortalité prématurée élevée : 7 décès sur 10 liés à l'alcool surviennent avant l'âge de 65 ans. Par ailleurs, l'alcool est un facteur entrant grandement en jeu dans les accidents de la route (45 % des accidents mortels sont dus à l'alcool).

Le tabac est consommé précocement à la Réunion par les jeunes (50 % des jeunes de 13 à 15 ans ont consommé du tabac), accompagné également d'un usage quotidien plus précoce. La consommation de tabac est la cause de 560 décès par an (13 % des décès constatés dans l'île), de 60% des décès prématurés et la première cause de décès par cancer.

La consommation de drogues illicites est marquée par l'usage prépondérant du cannabis et une pratique courante concernant les médicaments détournés de leur usage. La consommation des autres drogues reste à niveau marginal en comparaison des données métropolitaines. La polyconsommation touche pour sa part un jeune sur trois. Concernant les addictions sans substance, il existe une grande accoutumance aux jeux de hasard avec des mises moyennes par habitant et par semaine, supérieure à la moyenne nationale (3,17€ en moyenne contre 2,96 € en Métropole).

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Poursuivre la mise en œuvre de la filière d'addictologie sur chacun des territoires de santé ;

**Action 1** : Répertorier les obstacles à l'installation d'une filière dans chaque territoire de santé ;

**Action 2** : Renforcer l'évaluation annuelle des dispositifs de la filière ;

— **Objectif 2** : Conforter les équipes de liaison et de soutien en addictologie (ELSA) dans leur rôle de repérage des conduites addictives ;

**Action 1** : Faciliter l'accessibilité à l'offre de soins sur la partie Est du territoire de santé Nord-Est en adossant l'ELSA à une structure d'addictologie ;

**Action 2** : Faciliter le déploiement de l'ELSA sur l'ensemble du territoire de santé ouest ;

— **Objectif 3** : Conforter le rôle du médecin traitant dans les problématiques addictives ;

**Action 1** : Développer la formation des médecins traitants dans les repérages et la prise en charge des conduites à risques ;

**Action 2** : Améliorer l'intégration des médecins libéraux dans les coordinations ou partenariats existants.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Améliorer la fluidité du parcours des patients au sein des filières existantes ;

**Action 1** : Privilégier l'accès au court séjour avec des hospitalisations programmées ;

— **Objectif 2** : Diversifier la prise en charge des usagers avec le développement de l'hospitalisation de jour ;

— **Objectif 3** : Améliorer l'articulation avec la psychiatrie ;

*La prise en charge des addictions relève à titre principale de l'offre de soins en addictologie, avec le recours complémentaire à la psychiatrie, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation, notamment pour le traitement des co-morbidités psychiatriques. L'intrication des problématiques psychiatriques et addictives chez certains patients hospitalisés dans des services de psychiatries justifie que ces derniers disposent d'un soutien de la filière de soins en addictologie.*

**Action 1** : Améliorer le lien entre ELSA et l'offre de soins en psychiatrie ;

**Action 2** : Etablir des conventions entre les structures d'addictologie et les établissements autorisés en psychiatrie ;

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Améliorer l'articulation avec le secteur médico-social ;

**Action 1** : Développer des collaborations entre le secteur sanitaire, les futurs CSAPA, le secteur ambulatoire ;

**Action 1** : Mettre en œuvre des conventions cadres de partenariat entre CSAPA, établissements de santé et organismes représentatifs du secteur libéral ;

— **Objectif 2** : Promouvoir l'articulation avec les actions de l'Etat dans le domaine de l'addictologie : le plan MILDT, le Plan national de prise en charge des addictions ;

**Action 1** : Définir ces articulations au sein de la commission de coordination des politiques publiques des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Placer le médecin généraliste comme pivot de la prévention des conduites addictives ;

**Action 1** : Mener une campagne de sensibilisation auprès des médecins généralistes sur leur rôle en terme de prévention.

## 3 Implantations

Filière addictions	Territoires de santé					
	Nord-Est		Ouest		Sud	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Consultations	2	2	0	1	1	1
Equipes de liaison et de soutien en addictologie	1	2	1	1	1	1
Hôpital de jour	1	2	0	1	1	1
Hospitalisation complète	2	2	0	1	1	1
SSR avec prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives	2	2	1	1	1	1

## 4 Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations d'addictologie ;
- Nombre de patients suivis par une ELSA ;
- Nombre de patients suivis en hôpital de jour, en hospitalisation complète et en SSR « Addictions » ;
- Nombre de médecins généralistes formés à la prise en charge des addictions.

# Transfusion sanguine

## 1 Eléments du diagnostic territorial

L'activité transfusionnelle de l'année 2010 a rencontré des difficultés lors du recueil de l'activité régionale exhaustive. Cette activité progresse encore en 2010 sur tous les types de produits sanguins labiles (PSL), du fait des activités médicales, en particulier sur les plasmas (échanges plasmatiques développés à Saint-Pierre).

L'Etablissement Français du Sang (EFS) La Réunion présente de nouvelles activités de production : lancement du prélèvement de plasma thérapeutique, issu d'aphérèse et inactivé par Intercept-Amotosalen<sup>®</sup>, depuis février 2011 et pour lequel l'autosuffisance est attendue pour fin 2011 – début 2012.

La production de mélanges de concentrés de plaquettes n'est pas envisagée.

La banque de sang rare de La Réunion a connu des difficultés techniques. La question se pose de la nécessité d'une telle banque pour notre inter-région. Une réflexion doit être menée pour la justifier, après avoir bien définis les phénotypes nécessaires, et en sachant que la banque nationale de sang de phénotype rare est à Paris (site de Créteil de l'EFS Île de France).

Les perspectives d'évolution de l'activité transfusionnelle des établissements sont à étudier afin de donner à l'EFS ses orientations quant à ses prévisions sur les collectes afin de permettre la pérennité de l'autosuffisance, notamment sur le territoire de Mayotte.

L'efficacité de l'utilisation des PSL, afin de garantir la qualité et la sécurité, de prescription et d'utilisation, doit impérativement être recherchée.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1** : Améliorer et enrichir le conseil transfusionnel par l'EFS La Réunion ;
- **Objectif 2** : Maîtriser l'acte transfusionnel lors de l'utilisation des PSL dans les unités de soins des établissements de santé, afin d'améliorer la sécurité transfusionnelle et la traçabilité et de diminuer les destructions ;
- **Objectif 3** : Maîtriser la destruction des PSL, en diminuant la non utilisation dans les unités de soins des établissements éloignés et la péremption en dépôt ;
- **Objectif 4** : Harmoniser les discours pour l'enseignement initial et la formation continue des prescripteurs et des utilisateurs ;

— **Objectif 5** : Développer la formation locale régulière des personnels occasionnels pour la délivrance dans les dépôts d'urgence et pour le transfert dans les dépôts relai, sous la responsabilité des professionnels de l'EFS La Réunion et du CRH ;

— **Objectif 6** : Développer la formation locale des prescripteurs et des utilisateurs par collaboration entre les professionnels de l'EFS La Réunion, le Coordonnateur régional d'hémovigilance et les professionnels de l'hémovigilance et des dépôts des établissements de santé ;

## — Efficience

— **Objectif 1** : Développer les échanges informatiques de données de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance au niveau inter-régional entre les établissements, les laboratoires, et l'EFS dans un 1<sup>er</sup> temps, puis avec les professionnels de santé du secteur ambulatoire dans un 2<sup>ème</sup> temps ;

**Action 1** : Constituer une plate-forme régionale, support des dossiers transfusionnels des patients et en lien avec le serveur régional d'identité ;

— **Objectif 2** : Développer la maîtrise des prescriptions et des indications des différents PSL, en particulier lors de l'urgence vitale ;

— **Objectif 3** : Réfléchir à la rationalisation de la répartition des dépôts de sang, au regard de leur éloignement au site de distribution-délivrance de l'EFS et de leur activité ;

## 3 Implantations

Le SOTS (Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine) définit d'une part l'implantation des activités transfusionnelles de l'EFS La Réunion et d'autre part l'implantation des dépôts de sang sur chacun des 4 territoires (Nord-Est ; Ouest ; Sud ; Mayotte).

## 4 Indicateurs de suivi

Au niveau inter-régional et de chaque établissement avec activité transfusionnelle :

- Traçabilité régionale des PSL ;
- Taux de destruction des PSL ;
- Nombre de PSL transfusés, rapporté à la population ;
- Taux de déclaration d'EIR pour 1000 PSL transfusés (Effets Indésirables Receveur) ;
- Taux de déclaration d'IG pour 1000 PSL qualifiés (Incident Grave de la chaîne transfusionnelle) ;
- Taux de déclaration d'EIGD pour 1000 dons (Effet Indésirable Grave Donneur).

# Infections associés aux soins

## 1 Éléments du diagnostic territorial

L'infection associée aux soins (IAS) englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large. L'IAS comprend l'infection nosocomiale, au sens de contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large (à visée diagnostique, thérapeutique, de dépistage ou de prévention primaire) par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage, encadrés par un professionnel de santé. Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins.

Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs.

La troisième enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales a été organisée dans les établissements de santé en juin 2006. Sur les 18 établissements de la région Réunion, 14 établissements ont participé à l'enquête, représentant un taux de participation de 78%. Le nombre de patients enquêtés a été de 2084. 70 % des patients étaient hospitalisés en court séjour (50% dans les données nationales), avec une part importante de l'obstétrique (18.1% versus 6.3% à l'échelle nationale). L'âge médian des patients hospitalisés le jour de l'enquête à la Réunion est de 45 ans alors qu'il est de 69 ans au niveau national. La prévalence (c'est-à-dire le pourcentage) de patients présentant au moins une infection nosocomiale active le jour de l'enquête dans les établissements publics et privés de La Réunion est de 4,0%, celle des infections nosocomiales de 4.5% (un patient pouvant présenter plusieurs infections nosocomiales le jour de l'enquête). Ces prévalences sont inférieures aux prévalences brutes observées au niveau national (prévalence des infectés = 4,97%; prévalence des infections nosocomiales = 5,38). La gravité de ces infections est toutefois variable : 18% des infections sont de site urinaire, localisation présentant une gravité moindre ; 14,9% sont des bactériémies, potentiellement plus graves, suivies par 13.8% d'infections du site opératoire (complication infectieuse d'intervention chirurgicale) et autant de pneumopathies infectieuses. Des efforts restent donc à effectuer, notamment sur les bactériémies (deuxième localisation la plus fréquente d'infections nosocomiales).

La situation de la Réunion, reste au dessous de la prévalence brute nationale mais elle nécessite des analyses complémentaires, visant à estimer si cette prévalence reste significativement inférieure à la prévalence nationale lorsqu'on tient compte des différences de caractéristiques des établissements et des patients de la région.

L'enjeu est de mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS et d'agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins.

## — Accessibilité

— **Objectif 1** : Maintenir l'utilisateur au cœur du dispositif ;

**Action 1** : Préparer les établissements de santé à la communication en situation de crise ;

**Action 2** : Organiser des actions de formation et d'information des usagers sur les infections associées aux soins en général ;

**Action 3** : Mieux associer des usagers aux instances du dispositif (antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), centre de coordination pour la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), instances de pilotage national...) ;

**Action 4** : Accompagner la diffusion publique du tableau de bord, notamment par des actions d'information via différents médias ;

**Action 5** : Rendre plus accessible l'information aux usagers sur les risques d'infections nosocomiales et leur évolution, comment faire participer les usagers à la prévention des IAS ;

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Structurer les procédures de repérage, de signalement et de gestion des IAS ;

**Action 1** : Promouvoir le signalement d'événements infectieux graves (EIG) infectieux ;

- Organiser par l'ARS-OI et l'ARLIN une réunion régionale de présentation du signalement dématérialisé aux responsables de pôle, présidents de CME et des responsables de signalement ;
- Développer des outils pour améliorer le signalement interne des infections : à partir du laboratoire, de la pharmacie, du DIM
- Envoyer le bilan régional annuel des signalements aux présidents de CME pour diffusion large à l'ensemble de la communauté médicale ;
- Promouvoir les retours d'expérience par une réunion annuelle des référents du signalement avec retour d'expérience (REX), organisée par l'ARS-OI et l'ARLIN ;

**Action 2** : Assurer la surveillance des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation ;

- Mettre en place un réseau régional de surveillance des infections sur chambre implantable (incluant le parcours ville et hôpital) ;

**Action 3** : Assurer la surveillance des infections du site opératoire, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection (cure de hernie inguinale ou de paroi, cholécystectomie, chirurgie orthopédique prothétique, césarienne, chirurgie du sein) ;

- Favoriser une surveillance régionale simplifiée, Maternité ;
- Inciter la mise en place d'un suivi des infections du site opératoire au travers du système d'information hospitalier, en collaboration avec les DIM, les laboratoires et les pharmacies des établissements de santé ;

— **Objectif 2** : Renforcer les bonnes pratiques assurant la sécurité des patients et des professionnels ;

**Action 1** : Favoriser l'évaluation de la pertinence des actes à risque infectieux ;

**Action 2** : Diffuser les protocoles prioritaires nationaux proposés et accompagner les établissements pour leur mise en place ;

**Action 3** : Développer des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire ;

**Action 4** : Développer des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses centrales et périphériques ;

**Action 5** : Améliorer le dispositif de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes en identifiant un centre de référence et en diffusant le protocole thérapeutique, en collaboration avec les infectiologues et les chirurgiens orthopédistes ;

**Action 6** : Promouvoir la vaccination du personnel (hépatite B, grippe, coqueluche, rougeole, varicelle) en établissements de santé et établissements médico-sociaux, en collaboration avec les médecins du travail ;

**Action 7** : Assurer la surveillance des accidents exposant au sang (AES) survenant dans l'établissement (établissements de santé privés, établissements médico-sociaux et HAD), promouvoir leur prévention et améliorer leur prise en charge ;

— **Objectif 3** : Disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès le déclenchement de l'alerte ;

— **Objectif 4** : Améliorer les connaissances sur les déterminants du risque infectieux associés aux soins ;

**Action 1** : Développer la recherche ;

- Améliorer les capacités des laboratoires de microbiologie de l'île à l'identification des mécanismes de résistance : EBLSE, EPC, ERV...
- Développer la connaissance sur les résistances bactériennes chez l'homme et dans le monde animal : réseau régional ARLIN et CYROI ;

**Action 2** : Développer la formation ;

- Consolider la formation continue : poursuivre le programme AFELIN, ouvrir des financements de la DPM pour prendre en charge les coûts de la formation AFELIN des personnels médicaux ;

- Enrichir la formation initiale par la prévention RI en fac de médecine, école de sage-femme, paramédicale (rencontre hygiéniste-enseignants écoles), IUT...
- Mettre en place un diplôme universitaire (DU) de gestion du risque infectieux nosocomial en lien avec l'Université de la Réunion ;
- Développer des actions de communication vers les responsables de pôle et présidents de CME des établissements de santé sur les nouveaux enjeux de la gestion du risque infectieux ;
- Améliorer la formation à la prévention des infections nosocomiales des nouveaux arrivants dans chaque établissement de santé et évaluer sa mise en œuvre (type quizz PPT).

## — Efficience

— **Objectif 1** : Renforcer la maîtrise des bactéries multi-résistantes (BMR) ;

**Action 1** : Etendre le réseau de surveillance régional c'est-à-dire aux laboratoires privés hospitaliers et au laboratoire de biologie médicale du Centre Hospitalier de Mayotte ;

**Action 2** : Aider à l'élaboration des plans d'actions de maîtrise de la diffusion des BMR (en attente d'un programme national) ;

**Action 3** : Signaler les hautes résistances à l'ARLIN : AB5, EPC, ERV-extension aux laboratoires de ville, envoyer les souches hautement résistantes aux laboratoires hospitaliers ;

**Action 4** : Revoir la fiche de transfert patient porteur de BMR en faisant évoluer vers une maladie infectieuse transmissible ;

**Action 5** : Ajuster la politique de dépistage régional, selon l'évolution de l'écologie bactérienne ;

**Action 6** : Effectuer le typage en biologie moléculaire pour identifier les mécanismes de résistance avec délai performant par rapport au CNR ;

— **Objectif 2** : Promouvoir le bon usage des antibiotiques ;

**Action 1** : Améliorer et pérenniser le réseau de surveillance de consommation ATB (rapport régional annuel, intégration des extractions dans les systèmes informatiques) ;

**Action 2** : Mettre en place un DU antibiothérapie à l'Université de La Réunion avec l'appui de l'AFELIN en collaboration CAI/hygiéniste ;

**Action 3** : Se rapprocher des services de recherche vétérinaire afin d'identifier la consommation en antibiotiques en médecine vétérinaire.

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Insérer la prévention des phénomènes infectieux dans la gestion des risques associés aux soins ;

**Action 1** : Développer la formation AFELIN et l'appui méthodologique par l'ARLIN à l'utilisation de nouveaux outils : analyse des événements indésirables graves (EIG), visite de risques, analyse de scénario ;

**Action 2** : Créer un outil pour la cartographie des risques infectieux nosocomiaux a priori ;

**Action 3** : Impliquer les hygiénistes et l'ARLIN dans la COVIREM ;

**Action 4** : Mettre à disposition l'expérience de la FELIN et l'antenne régionale pour améliorer la gestion des autres risques associés aux soins ;

- Proposer l'organisation de formation AFELIN sur les autres risques par exemple médicamenteux ;

**Action 5** : Accompagner les établissements dans la mesure de la culture de sécurité des soins (formation, diffusion d'outils).

### 3

## Indicateurs de suivi

- Taux d'établissements ayant mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'EIG ;
- Taux d'établissements de santé ayant mis en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux ;
- Taux d'IAS signalées dont toutes celles relevant du signalement externe ;
- Taux d'établissements de santé ayant une procédure de signalement interne et externe opérationnelle ;
- Taux d'incidence des bactériémies associées aux CVC en réanimation ;
- Taux d'incidence des infections du site opératoire, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection ;
- Taux d'établissements pratiquant la chirurgie ayant mis en place un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire ;
- Taux d'établissements ayant mis en place un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses centrales et périphériques ;
- Taux des établissements ayant mis en place, avec la médecine du travail, une surveillance de la couverture vaccinale pour la grippe, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B ;
- Taux d'incidence des AES ;
- Taux d'établissements de santé disposant d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique ;
- Taux d'incidence des SARM isolés et ERV national < 1%.
- Taux d'établissements concernés ayant inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et évaluant son application dans le dossier patient.

# La permanence des soins en établissements de santé

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La permanence des soins en établissements de santé (PDS ES) est une mission de service public. Il s'agit de l'accueil de nouveaux malades au sein des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Elle suppose la gradation des soins à l'échelon territorial le plus adapté selon les disciplines concernées. Les plages visées sont : les nuits (20h-8h), les samedis après midi (14h-20h), les dimanches et jours fériés.

Elle se distingue de la permanence des soins en ambulatoire (PDSA) qui correspond aux besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville. Le point d'articulation se situe dans les structures de médecine d'urgence qui assurent la coordination entre ville et hôpital.

Un diagnostic territorial a été construit selon la méthodologie suivante :

- Avril-Mai 2011 : enquête sur l'organisation des lignes de gardes et d'astreintes par activité de soins au sein de chaque établissement de santé en Médecine, Chirurgie et Obstétrique ;
- Juin 2011 : Rencontres individualisées avec chaque établissement (Directeurs, Présidents de CME): validation des données collectées et projets de coopérations en cours ;
- Août 2011 : Réunion collective de travail sur le schéma cible (Directeurs, Présidents de CME, Fédérations d'établissements publics et privés MCO) ;
- Septembre 2011 : Enquête visant à connaître l'activité réalisée, au titre des nouveaux patients pris en charge, par ligne de gardes et d'astreintes et aider à la validation du diagnostic et des orientations retenues au SROS PRS.

Le diagnostic présenté ci-dessous reprend de manière synthétique l'état des lieux concerté de l'existant. Il inventorie l'ensemble des lignes de garde et d'astreinte existantes, par activité de soin, que ce soit au titre de la continuité d'activité ou de nouveaux patients. Il reflète donc en partie les besoins à couvrir, sachant que les activités non couvertes sont identifiées.

Etat des lieux des besoins : Démarche concertée intégrant les nouveaux cas venus aux plages de la PDS ES et la continuité des soins aux même plages				Perspectives concernant les nouveaux cas aux plages de la PDS ES	
Activité autorisée	Site d'implantation	Nombre de ligne de PDS ES (astreintes ou garde)	Modalités de PDS ES existante : - garde - astreinte opérationnelle - astreinte de sécurité	Niveau de recours souhaitable : - Régional : N3 - Infra régional : N2 - Territoire de Santé : N1 (dérogeration a p rapport aux niveaux de recours SROS)	Modalités de PDS ES souhaitable : - garde - astreinte opérationnelle - astreinte de sécurité
Réanimation	CHR Nord et Sud	4 (1)	gardes	N2 : Nord et Sud (réapoly) N3 : réaneurochir	gardes
Réanimation pédiatrique et néonatal	CHR Sud et Nord	4	astreintes	N2 : Nord et Sud	gardes
chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	CHR Sud et Nord	4 (3 CHRN et 1 CHRS)	Actuellement : astreintes (sécurité et opérationnelle) or obligation de garde sur place pour chirr. cardiaque	N2 : chirurgie vasculaire et thoracique N3 : chirurgie cardiaque	garde pour chirurgie cardiaque astreintes de sécurité ou opérationnelle pour chirurgie vasculaire et thoracique
Cardiologie interventionnelle	CHR Nord, Clinique Sainte Clotilde + 1 en rythme interventionnelle au CHR Sud	2	astreintes	N3	astreintes
Cardiologie/affections vasculaires/pathologies cardiaques	CHR Sud et Nord, Clinique sainte clotilde, et CH GM	4	gardes ou astreintes	N1	astreintes (opérationnelles, sécurité) garde pour les soins intensifs
Greffe d'Organe et greffe de cellules hématopoïétiques	CHR Nord	1	astreintes de sécurité	N3	astreinte opérationnelle
Traitement des grands brûlés	CHR Nord	1	astreintes opérationnelle	N3	astreinte opérationnelle
Gastro entérologie	CHR Sud et Nord, Clinique sainte clotilde, clinique Jeanne d'Arc, CH GM, GHER	6	astreintes de sécurité et opérationnelle	N1	astreinte de sécurité/opérationnelle
Médecine générale et polyvalente	CHR Sud et Nord, Clinique St Vincent, GHER, CHGM	8	gardes astreintes opérationnelles astreintes forfaitisées	N1	astreinte de sécurité/opérationnelle
Chirurgie viscérale	CHR Sud et Nord, CHGM, GHER, Clinique Ste Clotilde, Clinique Jeanne d'Arc	6	astreintes opérationnelles astreintes forfaitisées	N1	astreinte opérationnelle
Pédiatrie (maternités comprises)	CHR Nord et Sud, GHER, Clinique Durieux, Clinique Ste Clotilde, CHGM, Clinique Jeanne d'Arc, Clinique St Vincent	11	gardes astreintes de sécurité astreintes forfaitisées	N1	garde
Chirurgie infantile	CHR Nord et Sud	2	astreintes opérationnelles astreintes forfaitisées	N2 : Nord et Sud	astreinte opérationnelle
Chirurgie orthopédique et traumatologique	CHR Nord et Sud, GHER, Clinique Durieux, Clinique Ste Clotilde, CHGM, Clinique Jeanne d'Arc, Clinique St Vincent	8	garde astreinte	N1	astreinte opérationnelle
Chirurgie de la main	CHR Nord et Sud	NR	NR	N3	astreinte opérationnelle
biologie	CHR Nord et Sud, Clinique Durieux(2), Clinique Ste Clotilde(2), CHGM, Clinique Jeanne d'Arc(2), GHER(2)	9	astreintes de sécurité et opérationnelles gardes (secteur privé)	N1	astreinte de sécurité
Pharmacie	CHR Nord et Sud, Clinique Ste Clotilde, CHGM, Clinique Jeanne d'Arc, GHER	7	astreintes opérationnelles astreintes forfaitisées astreintes de sécurité	N1	astreeinte de sécurité
ORL odontologie stomatologie	CHR Nord et Sud, Cl. Jeanne d'Arc, Cl st Vincent, GHER, Cl. Ste Clotilde	7	astreintes opérationnelles astreintes de sécurité	N2	astreinte opérationnelle
Neurochirurgie	CHR Sud	1	Astreintes opérationnelles	N3	astreinte opérationnelle
Anesthésie Adulte	Cl. Jeanne d'Arc, CH GM, CHR Sud, cl. Durieux, CHR Nord, GHER, Cl Ste clotilde	12	Astreintes ou gardes	interprétation difficile car obstétrique compriqe et tous services/activité de soins...nécessiterait une étude	
Hématologie clinique	CHR Sud et Nord	2	Astreintes opérationnelles	N2 : Nord et Sud	astreinte de sécurité
Pneumologie	CHR Sud et Nord	2	Astreintes opérationnelles	N2	astreinte opérationnelle
Immunologie Maladies infectieuses	CHR Sud et Nord	0	0	N3	astreinte opérationnelle
Néphrologie	CHR sud et Nord	2	Astreintes opérationnelles	N2	astreinte de sécurité
Neurologie	CHR Sud et Nord	2	Astreintes opérationnelles	N2	astreinte opérationnelle
Urologie	CHR Sud et Nord, Cl Jeanne d'Arc et Ste Clotilde	3	Astreintes opérationnelles Astreintes de sécurité	N1	astreinte opérationnelle
Radiologie interventionnelle	CHR Sud	1	Astreinte opérationnelle	N1	astreinte de sécurité
Radiologie et imagerie médicale	Cl Jeanne d'Arc(2), Cl. Durieux(2), CHGM, CHR Nord et Sud	4	Astreintes opérationnelles	N1	astreinte de sécurité

(1) 1 garde sur le site du GHER en voie de transfert sur le site du CHR Nord  
1 garde sur le site du CHR Nord  
1 garde au CHR Sud (neurochirurgie)  
1 garde au CHR Sud (Réa polypathologie)

(2) Prestataires extérieurs

Plusieurs constats se dégagent de l'état des lieux partagé :

- Aux plages de permanence des soins, une mutualisation des moyens entre l'activité de continuité des soins et celle relevant de la prise en charge des nouveaux patients ;
- Pour une même activité de soins, des modalités de PDS ES différentes au sein d'un établissement ou entre établissements distincts ;
- Une hyperspécialisation des professionnels de santé, ce qui rend difficile la mutualisation sur certaines activités (biologie), à moins d'un accompagnement spécifique (formations) ;
- L'existence de projets de coopérations public-privé sur certaines activités et territoires liés à la raréfaction des ressources médicales : Urologie et cardiologie interventionnelle sur le territoire Nord ;
- Des besoins non couverts sur certaines activités de soins (chirurgie de la main, maladies infectieuses) ;
- Le caractère indissociable d'une ligne de garde ou d'astreinte avec une équipe de professionnels soignants (personnels du secteur opératoire, manipulateurs radios...) ;
- En cas de mutualisations de lignes : le rôle incontournable du service de médecine d'urgence qui oriente le patient directement vers le plateau technique de permanence ;
- La nécessité de couvrir les besoins en priorité :
  - au sein des établissements dotés d'un service de médecine d'urgence ;
  - lorsqu'il s'agit d'une maternité ;
  - lorsque l'activité de soin est une activité réglementée ;
  - lorsque l'activité de soin est une activité de recours régional ou infrarégionale.
- Des projets innovants sur certaines activités pouvant avoir une influence en terme d'efficacité globale : télé-médecine et radiologie. En fonction de la montée en charge du projet télé-médecine et radiologie, le nombre de lignes de gardes nécessaire pourra être réduit ;
- Pas de fonctionnement de l'IRM, aux plages de la PDSSES, dans les établissements dotés d'une Unité Neuro-Vasculaire ;
- Souhait de communiquer (aux patients et professionnels) l'état des lieux régional, en vue d'une meilleure accessibilité des soins.

Les premiers résultats de l'enquête déclarative réalisée sur une semaine d'activité des services de garde et d'astreinte en septembre 2011 ont permis de conforter l'état des lieux et le schéma cible retenu.

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Améliorer l'accès aux soins des patients sur les plages de PDS ES ;

**Action 1** : Permettre l'accessibilité financière des patients en imposant le secteur 1 pour toutes les activités de soins aux heures de la PDS ES ;

**Action 2** : Couvrir les besoins de PDS ES sur les activités de soins non couvertes : Immunologie et Maladies infectieuses, chirurgie de la main ;

**Action 3** : Communiquer l'état des lieux régional de la PDS ES.

### — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Fluidifier le parcours des patients ;

**Action 1** : Réduire les délais d'attente : enquête quantitative et qualitative ;

**Action 2** : Développer le projet de télémédecine en radiologie (Projet porté par l'association G4 dans le cadre du GIE TOI) ;

— **Objectif 1** : Améliorer la prise en charge de l'ACV ;

**Action 1** : Disposer d'un accès à l'IRM, 24 heures sur 24, dans les établissements dotés d'une Unité neurovasculaire.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Optimiser le fonctionnement de la PDS ES, par niveau de recours et par activité de soins, pour tous nouveaux patients pris en charge :

	Activité autorisée	Niveau de recours	Nombre de lignes nécessaires pour couvrir le besoin
<b>Action 1</b>	Réanimation	N2 : Nord et Sud (réa-polyvalente)	4
		N3 : réa-neurochirurgie.	
<b>Action 2</b>	Réanimation pédiatrique et néonatale	N2	4
<b>Action 3</b>	Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique	N2 : chirurgie vasculaire / thoracique	4
		N3 : chirurgie cardiaque	
<b>Action 4</b>	Cardiologie interventionnelle	N3	2
<b>Action 5</b>	Cardiologie/affections vasculaires/pathologies cardiaques	N1	3
<b>Action 6</b>	Greffe d'Organe et greffe de cellules hématopoïétiques	N3	1
<b>Action 7</b>	Traitement des grands brûlés	N3	1
<b>Action 8</b>	Gastro-entérologie	N1	4
<b>Action 9</b>	Médecine générale et polyvalente	N1	8
<b>Action 10</b>	Chirurgie viscérale	N1	4
<b>Action 12</b>	Chirurgie infantile	N2	2
<b>Action 13</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique	N1	4
<b>Action 14</b>	Chirurgie de la main	N3	1
<b>Action 15</b>	Biologie	N1	7
<b>Action 16</b>	Neurochirurgie	N3	1
<b>Action 17</b>	Hématologie clinique	N2	2
<b>Action 18</b>	Pneumologie	N2	2
<b>Action 19</b>	Immunologie Maladies infectieuses	N3	1
<b>Action 20</b>	Néphrologie	N2	2
<b>Action 21</b>	Neurologie	N2	2
<b>Action 22</b>	Urologie	N1	3
<b>Action 23</b>	Radiologie et imagerie médicale	N1	3
<b>Action 24</b>	Radiologie interventionnelle	N1	3
<b>Action 25</b>	ORL odontologie stomatologie	N2	2

— **Objectif 2** : Harmoniser les modalités de PDS ES au sein de tous les établissements de santé, au regard de l'activité et des contraintes réglementaires :

	<b>Activité autorisée</b>	<b>Modalités de PDS ES</b>
Action 1	Réanimation	gardes
Action 2	Chirurgie cardiaque	gardes
Action 3	Chirurgie vasculaire et thoracique	astreintes de sécurité ou opérationnelle
Action 4	Cardiologie interventionnelle	gardes
Action 5	Cardiologie/affections vasculaires/pathologies cardiaques	astreintes (opérationnelles, sécurité); Garde pour les soins intensifs
Action 6	Greffe d'Organe et greffe de cellules hématopoïétiques	astreinte opérationnelle
Action 7	Traitement des grands brûlés	astreinte opérationnelle
Action 8	Gastro-entérologie	astreinte de sécurité ou opérationnelle
Action 9	Médecine générale et polyvalente	astreinte de sécurité/opérationnelle
Action 10	Chirurgie viscérale	astreinte opérationnelle
Action 11	Pédiatrie	garde
Action 12	Chirurgie infantile	astreinte opérationnelle
Action 13	Chirurgie orthopédique et traumatologique	astreinte opérationnelle
Action 14	Chirurgie de la main	astreinte opérationnelle
Action 15	Biologie	astreinte de sécurité
Action 16	Neurochirurgie	astreinte opérationnelle
Action 17	Hématologie clinique	astreinte de sécurité
Action 18	Pneumologie	astreinte opérationnelle
Action 19	Immunologie Maladies infectieuses	astreinte opérationnelle
Action 20	Néphrologie	astreinte de sécurité
Action 21	Neurologie	astreinte de sécurité
Action 22	Urologie	astreinte opérationnelle
Action 23	Radiologie et imagerie médicale	astreinte de sécurité
Action 24	Radiologie interventionnelle	astreinte de sécurité
Action 25	ORL odontologie stomatologie	astreinte de sécurité

Ce cadre d'harmonisation est donné à titre indicatif afin de donner aux établissements une tendance à suivre, dans la mesure du possible et au regard de l'activité réalisée par chaque service.

- **Objectif 3** : Couvrir les besoins, en priorité :
  - au sein des établissements dotés d'un service de médecine d'urgence ;
  - lorsqu'il s'agit d'une maternité ;
  - lorsque l'activité de soin est une activité réglementée ;
  - lorsque l'activité de soin est une activité de recours régional ou infrarégionale.
  
- **Objectif 4** : Optimiser la PDS ES au regard de l'activité réalisée au sein des services ;

Au-delà des possibilités de mutualisation des gardes et astreintes, les marges d'optimisation se trouvent également potentiellement dans l'approche par demi-garde ou demi-astreinte en fonction des niveaux d'activité constatés en début de nuit et en nuit profonde.

De même, lorsque les compétences sont disponibles, et selon le niveau d'activité réalisé, il peut être envisagé de réduire le nombre de garde par la mise en place d'une garde commune à deux spécialités, doublée d'une astreinte.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Développer les articulations entre les services de médecine d'urgences, le secteur ambulatoire et les établissements de santé ;

**Action 1** : Conforter les filières de soins existantes, en lien avec les orientations du SROS Urgence.

### 3 Indicateurs de suivi

- Nombre de lignes de gardes et d'astreintes créés, supprimés, mutualisés ;
- Nombre de nouveaux patients pris en charge aux plages de PDSES, par activité de soin ;
- Nombre et type d'actes réalisés aux plages de la PDSES, par activité de soins ;
- Nombre de coopérations mises en œuvre (évaluation qualitative).

L'offre de soins  
hospitalière



## Missions de service public

# Introduction

En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique (CSP), le SROS-PRS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public (MSP), par territoire de santé.

Cette définition se traduit par un diagnostic de l'offre et des besoins non couverts par territoire de santé. Certaines missions ont vocation à être assumées par tous les établissements de santé, d'autres sont liées des autorisations d'activités de soins et enfin certaines seront le fait de quelques établissements.

Pour chaque MSP, il convient de définir les besoins à couvrir. Dans le cadre de la mise en œuvre du SROS-PRS, au regard de l'état des lieux de l'offre et des besoins, il conviendra de procéder à :

- Une reconnaissance prioritaire en cas de besoins couverts par un ou plusieurs établissements ;
- Un appel à candidatures en cas de besoins non couverts ;
- Une désignation unilatérale en cas d'appel à candidature infructueux.

Les missions de service public : permanence des soins en établissements de santé, soins palliatifs et aide médicale urgente, ont été traitées dans les parties activités et transversalités de l'offre de soins hospitalière.

# L'enseignement universitaire et post-universitaire

## 1 Cadre national

*« La mission d'enseignement universitaire et postuniversitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens.*

*Le SROS doit permettre d'identifier à partir des besoins de formation, analysés par spécialités, le volume d'offre de stage dans les disciplines médicales et pharmaceutiques non couverts par l'offre de stage actuelle des établissements.*

*En cas de besoins non couverts, le SROS doit fixer le volume et le type d'offre susceptible d'être agréée terrains de stage. Le ressort géographique de la mission de service public est la région.*

*Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, tous les établissements de santé ainsi qu'un certain nombre de terrains de stages ambulatoires, peuvent être agréés pour accueillir des internes de médecine. Tout établissement de santé a vocation à participer à la mission de formation initiale.*

*Le Directeur Général de l'ARS et le Doyen de l'Université articulent des positions cohérentes sinon conjointes d'attribution de MSP et d'agrément des équipes formatrices d'externes et d'internes, ce qui ressort de leurs compétences respectives. Mais ce processus n'a pas vocation à impliquer les Directions Générales de CHR-U ni les CME de CHR-U. »*

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

L'UFR Santé est créé depuis 2010 et la convention cadre de partenariat portant création du CHU de la Réunion sera signée en 2012.

Avec l'entrée en vigueur de la loi sur la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), à la Réunion comme dans l'ensemble des départements français, l'ancienne PCEM (première année du premier cycle d'études médicales) est devenue PACES depuis la rentrée scolaire d'août 2010. Elle permet désormais l'accès aux filières de médecine, pharmacie, odontologie, sage-femme, ergothérapie, kinésithérapie et psychomotricité.

Après un premier semestre commun, les étudiants peuvent désormais préparer, au second semestre, grâce aux options retenues, le concours de la filière de leur choix. Un numérus clausus spécifique sera attribué à chaque filière. Il est communiqué par arrêté ministériel. En 2010, le nombre de places prévus était le suivant :

- Filière médecine : 70 ;
- Filière pharmacie : 4 ;
- Filière odontologie : 8 ;
- Filière sage-femme : 27 ;
- Filière ergothérapie : 2 ;
- Filière kinésithérapie : 20 ;
- Filière psychomotricité : 2.

Les cours sont assurés par des enseignants réunionnais et bordelais, ainsi que par des praticiens hospitaliers du CHR de La Réunion.

L'Unité de Formation et de Recherche Santé a été créée le 6 mai 2010.

## — Premier Cycle d'Etudes Médicales - 2ème année (PCEM 2) et Deuxième cycle d'Etudes Médicales - 1ère année (DCEM 1)

En juin 2011, les estimations disponibles sur le volume de stages proposé sont les suivantes :

Etablissements de santé	Volume de terrains de stages proposés en PCEM 2 & DCEM 1	Services concernés
CHR site nord	6	Médecine interne, maladies infectieuses, Réanimation polyvalente, urgences, médecine polyvalente, cardiologie
CHR site sud	11	Médecine interne, maladies infectieuses, Réanimation polyvalente, urgences, médecine polyvalente (Saint Louis et Saint Joseph), cardiologie, pneumologie, endocrinologie, gynécologie obstétrique, neurologie, gastroentérologie
GHER	1	Médecine interne

Par ailleurs, le CHGM et le GHER reçoivent des étudiants hospitaliers en stage d'été et des internes.

Paraissent insuffisants au regard des besoins :

- le nombre de terrain de stage ;
- le nombre d'étudiants par groupe ;
- le nombre de maître de stage par service ;
- le nombre d'heures de stage pratique.

D'autres terrains de stages sont également possibles sur la région pour les stages de sémiologie, ayant l'agrément universitaire pour l'accueil des étudiants du 3<sup>ème</sup> cycle :

Etablissements de santé	Services concernés
CHR site nord	Chirurgie Générale & digestive, Chirurgie Infantile, Chirurgie Orthopédique, Chirurgie Thoracique & cardio-vasculaire, Diabétologie /Endocrinologie, Gastroentérologie, Hématologie Oncologie, Maladies Respiratoires, MPR, Néphrologie, Neurologie, ORL, Pédiatrie Générale, Radiologie
CHR Sud	Chirurgie Digestive, Urologique, Thoracique et Vasculaire, Chirurgie Orthopédique, Hémato-oncologie, MPR, Néphrologie-Dialyse, Neurochirurgie, Neurologie, Neuroradiologie, ORL, Pédiatrie Générale, Psychiatrie, Radiologie, Réanimation Neurochirurgie
GHER	Chirurgie viscérale, pédiatrie, gynécologie, urgences
CHGM	Cardiologie, Chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, court séjour gériatrique, diabétologie endocrinologie, gynécologie, médecine polyvalente, pédiatrie et urgences

Par ailleurs, pour assurer au mieux l'encadrement des stages de PCEM 2 et de DCEM 1, il conviendrait d'augmenter le nombre de postes de :

- maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers ;
- professeurs des universités praticiens hospitaliers ;
- chefs de clinique des universités assistants.

## — Deuxième Cycle d'Etudes Médicales (2<sup>ème</sup> à 4<sup>ème</sup> année)

En DCEM 2 à 4, les étudiants de la circonscription Océan Indien effectue leur cursus à l'université Victor SEGALEN de Bordeaux.

Sur ce cycle, à la Réunion, quelques étudiants hospitaliers d'autres circonscriptions sont issus des UFR métropolitaines, du Canada et de quelques pays d'Europe.

Les terrains de stage sont tous les services agréés pour le 3<sup>ème</sup> cycle. Une convention a été signée entre le CHR et le CHU d'origine.

Les stages se déroulent quasi exclusivement de juin à septembre (souvent des DCEM 4 qui viennent de terminer l'Examen National Classant).

Il existe un accord de principe entre le CHR et l'université Victor SEGALEN pour prioriser les étudiants d'origine réunionnaise (toutes UFR, avec l'UFR de Bordeaux en premier), puis les étudiants Bordeaux, puis les autres UFR.

## — Troisième Cycle d'Etudes médicales

En 2011, 77 internes ont été nommés sur la subdivision Océan Indien (47 à l'ECN Médecine Générale, et 30 à l'ECN DES).

La répartition du nombre d'internes présents sur l'ensemble de la subdivision, à l'horizon 2013 est la suivante :

Discipline	Nombre total d'internes
Médecine générale	141
Médecine spécialisée	22
Anesthésie Réa	12
Biologie	2
Gynécologie Obstétrique	9
Pédiatrie	8
Psychiatrie	8
Santé Publique	3
Chirurgie générale	9
<b>Total</b>	<b>214</b>

Les capacités d'accueil des internes sont réparties entre le secteur hospitalier (192 postes hospitaliers) et les cabinets médicaux libéraux. Quarante cabinets sont agréés à la Réunion au 30 octobre 2011.

Par ailleurs certaines spécialités ne sont pas couvertes par l'offre de stage : la médecine du travail (pourrait être couvert par le secteur public et privé), la dermatologie, la rhumatologie, la stomatologie.

D'autres services sont agréés comme terrains de stage mais il n'existe pas d'ECN Océan Indien prévus en formation : gynécologie médicale, génétique médicale, anatomopathologie, ORL – cervico-facial, ophtalmologie qui pourrait être proposé en coopération avec les établissements de santé privés, neurochirurgie.

Trois établissements de santé privés (Clinique Sainte-Clotilde, Clinique Jeanne d'Arc, Clinique Saint-Joseph) sont agréés comme terrains de stage au sein de six services (Cardiologie interventionnelle, Oncologie, Radiothérapie, Pharmacie, Gynéco-Obstétrique, Médecine générale).

Un établissement est en cours d'agrément pour son service d'urologie.

### 3 Orientations et plan d'actions

Le besoin est couvert par les établissements de santé de la Réunion. L'orientation suivante peut améliorer l'offre sur le territoire.

— **Objectif 1** : Améliorer la prise en charge des étudiants en formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens ;

**Action 1** : Augmenter le nombre de postes d'enseignants qualifiés :

- maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers ;
- professeurs des universités praticiens hospitaliers ;
- chefs de clinique des universités assistants.

**Action 2** : Augmenter le nombre de terrains de stages agréés dans les cabinets libéraux ;

**Action 3** : Augmenter le nombre de terrains de stages agréés dans les établissements de santé privés.

# La recherche

## 1 Cadre national

« La mission de service publique de recherche en santé consiste, pour un établissement de santé ou autres prestataires, en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic ;
- l'amélioration du cout de la prise en charge des patients (approche médico-économique).

Si la définition des besoins de recherche ne se fait pas au niveau régional mais national voire européen et international, la mission a vocation à être articulée autour du CHU et des établissements et services spécialisés d'une région. »

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

La Réunion est une région ultra-marine comportant des particularités notables pouvant justifier, pour certains projets, une définition régionale des besoins (Région Océan Indien).

Elle se dote d'un Centre Hospitalier Régional en passe de devenir un Centre Hospitalier Universitaire.

L'UFR Santé est créé depuis 2010 et la convention cadre de partenariat portant création du CHU de la Réunion est prévue avant la fin de l'année 2011.

Si cette organisation émergente a vocation à être le pivot de la recherche en santé dans la zone océan indien, elle doit continuer à se développer.

Dans ce contexte, il convient de relever que, outre le CHR, l'ensemble des établissements de santé de la région Océan Indien (Centre Hospitalier de Mayotte compris) peuvent s'inscrire dans un programme de recherche, et participer à la priorisation des axes.

Dans cette optique, les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) permettent un travail collaboratif dans un cadre défini.

Cette mission de service public continuera à se développer, en se structurant et en se professionnalisant avec en perspective la création du CHU.

L'organisation globale de la recherche biomédicale et en santé pourrait être représentée sur le schéma ci-dessous :

**CHR**

- **DRIE (Direction de la recherche et de l'enseignement)**
- **DRCI (Délégation à la recherche clinique et à l'innovation):**
  - o **Comités et conseils:**
    - **Stratégique HU**
    - **Scientifique**
  - o **Missions de support :**
    - **CRB**
    - **USM**
    - **Plateforme monitoring**
    - **Cellule opérationnelle**
    - **GCS CYROI**
  - o **Pôle hospitaliers et Centre/Unité de recherche**
  - o **Registres (REIN, cancer,...)**
- **Structures recherche labellisées :**
  - o UMR Génétique
  - o DGOS/Inserm CIC-EC
  - o GRI EA 4517
  - o Fédération Biodiversité 4126
- **Autres structures**
  - o CYROI (GIP)
- **Collaborations :**
  - o **Laboratoires Universités Réunion :**
    - **GEICO**
    - **LCF**
    - **DIMPS...**
  - o **CRVOI (GIS)**

**INSERM**

**Autres établissements de santé :**  
Réunion, Mayotte, OI

Médecins libéraux

**CIRE (InVS)**

**Pôle de compétitivité Qualitropic**

**CIRAD**

**IRD**

**INRA**

**INSERM**

**UNIVERSITE**

- o UFR Santé : GRI
- o UFR Lettres et Sciences humaines : LCF (éducation à la santé ...)
- o UFR sciences de l'Homme (DIMPS...)

La Recherche biomédicale et en santé publique est actuellement portée par le CHR, l'Université, les autres établissements de santé, en lien, notamment, avec l'INSERM.

Ces institutions s'appuient sur les structures et plateformes suivantes :

- Le Centre d'Investigation Clinique - Epidémiologie Clinique ;
- Le Cyclotron Réunion Océan Indien ;
- Le Centre de Recherche et de Veille sur les maladies émergentes dans l'Océan Indien doté d'une chaire mixte CNRS-Université et en cours d'ouverture d'une seconde chaire mixte Inserm-Université ;
- Le Centre de Ressources Biologiques doté d'une DNAtèque et d'une Tumorothèque ;
- Les laboratoires d'accueil de l'Université, notamment le GRI (EA4517, premier Groupe de Recherche hospitalo-universitaire et rattaché à l'UFR santé : l'immunopathologie et maladies Infectieuses), le GEICO (EA4516, Groupe d'Etude sur l'Inflammation Chronique et l'Obésité), le Laboratoire des Sciences Humaines Créolophone et Francophone - Unité mixte de Recherche 8143 du CNRS.

Une instance de coordination : Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique, est installée depuis le 14 décembre 2009.

La structuration de la recherche clinique a été favorisée par l'intégration, en 2005-2006, du CHR de la Réunion à la Délégation Inter-régionale à la Recherche Clinique Sud - Ouest Outre-Mer (DIRC SOOM), suivi par la création, à titre dérogatoire en 2008, d'une Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation de La Réunion (DRCI) qui a été ensuite reconnue en 2010 par la DGOS au titre du Plan Santé Outre Mer.

## **— Le Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique**

Ce comité est une instance consultative, créée en décembre 2009 à la Réunion, en application du Décret 2006-1355 du 7 novembre 2006.

Ses missions sont :

- avis sur les conditions dans lesquelles le CHR organise sa politique de recherche conjointement avec l'Université et les établissements publics à caractère scientifique et technique (EPST) ou autres organismes de recherche ayant passé convention ;
- participation à la définition et à la validation d'une politique de recherche de site ;
- mise en cohérence et complémentarité de l'action des trois grands partenaires (l'hôpital, l'Université et les EPST) afin d'afficher une ambition unique en matière de recherche biomédicale et en santé.

Il est composé de : représentants du CHR, de l'Université de La Réunion, des organismes de recherche associés aux missions du CHR et de l'Université de La Réunion.

## — Le Centre Hospitalier Régional de La Réunion

### La Direction de la Recherche, de l'Innovation et de l'Enseignement (DRIE)

La DRIE assure, essentiellement, la coordination administrative de la DRCI, du Centre de Ressources Biologiques, du Centre de Référence des maladies rares neurologiques et neuromusculaires (Centre de Référence National labellisé par la DGOS), de la coordination de tous projets ayant un lien avec la recherche et l'enseignement et assure la coordination administrative et pédagogique de l'ensemble des Instituts d'Etudes en Santé du CHR.

La DRIE assure l'interface avec l'ensemble des directions fonctionnelles des deux sites du CHR et est organisée sous forme de guichet unique tant pour la partie ressources humaines que budgétaire.

### La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI)

La DRCI a obtenu sa reconnaissance officielle en 2010 dans le cadre du plan Santé Outremer. Depuis septembre 2011, une Unité de Soutien en Méthodologie a été mise en place, venant compléter les missions déjà assurées de monitoring Contrôle Qualité et de soutien investigateur.

Outre l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de recherche clinique et d'innovation des établissements de santé, elle a un rôle d'animation scientifique, d'incitation et de soutien auprès des équipes hospitalières pour l'émergence des projets de recherche clinique et biomédicale et en santé, et la mise en œuvre des innovations.

Sont notamment rattachés à la DRCI :

- **Le Comité stratégique de la recherche clinique** est une instance de décision créée en 2008, présidée conjointement par le Directeur Général du CHR et le Président de l'Université de La Réunion. Elle a pour mission de définir les orientations politiques et stratégiques de la recherche au CHR, d'en évaluer l'état d'avancement et de donner un avis sur les orientations et thématiques prioritaires de la recherche institutionnelle et industrielle. Composition : CHR et représentants des autres établissements de santé, Université, Conseil Régional, CIC-EC, Inserm, CRVOI.

- **Le Conseil scientifique** chargé d'évaluer et de suivre l'avancement des projets de recherche clinique promus par le CHR dans le cadre des différents appels d'offre (notamment PHRC national hors cancer et cancer, PHRC interrégional, STIC et les Appel d'Offres Interne (AOI)). Il est consulté sur les thématiques de recherche, définit les actions dans le domaine de l'animation scientifique et de la formation à la recherche, donne un avis sur les partenariats et conventions avec d'autres organismes de recherche et avec l'Université, est informé sur les résultats de la production de la recherche au travers des indicateurs SIGAPS-SIGREC.

- **La plateforme monitoring de La Réunion ou ICRO** est une organisation structurée par la DRCI en 2008 permettant de répondre aux obligations en monitoring Contrôle Qualité des promoteurs industriels et institutionnels désirant conduire des essais cliniques à La Réunion. Son rôle est de proposer aux promoteurs des professionnels de recherche expérimentés et formés aux exigences et procédures internes de promoteurs industriels, pour assurer localement le Contrôle Qualité de l'essai, évitant ainsi les contraintes et frais liés aux déplacements de leurs propres ARC moniteurs.

- **La cellule opérationnelle d'investigation clinique** assure le soutien aux investigateurs (mise à disposition de personnel de recherche auprès des porteurs de projets).

- **L'Unité de Soutien en Méthodologie** a été créée pour l'appui méthodologique et bio statistique à l'élaboration et au suivi des études à promotion CHR en réponses aux appels d'offre (PHRC, etc.).

## **Le Centre d'Investigation Clinique - Epidémiologie Clinique de la Réunion**

Le CIC-EC est une infrastructure de soutien à la recherche Inserm/CHR, créée en 2004 en partenariat avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la Réunion.

L'université de la Réunion s'est associée à ce partenariat en 2008. Son siège social est le CHR site sud et son activité.

Le CIC-EC est une structure de soutien méthodologique et logistique aux projets de recherche essentiellement portés par des praticiens hospitaliers. Le CIC-EC met également en œuvre ses propres projets de recherche.

Il travaille en collaboration avec les médecins libéraux, les enseignants-chercheurs de l'Université, en lien avec l'ARS, la CIRE et l'InVS, le CRVOI et des Unités de recherche métropolitaines.

Son domaine d'activité est l'épidémiologie clinique et l'épidémiologie en population, avec des approches descriptives, analytiques et interventionnelles. Son rôle est de mettre en relation plusieurs domaines (épidémiologie/biologie, épidémiologie/SHS...) dans une démarche dite de "recherche translationnelle".

Ses thématiques, en accord avec les priorités définies par le CHR et l'Université, sont les suivantes : nutrition-maladies métaboliques (suivis de cohortes, essais d'intervention, registre REIN), périnatalité (Observatoire des grands prématurés, registre périnatal sud Réunion), maladies Infectieuses (études de cohorte sur le chikungunya, la grippe A(H1N1), travaux sur la leptospirose...).

Le Président Directeur Général de l'Inserm, le Directeur Général du CHR, le Président de l'Université et le Président de l'URMLR ont signé son renouvellement pour une nouvelle période quadriennale 2008-2011.

Le CIC-EC sera évalué par le Comité Inserm-DHOS en novembre-décembre 2011. Si l'évaluation est favorable, il sera renouvelé pour une période de 5 ans.

## **Le laboratoire de génétique du CHR**

Ce laboratoire est une structure de recherche mixte affiliée à une unité INSERM de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

## **Le Centre de Ressources Biologiques Hospitalo-universitaires,**

Ce centre est composé de la DNathèque, des collections biologiques déclarées et/ou autorisées, de la tumorothèque.

Il dépend du CHR et ne possède pas de personnalité juridique. Son comité technique se réunit environ six fois par an. Il est actuellement en phase de certification.

## — Le Centre de Recherche et de Veille sur les Maladies Emergentes dans l’Océan Indien (CRVOI)

Le CRVOI est un Groupement d'Intérêt Scientifique composé de l'État (Ministère de la Santé et Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Ministère des Affaires Etrangères et Européennes), la Région Réunion (Conseil Régional) , le Département de la Réunion (Conseil Général), le CNRS, le CIRAD , l'INRA, l'IRD, l'INSERM, l'InVS, l'IP, IANSES, l'Université de La Réunion, le Centre Hospitalier Régional de La Réunion, l'Union Régionale des praticiens Libéraux de la Réunion OI .

Il intervient sur la zone sud ouest de l’Océan Indien.

Il conduit, grâce aux équipes affectées au GIS par les partenaires qui l'ont créé (25 personnes dont 11 chercheurs titulaires d'un doctorat) une recherche multidisciplinaire sur les maladies infectieuses émergentes d'intérêt régional, sur les mécanismes d'émergence et sur l'affinement des outils permettant la veille et l'alerte précoce.

Il collabore avec les institutions de santé, de recherche et de formation de la Réunion et de Mayotte et des Etats du Sud-Ouest de l’Océan Indien. Le CRVOI est membre de la fédération biodiversité santé de l’Université.

Le CRVOI joue le rôle de veille scientifique en complémentarité avec la veille épidémiologique assumée par l'ARS et la CIRE.

## — Les collaborations avec l’Université

### **La Fédération « Environnement Biodiversité Santé » (FED 4126)**

La Réunion occupe une position stratégique dans un des hot-spots les plus diversifiés sur Terre et offre des conditions de recherche exceptionnelles pour l’observation et l’étude de la biodiversité à l’échelle régionale.

La fédération devra permettre de consolider les bases des connaissances de cette biodiversité à l’échelle locale et régionale et de structurer la chaîne de valorisation en termes d'identification des pathogènes, réservoirs, et vecteurs ainsi que l'identification des nouvelles substances actives.

Plusieurs laboratoires de l'université (EA8, UMRC53, EA4517, EA2212, EA4516) spécialisés en écologie marine, physiopathologie des plantes, chimie, ainsi que le CHR, GIS CRVOI et les plateaux techniques (3P et CYROI) font partie de cette fédération labellisée en 2010.

### **Le Groupe de recherche en immunopathologies et maladies infectieuses (GRI EA4517)**

GRI EA4517 est la première unité de recherche hospitalo-universitaire de la Réunion, rattachée à l’UFR santé depuis 2010.

L’unité s’intéresse à la physiopathologie et aux mécanismes immunologiques des maladies infectieuses telles que la leptospirose et chikungunya au travers d'une recherche translationnelle et innovante (recherche de biomarqueurs, projet innovotox).

Elle est basée à la fois sur le site du CHR et au CYROI avec plus d'une vingtaine de chercheurs : enseignants (PU/MCU), des praticiens hospitaliers, des chercheurs associés, postdoctorants (IGE) et doctorants.

La recherche au GRI est financée par plusieurs projets CPER/FEDER, PCRD7/EUROPE (ICRES, RUNEMERGE), PHRC et ANR. Le GRI fait également partie de la Fédération environnement biodiversité santé (FedEBS, Fed 4126).

## **Le laboratoire – Groupe d'Etude de l'Inflammation Chronique et de l'Obésité (GEICO EA4516)**

GEICO EA4517 de l'Université de la Réunion travaille sur l'adipocyte et le stress oxydant dans l'obésité et les maladies métaboliques, en collaboration avec le CIC-EC et les services d'Endocrino-Diabétologie et de Biochimie du CHR sur les projets d'intervention en Nutrition et dans le diabète.

## **Déterminants Interculturels de la Motricité et de la Performance Sportive (DIMPS)**

EA 4075 ; Recherches mixtes de prévention (LiPOXMAX : CHR-CIC-EC) et d'innovation/TIC (DiabeTIC/ e-santé).

## **Le Laboratoire Langues, textes et communication dans les espaces créolophones et francophones (LCF)**

Le LCF UMR 8143 CNRS de l'Université de la Réunion travaille en partenariat dans les domaines des sciences humaines : communication, éducation, sociologie, sociétés de l'Océan Indien.

Projets mixtes en cours sur les conditions d'opérationnalisation des actions en santé et dans les maladies chroniques (ERMIES : essai multicentrique d'intervention éducative dans le diabète à la Réunion ; COPEMAY : étude des conditions d'éducation des patients à Mayotte ; OPTIRICE : riz et nutrition dans l'Océan Indien ; DiabeTIC : projet e-santé / optimisation de la prise en charge et autonomie dans le diabète de type 2).

## **— Le Cyclotron Réunion Océan Indien (CYROI)**

Le CYROI est un groupement d'intérêt public fédérant l'Université et le CHR de la Réunion. Il gère un plateau technique financé par l'Union Européenne, le Conseil Régional, le Conseil Général, la CINOR et l'Etat.

La plateforme du CYROI abrite ainsi plusieurs types d'activité :

- La production de radio pharmaceutique ;
- L'accueil de jeunes entreprises innovantes dans le domaine des biothèques ;
- La réalisation de prestations de services (équipements de pointe) pour des tiers (laboratoires, entreprises, administrations...)
- L'accueil d'équipes de recherches.

Concernant ce secteur, les thématiques définies par le conseil scientifique international sont :

- La valorisation de la biodiversité terrestre et marine ;
- Les maladies infectieuses émergentes ;
- Les maladies métaboliques.

Ces deux dernières thématiques de recherche en santé humaine mobilisent des moyens techniques et humains qui seront financés et gérés dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire de moyens CYROI.

En termes de gouvernance, CYROI est membre du Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique, de la Fédération Environnement, Biodiversité Santé (FED 4126), du pôle de compétitivité Qualitropic, de l'Agence de Développement et de l'Association Technopole.

## — Le Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie Océan Indien (CIRE)

La CIRE Océan Indien a pour missions principales la veille et l'alerte sanitaire ainsi que la surveillance épidémiologique avec une finalité directe d'aide à la décision en santé publique notamment en situations d'urgence sanitaire.

La veille sanitaire, du fait de sa finalité d'utilité immédiate à la décision, se distingue fondamentalement de la recherche. Toutefois du fait de sa fonction d'observation permanente, elle peut permettre de proposer des hypothèses sur les phénomènes de santé, que la recherche peut tester dans un deuxième temps.

Inversement, les connaissances acquises par la recherche en santé publique peuvent orienter la mise en œuvre des systèmes de veille et également développer de nouveaux outils méthodologiques permettant de mieux analyser et valoriser les données de surveillance.

Ainsi, la recherche, en particulier en santé publique, interagit naturellement avec la surveillance et ses acteurs dans l'étude des modifications de l'état de santé des populations et des interfaces entre ces disciplines sont indispensables.

La CIRE océan Indien se positionne donc comme un partenaire naturel des organismes de recherche et participe à certains de leurs programmes. Des collaborations ont ainsi déjà été établies avec le CIC-EC (diabète, grippe A(H1N1)2009) et avec le CRVOI dans le cadre d'un appui méthodologique à la conception et au développement de certains de ses programmes de recherche.

Par ailleurs une collaboration dans le cadre de deux projets hospitaliers de recherche clinique (PHRC) du centre hospitalier régional a été initiée en 2011.

A terme, la CIRE pourrait jouer un rôle d'interface entre les acteurs de la veille et de l'alerte sanitaire et ceux de la recherche en santé publique à la Réunion et à Mayotte.

## — Etat des lieux :

### — *Des points positifs*

- Volonté commune forte de favoriser le développement de la recherche biomédicale et en santé à la Réunion ;
- Création récente d'un Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique (CRBSP) avec une dimension stratégique, un rôle fédérateur et facilitateur (décloisonnement) ;
- Existence d'une Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation au sein du CHR, une UFR Santé et une instance de coordination entre les deux : le comité stratégique de la Recherche
- Existence d'un Centre d'Investigation Clinique-Epidémiologie Clinique (CIC-EC) ;

- Existence d'une plate-forme de recherche en santé de haut-niveau (CYROI) financé sur Fonds Structurels Européens.

### — Des points de vigilance

- Composition réglementaire du CRBSP ne prévoyant pas la présence des autres établissements de santé, ni d'autres potentiels comme les libéraux ;
- Difficultés identifiées concernant les projets de recherche ayant une dimension transversale, touchant plusieurs disciplines (sciences humaines, économie de la santé, sciences naturelles...) ou sources (bases de données CNAMTS...) et renvoyant à des gestionnaires différents. Gestion de projet complexe et difficile à mettre en œuvre à la Réunion ;
- Manque de lisibilité, notamment pour les partenaires extérieurs, de l'organisation globale, la structuration et la politique globale de la Recherche biomédicale et en santé sur le territoire ;
- Réflexions émergente sur l'idée d'un « guichet unique » de la Recherche permettant l'orientation, la structuration, le positionnement de l'ensemble des projets de recherche biomédicale et en santé (recherche clinique, fondamentale, translationnelle...) pouvant compléter le rôle de la DRCI sur la Recherche Clinique : Rôle et position du CRBSP ;
- Le champ médico-économique n'est pas actuellement couvert dans le domaine de la recherche clinique ;
- Insuffisance du temps de Praticien Hospitalier dédié à la Recherche (nombre limité de PUPH par an, contraintes des PH qui manquent de temps disponible et font de la recherche sur leur temps personnel) ;
- Nécessité d'assurer le financement des plate-formes et équipements dédiés à la Recherche en santé.

## 3 Orientations et plan d'actions

Une grande partie des besoins devrait a priori être couverte par le CHR de la Réunion.

Au regard de l'état des lieux, une orientation pourrait concerner sa gouvernance. La gouvernance pourrait se définir comme l'ensemble des organes, circuits de décision, d'information (transparence), règles de surveillance, répartitions et délégations de compétences permettant aux partenaires de voir leurs intérêts respectés et leurs voix entendues dans le fonctionnement global.

L'objectif est de faire converger la recherche dans le secteur de la santé vers des orientations communes et consensuelles, au regard, notamment, des priorités de santé publiques et du projet de prise en charge du patient, volet Recherche, du CHR de La Réunion.

- **Objectif 1** : Consolider l'organisation actuelle et les règles de gouvernance de la recherche à La Réunion et à Mayotte ;

**Action 1 :** Conforter le CRBSP dans ses missions d'orientation, de structuration de la recherche et de valorisation des projets sur la région Océan Indien (« guichet unique ») ;

**Action 2 :** Ouvrir le CRBSP aux autres établissements de santé de la région (membres invités) et aux médecins libéraux ;

**Action 3 :** Permettre à des professionnels paramédicaux et médicaux de porter des projets de Recherche en établissement de santé en facilitant les conditions matérielles de réalisation (temps disponible) ;

— **Objectif 2 :** Améliorer la lisibilité de cette organisation auprès des partenaires et/ou investigateurs potentiels ;

**Action 1 :** Mener des actions de communication ciblées au sein des établissements de santé, directement auprès des professionnels.

— **Objectif 3 :** Améliorer le niveau de connaissance des spécificités de la région Océan Indien ;

**Action 1 :** Orienter, si possible, les projets de recherche dans ce sens (particularités loco régionales pour certaines maladies rares et maladies à incidences fortes, axe de recherche sur les maladies génétiques particulièrement fréquentes et/ou spécifiques des populations de l'Océan Indien) ;

— **Objectif 4 :** Mobiliser les connaissances pour améliorer l'orientation des actions de santé publique sur les territoires de santé ;

**Action 1 :** Développer les échanges et partenariats entre les autorités et structures compétentes (ARS OI, CIRE, « Pôles de compétitivité » Qualidom, CHR...) ;

— **Objectif 5 :** Renforcer le développement de la recherche clinique ;

**Action 1 :** Assurer pleinement les missions confiées aux DRCI conformément aux dispositions prévues par la circulaire de juillet 2011 ;

**Action 2 :** Augmenter le nombre de projets à promotion CHR ;

**Action 3 :** Poursuivre la professionnalisation des métiers de la recherche (Recrutements adaptés, formations ...) ;

— **Objectif 6 :** Développer les projets de recherche dans le secteur médico-économique ;

**Action 1 :** Développer les compétences, formations et ressources en méthodologie d'évaluation médico-économique ;

— **Objectif 7 :** Développer la recherche translationnelle

**Action 1 :** Faciliter et créer les partenariats entre cliniciens, chercheurs et universitaires des différentes disciplines ;

**Action 2 :** Assurer les moyens et les ressources pour le renforcement du soutien à la recherche clinique translationnelle au niveau du CHR, en appui des grandes thématiques spécifiques régionales.



# Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

## 1 Cadre national

La loi HPST du 21 juillet 2009 instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

*« La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville. L'offre en DPC correspond aux programmes définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS ».*

L'obligation de mettre en place le DPC pour tous les établissements de santé doit prendre effet 18 mois après la publication des décrets d'application.

En l'absence de textes, cette mission de service public ne peut être prise en compte dans la première version du SROS-PRS.

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

Le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume ». Néanmoins, il conviendrait d'affiner l'offre de formation régionale pour la faire coïncider avec les priorités du PSRS.

## 3 Orientations et plan d'actions

- **Objectif 1** : Réaliser un état des lieux exhaustif des formations existantes à destination des professionnels médicaux au niveau de la zone Océan Indien ;
- **Objectif 2** : Définir les besoins de formation des praticiens hospitaliers et non hospitaliers au regard des priorités du Projet Régional de Santé.

# La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de

## 1 Cadre national

La loi HPST du 21 juillet 2009 instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ».

*« La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.*

*L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS ».*

L'obligation de mettre en place le DPC pour tous les établissements de santé doit prendre effet 18 mois après la publication des décrets d'application.

En l'absence de textes, cette mission de service public ne peut être prise en compte dans la première version du SROS-PRS.

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

Le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume ». Néanmoins, il conviendrait d'affiner l'offre de formation régionale pour la faire coïncider avec les priorités du PSRS. Deux orientations peuvent être prises :

## 3 Orientations et plan d'actions

- **Objectif 1 :** Réaliser un état des lieux exhaustif des formations existantes à destination des sages femmes et du personnel paramédical au niveau de la zone Océan Indien ;
- **Objectif 2 :** Définir les besoins de formation des sages femmes et du personnel paramédical au regard des priorités du Projet Régional de Santé.

# Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

## 1 Cadre national

« Les missions «actions d'éducation et de prévention » et « actions de santé publique» recouvrant la notion de politique de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 ont vocation à être assurées par tout établissement, en vertu de l'article L.6111-1.

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert. »

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

### — Les missions d'intérêt général (MIG)

Suite à un audit sur l'utilisation des crédits MIG ETP, réalisé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation en septembre 2009, quatre programmes, sur les quinze examinés, ont été retenus comme relevant bien des critères qualité d'une démarche d'Education Thérapeutique du Patient au sens de l'HAS.

Ces quatre programmes sont aujourd'hui portés par trois établissements publics de santé, positionnés sur chaque territoire.

#### — *Au nord-est, le CHR site nord :*

Unité d'éducation thérapeutique du patient « adulte » pour la prise en charge du diabète et du risque cardio vasculaire.

Elle a donné lieu, en 2009, à 1824 consultations individuelles et 31 consultations collectives.

Le financement alloué à cette mission de service public en 2010 s'élève à 217 570 €.

#### — *Au sud, le CHR site sud :*

- Unité d'éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge du diabète chez l'adulte. Elle a donné lieu, en 2009, à 651 consultations individuelles et 4 consultations collectives. Les financements alloués en 2010 ont contribué au fonctionnement d'une filière obésité chez l'adulte ;
- Unité d'éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge de l'asthme chez l'enfant. Elle a donné lieu, en 2009, à 400 consultations individuelles et 30 consultations collectives. L'audit de l'ARH a posé la nécessaire consolidation de la mission sous la forme d'une plateforme pluridisciplinaire.

Pour les deux unités d'ETP, le financement alloué en 2010 s'élève à 341 530€.

— **A l'ouest, le CHGM** : Unité d'éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge du diabète de l'adulte et de l'enfant. Elle a donné lieu, en 2009, à 184 consultations individuelles et 99 consultations collectives. La dotation MIG 2010 s'élève à 199 450€.

Pour chacun de ces programmes, l'audit de l'ARH a conclu à la nécessaire consolidation de la mission sous la forme d'une plateforme pluridisciplinaire fonctionnant avec 0,3 ETP de Praticien Hospitalier, 1,5 ETP d'IDE, 1 Diététicien, 0,3 ETP de psychologue, 0,5 ETP de secrétariat médical.

## — Les programmes d'éducation thérapeutiques autorisés

En avril 2011, dans le cadre de la procédure d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, réalisée par l'ARS-OI, les programmes suivants ont été autorisés.

Territoire de santé	Etablissements de santé	Programmes d'ETP
<b>Nord-Est</b>	Centre Hospitalier Régional site nord	Immunologie, diabète adulte, maladies cardiovasculaires
	Hôpital d'enfants	13 programmes autorisés
	Centre de Rééducation Sainte Clotilde	Maladies cardiovasculaires et respiratoires
	Groupe Hospitalier Est Réunion	Diabète, addictologie, maladies vasculaires et rénale
<b>Sud</b>	Centre Hospitalier Régional site sud	Obésité adulte, plateforme pluridisciplinaire pédiatrique, diabète adulte, maladies cardiovasculaires, IRC, mucoviscidose adulte et enfant
<b>Ouest</b>	Centre Hospitalier Gabriel Martin	Diabète adulte et enfant
	EPSMR	Psychose chronique dissociative pour patients atteints de schizophrénie
	AURAR Clinique OMEGA	Troubles nutritionnels, IRC

Des porteurs de projet extra hospitaliers ont également été identifiés dans le cadre de cette procédure.

Structures	Programmes d'ETP
REUCARE	Santé des artères pour les patients diabétiques
REPOP	ETP dans le cadre de la prise en charge en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent
A.G. REUNIR SUD	1/ Alliance éducative thérapeutique ambulatoire avec les familles d'enfants et adolescents atteints de diabète à la Réunion
	2/ ETP pour l'obésité infantile
A.P.E.R.F.	Prenez la vie à cœur
LA MAISON DU DIABETE	ETP pour les personnes diabétiques
ASSOCIATION B.P.C.O./Asthme et Maladies Allergiques de La Réunion	Ecole de l'asthme

Il ressort de l'état des lieux que le besoin est bien couvert à la Réunion, avec un bon maillage et une bonne répartition territoriale.

Des programmes d'éducation thérapeutique ont été autorisés, tant au niveau des établissements de santé qu'au niveau de structures extra hospitalières.

Concernant les établissements de santé, les programmes autorisés doivent à présent être structurés au sein d'Unités Transversales d'Education Thérapeutique, selon un cahier des charges national.

Ce sont ces UTEP qui feront l'objet d'un financement au titre de la MIG ETP.

Concernant le secteur extrahospitalier, les programmes d'éducation thérapeutique doivent être encouragés à se développer au plus près du domicile des patients.

Au regard de l'état des lieux décrit ci-dessus, les orientations retenues sont les suivantes :

— **Objectif 1** : Consolider l'Education Thérapeutique du Patient à l'hôpital ;

**Action 1** : Mettre en place les UTEP autorisées au sein de chaque établissement de santé ;

**Action 2** : Evaluer la mise en place des UTEP au regard des autorisations ;

— **Objectif 1** : Poursuivre le développement de l'Education Thérapeutique du Patient au plus près du domicile des personnes ;

**Action 1** : Evaluer la mise en place des programmes autorisés ;

**Action 2** : Encourager le développement d'autres programmes ;

**Action 3** : Veiller à la complémentarité et à la coordination entre l'ensemble des programmes autorisés sur un territoire donné.

# La lutte contre l'exclusion sociale

## 1 Cadre national

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

- Une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;
- Une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leurs lieux de vie ;
- L'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

Il existe aujourd'hui une permanence d'accès aux soins de santé adossée au sein de chaque établissement de santé disposant d'un service d'urgence, à savoir :

- Nord-Est: CHR site nord et GHER ;
- Sud : CHR site sud ;
- Ouest : Centre Hospitalier Gabriel Martin.

Tous les territoires de santé sont donc couverts par cette mission de service public.

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

La précarité à la Réunion est démontrée par de nombreux indicateurs socio-économiques : bénéficiaires de minima sociaux, couverture par la CMU, taux de chômage, taux d'emploi, personnes vivant sous le seuil de pauvreté, accès au logement et logement indigne ou insalubre.

L'étude de l'ORS (Personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide à la Réunion, août 2010) permet un premier dénombrement des personnes sans domicile fixe, et propose une analyse qualitative des problématiques rencontrées, notamment en matière de santé.

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité, ou des personnes démunies, est partie prenante des politiques de lutte contre l'exclusion et de cohésion sociale.

Il peut s'exercer au travers de différents dispositifs, dont certains relèvent du champ de la santé :

- couverture sociale (CMU et CMUC, aide à la complémentaire santé)
- permanence d'accès aux soins de santé dans les établissements de santé
- lits halte soins santé
- appartements de coordination thérapeutique
- équipe mobile santé mentale et précarité
- consultations avancées dans les structures et services d'accueil, orientation et hébergement.

L'objectif de la politique d'accès aux soins est de permettre aux personnes en situation de précarité ou démunies de bénéficier de l'offre de soins de droit commun, par l'organisation de passerelles et la mise à disposition d'accompagnements spécifiques médico-sociaux, tenant compte des besoins d'accessibilité et de compensation ; il ne vise nullement au développement de filières de soins distinctes, instituant un système de santé « à deux vitesses ».

La politique d'accès aux soins est complémentaire des dispositifs de lutte contre l'exclusion et de cohésion sociale, dont elle participe ; elle requiert donc une articulation forte avec les institutions portant l'action sociale (Département, CAF, CGSS, DRJSCS).

A ce titre, les conditions d'hébergement et de logement interagissent fortement avec la capacité à accéder aux soins et à la prévention ; cette liaison est au cœur de l'action médico-sociale en faveur de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou démunies.

A la Réunion, outre une offre sociale d'accueil et d'hébergement, le déploiement depuis plusieurs années de maraudes (Samu Social), et de consultations réalisées par la mission France de Médecins du Monde, plusieurs dispositifs sanitaires ont été développés ou sont en projet :

- les quatre établissements de santé, dotés de service d'urgence, disposent chacun d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), pour certains d'une PASS périnatalité ;
- les établissements de santé bénéficient du financement d'une Mission d'intérêt général (MIG) Précarité, compensant les surcoûts d'organisation et de prise en charge liés à l'accueil de personnes en situation de précarité ;
- une équipe santé mentale et précarité (EPSMR) couvrent les territoires nord-est et ouest ; une autre est inscrite au SROS dans le volet « psychiatrie et santé mentale » pour le territoire sud ;
- deux projets de lits halte soins santé (au sud porté par le CIAS de la CIVIS, et au Nord par l'association Halte Père Etienne Grienenberger) doivent respectivement ouvrir en 2011 et 2012.

L'analyse des rapports d'activité des PASS rend compte de la réalité de l'accompagnement médico-social vers les soins des personnes en situation de précarité.

Au-delà, on constate :

- une hétérogénéité des organisations, avec notamment une absence d'identification systématique d'un temps médical dédié,
- une indéfinition des distinctions entre les missions de certaines PASS et les services sociaux des différents services hospitaliers
- une indéfinition des compétences respectives des PASS et des travailleurs sociaux de la psychiatrie autour des unités d'accueil de l'urgence psychiatrique ;

L'absence d'un cadre commun de rapport d'activité, permettant d'assurer la comparaison inter-établissement de l'activité des PASS, et d'évaluer au travers les besoins d'accompagnement vers l'accès aux soins.

**— Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) :**

Au regard des équipements actuellement autorisés et installés sur chaque territoire, le besoin est réputé couvert à la Réunion en implantation de PASS.

Le SROS doit être mis à profit pour :

- **Objectif 1 :** redéfinir, avec les référents des PASS et en lien avec les acteurs de la lutte contre l'exclusion, le contenu des prestations attendues et le schéma cible d'organisation des PASS (échéance 2012) ;
- **Objectif 2 :** élaborer un rapport d'activité type des PASS permettant d'assurer l'adéquation des moyens aux missions, et de repérer les besoins non-satisfaits d'accès aux soins (échéance 2013) ;
- **Objectif 3 :** revoir l'allocation de ressources aux PASS au regard du schéma cible d'organisation et des rapports d'activité, en assurant prioritaire la dotation de temps médicaux dédiés ;
- **Objectif 4 :** reconnaître, au travers des PASS, les projets de consultations précarité intra-hospitalières ;
- **Objectif 5 :** veiller à l'intégration des PASS aux dispositifs de coordination de l'urgence et de l'insertion (SIAO), et à la filière d'admission en lits halte soins santé.

**— Intervention des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé :**

Certaines PASS interviennent, ou souhaitent intervenir, à l'extérieur des établissements de santé, notamment auprès des structures du premier accueil des personnes en situation de précarité (boutiques solidarités...).

Une Mission d'Intérêt Général (MIG) « prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé » est règlementairement prévue pour couvrir ce type d'activité.

Néanmoins, il convient de veiller à ce que la démarche de soins soit prédominante, et que l'intervention de travailleurs sociaux ne vienne pas en substitution de compétences d'accompagnement social externes ne relevant pas de la mission des établissements de santé.

Il est donc proposé, sur la durée du SROS-PRS, de reconnaître aux établissements de santé disposant d'une PASS, la possibilité de mettre en œuvre la MIG « prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé », sur chaque territoire de santé, à partir d'un cahier des charges qui devra être établi en partenariat avec l'ensemble des acteurs de la lutte contre l'exclusion en 2014.

Corrélativement, les PASS devront recentrer leur activité sur l'intra-hospitalier.

## — MIG Précarité :

Cette MIG intervient en compensation macro-économique des surcoûts générés par l'accueil d'un nombre significatif de personnes en situation de précarité, pour l'ensemble des établissements de santé.

De par son mode de calcul et de financement, elle n'identifie aucune prestation spécifique.

Des travaux nationaux ont été annoncés pour revoir le périmètre et le contenu de cette MIG, et notamment pour mieux définir les actions attendues des établissements de santé en contrepartie de sa perception.

Les conclusions et orientations nationales, dès connaissance, seront mise en œuvre régionalement sur la durée du SROS.

# Les actions de santé publique

## 1 Cadre national

*« Cette mission, qui constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1, fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé et pour lesquelles existent des procédures d'attribution spécifiques.*

*Elle contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*

*Le diagnostic qui figurera dans le SROS, tant des besoins que des actions déjà assurées dans le cadre de cette mission, devra être cohérent avec les orientations du PSRS et les actions prévues dans le schéma régional de prévention».*

Compte tenu du cadre ainsi défini et des thématiques traitées par ailleurs, le périmètre des actions de santé publique peut couvrir les activités de lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles ainsi que celles relatives à la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé.

Les activités de lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles comprennent :

- Les vaccinations ;
- La lutte contre la tuberculose et la lèpre ;
- Les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- L'infection par le VIH.

Les vaccinations, la lutte contre la tuberculose et la lèpre, les IST font partie des actions dites « recentralisées ». Un temps décentralisées aux conseils généraux, elles sont désormais sous la compétence de l'Etat suite à l'application de la loi relative aux responsabilités locales du 13 juillet 2004.

La loi avait pour objectif de garantir l'application sur l'ensemble du territoire national d'une même politique de prévention et de soins, au même titre que l'infection par le VIH, qui n'a jamais connu de décentralisation et est toujours restée dans le champ de compétences de l'Etat.

La loi prévoyait la possibilité pour les collectivités territoriales de conserver l'exercice de ces responsabilités en concluant une convention avec l'Etat.

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

A La Réunion, par convention avec l'Etat, le Conseil Général a choisi de conserver ces activités jusqu'au 31 décembre 2008. A compter du 1er janvier 2009, les activités reprises par l'Etat étaient déléguées à trois établissements de santé, le CHR Sud, le CHR Nord et le CHGM dans le cadre d'une convention de gestion. Le financement de ces activités (vaccinations, tuberculose, lèpre et IST) est assuré par l'Etat via une dotation forfaitaire annuelle.

Quant à l'infection par le VIH, la prise en charge s'effectue dans le cadre d'une activité de médecine relevant de la tarification à l'activité. Le dépistage, lorsqu'il est fait de manière anonyme, est réalisé par les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), qui bénéficient, d'un financement au titre d'une mission d'intérêt général (MIG).

Le dépistage prescrit par les médecins traitants est pris en charge par l'enveloppe des soins de ville.

## — Organisation des structures

	Territoire sud CHR site sud 2 services effecteurs	Territoire nord-est CHR site nord 2 services effecteurs	Territoire ouest CHGM 2 services effecteurs
Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) et lèpre	Service de pneumologie (sans lèpre)	Service de pneumologie adulte	Service des urgences avec participation d'un pédiatre et d'un pneumologue adulte
Vaccinations	Service de maladies infectieuses (+ lèpre)	Service d'immunologie clinique	Service de gynéco-obstétrique
Centre d'information, de dépistage et diagnostic des IST (CIDDIST)			
Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)			
Lieu(x) de réalisation	Locaux du service sur le site de Saint-Pierre avec, pour le CIDDIST, des vacations sur les sites de Saint-Louis et de l'Université du Tampon	CLAT : locaux dédiés en dehors de l'hôpital. CIDDIST et CDAG : dans les locaux du service et activités mobiles via le « bus santé »	Activités réalisées au centre de prévention de l'Ouest, situé en dehors de l'hôpital. Pour le CIDDIST et le CDAG, activités mobiles via la « caravane santé », bus mis à disposition par la commune de Saint-Paul

L'organisation ainsi mise en place a été prévue d'emblée de proximité avec un établissement de santé référent par territoire de santé.

Le CHR site sud étant multi-site, la couverture géographique est plus aisée que dans les deux autres territoires, qui ont dû recourir aux actions mobiles via le bus santé et la caravane santé même si cette dernière ne couvre pas les communes du Port et de La Possession.

Entre établissements référents, la répartition des activités est hétérogène. Elle a été laissée à leur initiative en fonction de leur propre organisation interne. Ainsi, dans le territoire sud, deux services hospitaliers du CHR site sud assurent les actions, avec la contribution de gynéco-obstétricien et de pédiatre.

La participation pluridisciplinaire se retrouve également dans le territoire ouest, où les urgentistes travaillent avec un pédiatre pour la prise en charge de la tuberculose et des vaccinations tandis que les gynécologues-obstétriciens ont adhéré aux CIDDIST et CDAG dans la perspective d'un projet médical de « gynécologie sociale ».

Au nord-est, l'organisation est différente et ne fait pas encore participer gynécologue-obstétricien et pédiatre.

## — Activité de lutte contre la tuberculose réalisée en 2010

		CHR site nord	CHGM	CHR Site sud	Total région
CLAT	Nombre de patients pris en charge :	29	48	18	95
	- dont pour tuberculose maladie	13	17	13	43
	- dont pour infection tuberculeuse latente	16	31	5	52
	Nombre de sujets contact explorés	137	517	84	732
	Nombre de consultations médicales individuelles	172	1 288	148	1 608

En 2010, la situation dans l'ouest était singulière avec une moyenne de 30 sujets contact explorés pour 1 cas de tuberculose maladie (517 / 17) versus un ratio de 10 pour 1 au CLAT Nord-est et moins de 7 pour 1 au CLAT du Sud.

Ce ratio élevé est à confronter avec les conditions socio-professionnelles des personnes malades. Il entraîne de fait un nombre important de consultations médicales individuelles. Le nombre d'infections tuberculeuses latentes y est également plus élevé.

Selon les données 2011 provisoires, il semble que la situation au nord-est évoluée dans le même sens que dans l'Ouest avec plus de 700 consultations médicales réalisées et une moyenne de 50 cas dépistés autour du cas index dans 7 situations.

## — Activité de lutte contre la lèpre

Un état des lieux de la lèpre a été réalisé par la CIRE en lien avec les centres. De 2005 à 2010, 17 nouveaux cas ont été recensés (1 à 4 cas par an) et concernent majoritairement les hommes (76%) d'un âge moyen de 47 ans.

Sur le plan clinique, la forme lépromateuse est dominante et une incapacité physique est retrouvée dans la moitié des cas.

Concernant l'origine géographique, 9 patients sont nés à La Réunion dont 6 n'ont jamais quitté l'île. Les 8 autres sont originaires des îles voisines : Comores (4) ; Mayotte (3) et Madagascar (1).

Depuis le 1er janvier 2011, une surveillance prospective de la lèpre est organisée par la CIRE afin de suivre l'évolution de l'incidence de la maladie. Le CHR site sud suit 8 patients actuellement.

## — Activité de vaccinations

Selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2009 par l'ORS à la demande de la DRASS, les vaccinations à La Réunion sont faites majoritairement par les médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou pédiatres.

Ainsi, concernant la petite enfance, 95% des vaccinations sont effectuées par les praticiens libéraux et moins de 3% par la PMI.

Globalement, en primo-vaccination, les taux de couverture sont satisfaisants, à plus de 90% pour les cinq valences : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et Haemophilus influenzae.

En rappel, les taux diminuent :

- diphtérie-tétanos-poliomyélite : de 80% à 85% chez les grands enfants et adolescents et moins de 70% chez les jeunes adultes (19-28 ans) ;
- coqueluche : 72% chez les adolescents et moins de 50% chez les adultes jeunes.

Concernant la triple valence rougeole-oreillons-rubéole, le taux de couverture pour les deux injections est seulement de 75%, taux insuffisant pour assurer une immunité de groupe.

Pour ce qui est du vaccin contre l'hépatite B, le taux de couverture chez les adolescents est élevé à La Réunion (78%).

Le vaccin contre la tuberculose (BCG) n'est plus obligatoire depuis juillet 2007. Il reste néanmoins recommandé dès le 1er mois de vie pour tous les enfants nés en Ile-de-France et en Guyane ainsi qu'aux enfants des autres régions qui vivent dans un milieu à risque élevé. En 2009, les taux de couverture par le BCG étaient les suivants : 55% chez les 24-59 mois (conséquence de l'arrêt de la vaccination obligatoire), plus de 95% chez les 7-8 ans et plus.

A La Réunion, selon les données de l'InVS issues des déclarations obligatoires, le nombre de cas de tuberculose maladie, qui a été de 74 en 2008 (incidence = 9.2 / 100 000 habitants), a décru en 2009 (48 cas soit un taux d'incidence de 5.8 / 100 000) et 2010 (46 cas soit un taux d'incidence de 5.6/100 000).

## — Activité de dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST)

En volume, l'activité de dépistage du VIH et des hépatites est réalisée principalement par les médecins libéraux et accessoirement par les centres.

Selon les estimations de l'InVS calculées sur les données de 83% des laboratoires participants de La Réunion, il a été réalisé, en 2009, 91 tests de dépistage du VIH pour 1 000 habitants (versus 77‰ en moyenne nationale) soit environ 75 000 tests annuels avec un taux de positivité de 0.8 pour 1 000 tests (versus 2.2‰ en moyenne nationale).

En 2009, une enquête a été réalisée par l'ORS à la demande de la DRASS pour connaître le niveau de dépistage du VIH et des hépatites réalisé en population générale à La Réunion. Sur 52 laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) sollicités, 24 ont répondu, soit un taux de participation de 46%.

Concernant le VIH, les 24 LABM répondants ont effectué, en 2007, 32 135 tests avec un taux de positivité retrouvé de 0.05%. En extrapolant à la totalité des LABM, on arriverait à environ 70 000 tests annuels, chiffre concordant avec les estimations de l'InVS.

L'enquête a également révélé une progression régulière du nombre de tests de dépistage réalisés en ville de 2003 à 2007 avec un taux de positivité qui est resté faible au fil des ans, en-deçà de 1‰.

	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés par 46% des LABM	25 441	27 727	31 732	30 262	32 135
Taux de positivité	0.4‰	0.4‰	0.6‰	0.3‰	0.5‰

Pour ce qui est du dépistage des hépatites, les résultats ont été les suivants :

	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de tests de dépistage du VHC réalisés par 46% des LABM	11 073	12 260	15 262	15 365	17 325
Taux de positivité du VHC	3.7‰	4.2‰	3.9‰	2.4‰	1.7‰
Nombre de tests de dépistage du VHB réalisés par 46% des LABM	16 701	17 609	18 982	19 882	21 311
Taux de positivité du VHB	3.8‰	3.4‰	2.4‰	1.9‰	2.4‰

De la même façon que pour le VIH, le volume de dépistage des hépatites B et C augmente régulièrement depuis 2003 avec un taux de positivité qui décroît depuis 2005, aux alentours de 2‰.

### Dépistage du VIH, des hépatites et des IST par les centres

		CHR site nord	CHGM	CHR site sud	Total région
CDAG	Nombre de personnes testées pour le VIH	2 564	2 163	1 580	6 307
	Taux de positivité VIH	4.3‰ (n = 11)	0‰ (n = 0)	4.43‰ (n = 7)	2.91‰ (n = 18)
	Nombre de personnes testées pour le VHC	2 487	2 151	817	5 455
	Taux de positivité du VHC	7.2‰ (n = 18)	6.0‰ (n = 13)	4.9‰ (n = 4)	6.4‰ (n = 35)
	Nombre de personnes testées pour le VHB	1 330	1 617	1 435	4 382
	Taux de positivité du VHB	51.8‰ (n = 69)	3.7‰ (n = 6)	2.8‰ (n = 4)	18.02‰ (n = 79)
CIDDIST	Nombre de TPHA-VDRL réalisés	2 163	512	1 098	3 773
	Taux de diagnostic positif de syphilis	1.37% (n = 30)	2.93% (n = 15)	1.09% (n = 12)	1.51% (n = 57)
	Nombre de personnes ayant eu une recherche de gonocoques	92	14	3	109
	Taux de positivité des gonocoques	6.52% (n = 6)	35.7% (n = 5)	100% (n = 3)	NC
	Nombres de personnes ayant eu une recherche de Chlamydiae	1 202	549	822	2 573
	Taux de positivité	12.98% (n = 156)	8.56% (n = 47)	6.08% (n = 50)	9.83% (n = 253)

Concernant le dépistage du VIH, les trois CDAG ont effectué en 2010 un volume total de 6 307 tests soit environ 8% du volume réalisé par les libéraux mais avec un taux moyen de positivité supérieur. Toutefois, ce taux moyen a peu de sens puisqu'il existe de fortes disparités entre l'Ouest, qui ne dépiste aucun cas (0‰ de positivité) et les deux autres centres.

Le taux de positivité des deux centres du CHR, où siègent les deux services qui prennent en charge les patients porteurs du VIH, est même le double du taux moyen national.

L'une des raisons avancées est que le dépistage des partenaires de personnes nouvellement infectées est fait dans le cadre des CDAG.

Les résultats du dépistage des hépatites B et C, en termes de taux de positivité des tests, sont tous plus élevés en centre qu'en ville.

Pour l'hépatite C, les résultats du nord-est et de l'ouest sont assez proches. Pour l'hépatite B, le CDAG nord-est se singularise par un très fort taux de positivité.

### 3 Orientations et plan d'actions

Globalement, l'offre de soins aussi bien dans le champ de la lutte contre la tuberculose que le dépistage et/ou le diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles répond aux besoins de la population. La desserte territoriale est également assurée, grâce à la contribution des médecins libéraux du premier recours et de la mobilité des CDAG/CIDDIST via les unités mobiles.

Dans la lutte contre la tuberculose, les CLAT interviennent principalement en 2ème recours. Lorsqu'un cas de tuberculose est diagnostiqué, l'information leur est aussitôt transmise pour qu'ils puissent enclencher l'enquête de dépistage autour du cas. Toutefois, les CLAT ont exprimé le souhait de pouvoir intervenir en prévention, par le biais d'actions d'information et de dépistage auprès de certains publics cibles, notamment ceux en situation de précarité sociale.

Dans la lutte contre la lèpre, le système de surveillance mis en place par la CIRE est à souligner. Une réflexion sera à mener sur les actions de sensibilisation et de formation à mener à partir d'un centre régional expert.

Dans le dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles, les médecins traitants occupent une place centrale dans le dispositif du 1er recours, auquel prennent part les CDAG et CIDDIST, dont le profil d'utilisateurs est à étudier compte tenu des écarts de résultats observés.

Le niveau de dépistage du VIH en population générale à La Réunion est élevé, supérieur à la moyenne nationale (91 tests pour 1 000 habitants versus 77‰) avec un taux de positivité globalement plus faible (0.8‰ versus 2.2‰). Au 1er janvier 2011, La Réunion compte moins de 750 personnes vivant avec le VIH.

Le niveau de dépistage des hépatites B et C est moindre que celui du VIH, avec un taux de positivité nettement plus élevé, que ce soit en ville ou dans les centres. Le nombre de patients porteurs chroniques du VHC seul, hors co-infection avec le VIH, serait moins d'une centaine.

— **Objectif 1** : Mieux connaître la problématique de la tuberculose ;

**Action 1** : Caractériser les publics cibles concernés ;

**Action 2** : Définir la politique vaccinale régionale ;

**Action 3** : Améliorer le partage d'information entre les différents CLAT grâce à un système d'informations dédié, centralisé ou communiquant ;

- Finaliser le cahier des charges, en intégrant les contraintes techniques d'hébergement de données, d'intégration avec les systèmes d'informations des établissements, d'intégration avec le DMP et/ou la plateforme régionale (développée par le GIE Télémédecine Océan Indien), de maintenance matérielle et logicielle ;

- Préciser les rôles et responsabilité des différents acteurs pour la phase projet mais aussi pour la future phase d'exploitation (CLAT, Etablissements de rattachement, ARS, GIE-TOI, sous-traitants éventuels...);
- Choisir la solution, les prestataires, et procéder à la mise en œuvre d'un SI partagé dédié aux CLAT ;

— **Objectif 1** : Mieux connaître la problématique des hépatites ;

**Action 1** : Caractériser les publics concernés pour adapter les actions de dépistage et de prévention ;

**Action 2** : Rendre lisible la filière de diagnostic et de prise en charge des personnes atteintes ;

— **Objectif 1** : Améliorer la couverture vaccinale ;

**Action 1** : Informer la population sur l'intérêt de la vaccination (protection individuelle et altruiste) ;

**Action 2** : Sensibiliser les professionnels de santé sur le respect du calendrier vaccinal ;

**Action 3** : Favoriser l'accès à la vaccination des populations en situation de précarité sociale ;

— **Objectif 1** : Développer l'activité de prévention et de dépistage dans l'offre de premier recours ;

**Action 1** : Sensibiliser et former les professionnels de santé du 1<sup>er</sup> recours au dépistage, au diagnostic et au traitement des infections sexuellement transmissibles ;

**Action 2** : Systématiser le dépistage des infections sexuellement transmissibles dans la prise en charge des IVG notamment répétées ;

**Action 3** : Reconfigurer les CDAG et CIDDIST dans une optique de centres de santé sexuelle (1 par territoire de santé) en intégrant la contraception, en priorisant les actions de prévention et de dépistage et en orientant les soins vers le dispositif de droit commun ;

**Action 4** : Sensibiliser et former les professionnels de santé des centres à l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH ;

**Action 5** : Harmoniser le système de recueil d'informations des centres.

# Les soins dispensés aux personnes détenues

## 1 Cadre national

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la médecine en établissement pénitentiaire relève du Ministère de la Santé. Deux structures se partagent la responsabilité de la médecine, chacune rattachée à un service ou à un pôle hospitalier de proximité, centre hospitalo universitaire (CHU), hôpital général, ou hôpital privé :

- les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.)
- les Services Médico-Psychologiques Régionaux (S.M.P.R.).

Dans ce cadre, pour chaque établissement pénitentiaire, le DG d'ARS désigne un établissement public de santé, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatique comme de soins psychiatriques.

La politique de santé de santé à l'égard des personnes détenues est développée en application du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 des ministères de la santé et de la justice, dont les actions seront mises en œuvre sur la durée du PRS. Ce plan réaffirme trois principes organisateurs de la santé pour la population sous main de justice :

- Les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale ;
- Les plans et programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral ;
- La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période d'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé.

Cinq mesures phares sont ainsi identifiées, et requièrent un suivi national et régional particulier :

- le renforcement de la prévention du suicide ;
- le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé ;
- l'accessibilité des personnes détenues aux soins de santé mentale ;
- l'amélioration de l'organisation, de la gestion, et du suivi des structures sanitaires ;
- les modalités d'accès des personnes détenues aux aménagements de peine.

Le plan détaille 6 axes d'intervention :

- La connaissance de l'état de santé de la population détenue, au travers de travaux nationaux permettant des restitutions régionales, et une adaptation locale des moyens sanitaires et de leur organisation ;
- La prévention et la promotion de la santé, avec notamment la prévention du suicide, les actions de prévention en santé en milieu carcéral, l'accès aux dépistages (VIH, hépatites et IST ; cancer du sein, du col de l'utérus, et colorectal) et aux vaccinations

(application du calendrier vaccinal), l'éducation à la vie affective et sexuelle et la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles, la santé bucco-dentaire ;

- L'accès aux soins : la mise en place et l'évaluation du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues ; la réorganisation d'une offre graduée de soins en santé mentale ; l'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires de prise en charge des personnes détenues ; la coordination et l'articulation des acteurs de la prise en charge des addictions ; la préparation et la continuité des soins à la sortie ;
- Le dispositif de protection sociale : les modalités d'accès aux soins de ville des personnes en aménagement de peine, la prévention des risques de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de détention (couverture maladie, AAH, APA, PCH, RSA...) ;
- La formation des intervenants ;
- L'hygiène, la sécurité et la salubrité des établissements pénitentiaires.

## 2

### Etats des lieux et problématiques identifiées

#### — L'organisation régionale de l'offre de santé aux personnes détenues

La Réunion dispose de trois établissements pénitentiaires (deux maisons d'arrêt pour personnes prévenues ou condamnées à de courte peine ; un centre de détention pour personnes condamnées) :

- la maison d'arrêt de Saint Denis (Domenjod) d'une capacité totale de 574 places : deux quartiers de détention pour hommes (459 places), un quartier de détention pour femmes (30 places), un quartier de détention pour mineurs (40 places), un quartier d'accueil (25 places), un centre de semi-liberté (25 places) ;
- la maison d'arrêt de Saint Pierre d'une capacité de 113 places pour hommes ;
- le centre de détention du Port, d'une capacité totale de 560 places : un centre de détention à responsabilité (312 places), un centre de détention intermédiaire (145 places), un centre de détention contraint, un quartier arrivant de 15 places.

La maison d'arrêt de Saint Denis a ouvert en décembre 2008, et présente des conditions modernes de détention, avec notamment l'encellulement individuel.

Le centre de détention du Port bénéficie actuellement de travaux importants de rénovation, permettant à terme de disposer d'un encellulement individuel majoritaire (83% des cellules). La maison d'arrêt de Saint Pierre doit faire l'objet d'une reconstruction, engagée sur la durée du PRS, qui permettra de respecter les normes d'hébergement et de revoir l'implantation des services de santé.

L'offre de santé est portée :

- Pour la santé mentale : par l'établissement public de santé mentale de la Réunion (EPSMR) au travers du SMPR, dont le siège est à la maison d'arrêt de Saint Denis, et qui intervient sur les trois établissements pénitentiaires de l'île ;

- Pour les soins somatiques : par le centre hospitalier régional – site Nord (ex- CH Félix Guyon) au travers d'une unité de soins et de consultations ambulatoire sur la maison d'arrêt de Saint Denis et le centre de détention du Port ; par le centre hospitalier régional – site Sud (ex-GHSR) au travers d'une unité de soins et de consultations ambulatoire sur la maison d'arrêt de Saint Pierre.

Une convention avec le Centre Hospitalier Gabriel Martin permet, depuis 2008, le recours au plateau technique hospitalier pour les personnes détenues au Port, afin de limiter les extractions vers le CHR site nord, notamment en cas d'urgences.

Le CHR, sites nord et sud, disposent de chambres sécurisées (2 au nord et 1 au sud).

Six cellules ont été aménagées au Port pour personnes âgées dépendantes ou handicapées (accessibilité, sanitaires adaptés) en 2010 et six autres sont en cours de travaux en 2011, pour répondre au vieillissement des personnes détenues.

Une convention a été signée entre les établissements pénitentiaires, le Département et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour assurer l'accès aux prestations de compensation du handicap et de la dépendance (PCH, APA) en juillet 2010 ; néanmoins, l'accès effectif à l'assistance aux actes de la vie quotidienne pour les personnes détenues handicapées ou dépendantes, par des services externes n'est pas réalisé.

Concernant les personnels de santé, les rapports d'activité 2010 des unités de soins rendent compte de :

UCSA	MA Saint Denis (574 places)		MA St Pierre (113 places)		CD Le Port (560 places)	
	ETP budgétés	ETP réels	ETP budgétés	ETP réels	ETP budgétés	ETP réels
Médecin généraliste	1	1	1	0,4	1	1
Médecin spécialiste	0	0,125	0	0	0	0,125
Dentiste	0,5	0,5	0,3	0,1	0,5	0,5
Assistant dentaire	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5
Cadre de santé	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5
IDE	7	7	3,2	2,8	5	5
MK	0,5	0,5	0,3	0,3	0,5	NR
Secrétaire médicale	0,7	0,7	0,5	0,5	0,8	0,8

SMPR		
	ETP budgétés	ETP réels
Psychiatre	3	2
Psychologue	5	4
Cadre de santé	1	1
IDE	13	14,21
Secrétaire médicale	2	2
Agent administratif	1	1
Assistant social	0	0
Ergothérapeute	0	0
Psychomotricien	0	0
ASH	1	1

Les hospitalisations psychiatriques, en l'absence d'UHSA (unité d'hospitalisation spécialement aménagée), sont réalisées dans les établissements de santé du secteur de rattachement des patients (CHR site sud pour les secteurs du territoire Sud, EPSMR pour les secteurs des territoires Ouest et nord-est).

## — Principales données relatives à l'état de santé des personnes détenues à La Réunion

Dans son ensemble, la population en détention est plus jeune et présente un état de santé comparativement meilleur que ce qui peut être observé en métropole.

Les principaux problèmes de santé repérés à l'entrée en détention sont (rapports d'activité 2010) :

- La poly-toxicomanie (alcool, cannabis, médicaments) pour près de 25% des personnes ;
- Les problèmes bucco-dentaires pour près de 50% des personnes ;
- Les pathologies chroniques (pathologies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, dermatologiques, urologique ; diabète...) pour près de 25% des personnes ;
- Les troubles psychiatriques chroniques pour 7,5% de la population.

L'insuffisance rénale, malgré le contexte réunionnais, n'est relevé qu'épisodiquement. Une plus faible prévalence, comparativement à la métropole, du VIH et des hépatites est également remarquée, avec cependant une émergence de cas de syphilis.

Concernant les dépistages, sont relevés (rapports d'activité 2010) :

- 71% de réalisation de dépistage du VIH pour les entrants en maison d'arrêt (24% pour les entrants en centre de détention) ;
- 76% de réalisation de dépistage du VHC pour les entrants en maison d'arrêt (18% pour les entrants en centre de détention) ;
- 72% de réalisation de dépistage du VHB pour les entrants en maison d'arrêt (25% pour les entrants en centre de détention).

Données relatives aux extractions pour consultations, urgences, ou hospitalisations (rapports d'activités des UCSA pour 2010) :

UCSA	Extractions en urgence	Extractions programmées	Extractions pour hospitalisation
MA Saint Denis	61	466	70
MA Saint Pierre	15	135	12
CD Le Port	16	441	119
Total	92	1042	201

Les rapports d'activités ne font état d'aucune extraction demandée et non-réalisée (urgence, examen et consultation, ou hospitalisation), rendant compte d'un accès garanti aux plateaux techniques hospitaliers. Ceci est renforcé par la mobilisation de la convention avec le CH Gabriel Martin pour les personnes détenues au Port.

Les hospitalisations en provenance de la maison d'arrêt de Saint Denis et du centre de détention du Port sont motivées à 60% par des interventions de chirurgie ophtalmologique, de cardiologie interventionnelle et de chirurgie vasculaire.

Une équipe de personnels de l'administration pénitentiaire est dédiée aux escortes pour la maison d'arrêt de Saint Denis ; pour les établissements du Port et de Saint Pierre, ce dispositif n'a pas été retenu et ne semble pas nécessaire.

Les hospitalisations au CHR sites nord et sud sont principalement réalisées en chambres sécurisées, sauf lorsque le patient requiert des soins hautement spécialisés (réanimation, neurochirurgie, chirurgie cardiaque).

Lors des prises en charge aux urgences, les patients sont accueillis dans un box individuel ou un lit de l'UHCD, qui leur est alors réservé.

Les hospitalisations pour motif psychiatrique concernent entre 8 et 15 patients chaque année, pour des durées de séjours en moyenne inférieures à trois semaines. En l'absence d'UHSA, elles sont réalisées sous le régime des soins sans consentement (D398 du code de procédure pénale).

Les difficultés relevées sont :

- l'absence d'UHSA à la Réunion, empêchant un accès à l'hospitalisation psychiatrique librement consentie ;
- deux épisodes récents de fugue, ou évasion, à l'occasion d'hospitalisation pour motif psychiatrique, soulevant la question de la surveillance des patients ;
- l'organisation des transferts (sous la responsabilité des établissements de santé lors de l'entrée en hospitalisation, et de l'administration pénitentiaire lors du retour en détention) : disponibilité des moyens de transport sanitaire (après 18H00), risque d'admission ou de retour en fin de journée ne permettant pas un accueil de qualité de la personne détenue, coordination entre les pavillons d'hospitalisation et le SMPR pour l'organisation des retours.

Les actions de prévention et promotion de la santé sont réalisées soit par des intervenants externes (associations, réseaux de santé, services hospitaliers), et plus généralement par la mobilisation d'un budget de l'administration pénitentiaire et des ressources des professionnels des établissements de santé de rattachement des UCSA et du SMPR.

Elles portent sur les addictions, les maladies métaboliques et cardiovasculaires, les maladies sexuellement transmissibles, la gestion du stress et la prévention des troubles du comportement liés à l'incarcération, l'hygiène bucco-dentaire, et comprennent les dépistages et vaccinations.

Depuis 2010, la ligne de crédits de l'administration pénitentiaire a été supprimée, cette dépense relevant des missions des agences régionales de santé, nouvellement installées.

La présence croissante de personnes détenues, d'origine mahoraise ou comorienne, en provenance de l'établissement pénitentiaire de Mayotte, pose des difficultés d'interprétariat pour les équipes de soins ; le recours à un codétenu traducteur n'est pas satisfaisant au regard des exigences du secret médical.

### 3 Orientations et plans d'actions

#### — Orientation 1 : Maintenir l'adéquation des moyens sanitaires aux effectifs et problématiques de santé des personnes détenues

Les effectifs des équipes de santé sont proches des ratios minima du guide méthodologique relatif à la prise sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale (circulaire d'actualisation du 10 janvier 2005), situation renforcée par la sous-occupation des établissements pénitentiaires à la Réunion.

Les consultations spécialisées (ophtalmologie, soins bucco-dentaires, gynécologie, dermatologie) sont considérées comme satisfaisantes par les professionnels de santé.

Par contre le temps d'addictologie en détention semble insuffisant, notamment pour développer des actions de prévention et organiser la continuité des soins à la sortie. Le partage du temps médical entre UCSA et services hospitaliers de rattachement correspond à une pratique souhaitable pour faciliter la liaison avec le plateau technique hospitalier et favoriser un exercice de qualité.

— **Objectif 1** : Assurer, sur la durée du SROS, l'adéquation des moyens des équipes UCSA aux effectifs des établissements pénitentiaires, au travers de l'examen annuel de la MIG correspondante ;

— **Objectif 2** : Réévaluer, sur la durée du SROS, les moyens consacrés à l'addictologie, en lien avec la filière de soins en addictologie des établissements de santé de rattachement des UCSA et l'offre médico-sociale (CSAPA) ;

— **Objectif 3** : Doter les UCSA et le SMPR de temps d'interprète pour la prise en charge des patients en provenance de Mayotte et des Comores ;

— **Objectif 4** : Garantir la prise en compte des besoins en locaux et équipements de l'UCSA, de préférence partagé avec le SMPR, dans la programmation architecturale de future maison d'arrêt du Sud.

## — Orientation 2 : Coordination et qualité des soins

Dans les trois établissements pénitentiaires, les locaux du SMPR et des UCSA sont soit partagés, soit en proximité directe. Cette situation favorise la coordination des soins entre les deux équipes, qui se traduit :

- Un dossier de soins partagé entre l'UCSA et le SMPR à Saint Pierre ;
- Des dossiers distincts au Port et à Saint Denis, mais avec possibilité d'échange et d'accès réciproque ;
- Le relais par les infirmiers des UCSA pour la distribution quotidienne des traitements psychiatriques aux heures de fermeture du SMPR (semaine à partir de 16H30, samedi et dimanche).

— **Objectif 1** : Achever l'informatisation des dossiers patients (déjà réalisée pour l'UCSA de Saint Denis et du Port), interfacée entre le SMPR et les UCSA, sur la durée du SROS, en tenant compte des contraintes de réseaux de la maison d'arrêt de Saint Pierre ;

— **Objectif 2** : Expertiser le principe d'un cadre de santé partagé entre SMPR et UCSA sur chaque site de détention, un temps évoqué, par les établissements pour confirmer l'intérêt organisationnel d'une telle mutualisation ;

— **Objectif 3** : Décaler les temps infirmiers du SMPR en journée de semaine, pour permettre la distribution individuelle des traitements dans les cellules en fin d'après-midi ;

— **Objectif 4** : Encourager des formations conjointes entre équipes de santé et professionnels de l'administration pénitentiaire.

### — Orientation 3 : Accès aux plateaux techniques hospitaliers pour les soins somatiques

Le rattachement du centre de détention du Port à une UCSA à créer au CH Gabriel Martin a été envisagé, dans une logique de territoire de santé.

Outre le risque d'éparpillement, et donc d'affaiblissement des équipes de soins, il convient de considérer que :

- la mobilisation du plateau technique hospitalier du CHR site nord relève à 60% de l'offre de recours ;
- que les liaisons routières, hors événement climatique majeur, permettent un accès rapide depuis le Port jusqu'au CHR site nord ;
- que la convention avec le Centre Hospitalier Gabriel Martin assure un accès de proximité aux urgences et plateaux d'examen et de consultation de premier recours, limitant les extractions vers Saint Denis.

Six chambres sécurisées sont prévues au CHR site nord dans le cadre de travaux à réaliser ; la capacité en chambres sécurisées au Sud est satisfaisante au regard de la population desservie (113 actuellement à 200 dans le projet de reconstruction pour 2017), cependant du fait de l'activité de recours régional, elle pourrait être portée à deux.

L'absence d'UHSI à la Réunion ne semble pas être un obstacle aux soins des personnes détenues, du fait de durée de séjour en hospitalisation somatique très majoritairement inférieure à 3 jours ; cette donnée devra faire l'objet d'un suivi sur la durée du SROS.

— **Objectif 1** : Réaliser l'installation des nouvelles chambres sécurisées du CHR ;

— **Objectif 2** : Exploiter annuellement les indicateurs de recours aux plateaux hospitaliers.

### — Orientation 4 : Accès à une offre graduée de soins psychiatriques

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », des ministères de la santé et de la justice, prévoit une révision de l'offre de soins en santé mentale, selon une gradation des organisations :

- niveau 1 - pour tous les établissements pénitentiaires : une offre de soins ambulatoire diversifiée de type CMP/CATTP, avec adaptation des moyens humains (professionnels de santé et agents de l'administration pénitentiaires) et des locaux : « *Le CATTP est une structure visant à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien ou des thérapies de groupe. La prise en charge est moins régulière que dans les hôpitaux de jour – actions psychologiques, sociologiques, thérapeutiques, éducatives (éducation à la santé), d'accompagnement (dans le sens de l'autonomie) » ;*
- niveau 2 - pour les établissements pénitentiaires, sièges d'un SMPR : une offre de soins de type hôpital de jour, nécessitant une prise en charge continue dans la journée, et donc l'existence de cellules d'hébergement pour certains patients (sur critère de facilitation de l'accès à la prise en charge en limitant la fréquence des mouvements, de séparation des zones de détention et d'intérêt thérapeutique) : « *La prise en charge sous forme d'hôpital de jour permet au patient de disposer de soins polyvalents, individualisés, intensifs, prodigués dans la journée, sous forme de prise en charge individuelle, voire à temps partiel.*

*Ceci peut impliquer plusieurs consultations, une alternance de consultations et de thérapies de groupe ou des activités de type ateliers thérapeutiques » ;*

- niveau 3 - l'hospitalisation temps plein, au travers des unités d'hospitalisation spécifiquement aménagées instituées par la loi de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, et permettant le recours à l'hospitalisation consentie ou contrainte ; le programme national est de 705 lits, en deux tranches, en unités de 40 à 60 lits, il ne retient aucune UHSA pour l'outre-mer ; la loi de programmation pour la justice précise (article 48) que dans l'attente de la prise en charge par les UHSA les hospitalisations psychiatriques de personnes détenues continuent de s'effectuer dans les établissements de santé habilités, et donc sous le mode de l'hospitalisation contrainte.

Actuellement, les locaux du SMPR au Port et à Saint Denis permettent la réalisation du niveau 1 ; les locaux de Saint Pierre n'y sont pas adaptés, cette problématique devra être prise en compte dans la construction de la future maison d'arrêt du sud.

Les locaux du siège du SMPR, à la maison d'arrêt de Saint Denis, ne permettent pas la prise en charge en hospitalisation de jour, avec cellules d'hébergement ; un projet conjoint de l'administration pénitentiaire et du SMPR prévoit l'installation de 6 cellules d'hébergement, dans le quartier arrivant, avec de locaux de soins dédiés, pour l'année 2012. Selon une estimation du SMPR, cet équipement pourrait concerner une trentaine de personnes détenues de sa file active.

L'absence de programmation d'UHSA à la Réunion, compréhensible au regard des données régionales de recours, limite le mode d'hospitalisation à l'hospitalisation non-consentie (D398) dans les établissements de santé habilités (CHR site sud, et EPMSR), sous la seule responsabilité de ces derniers et de leurs personnels, sans possibilité de recours à une surveillance périphérique par les forces de l'ordre ou l'administration pénitentiaire.

Cette situation, comparable à la plupart des régions métropolitaine en application de l'article 48 de la loi de programmation pour la justice et dans l'attente du déploiement complet du programme de 705 lits, ne pourra valablement être maintenue au-delà, à échéance de ce dernier, en considération tant de l'accès aux soins que des droits des personnes détenues.

Des projets alternatifs d'unité régionale d'hospitalisation renforcée pour personnes détenues, et/ou patients hospitalisés sous contrainte et présentant des troubles importants du comportement mais ne relevant pas d'une UMD, ont été envisagés (UMAP, UPID) ; ils ne recueillent pas le consensus des professionnels de santé et se heurtent à une absence de fondement juridique au regard de la norme à terme des UHSA.

L'élaboration d'un protocole relatif aux transferts entre établissements pénitentiaires et établissements de santé à l'occasion des hospitalisations psychiatriques de personnes détenues a été engagée en 2011 sous l'égide de la Préfecture. Elle devrait aboutir en 2012.

Le rattachement de la prise en charge ambulatoire en santé mentale des personnes détenues à la maison d'arrêt de Saint Pierre aux secteurs de psychiatrie Sud, régulièrement évoqué, ne semble pas devoir être retenu en considération des risques d'éparpillement des moyens humains, et de la mission régionale et intersectorielle du SMPR.

— **Objectif 1** : Maintenir l'adéquation, sur la durée du SROS, des moyens du SMPR à ses missions sur l'ensemble des établissements pénitentiaires, et notamment l'offre de soins de niveau 1 pour les établissements du Port et de Saint Denis ;

- **Objectif 2** : Garantir la prise en compte des besoins en locaux et équipements du SMPR, de préférence partagés avec l'UCSA, dans la programmation architecturale de future maison d'arrêt Sud ;
- **Objectif 3** : Installer le niveau 2 de soins psychiatriques à la maison d'arrêt de Saint Denis, avec 6 cellules d'hébergement, dès 2012, avec le renfort adapté de temps soignants ;
- **Objectif 4** : Evaluer la faisabilité, en 2012-2013, d'une ouverture de ce niveau 2 à la maison d'arrêt de Saint Denis aux personnes détenues à Mayotte au travers d'une mission conjointe santé-justice-ARS ;
- **Objectif 5** : Maintenir le principe, sauf situation exceptionnelle, de l'hospitalisation psychiatrique temps plein dans le secteur de référence du patient, selon le régime transitoire de l'article 48 de la loi de programmation pour la justice, en veillant à la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions nécessaires de sécurité applicables à tout patient hospitalisé sous contrainte ;
- **Objectif 6** : Formaliser un protocole d'organisation des transferts liés aux hospitalisations psychiatriques de personnes détenues, dans le respect de la réglementation en vigueur, entre les établissements pénitentiaires, les établissements de santé et les forces de l'ordre (échéance : 2012) ;
- **Objectif 7** : Ouvrir, avec les ministères de la justice et de la santé, une réflexion, associant les acteurs locaux, pour définir les modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues au terme du programme national de déploiement des UHSA : reconnaissance d'une UHSA pour la zone Océan Indien, possibilité de recours aux UHSA métropolitaines, adaptation de la réglementation à la situation régionale... l'objectif poursuivi est l'effectivité du droit, pour les personnes détenues, à bénéficier d'une hospitalisation psychiatrique consentie.

## — Orientation 5 : Prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) et des auteurs d'infractions graves (AIG)

En application de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, de la loi n°2008-174 du 25 février 2008 et du décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 relatifs à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, les personnes condamnées pour une infraction à caractère sexuelle pour laquelle un suivi socio-judiciaire est encouru doivent pouvoir exécuter leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté. 22 établissements pénitentiaires pour peine ont été identifiés, pour assurer cet accompagnement, dont le centre de détention du Port.

Ainsi, la Réunion dispose, depuis 2009 d'un centre de ressources pour les auteurs de violences sexuelles, porté par l'EPSMR, et dont les missions sont la coordination des acteurs, l'impulsion du travail en réseau, le soutien et le conseil aux professionnels, mais également la prise en charge des patients les plus complexes.

Elle a également bénéficié en 2008, au travers du SMPR, du financement d'une équipe psychiatrique intervenant en prévention de la récidive auprès des personnes détenues. Parallèlement, le centre de détention du Port a engagé des travaux pour la mise à disposition de locaux complémentaires de soins.

Ces dispositifs doivent agir en lien étroit avec les services pénitentiaires et l'autorité judiciaire.

- **Objectif 1** : Assurer un suivi régional annuel des actions et dispositifs de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel et des auteurs d'infractions graves, au travers de la commission Santé/Justice.

## — Orientation 6 : Accès à la prévention et promotion de la santé

Le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé en détention, priorité nationale, répond aux attentes et engagements antérieurs, des professionnels locaux de santé et pénitentiaires. Les difficultés rencontrées tiennent à la disponibilité des intervenants et de crédits dédiés.

Les principales priorités retenues localement (addictions, IST, pathologies métaboliques, hygiène bucco-dentaire) sont en rapport avec les caractéristiques de l'état de santé de la population en détention.

Les dépistages (VIH, VHC, VHB, tuberculose) semblent réalisés dans des proportions supérieures aux moyennes nationales.

- **Objectif 1** : Soutenir les actions de prévention et promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires par l'inscription des personnes détenues comme public destinataire de l'ensemble des programmes relevant de l'appel à projet annuel de l'ARS Océan Indien (crédits d'intervention en prévention/promotion de la santé) ;
- **Objectif 2** : Dédier un fonds annuel, sur crédits d'intervention de l'ARS Océan Indien, au financement des actions de prévention/promotion de la santé en détention, afin de permettre aux acteurs de santé (UCSA, SMPR) et aux établissements pénitentiaires, coordonnés entre eux, de disposer d'une souplesse de mise en œuvre des priorités de santé répondant aux contraintes de l'intervention en milieu carcéral ;
- **Objectif 3** : Diffuser localement les référentiels nationaux d'éducation à la santé pour les publics en détention ;
- **Objectif 4** : Elaborer, notamment à partir des outils nationaux, un dispositif de suivi de l'activité de dépistage et de vaccination en détention, et intégrant le dépistage des cancers.

## — Orientation 7 : Continuité des soins en sortie de détention

La continuité des soins en sortie de détention est conditionnée par l'organisation préalable d'un relais avec les offreurs de soins externes (professionnels libéraux, établissements de santé, secteurs de psychiatrie, établissements et services médico-sociaux), l'existence d'un hébergement ou d'un logement, la couverture sociale et sa connaissance par les intéressés, l'adhésion des personnes aux programmes de soins proposés.

Elle mobilise plusieurs acteurs du champ sanitaire et social, et repose principalement pour les majeurs sur le SPIP et pour les mineurs sur la PJJ, chargés chacun de la coordination des interventions visant à l'insertion des personnes sortant de détention.

L'absence d'identification d'un médecin traitant, la méconnaissance ou les retards de mise en œuvre des droits sociaux, les difficultés d'accès au logement ou à l'hébergement sont des freins à la continuité des soins.

La participation du SPIP dans le SIAO urgence/insertion (service intégré d'accueil et d'orientation), sous pilotage de la DRJSCS de la Réunion, devrait permettre de mieux repérer et traiter les situations exigeant la mobilisation d'une solution d'hébergement ou de logement en sortie de détention.

La négociation en 2010 d'une convention entre les établissements pénitentiaires et les institutions sociales (CGSS, CAF, Département) portant sur la continuité des droits pour les personnes sortant de détention constitue un cadre de travail partenarial à mobiliser.

La continuité des prises en charge en addictologie est également repérée par les acteurs locaux comme prioritaire.

Certaines situations, peu fréquentes, de personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques importants requièrent, au-delà de l'articulation avec le secteur de psychiatrie générale, la mise en place d'une prise en charge renforcée avec hospitalisation temps plein, ou mobilisation d'alternatives à l'hospitalisation, en sortie de détention.

- **Objectif 1** : Evaluer, en lien avec la DRJSCS, l'avancement et la mise en œuvre de la convention régionale relative aux personnes sortant de détention ;
- **Objectif 2** : Soutenir l'intégration du SPIP dans la coordination locale des dispositifs d'hébergement et de logement, permettant la mobilisation des dispositifs de droit commun et des dispositifs dédiés ;
- **Objectif 3** : Favoriser la continuité des soins en addictologie par l'identification d'intervenants CSAPA (centre de soins d'accueil et de prévention en addictologie), sur financement fléché, assurant la liaison durant la détention et la préparation du relais en sortie ;
- **Objectif 4** : Renforcer les consultations psychiatriques postpénales, par une organisation coordonnée des moyens humains et matériels du SMPR avec les CMP ;
- **Objectif 5** : Etendre la mission de la Fédération de réhabilitation et réadaptation psycho-sociale (F2R), en lien avec le SMPR et les secteurs de psychiatrie générale, à l'accueil et à l'accompagnement des personnes sortant de détention et dont l'état de santé requiert une prise en charge et un accompagnement psychiatrique soutenus afin de garantir les conditions de leur réinsertion.

## — Orientation 8 : Pilotage régional de la politique de santé en faveur des personnes détenues

Plusieurs outils ou instances doivent permettre d'assurer la cohérence des interventions des acteurs de santé et de l'administration pénitentiaire en faveur de la santé des personnes détenues, dont :

- Les protocoles entre les établissements de santé, les établissements pénitentiaires, la DISP et l'ARS ;
- Les conseils d'évaluation des établissements pénitentiaires ;
- La commission régionale Santé/Justice.

Ils doivent être mobilisés pour assurer la mise en œuvre et le suivi des orientations nationales et régionales en matière de santé et de protection sociale des personnes sous main de justice.

— **Objectif 1** : Réviser et finaliser les protocoles entre établissements de santé et établissements pénitentiaires en 2012, et en assurer l'actualisation sur la durée du PRS ;

— **Objectif 2** : Installer en 2012 la commission régionale Santé/Justice, comme instance de pilotage régional et de suivi de la politique de santé et de protection sociale à destination des personnes sous main de justice, réunie chaque semestre ;

— **Objectif 3** : Etablir et publier annuellement une synthèse régionale des rapports d'activité des services de santé intervenant auprès des personnes détenues, des moyens mobilisés, des problématiques relevées, et rendant compte de la mise en œuvre du PRS.

Implantations sur la durée du PRS	Maison d'arrêt de Saint Denis	Maison d'arrêt de Saint Pierre	Centre de détention du Port
Soins somatiques	UCSA du CHR – site Nord	UCSA du CHR – site Sud	UCSA du CHR- site Nord
Soins psychiatriques (hors hospitalisation complète)	SMPR de l'EPSMR	SMPR de l'EPSMR	SMPR de l'EPSMR
Soins psychiatriques en hospitalisation complète (application transitoire du D398)	EPSMR	CHR – site Sud	EPSMR

# Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du

## 1 Etat des lieux et problématiques identifiées

Il existe un seul centre de rétention administrative pour La Réunion, centre basé à Saint-Denis. Le centre est doté d'une capacité d'accueil de 6 places.

Par convention en date du 11 avril 2002, l'Etat a confié au Centre hospitalier Félix-Guyon la mission d'assurer les prestations de soins aux personnes retenues.

Sur les 5 dernières années, le centre a accueilli une quarantaine de personnes par an pour une durée moyenne de séjour de 4 jours environ.

Selon les rapports annuels d'activité produits par le CHFG, la population accueillie est majoritairement masculine avec un âge moyen d'une trentaine d'années. Il s'agit en majorité de sujets en bon état général. Les pathologies rencontrées relèvent de la médecine générale et restent bénignes.

## 2 Orientations et plan d'actions

Le besoin est couvert à la Réunion grâce à la convention entre le Centre de Rétention Administrative (CRA) et le CHR de La Réunion.

# MAYOTTE





# L'offre de soins ambulatoire



## Soins de premier recours

# Soins de premier recours

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La population de Mayotte se caractérise par un niveau socio-économique faible si on la compare aux autres départements d'outre mer. Concernant l'accès aux soins, les Mahorais affiliés à la Sécurité Sociale en situation de précarité ne bénéficient pas de la CMU complémentaire.

De plus, la population en situation irrégulière et ou n'étant pas affiliée à la Sécurité Sociale est très importante près de 50 % (100 000 / 210 000) et ne bénéficie pas de l'aide médicale Etat (AME).

Face à cette situation, l'offre de soins de premier recours est très spécifique à Mayotte si on la compare aux autres départements d'outre mer.

Elle se caractérise par :

- Un secteur libéral peu développé (*à comparer avec les données de la Guyane et de métropole\**) :
  - o Un nombre de médecins généralistes libéraux (12,5 /100 000 habitants à comparer à la densité en Guyane, 35/100.000 habitants, et en métropole, 100 /100.000 habitants) égal à la moitié de celui des médecins salariés du CHM travaillant dans les dispensaires ;
  - o les infirmiers libéraux sont au nombre de 98 (42 / 100 000 habitants à comparer à la densité en Guyane, 62/100.000 habitants, et en métropole, 87 /100.000 habitants) bien répartis dans toute l'île ;
  - o Mayotte dispose de 16 pharmacies bien réparties sur le territoire. Le week-end et les jours fériés une pharmacie est de garde à Mamoudzou. Pas d'astreinte la nuit ;
  - o 6 sages femmes libérales ;
  - o 9 dentistes libéraux (4 / 100.000 habitants à comparer à la densité en Guyane, 16/100.000 habitants, et en métropole, 60 /100.000 habitants) ;
  - o 25 masseurs kinésithérapeutes libéraux ;
- 1 médecin généraliste (libéral et CHM) pour 4000 habitants ;
- un maillage du territoire par 13 dispensaires et 5 centres de référence (Jacaranda, Hôpital de Dzaoudzi ; M'Ramadoudou, Kahani et Dzoumougne) ;
- l'absence de transports sanitaires en dehors de l'urgence, assurée par les pompiers et le SMUR après régulation ;
- un SAMU CENTRE 15 et un SMUR positionné à Mamoudzou ;
- des antennes du SDIS à Longoni, Acoua, M'Ramadoudou Pamandzi.

## — Répartition des médecins dans l'île

	Ville	Médecins généralistes libéraux	Médecin généralistes CHM	TOTAL
NORD	Acoua		1	30 140 hab 1 médecin pour 3500 hab
	Bandraboua		1	
	M'Tzamboro		1	
	M'Tsangamougi		1	
	DZOUMOUGNE	2	3	
CENTRE	Sada		1	39 380 hab
	Tsingoni	2		1 médecin pour 3900 hab
	Combani	1		
	KAHANI		6	
SUD	M'RAMADOUDOU		5	35 640 hab
	Bandrélé		1	1 médecin pour 4000 hab
	Bouéni		1	
	Chirongui	2		
PETITE TERRE	DZAOUDZI		5	28 820 hab
	Labattoir	1	1	1 médecin pour 2800 hab
	Pamandzi	2	1	
GRAND MAMOUDZOU	JACARANDA		9	86 020 hab
	MAMOUDZOU	8		1 médecin pour 3900 hab
	Koungou	2		
	Passamainty	1	1	
	M'Tsapéré		1	
Kawéni	2			
TOTAL	18	23	39	220 000 hab soit 1 médecin pour 3900 hab

## — Répartition des PMI

Les services de PMI du Conseil général assurent le suivi pré et post natal des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans

Zone	Site de référence	Dispensaires	Structures du Conseil Général
GRAND MAMOUDZOU*	JACARANDA	M'SAPERE PASSAMAINTY KOUNGOU	PMI JACARANDA PMI M'SAPERE PMI PASSAMAINTY PMI KOUNGOU PMI KAWENI
PETITE TERRE	DZAOUDZI	LABATTOIR PAMANDZI	PMI LABATTOIR
NORD	DZOUMOUNGNE	ACOUA BANDRABOUA M'TSAMBORO M'TSANGAMOUI	PMI ACOUA  PMI M'TSAMBORO PMI M'TSANGAMOUI PMI DZOUMOUNGNE Centre éducation et planification DZOUMOUNGNE
CENTRE	KAHANI	SADA	PMI SADA PMI COMBANI PMI TSINGONI PMI COMBANI
SUD	M'RAMADOUDOU	BANDRELE BOUENI DEMBENI	PMI BANDRELE PMI BOUENI PMI DEMBENI PMI KANI-KELLY PMI CHIRONGUI Centre Education et Planification de CHIRONGUI
TOTAL	5	13	21

## — Dispensaires

Activité de consultations dans les 13 dispensaires de 7 h 30 à 14 h 30

2009	NORD	CENTRE	SUD	GD MDZOU	Petite Terre
Centre de référence	Dzoumougne (Bandraboua)	Kahani	M'Ramadoudou	Jacaranda	Petite Terre
Consultations	26 194	59 281	41 085	43 165	22 280
Dispensaires	4	1	3	3	2
Consultations	29 145	10 713	25 711	48 600	15 516
Total consultations	55 339	69 994	66796	91 765	37 796

Les consultations de médecine générale au sein des dispensaires augmentent régulièrement en rapport avec l'augmentation de la population et de la demande en soins.

Par exemple pour les dispensaires de Mamoudzou + 136 % de 2004 à 2009 et + 25 % de 2008 à 2009 pour Jacaranda.

**— Accessibilité**

- **Objectif 1** : Consolider le dispositif de proximité représenté par les dispensaires et les accompagner vers un statut de centre de santé ;
- **Objectif 2** : Conforter l'atout de proximité et d'offre de soin en aval du Centre Hospitalier de Mayotte que représentent les centres de référence ;
- **Objectif 3** : Examiner les conditions de développement du secteur libéral.

# Articulation ville/hôpital - Permanence des soins ambulatoires

## 1 Éléments du diagnostic territorial

L'articulation entre la ville et l'hôpital en matière de médecine d'urgence n'est pas développée à Mayotte. En effet, la coordination des soins d'urgence et la prise en charge optimisée des différentes pathologies centrées sur l'urgence (brûlés, réanimation médicale et chirurgicale, dialyse aigue, réanimation neurochirurgicale...) tant chez l'adulte que chez l'enfant, sont assurées essentiellement par le Pôle Urgence, Réanimation, SMUR, Evasan, du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

En périphérie du territoire, la réponse aux besoins de soins non programmés est assurée par une permanence organisée tous les jours de 19h00 à 7h00 et les jours fériés dans les quatre centres de référence (Dzoumogné, Kahani, M'Ramadoudou, Dzaoudzi) de Mayotte.

Les médecins généralistes intervenant dans ce cadre agissent en qualité de correspondants SMUR. Ils prennent en charge les urgences vitales en lien avec la régulation du Centre 15 dans l'attente du SMUR.

Les médecins généralistes libéraux (23) et les autres médecins spécialistes libéraux (8) ne sont pas inclus dans le dispositif de permanence des soins, en particulier pour la prise en charge des urgences.

Par conséquent, la mise en place de cette activité à Mayotte se justifie pour les raisons suivantes :

- répondre à un besoin au niveau du territoire de santé ;
- fluidifier le parcours de soins des patients entre la ville et le CHM

Les besoins de cette articulation sont particulièrement importants dans la prise en charge des patients en matière d'urgence mais aussi en ambulatoire.

Des contraintes fragilisent la réalisation de ce dispositif de soins à Mayotte :

- la difficulté à mettre en œuvre une permanence des soins ambulatoires compte tenu du faible nombre des médecins libéraux et de leur inégale répartition sur le territoire ;
- l'absence d'un dispositif de transports sanitaires privés à Mayotte en dehors de l'urgence.

## — Accessibilité

- **Objectif 1** : Garantir la réception et la régulation des appels par un centre 15 ;

**Action 1** : Mettre en place une régulation médicalisée 24h/24 au centre 15 du CHM d'ici 2012 ;

**Action 2** : Séparer la régulation des transferts secondaires non urgents et celle du SMUR au CHM ;

**Action 3** : Prendre en charge les urgences vitales (correspondants SMUR dans les centres de référence) et assurer les transferts vers le CHM après régulation par le centre 15 ;

- **Objectif 2** : Poursuivre la structuration de la permanence des soins à Mayotte ;

**Action 1** : Consolider la permanence des soins au sein des quatre centres de référence de Dzoumogné, Kahani, M'Ramadoudou, Dzaoudzi ;

**Action 2** : Définir les missions des correspondants SMUR au sein des centres de référence ;

**Action 3** : Envisager la possibilité d'intégrer les médecins libéraux dans le dispositif de la permanence ;

- **Objectif 3** : Garantir une meilleure réponse aux situations urgentes localisées à distance du service d'urgences du CHM ;

**Action 1** : Actualiser la convention entre le CHM et le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et installer un réseau radio SSU qui permettrait au médecin régulateur d'être en relation avec les VASB en intervention.

## — Efficience

- **Objectif 1** : Mieux gérer les transferts vers et en provenance du CHM ;

**Action 1** : Evaluer au plan médico-économique, la création d'une offre de transports sanitaires privés adaptée au contexte du territoire de santé de Mayotte.

## — Coopération / coordination hôpital-ville

- **Objectif 1** : Structurer et formaliser les liens ville/ hôpital/centres de référence

**Action 1** : En lien avec les orientations du SROS « Médecine d'urgence », conforter les filières de soins existantes ;

**Action 2** : Développer les filières de soins entre les différents opérateurs de soins (médecins libéraux, dispensaires, centres de référence, Centre Hospitalier) en lien avec les réseaux et l'offre en HAD ;

**Action 3** : Mettre en place une commission ville hôpital ;

— **Objectif 2** : Mutualiser la permanence des soins avec les soins de premier recours ;

**Action 1** : Réfléchir à la possibilité d'assurer à Mamoudzou une permanence des soins entre les praticiens du CHM et les médecins généralistes libéraux ;

**Action 2** : Optimiser le parcours de soins entre l'HAD, les médecins libéraux et le CHM (hôpital et centres de référence) ;

**Action 3** : Poursuivre la structuration et le développement des réseaux pour améliorer le lien ville/hôpital (périnatalité, diabète, VIH, dépistage des cancers...).

### 3

### Indicateurs de suivi

- Taux de recours aux urgences hospitalières ;
- Nombre de coopérations mises en œuvre (évaluation quantitative et qualitative).

# L'offre de soins ambulatoire



## Biologie médicale

## 1 Introduction

### — Un examen de biologie médicale

Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain (article L. 6211-1 du code de la santé publique).

Un examen de biologie médicale se déroule en trois phases :

- La phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur un être humain, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé ;
- La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique ;
- La phase post-analytique, qui comprend la validation, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication appropriée du résultat au prescripteur et, dans les conditions fixées à l'article L.1111-2, au patient, dans un délai compatible avec l'état de l'art (article L. 6211-2 du code de la santé publique).

## 2 Les orientations nationales

La réforme de la biologie médicale prend place dans le cadre d'une réforme du système de soins français : la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009.

L'article 69 de cette loi a permis de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale (LBM).

### — Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010

Cette ordonnance vient réformer la biologie médicale autour de trois grands principes :

- Elle instaure une accréditation obligatoire des laboratoires de biologie médicale selon la norme européenne NF EN ISO 15189 ;
- Elle modifie la définition du laboratoire de biologie médicale, hospitalier ou libéral en imposant au laboratoire de biologie médicale de participer à l'offre de soins et en permettant l'existence de laboratoires multi-sites sur un territoire de santé ;
- Elle propose d'accroître l'efficacité des dépenses par la réorganisation des laboratoires de biologie médicale et par une diminution sélective de prix portant sur les examens dont les analyses sont automatisées et l'interprétation standardisée.

## — Quelques éléments définis par l'ordonnance

### **Le laboratoire de biologie médicale**

L'ancienne appellation laboratoire d'analyses de biologie médicale est changée en laboratoire de biologie médicale (LBM).

L'ordonnance dissocie désormais la notion de laboratoire de biologie médicale de celle de site d'implantation puisque sous réserve des règles d'implantation territoriale, un même laboratoire peut être implanté sur un ou plusieurs sites (article L. 6212-1 du code de la santé publique).

Le laboratoire participe à des missions de santé publique. Il participe également à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé infrarégional (article L. 6212-3 du code de la santé publique).

### **L'accréditation**

L'un des principes fondamentaux de l'ordonnance du 13 janvier 2010 est celui de l'accréditation obligatoire des laboratoires de biologie médicale (article L. 6221-1 du code de la santé publique), à défaut de laquelle le fonctionnement ne sera plus autorisé. Les autorisations administratives permettant le fonctionnement des laboratoires de biologie médicale seront abrogées en 2016.

L'accréditation porte sur l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés par le laboratoire. Sont également concernés : les activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, les examens d'anatomie et de cytologie pathologiques effectuées à l'aide de techniques relevant de la biologie médicale.

Cette accréditation est délivrée, à la demande du laboratoire, par l'instance nationale d'accréditation : le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) prévue au I de l'article 137 de la loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie (article L. 6221-2 du code de la santé publique).

### **L'implantation multi-sites et les limites territoriales**

Du fait des regroupements des laboratoires d'analyses et des fusions absorptions des sociétés (notamment les sociétés d'exercice libéral), les limites territoriales sont une préoccupation pour les biologistes de la Réunion. En effet, les restrictions apportées par l'ordonnance sur le volume des activités des laboratoires de biologie médicale imposent une répartition tenant compte des territoires de santé.

Les sites du laboratoire de biologie médicale sont localisés soit sur le même territoire de santé, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé limitrophes (article L. 6222-5 du code de la santé publique).

### **Sur la notion de territoire de santé**

Le prélèvement d'un échantillon biologique est réalisé dans l'un des territoires de santé d'implantation du laboratoire de biologie médicale (article L. 6211-16 du code de la santé publique).

L'acquisition, par une personne physique ou morale, de parts sociales de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition a pour effet de permettre à cette personne de contrôler, directement ou indirectement, sur un même

territoire de santé, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L6223-4 du code de la santé publique).

De plus, le directeur général de l'agence régionale de la santé peut s'opposer :

- à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle a pour effet de porter sur le territoire de santé considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25% à celui des besoins de la population tels que définis par le schéma régional d'organisation des soins (article L. 6222-2 du code de la santé publique).
- à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduit à ce que, sur le territoire de santé considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25% du total des examens de biologie médicale réalisés (article L. 6222-3 du code de la santé publique).

Un décret du 10 octobre 2011 définit les modalités de comptabilisation des examens de biologie médicale.

### **Conditions d'ouverture**

L'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale, public ou privé, est subordonnée au dépôt préalable, par son représentant légal, d'une déclaration auprès de l'agence régionale de santé, dans un délai fixé par voie réglementaire. Le contenu de cette déclaration est également fixé par voie réglementaire (article L. 6222-1 du code de la santé publique).

### **Modalités d'exercice**

Le biologiste qui exerce son activité professionnelle au sein d'un laboratoire de biologie médicale est désormais un biologiste médical (article L. 6213-1 du code de la santé publique) quelque soit sa formation professionnelle (pharmacien biologiste, médecin biologiste) ou son statut juridique au sein du laboratoire (salarié, travailleur indépendant,...).

### **Structures juridiques d'exploitation**

Le laboratoire de biologie médicale privé peut être exploité en nom propre ou sous la forme (article L. 6223-1 du code de la santé publique) :

- d'une association, d'une fondation ou d'un autre organisme à but non lucratif ;
- d'une société civile professionnelle ;
- d'une société d'exercice libéral ;
- d'une société coopérative ;
- d'un groupement de coopération sanitaire (article L. 6223-2 du code de la santé publique).

A noter que l'exploitation par une société anonyme ou une société à responsabilité limitée n'est plus autorisée et l'ordonnance prévoit un délai d'un an à compter de sa publication pour régulariser la situation des sociétés concernées (cf. article 9- I de l'ordonnance).

Les textes d'application ne sont pas encore publiés. Ainsi, pour permettre la gestion de ce secteur, le ministère a diffusé une instruction DGOS/R2/2010/333 du 9 septembre 2010 relative aux demandes d'ouverture de laboratoires de biologie médicale.

Deux arrêtés ont été publiés :

- arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale ;
- arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.

### 3 Les points clés de la réforme

#### — La même réglementation pour la ville et l'hôpital

La réforme harmonise les règles de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale entre le secteur privé et le secteur public qui sont soumis aux mêmes exigences, avec la reconnaissance d'un même niveau de fiabilité.

#### — Une coopération facilitée entre les secteurs public et privé

La coopération entre les secteurs public et privé est facilitée, notamment au travers des groupements de coopération sanitaire.

#### — La médicalisation de la discipline renforcée

Le biologiste médical acquiert désormais un rôle médical à part entière et son rôle dans le parcours de soins du patient est réaffirmé, pour une meilleure efficacité et une meilleure qualité (dialogue avec le clinicien pour le choix des examens biologiques à pratiquer ; réponse au patient et à son clinicien par des résultats validés, mais également par une interprétation biologique en fonction des éléments cliniques pertinents que le clinicien aura communiqués,...).

#### — La qualité renforcée par l'accréditation

L'accréditation devient obligatoire pour tous les laboratoires de biologie médicale. A compter du 1<sup>er</sup> novembre 2016, les laboratoires de biologie médicale ne peuvent fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur l'ensemble des examens de biologie médicale qu'ils réalisent.

#### — Une pluralité de l'offre de biologie médicale garantie par une organisation territoriale et des règles prudentielles

La réforme conduit à la fois, à un regroupement des laboratoires de biologie médicale et au maintien d'une limite territoriale de l'activité du laboratoire. Les laboratoires de biologie médicale deviennent multi-sites. Ceux-ci doivent être situés au maximum sur trois territoires de santé limitrophes.

La réforme met également en place des systèmes de garantie de la pluralité de l'offre de biologie médicale sur un territoire de santé. Des règles prudentielles, nécessaires et construites pour être proportionnées à l'intérêt de la santé publique, sont instaurées.

## — L'efficacité des dépenses de santé garantie par une adaptation des prix et des volumes

La réforme de la biologie médicale vise également à réguler les dépenses de biologie médicale et à contribuer ainsi à l'équilibre de notre système de santé. La réforme contraint, par l'accréditation obligatoire, à des regroupements de laboratoires. Elle prépare ainsi l'organisation de la biologie médicale à une évolution tarifaire différenciée, avec des tarifs plus proches des coûts.

L'efficacité des dépenses de santé passe également par l'adaptation des volumes. Une vraie marge de progrès existe sur des prescriptions mal adaptées, sur des doublons, encore trop nombreux. La bonne adaptation et la maîtrise des examens de biologie médicale pratiqués, sur la base de référentiels publiés, tout particulièrement par la Haute Autorité de Santé, sont indispensables et chacun doit pouvoir s'engager sur cette pertinence et cette maîtrise des actes pratiqués. L'ordonnance introduit une sanction pécuniaire pour les laboratoires de biologie médicale qui pratiqueraient des examens non justifiés par rapport à la nomenclature des actes de biologie médicale et aux recommandations de bonnes pratiques.

## — Les dispositions transitoires

L'article 7 de l'ordonnance a prévu des dispositions transitoires jusqu'au 31 octobre 2016. Aucun laboratoire de biologie médicale ne pourra fonctionner sans autorisation administrative s'il n'est pas accrédité.

Après la publication de la présente ordonnance, une autorisation administrative sera délivrée à :

- un laboratoire de biologie médicale résultant de la fusion de plusieurs laboratoires existants en un laboratoire de biologie médicale. Lorsque ces laboratoires étaient réunis antérieurement en une société d'exercice libéral ou par des contrats de collaboration, la satisfaction des règles de territorialité antérieures à la publication de l'ordonnance a valeur de satisfaction, pour les sites concernés, au critère de territorialité défini à l'article L. 6222-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la présente ordonnance et dans la limite de trois départements limitrophes ou de la région Ile-de-France. Ces laboratoires peuvent ouvrir un site nouveau, dans le respect des limites territoriales définies au même article L. 6222-5, à condition de conserver le même nombre total de sites ouverts au public ;
- un laboratoire de biologie médicale existant qui ouvre des sites nouveaux, dès lors que ce laboratoire est accrédité pour au moins la moitié de son activité en nombre d'examens de biologie médicale réalisés pendant une année civile, dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé. L'autorisation administrative ne peut être délivrée à ce titre que jusqu'au 31 octobre 2016.

Les autorisations administratives seront abrogées le 1er novembre 2016.

## 4 Éléments de diagnostic territorial

Il existe actuellement deux laboratoires de biologie médicale (LBM) à Mayotte, l'un privé et l'autre public. Tous deux sont implantés à Mamoudzou. Le laboratoire public est situé au sein du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

Les deux laboratoires sont membres de Bioqualité qui accompagne les laboratoires de biologie médicale (LBM) pour leur permettre de répondre aux exigences de l'accréditation.

Les deux laboratoires se répartissent de manière très inégale l'activité de biologie médicale (25 millions de B pour le CHM ; 9 millions de B pour le laboratoire privé). La prise en charge des patients par l'Assurance Maladie représente un frein considérable pour le développement du secteur libéral à Mayotte. Néanmoins, les prélèvements réalisés dans les dispensaires du CHM et les sites de PMI, permettent un accès aisé de la population à cette prestation.

### La cartographie

Les deux laboratoires de biologie médicale ne possèdent chacun qu'un seul plateau technique, situé à Mamoudzou. De nombreux sites de prélèvements existent dans les dispensaires du CHM et les PMI.

Le LBM public prélève dans les 13 dispensaires de Mayotte et les 5 centres de référence. Le LBM privé assure les prélèvements dans 11 PMI.

Ainsi, les prélèvements biologiques sont réalisés sur 29 sites, auxquels il faut ajouter le site technique du laboratoire privé qui assure également cette activité.

**Carte 1 :** Répartition des sites de laboratoires biologie médicale ouverts au public à Mayotte



**Tableau 1** : Répartition des sites de laboratoires de biologie médicale à Mayotte

Population (INSEE 2007)	186 729
Nombre de sites ouverts au public : laboratoire privé	12
Nombre de sites ouverts au public : laboratoire public	18
Densité laboratoires (nbre pers /laboratoire)	6 224

A titre d'information, la densité en France, en 2008, était de 14 286 habitants par laboratoire

### Répartition de l'activité de biologie médicale privée et publique à Mayotte

Les activités de la biologie médicale sont mesurées en nombre d'unités cotées à la nomenclature en B. L'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, précise que cette activité doit être mesurée en nombre d'examens réalisés par laboratoire. Ainsi, les résultats des tableaux suivants, expriment l'activité biologique avec les deux types d'unités :

- Volume global des analyses effectuées sur place en B ;
- Nombre total d'examens analysés sur place.

Il est à noter que la quantification de l'activité biologique par le recueil du nombre d'examens peut manquer d'intérêt et de justesse puisque le texte d'application définissant cette comptabilité n'était pas publié. Ainsi, ne sera retenu que le nombre d'unité coté dans la nomenclature en B pour quantifier et comparer les activités des laboratoires. Néanmoins, à titre indicatif, le tableau suivant précise également le nombre total d'examens effectués sur place.

**Tableau 2** : Répartition de l'activité de biologie médicale privée / publique à Mayotte

	Volume global des analyses effectuées sur place en B	Nombre total d'examens analysés sur place
Total	34 171 736	998 512
Privé	8 903 000	220 660
Public	25 268 736	777 852

Le tableau suivant permet de situer le volume des transmissions d'échantillons à Mayotte (sous réserve d'une bonne comptabilisation du nombre d'examens).

**Tableau 3** : Part des transmissions d'examens de biologie médicale

	Nombre total d'examens analysés sur place	Nombre total d'examens transmis pour analyses à d'autres laboratoires n'appartenant pas à l'entité juridique (SEL)	Transmission d'examens en %
Total	998 512	6159	0,6%
Privé	220 660	3474	1,6%
Public	777 852	2685	0,3%

**Tableau 4** : Répartition du nombre de B par habitant à Mayotte

POPULATION (186 729 habitants)	Nombre B/hab
Total	183
privé	48
public	135

### **La prise en charge des examens d'immunohématologie avec receveur**

Les analyses d'immunohématologie (IH) sont réalisées au laboratoire du CHM. Elles représentent 10% de l'activité de ce laboratoire en nombre de B. Ce laboratoire a traité plus de 64000 examens en immunohématologie en 2010.

L'Etablissement Français du Sang (EFS) envisage de créer un site EFS de délivrance des produits sanguins labiles (PSL) à Mayotte dans le cadre du nouveau schéma territorial de l'organisation de la transfusion sanguine (STOTS).

Actuellement, le dépôt est hébergé dans les locaux du laboratoire du CHM. Cette création est envisageable en association avec la réalisation de l'immunohématologie (dont l'immunohématologie receveur). Ainsi, il s'agit pour l'EFS, de créer un laboratoire de biologie médicale.

La réalisation des analyses d'immunohématologie doit respecter l'automatisation prescrite par le GBEA (guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale) avec, notamment, un transfert automatique des résultats concernés au dossier du patient correspondant.

L'association analyse pré-transfusionnelle, délivrance des produits sanguins labiles, doit être sécurisée par une liaison informatique. C'est actuellement le cas au LBM du CHM car de plus il existe une proximité de l'activité de délivrance puisque la biologie et la détention des PSL sont effectuées dans des locaux accolés.

Le nouveau laboratoire de l'EFS devra avoir obtenu l'accréditation portant sur les trois phases (pré-analytique, analytique, post-analytique), avant de réaliser des examens de biologie médicale.

### **La biologie médicale de la veille sanitaire**

La surveillance des micro-organismes par PCR (polymerase chain reaction) est actuellement réalisée par le laboratoire du CHM. La recherche du virus HIV et des virus des hépatites sont réalisables mais à un coût supérieur à celui de la métropole. Sont également réalisés les recherches de la dengue, du chikungunya et de la leptospirose.

La réalisation d'examens sur les micro-organismes rencontrés dans des maladies émergentes impose des règles de sécurité qui nécessite l'emploi d'un personnel compétent pouvant se justifier en raison de l'importance des risques sanitaires liés aux maladies infectieuses rencontrées à Mayotte.

— **Objectif 1** : Accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale, en particulier dans ses objectifs d'efficience et de qualité des pratiques ;

**Action 1** : Veiller à la mise en place de l'accréditation ;

**Action 2** : Veiller à l'équilibre et à la continuité de l'offre de biologie médicale pour maintenir un accès aisé de la population ;

— **Objectif 2** : Fixer des règles d'implantation territoriale pour les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale ;

**Action 1** : Elaborer une cartographie de l'offre (exprimée en nombre de sites ouverts au public) ;

**Action 2** : Estimer les besoins de la population (définis en nombre total d'examens prélevés sur le territoire) ;

**Action 3** : Indiquer les besoins en implantation exprimés en nombre de sites ouverts au public ;

**Action 4** : Susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant ;

- Mutualiser les deux laboratoires de biologie médicale de Mayotte (phase pré-analytique et certains secteurs du plateau technique tels que biochimie, sérologie, hématologie...)
- Prendre en charge des analyses provenant des prescriptions réalisées dans les PMI ;

**Action 5** : Conforter le rôle du laboratoire de biologie médicale du CHM dans le dispositif de veille sanitaire ;

— **Objectif 3** : Evaluer les modalités de réalisation des examens d'immunohématologie avec receveur à Mayotte.



# L'offre de soins hospitalière



## Activités de soins

# Activité de soins « Médecine »

## 1 Eléments du diagnostic territorial

Sur Mayotte, deux études importantes ont servi de base à la réflexion sur le PRS :

1. Une étude de 2006 baptisée « NutriMay » a mis en évidence d'importants déséquilibres alimentaires acquis et culturels et de leurs conséquences : 27% des femmes présentent un IMC >30 et 7% des hommes présentent un IMC >30 ;
2. Une autre étude baptisée « Maydia 2008 » montre un passage à 47% du taux d'obésité chez les femmes mahoraises soit un accroissement de 74%.

### Diagnostic :

- Les principales pathologies rencontrées à Mayotte sont les maladies cardiovasculaires et infectieuses ;
- Les facteurs de risque sont identifiés ;
- La population de Mayotte a une probabilité élevée de développer un diabète, une hypertension artérielle et une obésité, en particulier chez les femmes après trente ans ;
- Les patients sont pris en charge à des stades avancés de l'évolution des maladies voire lors d'un épisode de décompensation (plaies chroniques, rétinopathies diabétiques, insuffisances cardiaques, insuffisances respiratoires, insuffisances rénales, accidents vasculaires cérébraux...) ;
- Les capacités d'hospitalisation en médecine sont concentrées sur un seul établissement, le Centre Hospitalier de Mayotte qui a organisé la prise en charge en médecine autour de deux sites :
  - a. 22 lits en médecine polyvalente et 5 lits en oncologie sur le site de Mamoudzou ;
  - b. 5 places en hôpital de jour en oncologie et 1 place en médecine polyvalente ;
  - c. 14 lits sur le site de Dzaoudzi.
- Il résulte de ce constat une DMS en hospitalisation de médecine de 12 jours avec un taux d'occupation de 98% et une saturation quotidienne du service d'UHCD adulte et du service de réanimation, principaux pourvoyeurs de patients en médecine ;
- Le personnel médical généraliste présent sur le CHM prend en charge tous ces patients avec, pour chacun d'entre eux, des connaissances qui ont été développées avec l'expérience et des formations adaptées ;
- L'apport de spécialistes est réalisé par la mise en place **des missions**, processus qui a tissé au fil des ans, un très fort partenariat tant avec La Réunion que la Métropole.

- Les principales missions sont les suivantes :
  - Cardiologie : bi mensuelles de 5 vacations à chaque mission ;
  - Gastro entérologie : 3 fois par mois, 7 vacations à chaque mission ;
  - Rhumatologie : 4 fois par an 10 vacations à chaque mission ;
  - Neurologie : 4 fois par an 10 vacations à chaque mission ;
  - Néphrologie 4 fois par an 10 vacations à chaque mission.
- Le projet médical 2010-2012 met en lumière la nécessité première de recruter un médecin interniste, le plus à même de prendre en charge ces poly pathologies lourdes dans un contexte professionnel favorable ;
- L'oncologie est un autre objectif de santé que le service de médecine doit intégrer dans son organisation ;
- Deux postes de cardiologie temps plein existent à l'effectif du CHM ; aucun poste n'est pourvu. Idem pour la gastro entérologie ;
- Dans ce contexte, le recours aux évacuations sanitaires vers La Réunion est nécessaire pour les disciplines sans spécialiste sur place : rhumatologie, neurologie, pneumologie, endocrinologie ;
- La discipline néphrologie est présente à partir de 2012 avec l'ouverture du centre d'autodialyse.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : développer le dispositif de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel de jour ;

**Action 1** : Accroître l'activité en hospitalisation complète sur le site de Mamoudzou ;

Ouverture des 24 lits d'hospitalisation complète avec une identification du service comme suit :

- Identification de 8 lits en hospitalisation complète en oncologie ;
- Identification de 16 lits en hospitalisation complète en Médecine Interne ( gastro, néphro, rhumato, pneumo..).

Une répartition des 27 lits déjà existants comme suit :

- Identification de 24 lits en hospitalisation complète pour la prise en charge des maladies cardio vasculaires (neurologie, cardiologie, diabétologie,..) ;
- Identification de 3 lits d'hospitalisation de semaine dédiés à l'Education Thérapeutique des patients souffrant d'obésité et de diabète.

**Action 2** : Accroître l'activité en hospitalisation de jour sur les sites de Mamoudzou et de Dzaoudzi ;

Passage de 6 à 10 places en hospitalisation de jour soit 8 places en oncologie et 2 places en médecine (rhumatologie) ;

— **Objectif 2** : Etudier le devenir de 14 lits de médecine à Dzaoudzi en fonction de l'avancement d'un projet SSR dont les modalités restent à préciser.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Développer la qualité des soins autour du concept d'éducation thérapeutique, l'insuffisance des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire pesant sur l'activité curative ;

**Action 1** : Création d'une unité de 3 lits d'hospitalisation de semaine de façon à mettre en place cette éducation ;

**Action 2** : Mettre en place des actions coordonnées d'accompagnement et de programmes d'éducation thérapeutique afin de :

- améliorer la qualité de vie des patients ;
- diminuer la morbidité, en particulier cardiovasculaire, des patients obèses ;
- diminuer les complications associées à l'obésité ;
- améliorer les compétences d'auto soin et les difficultés d'observance.

**Action 3** : Créer une culture de l'observance et de l'éducation thérapeutique en sensibilisant tous les professionnels de santé, les patients, les aidants (indicateurs de suivi : nombre d'actions et durée, nombre de personne ayant bénéficié des actions de sensibilisation) ;

**Action 3** : Créer un point d'accueil et d'information pour les patients et leurs familles en améliorant la coordination avec les structures existantes comme les réseaux de santé (en particulier Rédiabylang) ;

— **Objectif 2** : Assurer la sécurité des soins en optimisant le service d'endoscopie ;

**Action 1** : transférer les compétences des IDE vers les aides soignants en charge de la stérilisation et de l'utilisation des endoscopes, sous le contrôle des IDE ;

**Action 2** : Former et pérenniser les emplois autour du service d'endoscopie ;

**Action 3** : Faire connaître et faire respecter les bonnes pratiques en utilisant les référentiels de la Haute Autorité en Santé.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Structurer et formaliser les liens ville/ hôpital/centres de référence

**Action 1** : Promouvoir le développement de réseaux et d'une offre d'HAD ;

**Action 2** : Développer les filières de soins (diabète, HTA, asthme,..) entre les différents opérateurs de soins (médecins libéraux, centres de consultations, centres de référence, Centre Hospitalier de Mayotte).

— **Objectif 1** : Renforcer les partenariats avec les professionnels de santé de La Réunion dans les spécialités médicales non représentées à Mayotte

**Action 1** : Pérenniser les missions dans les spécialités médicales suivantes : cardiologie, gastro entérologie, hématologie, rhumatologie, neurologie ;

**Action 2** : Développer les missions dans les spécialités de pneumologie et de dermatologie ;

**Action 3\_:** Optimiser l'organisation des missions réalisées à Mayotte :

- Structurer le parcours du patient (accueil des intervenants, mise à disposition des dossiers médicaux, prise de rendez vous, suivi des patients) ;
- Optimiser le recours aux EVASAN ;
- Assurer un suivi du patient pris en charge par les établissements de santé de La Réunion ;
- Améliorer le partenariat avec les services de référence de La Réunion dans les spécialités médicales.

### 3 Objectifs en implantation par territoire de santé en 2016

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Implantations en hospitalisation complète de médecine	2	1
Implantations en hospitalisation à temps partiel de médecine (hospitalisation de jour)	0	2

### 4 Indicateurs de suivi

- Taux de recours en médecine ;
- Taux de pratique en médecine à temps partiel de jour ;
- Part des séjours de médecine avec actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale ;
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours ;
- Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD.

# Chirurgie

## 1 Éléments du diagnostic territorial

L'activité de soins chirurgie est implantée au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) sur le site du plateau technique de Mamoudzou. Les disciplines chirurgicales suivantes sont pratiquées : la chirurgie viscérale, l'urologie, la chirurgie traumatologique et orthopédique, l'ORL, l'ophtalmologie et la stomatologie.

En 2010, le CHM a réalisé 7 400 actes opératoires dont le tiers en ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire, notamment en matière d'endoscopies digestives et en ophtalmologie, sous réserve de pouvoir satisfaire des plages opératoires supplémentaires, devrait progresser.

Le bloc opératoire actuel, bien que d'ouverture récente (2003) n'est pas aux normes et ne dispose que de 4 salles dont 1 est quasiment dédiée à l'obstétrique (3 ou 4 césariennes par jour). Dès lors, le secteur opératoire est saturé et sous dimensionné.

Ces raisons, qui ont fait l'objet de rapports circonstanciés, justifient d'un projet de reconstruction neuve dans le temps du schéma de l'organisation des soins (prévision de 6 salles et bureaux de consultations externes dont l'ouverture est prévue en 2016 si approbation du projet soumis à l'autorisation des autorités sanitaires).

La capacité des services de chirurgie a été augmentée avec l'ouverture du nouvel hôpital, répartie comme suit :

- une unité de 18 lits à orientation chirurgie viscérale
- une unité de 18 lits à orientation traumatologie et orthopédie
- une unité de 10 lits à orientation gynécologie
- 4 lits réservés pour l'accueil des patients brûlés non réanimatoires.

Nonobstant les difficultés à pourvoir des postes de PH en anesthésiologie chirurgicale les besoins suivants sont néanmoins couverts :

- 1 ligne de garde dédiée à l'obstétrique le week-end doublée d'une astreinte pour la chirurgie
- en fonction des moyens paramédicaux susceptibles d'être affectés au bloc opératoire (ibode, iade) la garde dédiée à l'obstétrique pourra être envisagée la semaine.

L'objectif reste jusqu'à 2016 avec le bloc opératoire actuel, le traitement des pathologies les plus courantes tout en soulignant la nécessité du développement de la chirurgie ambulatoire.

## — Accessibilité

— **Objectif 1** : Renforcer le dispositif de chirurgie en hospitalisation de jour ;

**Action 1** : Augmenter l'activité en ambulatoire afin de fluidifier le circuit du patient hospitalisé ;

**Action 2** : Assurer l'ouverture d'un nouveau bloc de 6 salles d'intervention en 2016 avec un bloc obstétrical dédié proche ;

— **Objectif 2** : Diversifier l'offre hospitalière en chirurgie ;

**Action 1** : Renforcer l'offre en chirurgie ophtalmologique pour répondre aux prises en charge pour cataracte et glaucome ;

**Action 2** : Etudier le développement de la chirurgie orthopédique prothétique (chirurgie de la hanche, chirurgie du genou) à l'ouverture du nouveau bloc (2016) sous réserve de l'existence de lits SSR (2017) ;

**Action 3** : Etudier l'opportunité du développement de la chirurgie urologique ;

**Action 4** : Promouvoir la chirurgie infantile en lien avec le réseau régional de chirurgie infantile piloté par le Centre Hospitalier Régional de La Réunion et certains établissements de Métropole (chirurgie réparatrice...) ;

— **Objectif 3** : Structurer la gradation des sites de chirurgie en identifiant les recours et la coopération entre les niveaux en développant pour les patients nécessitant d'être opérés sur un autre plateau technique que celui du CHM des consultations en phase préopératoire et des consultations post-interventions à Mayotte en ayant recours à la télémédecine.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Améliorer le parcours du patient en chirurgie ;

**Action 1** : Mettre en place une traçabilité de l'évaluation et du traitement de la douleur dans les soins chirurgicaux ;

**Action 2** : Hospitaliser les enfants opérés dans un environnement pédiatrique selon les termes de la charte de l'enfant hospitalisé.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire ;

**Action 1** : Organiser sur le site autorisé de chirurgie, une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive à l'hospitalisation complète ;

**Action 2 :** Reconnaître le site de réalisation des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou anesthésie loco-régionale ;

– **Objectif 2 :** Mettre en place un recueil au sein des services de chirurgie permettant de décrire l'activité et les pratiques chirurgicales développées ;

– **Objectif 3 :** Optimiser le fonctionnement du secteur opératoire ;

**Action 1 :** Evaluer l'activité du secteur opératoire par l'utilisation des outils de l'ANAP ;

**Action 2 :** Augmenter l'étendue des plages opératoires.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

– **Objectif 1 :** Améliorer la coordination des soins entre le CHM et les professionnels de soins de premier recours : médecins, infirmiers et kinésithérapeutes ;

**Action 1 :** Mettre en place des liaisons formalisées entre les services de chirurgie et les professionnels de santé de premier recours ;

**Action 2 :** Elaborer des procédures et des outils afin de faciliter la transmission des informations médicales dans le but de faciliter la continuité des soins ;

– **Objectif 2 :** Améliorer la coopération entre le Centre Hospitalier de Mayotte et le Centre Hospitalier Régional de La Réunion ;

**Action 1 :** Renforcer le partenariat avec les équipes médico-chirurgicales des établissements de santé de La Réunion dans l'attente d'une étude sur les conditions d'autorisation de la chirurgie oncologique afin de développer les compétences locales ;

**Action 2 :** Mettre en place des équipes médicales à temps partagé avec le CHR de La Réunion pour la chirurgie spécialisée et/ou l'anesthésie ;

**Action 3 :** Développer les coopérations avec les établissements de recours régional par la mise en place de consultations avancées.

## 3 Implantations

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Implantation en hospitalisation complète de chirurgie	1	1
Implantation en hospitalisation à temps partiel de chirurgie (hospitalisation de jour)	0	1

## 4 Indicateurs de suivi

- Taux de recours en chirurgie ;
- Taux de pratique en chirurgie ambulatoire ;
- Nombre d'établissements < 1500 séjours chirurgicaux (GHM en C) ;
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.

# Psychiatrie

## 1 Éléments du diagnostic territorial

En termes de prise en charge ambulatoire en psychiatrie, la population de Mayotte a recours au centre médico-psychologique (CMP) de Mamoudzou et de son antenne à Dzaoudzi.

Depuis 2009, cinq lits d'hospitalisation complète et un lit réservé aux hospitalisations sous contrainte sont installés au CHM.

Cette insuffisance de structures de prise en charge associée aux retards d'équipement soulève de nombreux questionnements, en particulier dans la gestion des hospitalisations sous contrainte, qui représentent actuellement une grande partie des patients hospitalisés.

Pour les cinq prochaines années, les enjeux stratégiques en psychiatrie sont d'offrir une réponse psychiatrique adaptée aux enfants et adolescents et de développer une offre de soins ambulatoire de proximité :

- caractérisée par une population très jeune (54% de moins de 20 ans à Mayotte contre 25% France entière), la création d'une filière de soins spécifiques pour les enfants et adolescents s'impose comme une priorité de santé publique. L'île ne dispose à ce jour ni d'une consultation distincte en pédopsychiatrie, ni de structure assurant la prise en charge de la gestion de crise de l'adolescent et des troubles envahissants du développement ;
- le renforcement de la structuration de l'offre de soins psychiatriques doit permettre un meilleur accès aux soins, tant en termes de décloisonnement des prises en charge que de complémentarité avec la médecine somatique, afin de prévenir la désinsertion des patients et garantir une offre de qualité.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Développer une offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Mayotte ;

**Action 1** : Développer une activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec des compétences qualifiées en pédopsychiatrie :

- o organiser une consultation de psychiatrie pour les adolescents présentant des troubles psychiatriques ;
- o développer des ateliers thérapeutiques pour ces patients ;
- o créer des CMP, des CATTP et des places d'hôpital de jour.

— **Objectif 2** : Développer une offre de soins ambulatoire de proximité en psychiatrie :

**Action 1** : Renforcer le centre médico psychologique de Mamoudzou d'une activité de :

- o Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) adulte ;

- Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) enfants ;

**Action 2 :** Mailler le territoire de santé de Mayotte de dispositifs type CMP et CATTP à l'échéance du SROS-PRS au niveau des 4 secteurs de santé (Nord, Centre, Petite Terre et Sud).

- Augmenter la présence médicale en périphérie en passant de 2 à 4 journées /semaine de consultations et ateliers thérapeutiques et initier une journée/semaine dédiée à la pédopsychiatrie ;

**Action 3 :** Développer la réhabilitation psychosociale des patients ;

**Action 4 :** Consolider l'offre psychiatrique auprès des détenus dans le cadre de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en particulier dans les situations suivantes :

- Actions thérapeutiques et préventives vis à vis des auteurs d'agressions sexuelles ;
- Actions de coopération avec les partenaires du réseau (SPIP, PJJ, TAMA maryland et Dago...).

— **Objectif 3 :** Développer une offre de psychiatrie générale ;

**Action 1 :** Développer l'activité en hospitalisation complète au CHM compte tenu de l'accroissement des lits prévus en 2012 ;

**Action 2 :** Améliorer les conditions de prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte ;

**Action 3 :** Implanter un hôpital de jour afin de développer des prises en charge alternatives.

— **Objectif 4 :** Développer une activité de psychiatrie de liaison afin de répondre aux besoins suivants :

- Urgence psychiatrique en lien avec le service des urgences et le SMUR ;
- Demandes des services de médecine, chirurgie, réanimation, pédiatrie et obstétrique, maternité (troubles des interactions précoces périnatales).

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1 :** Assurer un suivi de l'activité en psychiatrie ;

**Action 1 :** Structurer un recueil des informations relatives à l'activité de psychiatrie afin de permettre une évaluation ;

**Action 2 :** Suivre et évaluer les transferts des hospitalisations d'office vers La Réunion ;

**Action 3 :** Suivre et évaluer la prise en charge psychiatrique aux urgences.

— **Objectif 2 :** Assurer la mise à jour annuelle des protocoles de suivi en chambre d'isolement.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Mettre en place une prise en charge coordonnée de la victimologie à Mayotte ;

**Action 1** : Développer et structurer les associations d'aide aux victimes ;

**Action 2** : Mettre en place un coordinateur provenant d'une association aux urgences ;

**Action 3** : Elaborer un protocole en fonction des situations ;

**Action 4** : Mettre en place numéro vert ;

**Action 5** : Développer des liens avec La Réunion pour structurer cette activité en lien avec la Maison des Adolescents de Mayotte.

— **Objectif 2** : Développer les liens avec la médecine traditionnelle ;

**Action 1** : Pérenniser la formation continue en ethnopsychiatrie pour tous les personnels des unités de psychiatrie pour intégrer la dimension du soin culturel traditionnel ;

**Action 2** : Pérenniser le développement et la structuration des échanges avec des fundis, des sociologues, ethnologues pour préparer et améliorer les sorties des patients hospitalisés.

— **Objectif 3** : Elargir l'offre de soins en psychiatrie dans le champ médico-social en identifiant des temps de psychiatres et de psychologues dans les projets de création de structures médico-sociale à Mayotte (ITEP, MDA, MDPH, SESSAD, MAS ...) ;

— **Objectif 4** : Gérer les hospitalisations sous contrainte ;

**Action 1** : Rédiger une convention portant sur les hospitalisations sous contrainte de Mayotte nécessitant une évacuation sanitaire vers La Réunion avec l'EPSMR et le CHR de La Réunion ;

**Action 2** : Développer des échanges de pratiques entre les structures de psychiatrie de Mayotte et de la Réunion ;

**Action 3** : Formaliser avec l'ensemble des partenaires la procédure des hospitalisations sous contrainte (Justice, mairies, CHM, Préfecture, ARS).

## 3

**Objectifs en implantation par territoire de santé en 2016**

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Implantation en hospitalisation complète de psychiatrie générale	1	1
Implantation en hospitalisation à temps partiel de psychiatrie générale (hospitalisation de jour)	0	1
Implantation en hospitalisation complète de psychiatrie infanto-juvénile	0	1
Implantation en hospitalisation à temps partiel de psychiatrie infanto-juvénile	0	1

## 4

**Indicateurs de suivi**

- Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé ;
- Evolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé.

# Soins de Suite et de Réadaptation

## 1 Éléments du diagnostic territorial

### — Informations d'ordre réglementaire

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;
- des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Pour assurer la mission des SSR, les structures doivent détenir une autorisation unique de soins de suite et de réadaptation avec la possibilité de mention(s) complémentaire(s) :

- prise en charge des enfants et/ou des adolescents à titre exclusif ou non, ainsi que les tranches d'âge (enfants de moins de six ans, enfants de plus de six ans ou les adolescents) ;
- prises en charge spécialisées : cardiovasculaire ; respiratoire ; brûlés ; onco-hématologie ; locomoteur ; système nerveux ; personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance ; addictions ; digestif, métabolique et endocrinien.

### — Situation à Mayotte

Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) d'une capacité 332 lits est le seul établissement de santé exerçant à Mayotte, une activité de médecine, chirurgie et obstétrique.

Il n'existe aucune offre de soins de suite et de rééducation à Mayotte, ni possibilité d'alternatives à l'hospitalisation.

L'enjeu stratégique pour l'île de Mayotte est la création d'une activité de soins de suite et de réadaptation afin de :

- optimiser les plateaux techniques en médecine et chirurgie en permettant une sortie rapide et une prise en charge qualitative des patients ;
- prévenir et limiter les séquelles locomotrices ou cognitives des affections aiguës traumatiques ou médicales ;
- réduire l'incidence du handicap en permettant une réhabilitation et une réinsertion sociale des patients ;
- Diminuer le recours aux structures de SSR de la Réunion pour les patients mahorais.

## — Accessibilité

— **Objectif 1** : Développer une offre de soins de suite et de réadaptation sur le territoire de santé de Mayotte ;

**Action 1** : Créer une offre de soins de suite et de réadaptation sur le territoire de santé pour la prise en charge des enfants, des adolescents et des adultes.

— **Objectif 2** : Renforcer les moyens du plateau technique de médecine physique et de réadaptation sur le site du CHM ;

- ce plateau technique est ouvert aux services d'hospitalisation de Mamoudzou et aux consultants externes ;
- il convient de signaler que les défauts actuels de prise en charge du handicap à Mayotte induisent une demande forte de consultations en kinésithérapie et d'appareillage sur le service de rééducation du CHM, en particulier s'agissant des enfants.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Optimiser le parcours de soins du patient en SSR ;

**Action 1** : Mettre en place une procédure d'admission en SSR prenant en compte les aspects médicaux, psychologiques et sociaux du patient ;

**Action 2** : Réévaluer le projet thérapeutique de façon régulière ;

**Action 3** : Préparer la sortie le plus tôt possible ;

**Action 4** : Collaborer avec le médecin traitant pour qu'un suivi post-SSR soit réalisé au domicile du patient.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Assurer une coordination entre les segments de l'offre de soins suite à une hospitalisation en court-séjour ou en SSR, quand l'état du patient le nécessite.

**Action 1** : Assurer une liaison entre les services SSR du CHM et le réseau de ville ;

- Assurer une meilleure coordination et la préparation au retour à domicile ;
- Garantir une bonne adaptation du domicile ;
- Assurer le lien avec les professionnels de santé libéraux ;
- Assurer le lien avec les structures médico-sociales (MAS, FAM, IME, SESSAD) ;
- Mettre en place des outils de suivi du maintien à domicile, en lien avec le projet HAD.

— **Objectif 2** : Renforcer les consultations avancées de médecine physique et de réadaptation entre les sites de recours de La Réunion en matière de SSR et le Centre Hospitalier de Mayotte afin de permettre aux patients de Mayotte d'accéder à un avis spécialisé.

– **Objectif 3** : Assurer une prise en charge spécialisée de SSR en développant un partenariat avec les structures de SSR de la Réunion ;

**Action 1** : Identifier pour les patients de Mayotte des capacités d'hospitalisation à la Réunion dans les prises en charge spécialisées suivantes :

- Affections du système nerveux,
- Affections de l'appareil locomoteur,
- Rééducation pédiatrique.

**Action 2** : Formaliser et développer le partenariat actuel avec les établissements de la Réunion.

### 3 Implantations

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Implantation en hospitalisation complète de SSR, pour adultes, sans mention de prise en charge spécialisée.	0	1
Implantations en hospitalisation partielle (hospitalisation de jour) de SSR, pour adultes, sans mention de prise en charge spécialisée.	0	1 à 2
Implantations en hospitalisation complète spécialisée pour enfants et adolescents	0	1
Implantations en hospitalisation partielle (hospitalisation de jour) spécialisée pour enfants et adolescents	0	1 à 2

### 4 Indicateurs de suivi

- Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC ;
- Part des séjours inférieurs à 3 mois ;
- Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux.

# Traitement des Grands Brûlés

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La mise en place en 2009 d'un recueil épidémiologique concernant la prise en charge des brûlés au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) a permis d'identifier des spécificités épidémiologiques en rapport avec les habitudes culturelles, le non respect des normes de certains équipements domestiques et les situations de grande précarité rencontrées au sein de la population de Mayotte.

Il a souligné la nécessité de maintenir une organisation bipolaire et mixte (adulte/enfant) étant donné que le centre de traitement des grands brûlés (CTGB) du Centre Hospitalier Régional de la Réunion n'a pas la capacité d'accueillir la totalité des grands brûlés de Mayotte.

En l'absence d'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR), la filière hospitalière des soins aigus a été renforcée. Une centaine de patients sont hospitalisés chaque année. Un patient sur 2 est âgé de moins de 5 ans. La prise en charge des patients jeunes doit tenir compte des éléments suivants : retard dans la prise en charge souvent après application de remèdes non adaptés, conditions de logement et d'hygiène ne permettant pas un maintien au domicile, éloignement du domicile ne facilitant pas le suivi en consultations externes au CHM.

Une coopération avec Les Comores est organisée par le biais d'un réseau.

Les problèmes suivants persistent :

- Les compétences médicale et chirurgicale sont en nombre insuffisant à Mayotte pour apporter une réponse de qualité.
- Il n'existe pas de continuité des soins organisée entre le CHM et les soins de premier recours pour préparer la sortie des patients.

Les enjeux pour les prochaines années sont donc de :

- Dans le cadre de la politique de prévention des infections nosocomiales, identifier une unité de surveillance continue pour éviter que des patients brûlés ne nécessitant pas ou plus de techniques de réanimation occupent des lits dédiés aux patients les plus lourds ; cette unité devrait disposer d'un environnement adapté aux enfants.
- Identifier une filière ambulatoire autonome (bloc, places en ambulatoire, lieu de consultations autonome...)
- Développer une offre de soins en matière de soins de suite et de rééducation pour contribuer à réduire les hospitalisations injustifiées, empêcher les sorties trop précoces et favoriser la transition vers le retour au domicile.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Maintenir la prise en charge des grands brûlés à Mayotte autour d'une organisation bipolaire :
  - Centre Hospitalier de Mayotte ;

- Centre de Traitement des Grands Brûlés du CHR de la Réunion ;
- **Objectif 2** : Structurer la filière de prise en charge des brûlés à Mayotte ;

**Action 1** : Améliorer la prise en charge en urgence ;

- Diffuser dans les services accueillant des urgences l'arbre décisionnel de la Société Française d'Etude et de Traitement des brûlures ;
- Former les équipes médicales des services d'urgence ;
- Poursuivre l'échange iconographique en temps réel avec le CTGB ;
- Promouvoir le prélèvement de peau dans le cadre du réseau régional des prélèvements (la pénurie en greffons justifie le développement des autogreffes quand cela est possible et l'utilisation de substituts cutanés de laboratoire) ;

**Action 2** : Améliorer le parcours de soins du grand brûlé de la phase initiale à la rééducation fonctionnelle ;

- Optimiser les capacités d'accueil à la phase aigüe par l'identification de 4 lits post-réanimation ;
- Structurer une filière de soins de suite et de réadaptation entre le CHM et les établissements de santé de la Réunion ;
- Accompagner le retour et la prise en charge à domicile en partenariat avec :
  - o une offre d'hospitalisation à domicile ;
  - o les professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) ;
- Développer dans le cadre d'une offre de SSR, sur l'île de Mayotte, une activité de soins réservée aux brûlés ;

**Action 3** : Améliorer le suivi des grands brûlés ;

**Action 4** : Promouvoir la prise en charge globale du patient ;

- Favoriser l'autonomisation du patient et la réinsertion sociale et professionnelle ;
- Développer l'éducation thérapeutique du patient ;
- Organiser des consultations de suivi pluridisciplinaires ;
- Intégrer la dimension psychologique ;

**Action 5** : Faciliter le parcours de soin des patients transférés au CTGB de la Réunion

**Action 6** : faciliter l'accès à la crénothérapie qui ne peut être réalisée qu'en métropole

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Poursuivre le développement de l'autonomie de Mayotte dans le domaine de la prise en charge des brûlés ;

**Action 1** : Individualiser des locaux (bloc séparé hors réanimation, secrétariat dédié) ;

**Action 2** : Adapter les capacités d'accueil au besoin (salle d'attente) ;

**Action 3** : Mettre en place des organisations mutualisées (bloc opératoire, Unité de Soins Continus brûlés, hospitalisation de jour, pédiatrie) dans l'attente de la création d'un service autonome dédié aux brûlés ;

**Action 4** : Accueillir les enfants brûlés dans un environnement adapté : accueil des familles, espace ludique, espace de scolarisation ;

**Action 5 :** Améliorer la prévention des infections nosocomiales, en liaison avec le service d'hygiène et le CLIN ;

**Action 6 :** Poursuivre la formation des personnels pour conforter la prise en charge locale, en particulier dans les centres de référence et les dispensaires ;

— **Objectif 2 :** Promouvoir le prélèvement de peau dans le cadre du réseau régional des prélèvements.

*La pénurie en greffons justifie le développement des autogreffes quand cela est possible et l'utilisation de substituts cutanés de laboratoire.*

## — Efficience

— **Objectif 1 :** Mettre en place une procédure administrative des évacuations sanitaires (EVASAN) pour le traitement des grands brûlés ;

**Action 1 :** Définir les indications et les modalités des transferts de patients entre Mayotte et le CTGB de La Réunion ;

**Action 2 :** Développer la télémédecine pour échanger avec le CTGB de la Réunion :

- Télé-expertise et échange iconographique en temps réel
- Aide à la décision et transfert de patients de Mayotte au CTGB

— **Objectif 2 :** Améliorer la prise en charge des patients transférés à la Réunion et favoriser le développement des structures d'accueil des familles d'enfants de Mayotte pour réduire les durées d'hospitalisation et faciliter la présence des familles, contribuant ainsi au soutien psychologique ;

— **Objectif 3 :** Améliorer la connaissance de l'épidémiologie des brûlures à Mayotte en mettant en place un recueil centralisé de données sur les brûlures prises en charge à Mayotte.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1 :** Former les masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la rééducation ambulatoire des brûlés ;

— **Objectif 2 :** Favoriser la prise en charge par les kinésithérapeutes de la rééducation des brûlés ;

— **Objectif 3 :** Renforcer les partenariats entre les acteurs de santé assurant le traitement des grands brûlés : CTGB de la Réunion, SSR spécialisés dans la rééducation et la réadaptation des grands brûlés, établissements de métropole ;

**Action 1 :** Etablir une convention de coopération entre le CHM, le CHR de la Réunion et l'Hôpital d'Enfants de Saint Denis ;

**Action 2 :** Faciliter l'expression d'une compétence locale en chirurgie plastique et reconstructrice et en médecine physique et de réadaptation spécialisée dans les brûlures ;

— **Objectif 2** : Encourager la coopération avec les Comores, notamment en implantant un SAS médical pour les patients brûlés graves de Mohéli et d'Anjouan.

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Prévenir les brûlures domestiques chez l'enfant avec des campagnes d'informations ;

— **Objectif 2** : Réduire la gravité des brûlures en informant et formant sur les gestes d'urgence en cas de brûlure ;

— **Objectif 3** : Repérer et traiter les petites brûlures profondes ;

- Former les professionnels de santé (services d'urgence, médecins libéraux, Infirmiers libéraux et personnels des dispensaires et des centres de santé de référence).

## 3 Implantations

Il n'y a pas lieu de créer un centre de traitement des grands brûlés dans le territoire de santé de Mayotte.

Maintien des orientations du SOSM 2005-2010 en ce qui concerne la prise en charge spécifique des brûlés à Mayotte et reconnaissance du niveau particulier de soins aux brûlés par le CHM.

## 4 Indicateurs de suivi

- Dispersion des taux de recours ;
- Nombre de transferts sanitaires.

# Médecine d'urgence

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La médecine d'urgence à Mayotte est essentiellement assurée par le service des urgences du CHM à Mamoudzou.

La réponse aux besoins de soins non programmés est assurée, outre par les urgences de Mamoudzou, par une permanence dans les quatre centres de référence (Dzoumougné, Kahani, M'Ramadoudou, Dzaoudzi) de Mayotte.

Les médecins généralistes de secteur intervenant dans ce cadre doivent être considérés comme des correspondants SMUR. Ils peuvent être amenés à prendre en charge les urgences vitales en lien avec la régulation du Centre 15 dans l'attente du SMUR.

Les médecins généralistes libéraux (23) et les autres médecins spécialistes libéraux (8) ne participent pas à ce jour à la permanence des soins.

L'accès aux soins médicaux, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, sans diminution de la qualité des soins et de façon équitable sur tout le territoire est une priorité de santé publique. La régulation médicale des appels est le pivot de la permanence des soins ambulatoires et de l'aide médicale urgente. L'enjeu pour le CHM dans les 5 prochaines années est de développer, de faciliter et sécuriser l'activité de régulation médicale, réalisée à ce jour uniquement en journée et non officialisée dans la reconnaissance d'un Centre 15.

Le centre 15 doit être au cœur du dispositif de la permanence des soins en ambulatoire (PDSA) puisqu'il en assure son accès. A ce jour, la PDSA n'est assurée que par les médecins hospitaliers, de manière incomplète.

L'enjeu pour les prochaines années est de structurer cette PDSA en utilisant les nouvelles modalités de partenariat définies par la loi HPST.

Enfin, compte tenu de l'isolement géographique de Mayotte, il s'avère indispensable de donner tous les moyens nécessaires pour l'organisation de l'aide médicale d'urgence en particulier le SAMU, responsable de la détermination et du déclenchement de la réponse la mieux adaptée à la situation d'urgence.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Développer, faciliter et sécuriser l'activité de régulation médicale ;

**Action 1** : Autoriser une régulation médicale de type centre 15 pour le territoire de santé de Mayotte avec les moyens médicaux correspondants ;

**Action 2** : Répondre aux recommandations de l'HAS en termes d'activité de régulation médicale :

- Architecture technique ;
- Rédaction de protocoles ;
- Formation du personnel ;

— **Objectif 2** : Poursuivre la structuration de la permanence des soins à Mayotte ;

**Action 1** : Pérenniser dans le service des urgences du CHM, un circuit court de consultations de médecine générale afin de fluidifier les circuits du patient, de diminuer les délais d'attente et d'accroître la sécurité de la prise en charge des « vraies » urgences ;

**Action 2** : Consolider la permanence des soins au sein des trois centres de référence de Dzoumougné, Kahani, M'Ramadoudou ;

**Action 3** : Développer une permanence de soins à MAMOUDZOU : la nuit, le week-end et les jours fériés pour les patients justifiant de consultations médicales sans acte ;

**Action 4** : Protocoliser les missions entre les effecteurs médicaux (médecins généralistes) et le médecin de la Régulation et du SMUR ;

**Action 5** : Assurer la formation continue des médecins généralistes des centres de consultations aux gestes d'urgence ;

**Action 6** : Actualiser la convention entre le CHM et le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et pérenniser la convention gendarmerie sur les moyens hélicoptérés ;

— **Objectif 3** : Garantir une meilleure prise en charge aux situations urgentes ;

**Action 1** : Poursuivre la professionnalisation du SMUR et promouvoir une 2<sup>e</sup> ligne SMUR H24 ;

**Action 2** : Améliorer la prise en charge des enfants au sein des urgences (40 % de l'activité) en renforçant la présence du pédiatre aux urgences : établissement de protocoles d'investigations et de soins, avis systématique de pédiatres pour les plus jeunes, passage formalisé des pédiatres en UHCD dans l'attente de l'identification des « urgences pédiatriques » sous la responsabilité de la pédiatrie, largement justifiée par le volume des patients pris en charge ;

**Action 3** : Conforter le protocole d'utilisation de la chambre d'isolement des urgences psychiatriques pour respecter des durées de séjours inférieures à 24h ;

**Action 4** : Respecter la vocation initiale de l'UHCD d'accueil des patients en urgence (DMS < à 48 h) en dédiant des lits d'aval aux urgences chaque fin de journée en profitant des capacités nouvelles en Médecine ;

**Action 5** : Conforter la formation des urgentistes aux nouvelles techniques de déchocage ;

**Action 6** : Structurer l'activité de médecine légale en lien avec le CHR Référent.

### 3 Implantations

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Structure des urgences	1	1
Structure des urgences pédiatriques	0	0
SMUR terrestre	1	1
SMUR hélicopté	0	0
SMUR néonatal pédiatrique	0	0
SAMU	0	1

### 4 Indicateurs de suivi

- Délai d'attente aux urgences par type de prise en charge ;
- Nombre d'appels au centre 15 ;
- Temps de réponse du centre de régulation ;
- Nombre d'interventions d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation ;
- Part des hospitalisations avec entrée par les urgences.

# Réanimation

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Le service de réanimation du CHM dispose de 14 lits organisés en :

- 6 lits de réanimation polyvalente adulte ;
- 4 lits de réanimation pédiatrique ;
- 4 lits de soins intensifs.

Compte tenu de l'éloignement géographique, le service de réanimation est indispensable pour la prise en charge des urgences vitales de l'île. Il prend en charge des pathologies spécifiques à Mayotte, qui ne sont pas ou plus vues dans les services de réanimation de Métropole. Il est reconnu comme pouvant limiter les EVASAN.

Il est le seul recours en cas de crise sanitaire, en lien avec les services de la Réunion.

En 2010, 3968 journées d'hospitalisation complète ont été réalisées dont 28 % pour des enfants de moins de 12 ans.

Actuellement, la prise en charge des brûlés non réanimatoires reste assurée au sein du service de réanimation, compte tenu de la saturation des lits de chirurgie identifiés pour les brûlés.

L'enjeu dans les prochaines années est de rendre aux lits de réanimation leur vocation initiale en créant une filière de surveillance continue pour les brûlés plus légers et de consolider l'activité de réanimation pédiatrique.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1 :** Structurer l'activité de réanimation tout en gardant une flexibilité maximale compte tenu de l'irrégularité du recrutement des patients en termes de gravité ;

**Action 1 :** Redonner aux lits de réanimation leur vocation initiale :

- Au terme du PRS, le service de réanimation doit se composer de 10 lits de réanimation adultes, 4 lits de réanimation pédiatrique, 5 lits de soins intensifs et 5 lits de surveillance continue pour prendre en charge notamment les brûlés plus légers et surtout pédiatriques ;
- Séparer l'activité brûlés et réanimatoire compte tenu des risques d'émergence d'infections nosocomiales, en lien avec les travaux du CLIN ; cette séparation des activités permettrait d'éviter :
  - o le mélange de patients brûlés au risque infectieux très particulier et de patients de réanimation polyvalente ;
  - o le mélange de prise en charge (hospitalisation complète et semi ambulatoire avec un risque accru d'infections manu portées, notamment par les patients brûlés se déplaçant au sein de l'unité de réanimation ;

**Action 2 :** Développer de nouvelles techniques afin d'autonomiser le service de réanimation compte tenu des impératifs géographiques, de la possibilité de saturation des lits à la Réunion et des difficultés à transporter certains patients ;

— **Objectif 2** : Reconnaître l'activité de réanimation pédiatrique compte tenu de l'insularité et de l'accueil de patients intransportables ;

**Action 1** : Identifier une activité de réanimation pédiatrique de 4 lits conformément aux textes en vigueur ;

**Action 2** : Formaliser des conventions entre réanimation de Mayotte et réanimations pédiatriques réunionnaises :

- Echanges de pratiques ;
- Formations continues des professionnels de santé en réanimation ;

**Action 3** : Renforcer et pérenniser les compétences pédiatriques de l'équipe médicale et paramédicale ;

**Action 4** : Mutualiser les compétences professionnelles (médicales et paramédicales) entre service de réanimation, néonatalogie et unité de surveillance continue nouvellement créée au sein de la pédiatrie.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Améliorer la qualité et la sécurité dans le service de réanimation

**Action 1** : Autonomiser le service de réanimation en transférant l'activité des grands brûlés non réanimatoires dans le cadre de la politique de prévention des infections nosocomiales ;

**Action 2** : Améliorer le recueil de l'activité de réanimation par l'informatisation du dossier patient ;

**Action 3** : Poursuivre la lutte contre les infections nosocomiales par la formation du personnel, l'utilisation de protocoles, l'amélioration de l'organisation architecturale et des locaux ;

— **Objectif 2** : Améliorer l'accompagnement des patients et des familles ;

**Action 1** : Améliorer l'accueil des familles au sein du service de réanimation ;

**Action 2** : Améliorer la prise en charge de la douleur et des situations palliatives ;

**Action 3** : Développer la formation et le soutien psychologique des soignants.

## — Coopération / coordination hôpital-ville, prévention et médico-social

— **Objectif 1** : Développer la télé-expertise avec les équipes de réanimation du CHR de la Réunion ;

— **Objectif 2** : Promouvoir les actions de coopération avec les établissements de santé des Comores.

### 3 Implantations

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Implantation en réanimation	1	1

### 4 Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation ;
- Taux de recours ;
- % d'évacuations sanitaires ;
- Durée moyenne de séjour ;
- Part des séjours avec indice de gravité simplifié » seconde version » (IGS2).

# Activité de soins

## « Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale »

### 1 Éléments du diagnostic territorial

Les données épidémiologiques sur l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont insuffisantes à Mayotte pour bien cerner cette pathologie. La prévalence de l'IRCT semble comparable à celle observée à La Réunion, soit plus du double de celle de la métropole. Elle est liée à une forte prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle. Le besoin est estimé à 200 patients. La file active des enfants actuellement identifiés comme porteurs d'une maladie rénale est d'une centaine.

Il n'y a pas de médecins néphrologues à Mayotte. Deux médecins du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) suivent des patients phase de pré-dialyse. Ils organisent les transferts des patients à dialyser auprès des structures prenant en charge l'IRCT à La Réunion. Le problème reste la prise en charge de patients jeunes mineurs qui arrivent clandestinement au rythme de 1 par mois en insuffisance terminale et qu'il est difficile d'orienter vers La Réunion.

Une mission trimestrielle en provenance de la Réunion assure le suivi des 7 patients en dialyse péritonéale à Mayotte.

Une unité d'autodialyse assistée de 20 postes, située dans les locaux du CHM et gérée par une société privée doit accueillir des patients en IRCT à la fin de l'année 2011. Cette offre évitera que 20 patients par an ne partent à la Réunion pour se faire soigner.

### 2 Plan d'actions 2012-2016

La prise en charge des patients relevant d'une épuration extra-rénale s'inscrit dans les orientations suivantes :

- Maîtriser l'évolution constante des besoins
- Garantir au patient l'accès à la totalité des techniques et modalités de suppléance
- Améliorer le niveau d'information des patients, leur réinsertion professionnelle et sociale
- Renforcer la prise en charge au plan de la qualité et de la sécurité

#### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Mettre en place un recueil épidémiologique de l'IRCT à Mayotte pour identifier les besoins et développer une gradation de l'offre de soins

— **Objectif 2** : Structurer une offre de soins sur le territoire de Mayotte permettant d'atteindre une autonomie partielle de fonctionnement :

**Action 1** : Développer une prise en charge au long cours par une structuration de l'offre à Mayotte :

- poursuivre le développement de la dialyse péritonéale, en particulier chez l'enfant

- proposer à terme, l'ensemble des modalités de dialyse

**Action 2 :** Autoriser sur le territoire de santé de Mayotte :

- Une implantation de dialyse en centre
- Une implantation d'une unité de dialyse médicalisée
- Deux implantations d'unités d'autodialyse assistée
- Une implantation de dialyse péritonéale

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1 :** Créer une structure de dialyse ayant les missions suivantes :

- Permettre une expertise néphrologique
- Identifier les priorités organisationnelles
- Etablir un calendrier de montée en charge de la dialyse à Mayotte
- Initier et suivre les patients dialysés péritonéaux
- Assurer les replis de tous les patients dialysés
- Suivre les patients transplantés rénaux
- Conduire des enquêtes épidémiologiques
- Contribuer au dépistage ciblé et à la prévention de l'IRCT
- Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient
- Prendre en charge les patients de typologie plus lourde (AVC...)

— **Objectif 2 :** Optimiser le recours aux évacuations sanitaires vers La Réunion en permettant techniquement la mise en route de la dialyse chronique à Mayotte

— **Objectif 3 :** Mieux prendre en compte la greffe rénale et les patients greffés vivants à Mayotte

**Actions :**

- Suivre les patients transplantés rénaux sur le territoire de santé de Mayotte en coopération avec le CHR de la Réunion
- Initier une réflexion sur le territoire de Mayotte sur le prélèvement d'organes chez les sujets en état de mort encéphalique ou sur donneur vivant

— **Objectif 4 :** Améliorer la prise en charge des patients en situation de risque vis-à-vis de l'IRC

**Actions :**

- Sensibiliser les médecins à la néphroprotection
- Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée
- Faire connaître et diffuser les recommandations de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé
- Améliorer la prise en charge et le suivi des populations à risques spécifiques (pathologies vasculaires et diabétiques)
- Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce de l'IRC de l'enfant
- Conforter la place de la diététique pour prévenir les complications chez les patients en IRC
- Poursuivre les actions de sensibilisation de la population et de formation des professionnels de santé pour mieux prendre en charge les patients à risque d'insuffisance rénale chronique et notamment changer l'image de la dialyse
- Réduire le nombre de dialyses en urgence

— **Objectif 5** : Prendre en compte les difficultés des patients de Mayotte devant être suivis à la Réunion

**Actions :**

- Recruter des familles d'accueil
- Mobiliser la maison des mahorais pour les patients de Mayotte en IRCT devant être suivis à La Réunion.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Favoriser la coopération ville et hôpital au sein du territoire de santé

**Actions :**

- Elaborer des protocoles de prise en charge des enfants en dialyse péritonéale (DP) en collaboration avec les infirmiers libéraux et les structures impliquées dans la DP
- Favoriser les liens entre les médecins généralistes, les cardiologues et les endocrinologues afin de développer une éducation thérapeutique mutualisée sur les thématiques : insuffisance rénale, cardiopathies et diabète
- S'appuyer sur les contrats d'exercice libéral des infirmiers libéraux pour les soins à domicile
- Structurer l'activité d'un réseau ayant pour missions : prévention, élaboration de protocoles, staff commun, mise en place d'évaluation des pratiques professionnelles, mesure de la qualité de vie des patients en collaboration avec les associations de patients.

— **Objectif 2** : Favoriser la coopération entre le CHM et le CHR de La Réunion

- Organiser des consultations avancées de néphrologie pédiatrique en collaboration avec le CHR de La Réunion

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Dépister les personnes à risque d'IRC

**Actions** : Prévenir et améliorer le dépistage de l'IRCT :

- Dépister les sujets à risque (patients diabétiques et hypertendus),
- Mobiliser le réseau de santé de diabétologie,
- Organiser le dépistage des maladies rénales en collaboration avec la médecine du travail et la médecine scolaire.

## 3 Objectifs en implantations

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Dialyse en centre	0	1
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	0	1
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée	1	2
Dialyse à domicile par hémodialyse	0	0

## 4 Indicateurs de suivi

- Part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale
- Part des patients suivis hors centre

# Activité de soins

## « Traitement du cancer »

### 1 Éléments du diagnostic territorial

La prise en charge des patients porteurs de cancers est réalisée au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

270 patients atteints de cancer ont été suivis en 2010. Près de mille séances de chimiothérapie ont été réalisées. 58 % des séances concernaient des assurés sociaux et 42 % des personnes sans couverture assurance maladie.

Le CHM n'a pas d'agrément pour pratiquer la chirurgie des cancers du fait que les seuils de l'Institut National du Cancer ne sont pas atteints à ce jour.

L'absence d'offre de soins en soins de suite et de réadaptation et en hospitalisation à domicile fragilise le parcours de soins des patients.

Le CHM et les établissements de la Réunion coopèrent dans cette activité de soins : missions régulières de médecins oncologues au CHM, participations des praticiens du CHM aux réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) en visioconférences, adhésion du CHM au réseau régional de cancérologie (ONCORUN).

Le dépistage du cancer du col utérin est organisé à Mayotte pour les femmes âgées de 25 à 65 ans par l'association REDECA.

### 2 Plan d'actions 2012-2016

#### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Poursuivre la structuration de l'activité de cancérologie

##### Actions :

- Créer un service de cancérologie organisé autour de prises en charge en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour (8 lits, 8 places),
- Former l'ensemble des personnels à la prise en charge des patients atteints de cancers : annonce d'un cancer, douleur chronique, soins palliatifs,
- Renforcer le partenariat avec les médecins de ville,
- Développer une offre d'hospitalisation à domicile afin en particulier de réaliser des chimiothérapies à domicile,
- Mettre en place un système de recueil de l'activité en cancérologie.

— **Objectif 2** : Améliorer l'accès à une prise en charge chirurgicale des cancers

**Action** : Identifier les conditions nécessaires pour obtenir l'autorisation de pratiquer la chirurgie de certains cancers féminins dans les 5 ans :

- o Evaluation des besoins en chirurgie des cancers,

- Evaluation des compétences locales existantes.

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Améliorer la qualité des soins en cancérologie

### Actions :

- Structurer la gradation des soins et coopération entre le niveau 1 de Mayotte et les niveaux 3 de référence de La Réunion,
- Renforcer le partenariat avec les équipes réunionnaises dans l'attente de l'autorisation de pratiquer la chirurgie oncologique afin de développer des compétences locales.

## — Actions de prévention du cancer

- Poursuivre le dépistage du cancer du col utérin,
- Mettre en place le dépistage du cancer du sein à Mayotte.

## — Actions de coopération

- Renforcer le partenariat et le réseau entre les équipes chirurgicales de Mayotte et de La Réunion dans la perspective d'un accompagnement médical (échanges de pratiques permettant à terme la réalisation à Mayotte d'interventions pour cancers),
- Mettre en place une convention avec le CHR de la Réunion pour le recours à la médecine nucléaire,
- Mettre en place une convention entre le CHM et les services d'anatomo-pathologie de la Réunion.

## 4 Indicateurs de suivi

- Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour,
- Part des séjours en cancérologie en hospitalisation à domicile pour des traitements curatifs du cancer (poursuite de chimiothérapie),
- Part des patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés.

# Hospitalisation à Domicile

## 1 Éléments du diagnostic territorial

L'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) n'est pas développée à Mayotte. L'application des objectifs nationaux à Mayotte engagerait la création de 40 à 45 places.

Malgré certaines contraintes (absence de transports sanitaires privés, nombre insuffisant de médecins libéraux...) la mise en place de cette activité à Mayotte se justifie pour les raisons suivantes :

- Répondre à un besoin au niveau du territoire de santé (une coupe transversale effectuée en 2009 au sein du CHM avait recensé un besoin de 8 320 journées correspondant à environ 20 patients) ;
- Développer les alternatives à l'hospitalisation ;
- Désengorger des services de court séjour du Centre Hospitalier de Mayotte.

Pour les prochaines années, quatre domaines ont été identifiés comme prioritaires :

- Réinsertion réadaptation ;
- Périnatalité et pédiatrie ;
- Chimiothérapies pour cancer ;
- Soins palliatifs.

La création d'une HAD, estimée à 30 places, serait complémentaire au projet SSR et permettrait de fluidifier le circuit du patient compte tenu du manque de lits d'aval.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Implanter une activité d'hospitalisation à domicile sur le territoire de santé de Mayotte ;

**Action 1** : Conforter le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD ;

**Action 2** : Développer les prises en charge en lien avec le service SSR des patients nécessitant une rééducation : l'HAD de rééducation s'adresse à des patients nécessitant la poursuite d'une rééducation pluri-professionnelle dans le but d'un gain fonctionnel. Elle constitue, au décours d'une hospitalisation en court séjour ou en MPR, une alternative à l'hospitalisation pour des patients ne souhaitant pas poursuivre leurs soins en établissements de santé. Elle permet de prolonger au domicile une rééducation intensive ;

**Action 3** : Développer les prises en charge des patients relevant de soins palliatifs : En lien avec le médecin traitant, la prise en charge d'un malade en fin de vie à domicile est nécessairement pluri-professionnelle (médecin, infirmière, psychologue, assistante sociale,...). L'HAD organise l'accès à ces professionnels pour les patients et leur entourage. La permanence des soins étant primordiale pour faire face aux situations d'urgence, des protocoles d'urgence seront définis en lien avec les structures hospitalières et les libéraux ;

**Action 4** : Développer la prise en charge des chimiothérapies au domicile en lien avec les acteurs hospitaliers et les réseaux professionnels.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Optimiser le parcours entre HAD et établissements de santé

**Action 1** : Formaliser et évaluer les engagements conventionnels entre l'HAD et l'établissement de santé de référence de Mayotte (repli, répit et assistance technique) ;

— **Objectif 2** : Optimiser le parcours entre HAD et les professionnels de santé libéraux ;

**Action 1** : Réaliser une charte sur les critères de prise en charge des patients en ambulatoire et en HAD, à l'admission et durant la prise en charge ;

— **Objectif 3** : Optimiser le parcours entre HAD et les réseaux professionnels ;

**Action 1** : définir les modalités d'articulation avec les réseaux de santé, en particulier dans les domaines de la cancérologie, des soins palliatifs, de la périnatalité et de la gériatrie, de la réadaptation - réinsertion. ;

**Action 2** : définir les aspects suivants: modes de coordination, partage de l'information, protocoles de prise en charge, bonnes pratiques, organisation des filières, permanence des soins.

## 3 Objectifs en implantations par territoire de santé en 2016

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Implantation en hospitalisation à domicile	0	1

## 4 Indicateurs de suivi

- Convention entre l'HAD et l'établissement de référence du territoire de santé de Mayotte ;
- Charte de prise en charge ambulatoire ou hospitalière au domicile du patient ;
- Indicateurs issus de l'exploitation du PMSI HAD :
  - Durée moyenne de séjour totale et par mode de prise en charge ;
  - % de ré-hospitalisation post- HAD ;
  - % de patients par tranche d'âge ;
  - % par modes de prise en charge principal et associé ;
  - % selon provenance du patient (domicile, transfert...)
- GHT moyen.



## Equipements matériels lourds

# Equipements matériels lourds d'imagerie médicale

## 1 Eléments du diagnostic territorial

Les deux îles de l'Océan Indien ont, durant le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, réduit leur retard en matière d'équipements d'imagerie médicale, notamment Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et scanners, par rapport à la France métropolitaine.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Permettre pour chaque patient l'accès à un plateau d'imagerie conformément aux bonnes pratiques

**Action 1** : Procéder à la gradation des plateaux techniques d'imagerie par territoire de santé ;

**Action 2** : Réaliser une évaluation des besoins en IRM en 2014 afin de mesurer le nombre d'appareils à autoriser.

### — Qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1** : Ne pas augmenter le volume d'actes irradiants par habitant et donc diminuer l'irradiation par habitant ;

**Action 1** : Favoriser la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes chaque fois que possible, conformément au guide de bon usage des examens d'imagerie ;

**Action 2** : Mutualiser un temps plein de radiophysicien pour l'ensemble des installations irradiantes de la Réunion et de Mayotte ;

**Action 3** : Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie à l'ensemble des prescripteurs ;

**Action 4** : Promouvoir la radioprotection des patients avec une substitution conforme au guide de bon usage des examens d'imagerie ;

- **Objectif 2** : Permettre la télétransmission d'images entre professionnels de santé ;

**Action 1** : Organiser la disponibilité des images pour les différents utilisateurs, y compris au bloc opératoire.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Mieux dépenser ;

**Action 1** : Equilibrer et optimiser la productivité des machines d'imagerie médicale ;

**Action 2** : Utiliser les outils organisationnels de l'Agence Nationale d'appui à la Performance (ANAP) ;

— **Objectif 2** : Mieux prescrire ;

**Action 1** : Construire un système d'information et un archivage régional traçant notamment les prescriptions, leurs motifs et les conclusions des examens ;

**Action 2** : Constituer un observatoire régional de suivi et d'évaluation notamment des délais de rendez-vous, de l'utilité des examens et des possibilités de substitution.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

Le CHM et les cabinets de radiologie adhèrent au GIE-TOI.

Une convention de téléradiologie est en cours de signature. Il existe un projet de PACS régional.

### 3 Objectifs en implantations par territoire de santé en 2016

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
IRM		
Nombre d'appareils	1	1

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Scanners		
Nombre d'appareils	2	2 à 3

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
Gamma-caméras		
Nombre d'appareils	0	1
Nombre de sites	0	0 à 1

	Territoire de santé de Mayotte	
	2011	2016
TEP		
Nombre d'appareils	0	0
Nombre de sites	0	0

## 4 Indicateurs de suivi

Certains indicateurs seront redéfinis dans le cadre de l'observatoire.

- Nombre d'autorisations par équipement matériel lourd (IRM, scanner) ;
- Pourcentage des actes réalisés sur les nouveaux appareils d'IRM substitutifs à la radiologie conventionnelle, à la mammographie, au scanner ;
- Délais de rendez-vous pour scanner et IRM en tenant compte des rendez-vous programmés ou non et de différentes sources et outils : PMSI, SAE, ANAP, observatoire régional, IRM ;
- Nombre de coopérations utilisant la télémédecine en imagerie médicale par territoire de santé, évaluation de la valeur ajoutée dans la régulation des orientations et transferts de patients ;
- Etude médico-économique, substitution, service médical rendu, diagnostic précoce ;
- Analyse de pertinence et d'irradiation.

# Caisson hyperbare

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Conformément aux préconisations du SOSM 2005-2010, un caisson hyperbare est opérationnel depuis le début de l'année 2011 au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM). Situé à proximité du service des urgences, il dispose d'une capacité de 6 places. Initialement destiné aux urgences, l'activité d'oxygénothérapie hyperbare (OHB) a été très vite élargie aux traitements de certaines pathologies chroniques.

400 séances ont été recensées sur les 6 premiers mois d'activité du caisson, début prometteur permettant d'envisager l'atteinte des objectifs initiaux définis dans le projet médical.

L'enjeu pour les prochaines années est de promouvoir et développer l'activité d'oxygénothérapie hyperbare dans les indications classiques et récentes reconnues par l'HAS, cet équipement n'ayant pas vocation à répondre exclusivement à l'urgence.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité et efficience

— **Objectif 1** : Optimiser l'utilisation du caisson hyperbare afin d'éviter la perte de compétence des équipes médicales et « caisson master » et de rentabiliser l'équipement ;

**Action 1** : Faciliter un accès rapide au caisson hyperbare en cas d'accident (appel centre 15, préparation des équipes et du caisson) ;

**Action 2** : Pouvoir mobiliser une astreinte de sécurité formalisée ;

**Action 3** : Développer une activité de médecine hyperbare pour les pathologies chroniques dont l'indication est validée :

- Indications d'OHB chez les diabétiques ;
- Prise en charge des traumatismes/écrasements des membres ;
- Ulcère et gangrène ischémiques, surdité brusque, infection nécrosante des tissus mous ;
- Retards et défauts de cicatrisation ;

**Action 4** : Identifier l'activité selon qu'elle relève de la consultation externe, de l'hospitalisation de jour ou complète afin d'optimiser les résultats médico-économiques ;

**Action 5** : Informer régulièrement les professionnels de santé hospitaliers et libéraux des indications de l'OHB ;

— **Objectif 2** : Formaliser la collaboration entre le centre de référence en hyperbarie du CHR de la Réunion et le CHM ;

**Action 1** : Poursuivre les échanges de pratiques : formations, télé-expertise, staffs en commun, astreinte téléphonique, maintenance des équipements ;

**Action 2** : Evaluer l'épidémiologie des accidents de plongée de la zone Océan Indien ;

**Action 3** : Organiser une structure de médecine subaquatique (à titre onéreux pour l'activité de plongée de loisir).

### — Articulation avec la prévention

**Action 1** : Informer et sensibiliser les professionnels de la plongée ;

**Action 2** : Protocoliser la prise en charge initiale des accidents de décompression ;

**Action 3** : Mettre en place des actions de prévention.

### — Coopération avec les pays de la zone Océan Indien

**Action 1** : Formaliser les relations d'échanges et de coopération entre professionnels de la zone Océan Indien dans le cadre d'un réseau de coopération inter-régional ;

**Action 2** : Soutenir la création d'une Fédération de Médecine Hyperbare et Subaquatique de l'Océan Indien avec la Réunion, Mayotte, les Seychelles, Maurice et Madagascar.

3

## Objectif en implantations par territoire de santé en 2016

Une implantation d'un caisson hyperbare sur le territoire de santé de Mayotte.

4

## Indicateurs de suivi

- Nombre de séances de caisson hyperbare réalisées annuellement ;
- Répartition des séances par nature des pathologies traitées ;
- Nombre de patients pris en charge ;
- Nombre de séances par patient traité.

## Autres activités

# Activité de soins « Soins palliatifs »

## 1 Éléments du diagnostic territorial

Aucune réponse organisée n'est apportée en matière de soins palliatifs à Mayotte. Une collaboration entre l'équipe mobile de soins palliatifs du CHR Félix Guyon a été initiée avec le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

## 2 Plan d'actions 2012-2016

Les orientations en matière de soins palliatifs sont les suivantes pour le territoire de santé de Mayotte:

- Faire connaître la démarche palliative
- Diffuser la démarche palliative au sein du Centre Hospitalier de Mayotte et auprès de l'ensemble des professionnels de santé
- Poursuivre la coopération avec les structures identifiées de soins palliatifs implantées à la Réunion

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Améliorer la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs à Mayotte

#### Actions :

- Mettre en œuvre des actions de formation des acteurs de santé (DU de soins palliatifs, ..),
- Favoriser la promotion associative du bénévolat et de l'accompagnement de fin de vie,
- Identifier des lits de soins palliatifs en court-séjour et en soins de suite et de réadaptation (SSR),
- Prévoir une activité de soins palliatifs dans le cahier des charges des projets d'Hospitalisation à domicile (HAD).

### — Coopération / coordination hôpital-ville

- **Objectif 1** : Formaliser les coopérations entre les équipes du CHM et les équipes identifiées de La Réunion (USP, EMSP)

**Actions** : formations communes, échanges de pratiques, protocoles.

Etudier l'opportunité de la création d'une équipe mobile de soins palliatifs au sein du territoire de santé de Mayotte au cours de l'exercice du SROS-PRS selon les critères définissant cette activité.

# L'offre de soins hospitalière

## Soins de premier recours

# Maladies chroniques

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La population de Mayotte est principalement concernée par les problèmes de diabète, de maladies cardio-vasculaires et rénales avec des prévalences nettement supérieures aux moyennes nationales.

La nutrition est une réelle préoccupation de santé publique, préoccupation caractérisée par la coexistence de deux phénomènes :

- D'excès liés à la surconsommation croissante d'aliments riches en sucres et en graisses, source de surpoids et d'obésité chez les adultes ;
- De carences alimentaires chez les enfants se traduisant par des maladies graves telles que le marasme, le béribéri, etc...qui subsistent à Mayotte. Ces maladies ont des retombées graves en termes d'handicaps et de développement des enfants.

Pour lutter contre le développement de ces maladies chroniques, il convient de renforcer les actions sur les déterminants de santé et les facteurs de risque notamment environnementaux.

Concernant la prise en charge, au-delà du diagnostic et du traitement, les patients atteints de maladie chronique nécessitent un accompagnement au long cours.

Il importe qu'ils comprennent leur maladie et puissent concilier projet de vie et projets de soins, en vue d'une amélioration de leur qualité de vie et d'une réduction des complications et des hospitalisations.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif de développer ces compétences du patient.

L'offre actuelle se caractérise par une prédominance de l'hôpital pour la prise en charge des patients.

Les principaux constats sont les suivants :

- Des acteurs peu nombreux et peu coordonnés (médecine libérale peu développée, jeunes réseaux de santé, absence de service de HAD et de SSR) ;
- Une prise en charge ambulatoire embryonnaire et peu structurée ;
- Des professionnels de santé insuffisamment formés à l'ETP.

Les orientations visent à adapter le système de santé à la prise en charge des pathologies chroniques, en améliorant le parcours de santé du patient et la coordination des acteurs.

## — Accessibilité

— **Objectif 1** : Développer la qualité des soins autour du concept d'éducation thérapeutique, l'insuffisance des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire pesant sur l'activité curative ;

**Action 1** : Créer une unité de 3 lits d'hospitalisation de semaine de façon à mettre en place cette éducation à l'hôpital ;

**Action 2** : Mettre en place des actions coordonnées d'accompagnement et de programmes d'éducation thérapeutique afin de :

- Améliorer la qualité de vie des patients ;
- Diminuer la morbi-mortalité, en particulier cardiovasculaire, des patients obèses ;
- Diminuer les complications associées à l'obésité ;
- Améliorer les compétences d'auto soin et les difficultés d'observance.

**Action 3** : Créer une culture de l'observance et de l'éducation thérapeutique en sensibilisant tous les professionnels de santé, les patients, les aidants ;

**Action 4** : Créer un point d'accueil et d'information pour les patients et leurs familles en améliorant la coordination avec les structures existantes comme les réseaux de santé (en particulier Rédiabylang) ;

**Action 5** : Formaliser les relations entre les différents intervenants de la prise en charge d'un patient (établissements de santé, réseaux de santé, HAD, professionnels libéraux...) ;

— **Objectif 2** : Promouvoir le développement d'associations de patients à Mayotte ;

**Action 1** : Adosser l'émergence et le développement des associations de patients aux réseaux de santé ;

**Action 2** : Favoriser la participation des associations de patients dans le parcours de prise en charge des maladies chroniques ;

— **Objectif 3** : Mettre en place des dispositifs d'accompagnement des patients et des modalités de soutien aux familles ;

**Action 1** : Promouvoir la notion de « patient expert ou ressource », comme facilitateur d'écoute, de parole et de soutien, ainsi que de partage d'expériences et de compréhension du discours des soignants ;

**Action 2** : Organiser un dispositif local de formation pour ces « patients ressource » ;

**Action 3** : Encourager le développement de programmes d'apprentissage et d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques à Mayotte ;

— **Objectif 4** : Développer des outils d'information et de communication en direction des patients et de leur famille ;

**Action 1** : Créer un portail régional, avec un annuaire des ressources disponibles par territoire, pathologie et secteur d'activité (établissements de santé, HAD, associations, réseaux, professionnels de santé libéraux, associations de patients...);

**Action 2** : Elaborer une plaquette d'information en direction des professionnels de santé et de leurs patients sur les filières de prise en charge par grande pathologie chronique prioritaire à Mayotte (diabète, obésité, IRC, malnutrition des enfants...) diffusée au moment de l'admission en ALD, et par le biais d'autres professionnels de santé (pharmacien, infirmier, diététicien,...).

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Développer une éducation thérapeutique de qualité et de proximité en lien avec les associations d'usagers ;

**Action 1** : Favoriser le développement et l'organisation de l'offre :

- A l'hôpital : structurer les programmes d'ETP autorisés autour d'unités transversales d'éducation thérapeutique (Utep) ;
- En ambulatoire : encourager l'ETP au sein des réseaux de santé et des centres de référence ;

**Action 2** : Favoriser le développement des différents programmes d'ETP autorisés par pathologie sur le territoire de santé de Mayotte ;

**Action 3** : Créer une structure ressource pour l'ETP à l'échelon régional (Plateforme ETP), chargée de :

- Augmenter la qualité de l'offre d'ETP à Mayotte par la formation des professionnels de santé et l'amélioration de la coopération interprofessionnelle ;
- Harmoniser les pratiques d'ETP par la diffusion d'informations et d'outils ;
- Devenir un espace référent en matière de documentation sur la thématique d'ETP ;
- Proposer au patient une éducation personnalisée et adaptée à sa pathologie ;
- Développer une démarche qualité d'ETP ;

**Action 4** : Mettre en place une formation régionale de 1<sup>er</sup> niveau ;

— **Objectif 2** : Améliorer la prise en charge, notamment éducative, de certaines pathologies chroniques prioritaires à Mayotte, à l'instar du diabète et de la malnutrition ;

**Action 1** : Mener une action régionale pour améliorer la prise en charge de la malnutrition en particulier chez l'enfant, en lien avec les médecins hospitaliers et libéraux, les pédiatres, les médecins scolaires, les PMI et l'ensemble des acteurs de santé de Mayotte ;

**Action 2** : Coordonner l'action des différents partenaires afin d'assurer la continuité des programmes d'appui tels que :

- L'opération « un fruit pour la récré » pilotée par la DAF en lien avec le Vice-Rectorat et les communes ;
- Les ateliers d'éducation nutritionnelle pilotés par l'IREPS en lien avec la PMI et la CAF etc...

Ces opérations permettant d'améliorer l'accès aux produits de première nécessité et accompagner le changement comportemental de la population en matière de nutrition à Mayotte.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Fluidifier les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques ;

**Action 1** : Organiser des filières de prise en charge en matière de diabète, obésité, IRC, asthme et maladies respiratoires chez les patients adultes à Mayotte ;

**Action 2** : Au sein de ces filières, identifier une filière spécifique ETP sur le territoire de santé de Mayotte, fondée sur la complémentarité des structures ambulatoires et hospitalières dans le parcours éducatif du patient ;

**Action 3** : Promouvoir auprès des infirmiers libéraux la mise en place de fiches de surveillance clinique et de prévention hebdomadaire du patient diabétique insulino-traité de plus de 60 ans ;

— **Objectif 2** : Mettre en place un dispositif de coopération et de coordination ;

**Action 1** : Optimiser la coordination de la prise en charge globale du patient à l'échelle du territoire, à travers la généralisation du plan personnalisé de soins (PPS) à toutes les pathologies chroniques ;

**Action 2** : Réfléchir à l'émergence d'un nouveau métier au sein de l'hôpital : « coordonnateur de parcours de santé », intervenant pivot chargé d'assurer le lien entre la ville et l'hôpital à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation ;

**Action 3** : Structurer l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques à Mayotte autour d'un « Pôle régional de référence », composé à parité de représentants hospitaliers, ambulatoires, associatifs et usagers, et auquel la plateforme ETP pourrait être rattachée ;

Ses principales missions :

- Epidémiologie ;
- Recherche ;
- Formation ;
- Prévention ;
- Cartographie/annuaire ;

**Action 4** : Créer une dynamique régionale partagée : comité de pilotage spécifique ETP réunissant l'ensemble des acteurs concernés (hospitaliers, SSR, HAD, réseaux, associations, usagers, professionnels de santé libéraux...) et piloté par l'ARS.

## — Articulation avec la prévention et le médico-social

— **Objectif 1** : Prévenir l'apparition des pathologies chroniques par des actions sur les déterminants de santé et les conduites à risque ;

**Action 1** : Encourager la prévention ciblée chez les enfants à risque en matière de malnutrition en partenariat avec la PMI ;

**Action 2** : Faciliter l'accès des patients aux différents ateliers d'éducation à la santé (nutrition, activité physique,...) par une plus grande lisibilité et une meilleure coordination des dispositifs existants par territoire.

## 4 Indicateurs de suivi

- Nombre de personnes formées à l'ETP ;
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une ETP ;
- Nombre d'action de sensibilisation et de dépistage réalisées.

# Activité de soins

## « Accidents Vasculaires Cérébraux »

### 1 Éléments du diagnostic territorial

A Mayotte, la prise en charge des AVC est assurée au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et le suivi post-AVC est réalisé dans le cadre des soins de premier recours dans les dispensaires ou en médecine libérale.

La connaissance de l'épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est peu développée. 146 séjours pour AVC ont été recensés à partir de la base PSMI du CHM en 2010.

Accidents vasculaires constitués	124
Accidents ischémiques transitoires	18
Hémorragies sous-arachnoïdiennes	4
Total	146

La pratique de la thrombolyse n'est pas développée. Les patients ne peuvent pas bénéficier d'un avis spécialisé en neurologie et l'absence de soins de suite et de réadaptation (SSR) obère la qualité de la réadaptation.

Dans les suites, dans plus de la moitié des cas, le patient rentre à domicile. Une prise en charge pluridisciplinaire (médecins libéraux, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes) est organisée dans le cadre des soins de ville.

### 2 Plan d'actions 2012-2016

#### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Prendre en charge les accidents vasculaires cérébraux à Mayotte dans le cadre d'une filière organisée :

**Action 1** : Organiser une filière de prise en charge des AVC de l'appel au Centre 15 à la prise en charge en court-séjour à Mayotte,

**Action 2** : Dès l'implantation de l'IRM et de la télé-médecine, développer la mise en place de protocoles de fibrinolyse avec télé-expertise depuis les hôpitaux de la Réunion (interprétation des images et pose du diagnostic en concertation et en temps réel avec les médecins réunionnais)

**Action 3** : Disposer d'une offre de soins permettant la prise en charge précoce des AVC.

— **Objectif 2** : Améliorer les pratiques professionnelles

**Action 1** : Elaborer des protocoles de prises en charge des AVC et promouvoir des actions de formation auprès des professionnels de santé de Mayotte,

**Action 2** : Faire connaître et diffuser les recommandations de la HAS auprès des professionnels de santé,

**Action 3** : Former tous les professionnels de santé intervenants de la filière : urgentistes, radiologues, personnel soignant, régulation SAMU, médecins généralistes.

— **Objectif 3** : Développer la télémédecine (téléconsultation neurologique, téléradiologie) dans la prise en charge des AVC

**Action 1** : Disposer d'un dossier unique informatique dès la prise en charge du malade AVC,

**Action 2** : Permettre aux radiologues experts de pouvoir exploiter les images recueillies à distance.

**Action 3** : Mettre en place un système de télémédecine permettant une supervision par les neurologues et le service de neuroradiologie du CHR

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Mettre en œuvre l'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes en perte d'autonomie en lien avec la Maison des Personnes Handicapés (MPH).

— **Objectif 1** : Renforcer la coopération entre les filières neurovasculaires de la Réunion et les acteurs prenant en charge les AVC à Mayotte :

**Action 1** : Intégrer le territoire de santé de Mayotte dans le comité technique AVC dont les missions sont les suivantes :

- contribuer à la définition et au suivi de la mise en œuvre de la politique régionale de prise en charge de l'AVC et du déploiement du plan AVC 2010-2014,
- articuler les champs sanitaire et médico-social pour assurer la fluidité des filières.

— **Objectif 2** : Développer la connaissance de la pathologie des AVC à Mayotte :

**Action 1** : Associer les acteurs de santé de Mayotte à la mise en place d'un réseau régional sur les AVC (création d'un système d'information régional sur l'AVC).

## — Articulation avec la prévention

Promouvoir et valoriser les actions de sensibilisation aux maladies cardio-neurovasculaires

### **3 Objectifs en implantations par territoire de santé en 2016**

Il n'y a pas lieu d'implanter une unité neurovasculaire sur le territoire de santé de Mayotte.

### **4 Indicateurs de suivi**

Ils seront définis dans le cadre du réseau régional AVC.

# Périnatalité

## 1 Éléments du diagnostic territorial

### — Quelques indicateurs

Indicateurs	Mayotte	Réunion	France
Naissances domiciliées en 2009	7 658	14 299	842 765
Taux de natalité 2008 pour 1000 habitants	41,1	18,3	12,8
Taux de fécondité en 2008	164,0	68,4	51,9
Ratio de femmes pour lesquelles il s'agit du premier accouchement	2 /10	4/10	4/10
% de femmes ayant eu une IVG	21,6 %	19,5 %	12,1 %
% d'accouchement concernant des femmes de moins de 20 ans	11 %	8 %	2 %
% de femmes ayant eu moins de 7 consultations	49 %	11 %	9 %
% de femmes ayant eu plus de 3 échographies pendant leur grossesse	19 %	69 %	nr*

\*nr : non renseigné

### — Un retard dans réalisation de la première consultation prénatale et un suivi prénatal insuffisant

80 % des femmes enceintes à Mayotte bénéficient au moins d'une échographie mais elle n'est réalisée qu'après la douzième semaine d'aménorrhées ce qui est trop tardif.

35 % des parturientes n'ont qu'une seule échographie obstétricale alors que la Haute Autorité en Santé recommande trois échographies pendant la grossesse.

L'entretien précoce ou entretien du 4ème mois n'a été réalisé que pour 4 % des femmes et 12 % ont connaissance du réseau de santé en périnatalité.

En raison d'un manque d'effectifs médicaux, les consultations d'anesthésie du neuvième mois sont réservées aux femmes enceintes mineures pour la mise en œuvre d'analgésie péridurale et aux femmes enceintes présentant une pathologie médicale ou un antécédent de césarienne.

### — Des bonnes pratiques d'orientation des grossesses à risque à promouvoir

Les femmes enceintes présentant une grossesse à risque doivent bénéficier d'un suivi spécifique et être orientées pour l'accouchement vers la maternité du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

L'interprétation variable des critères utilisés par les professionnels pour caractériser les grossesses à bas et haut risque se traduit par des transferts insuffisants des grossesses à risque des maternités périphériques vers la maternité de référence du CHM.

## — Qualité et sécurité des accouchements sur le site de référence du CHM

La maternité de référence est implantée sur le site de principal de MAMOUDZOU.

En 2010, 4249 accouchements ont été réalisés sur le site de Mamoudzou, sur les 7226 accouchements réalisés sur l'Île de Mayotte. La non-conformité des locaux et des moyens au regard du décret Périnatalité a justifié des travaux de rénovation du Bâtiment Mère-Enfant dans lequel est situé le service actuel de maternité (45 lits).

Cette rénovation est programmée pour 2012 et sera achevée fin 2013. A cette date, la capacité du service sera portée à 72 lits et le nombre de salles d'accouchements passera de 4 à 7 salles.

Ces moyens nouveaux garantiront une meilleure sécurité périnatale et évitera les transferts actuels dans les heures suivants l'accouchement de la Maternité de Mamoudzou vers les 4 maternités périphériques.

Les femmes sortent le plus souvent le lendemain de l'accouchement lorsqu'il a été réalisé sur le site de MAMOUDZOU. Cette situation ne permet pas la réalisation des tests de dépistage néonatal qui sont réalisés le 3<sup>ème</sup> jour après la naissance.

Le service de néonatalogie comporte 21 lits dont 4 lits de réanimation néonatale, 8 de soins intensifs et 9 de néonatalogie.

Les taux d'occupation en 2009 sont élevés 125 % dont 194 % en réanimation ce qui se traduit par une durée de séjour courte : 7 jours en réanimation ; 7,8 en soins intensifs et 7 jours en néonatalogie.

## — Qualité et sécurité des accouchements en centres périphériques

Les accouchements au sein des centres périphériques se font sur un plateau technique ne disposant pas de dépôt sanguin, sans possibilité d'intervention dans les 20 minutes d'un obstétricien, d'un anesthésiste-réanimateur ou d'un pédiatre. En cas d'urgences, il y a lieu de transférer la parturiente vers la maternité de référence au CHM.

Nombre d'accouchements	Maternité centre	Maternité Sud	Maternité nord	Maternité de Koungou *	Maternité de Petite Terre
Année 2010	834	694	693	322	434

*\*Site supprimé en octobre 2010*

L'observation de l'évolution de ces chiffres sur la période 2011 – 2016 doit permettre d'étudier la possibilité à terme de reconversion d'une ou plusieurs maternités périphériques dès lors que le nombre de lits Mère-Enfant peut passer à partir de 2014 de 45 à 70 lits sur Mamoudzou.

Selon l'évolution d'activité des centres périphériques, une transformation en centre périnatal de proximité ou une conversion des lits pourront être étudiées.

## — Le déroulement des consultations post natales

La consultation post natale a pour objectif de surveiller l'état du périnée, de prévenir une grossesse ultérieure et de vérifier le poids du nourrisson et ainsi que la réalisation des tests de dépistage.

Plus de 80% des femmes de Mayotte ne viennent en consultations post natales qu'après le troisième mois, ce qui est trop tardif en particulier pour réaliser la vaccination du nouveau-né par le BCG.

## — Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Le nombre d'IVG et de grossesses est très important à Mayotte. Il se stabilise chez les mineures autour de 13 % depuis 1998.

Il convient de souligner que près de 8 à 10 % des demandes d'IVG sont tardives, s'effectuant entre la douzième et la quatorzième semaine d'aménorrhée, posant ainsi un réel problème de prise en charge une fois ce délai passé (pas de lieu d'accueil, difficultés pour les accouchements sous X, pas de prise en charge sociale ...).

Le nombre d'IVG médicamenteuses rapporté au nombre d'IVG chirurgicales est passé de 19 % en 2003 à 58 % en 2009.

## — Procréation médicalement assistée (PMA)

Le bilan de première intention est réalisé à Mayotte et les couples sont ensuite orientés vers les centres de PMA agréés de La Réunion.

2

## Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

— **Objectif 1** : Renforcer le suivi prénatal des femmes enceintes dans les structures sanitaires ;

**Action 1** : Réduire le délai entre le début de la grossesse et la première consultation prénatale ;

- Réaliser des campagnes d'information pour sensibiliser sur l'importance d'une prise en charge précoce de la grossesse ;
- Organiser une journée annuelle d'information sur la grossesse ;

**Action 2** : Augmenter le nombre d'échographies obstétricales par femme ;

- Sensibiliser les femmes sur la nécessité de réaliser une première échographie dès le début de la grossesse ;
- Développer les coopérations entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes pour la pratique des échographies obstétricales ;

**Actions 3** : Améliorer le suivi des femmes enceintes pour tendre vers sept consultations de suivi par femme ;

— **Objectif 2** : Améliorer la prise en charge des grossesses à risque ;

**Action 1** : Mettre en place une filière de suivi des grossesses à haut risque sur les sites du CHM ;

**Action 2** : Développer les prises en charge en hospitalisation de jour pour les grossesses à risque ;

**Action 3** : Favoriser le suivi des parturientes à domicile en cas de menace d'accouchement prématuré ;

**Action 4** : Organiser une visite post natale pour toutes les femmes ayant eu une grossesse pathologique ;

— **Objectif 3** : Développer le diagnostic ante-natal ;

**Action 1** : Développer une activité de diagnostic ante-natal en coopération avec le Centre Hospitalier Régional de la Réunion ;

**Action 2** : Développer la télémédecine en matière de diagnostic ante-natal ;

— **Objectif 4** : Améliorer la prise en charge de l'infertilité ;

**Action 1** : Conduire une réflexion avec les acteurs libéraux et hospitaliers (en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des couples) ;

**Action 2** : Définir un plan d'action à mettre en œuvre dans le cadre du SROS ;

**Action 3** : Développer l'activité biologique relative à la préparation du sperme en vue d'une insémination ;

— **Objectif 5** : Développer la médecine néonatale ;

**Action 1** : Augmenter l'activité de néonatalogie dans les segments de la réanimation, des soins intensifs et de la néonatalogie ;

**Action 2** : Assurer la mise en œuvre des 5 dépistages néonataux, en améliorant le délai de réalisation (dans les 72 h de vie du nouveau-né) ;

**Action 3** : Assurer une formation à la pratique de la réanimation néonatale pour les médecins en charge du SMUR et des EVASAN ;

**Action 4** : Pérenniser la participation (débutée en 2011) des services de maternité et néonatalogie du CHM à l'observatoire de la grande prématurité pour disposer de données épidémiologiques locales (mortalité et morbidité périnatale).

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Renforcer les capacités de prise en charge des naissances sur le site principal de Mamoudzou ;

**Action 1 :** Mettre en place des indicateurs de suivi de morbi-mortalité de la grossesse et de la naissance à Mayotte ;

- Identifier des indicateurs de suivi de morbi-mortalité foeto-maternels ;
- Elargir la revue de morbi-mortalité (RMM) en périnatalité au CHM aux services de pédiatrie, santé publique et anesthésie ;
- Mettre en place un registre des malformations congénitales ;
- Réaliser un audit de la périnatalité avant l'échéance du SROS-PRS en 2016.

**Action 2 :** Mettre aux normes l'activité pour une prise en charge sécurisée de l'accouchement ;

- Conforter une garde sur place d'anesthésiste dédiée à l'obstétrique ;
- Doubler la garde sur place en obstétrique conditionnée par l'ajustement de l'effectif médical nécessaire ;
- Permettre l'accès à l'analgésie obstétricale sur indications particulières ;

**Action 3 :** Améliorer la prise en charge en suites de couche :

- Optimiser la durée moyenne de séjour en maternité ;
- Développer les transferts précoces en suites de couche vers les centres de référence selon le lieu de résidence des parturientes ;
- Etablir une convention entre le CHM et le CHR de la Réunion pour développer une activité de lactarium à Mayotte ;
- Renforcer la capacité d'hébergement en gynécologie-obstétrique ;
- Offrir l'accès à la ligature de trompes pour les femmes en dehors des césariennes.

— **Objectif 2 :** Expérimenter dans les centres de référence la prise en charge des accouchements non pathologiques par les sages-femmes dans le cadre d'une coopération avec les gynécologues obstétriciens ;

**Action 1 :** Sécuriser la prise en charge des accouchements par le développement de coopération entre sages-femmes et gynécologues obstétriciens conformément à l'article 51 de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire ;

**Action 2 :** Sécuriser la prise en charge des accouchements grâce à l'utilisation de la télémédecine (téléconsultations, télé-échographies) ;

**Action 3 :** Sécuriser le transfert des parturientes des centres de référence vers le site principal de Mamoudzou ;

- Etablir un protocole entre le CHM et le SDIS pour la gestion des transferts de nuit entre la Petite Terre et Grande Terre ;
- Protocoliser la prise en charge des hémorragies sévères du post-partum dans le cadre des transferts ;
- Former les médecins du SMUR à la prise en charge d'un accouchement en urgence d'ici 2014 ;
- Mettre en place les transports sanitaires privés ;

**Action 4 :** Optimiser la prise en charge de la mère et de l'enfant au sein des centres de référence

- Mettre en place, en collaboration avec les Pédiatres travaillant dans les maternités périphériques et les médecins de PMI, une consultation suivie des nourrissons bien portants ;
- Renforcer la coopération entre les centres périphériques et le site de référence ;
- Renforcer la prise en charge sociale de la mère et de l'enfant ;

— **Objectif 3** : Promouvoir une rééducation dans le cadre du post-partum pour réduire les conséquences de la grossesse et de l'accouchement portant sur le périnée, la continence, le rachis, la ceinture pelvienne et la sangle abdominale ;

— **Objectif 4** : Améliorer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;

**Action 1** : Renforcer l'offre en consultations d'orthogénie ;

**Action 2** : Développer la formation des médecins généralistes à l'IVG médicamenteuse ;

**Action 3** : Renforcer la formation des médecins et des sages-femmes en matière de contraception.

## — Efficience

— **Objectif 1** : Favoriser dans le cadre de la création en cours du CHRU de la Réunion, la possibilité que les deux praticiens PU-PH prochainement affectés aux disciplines périnatales puissent réaliser sur les services du CHM des missions régulières visant à promouvoir un encadrement médico-pédagogique des équipes et l'optimisation d'un fonctionnement mieux concerté pour la prise en charge périnatale entre Réunion et Mayotte (protocoles communs, Evasan, Formation, expertise....) ;

Dans ce sens, une convention spécifique prévoyant les modalités de coopération devra être signée entre le CHM et le CHRU. Cette coopération pourra également prévoir un volet particulier pour les prises en charge carcinologiques.

— **Objectif 2** : Améliorer les pratiques professionnelles en matière de périnatalité ;

**Action 1** : Conforter le réseau périnatal afin d'harmoniser les pratiques et mettre en place des formations communes ;

**Action 2** : Définir des critères communs entre les différents acteurs du suivi des grossesses pour caractériser les grossesses à bas et haut risque pour assurer la bonne orientation ;

**Action 3** : Renforcer la compétence des médecins et des sages-femmes par l'organisation de formations : grossesse pathologique, échographie,...

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Renforcer les liens entre la Protection Maternelle et Infantile (PMI), les opérateurs en santé (professionnels de santé, dispensaires, centres de référence, CHM) et la médecine scolaire afin de conduire des actions coordonnées ;

**Actions 1** : Développer l'information et la sensibilisation des populations sur ce thème ;

- Sensibiliser la population, les professionnels de santé et les collectivités locales ;
- Développer les lieux d'information en milieu scolaire et au sein des mairies ;
- Favoriser la création d'associations ayant pour cible l'éducation des hommes en particulier ;
- Mettre en place un centre de planification familiale à Mayotte ;

**Actions 2 :** Développer des actions en direction des femmes enceintes et des jeunes accouchées ;

- Aborder la sensibilisation à la contraception dès l'entretien du quatrième mois ;
- Mettre en place un entretien auprès des jeunes accouchées portant sur la contraception ;
- Sensibiliser au planning familial lors des visites post natales ;

**Actions 3 :** Développer l'éducation sexuelle et l'information sur la contraception en direction des jeunes femmes.

### 3 Implantations

	Mayotte	
	2011	2016
<b>Gynécologie-obstétrique</b>		
Gynécologie-obstétrique	0	0
Gynécologie-obstétrique avec néonatalogie	0	0
Gynécologie-obstétrique avec néonatalogie et soins intensifs	1	1
Gynécologie-obstétrique avec néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale	0	0

	Mayotte	
	2011	2016
<b>Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation</b>		
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	1

### 4 Indicateurs de suivi

**Grossesse- accouchement :**

- Part des séjours de nouveau-nés « sévères » réalisés en maternité
- Taux de césarienne par maternité

**IVG :**

- Part des établissements de santé pratiquant des IVG
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en établissement de santé
- Part d'IVG médicamenteuse pratiquée en dehors des établissements de santé

**AMP-DNP :**

- - Taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer.

# Pathologies de l'enfant et de l'adolescent

## 1 Éléments du diagnostic territorial

La population de Mayotte est très jeune : 53% de la population a moins de 20 ans, soit le pourcentage le plus élevé de tous les territoires français. La population de Mayotte est confrontée à un ensemble de problématiques afférentes à sa structuration démographique et économique.

- La situation nutritionnelle des enfants de Mayotte est considérée comme précaire pour la maigreur (5-10 %) et l'insuffisance pondérale (10-20 %). Depuis 2010, un dépistage de la malnutrition a été organisé dans les dispensaires ;
- La couverture vaccinale est insuffisante chez les 7-10 ans pour le DTP et le ROR et faible chez les 14-15 ans pour le DTP et le ROR ;
- Des programmes d'éducation et de promotion de la santé ont été élaborés sur un ensemble de thématiques (accidents domestique, paludisme, hygiène bucco-dentaires, conduites addictives, hygiène, IST/ SIDA, nutrition...). Face à la persistance de cas de Béri-Béri, un programme de prévention a été organisé. La sévérité des épidémies de bronchiolites a conduit à la mise en place d'un programme de prévention pour les prématurés, les enfants à risque ;
- S'agissant de la prise en charge des enfants handicapés, une maison du handicap est installée depuis 2010. Il n'existe cependant ni CAMPS, ni de centre d'accueil ambulatoire ou d'équipes mobiles pour la prise en charge multidisciplinaires des enfants handicapés.

Pour répondre à l'ensemble de ces besoins, les moyens sont structurés autour du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM). Il comporte 24 lits dont 4 lits de surveillance continu avec un taux d'occupation supérieur à 100%. Une unité de 8 à 10 lits est ouverte 3 mois par an pour faire face à l'épidémie de bronchiolite. Le CHM est centre de compétence pour la drépanocytose et la thalassémie.

Mayotte présente un déficit important de moyens humains puisque les compétences en pédiatrie se résument à un pédiatre libéral et onze pédiatres hospitaliers.

La prise en charge pédiatrique de proximité repose sur les médecins généralistes libéraux et les médecins exerçant en dispensaires. En matière de prévention, la médecine scolaire ne dispose que d'un médecin. Le dispositif de familles d'accueil est également insuffisant ayant besoin d'un placement. Une maison des adolescents existe depuis 2011, les relations avec le service de pédiatrie sont à développer.

## 2 Plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Renforcer la pédiatrie générale hospitalière ;

L'évolution des activités en pédiatrie générale et médecine néonatale au CHM fait que le système actuel, basé sur la polyvalence de l'équipe pédiatrique, commence à atteindre ses

limites : l'équipe ne parvient plus à couvrir de manière satisfaisante les activités des deux services de médecine infantile, de la maternité, et des urgences pédiatriques.

La problématique devient encore plus aigue durant la garde, lorsqu'un seul pédiatre doit prendre en charge l'ensemble de ces secteurs. Par ailleurs, la configuration actuelle peut rendre difficile la recherche de remplaçant(e)s lorsque l'équipe est incomplète. En effet la plupart des jeunes pédiatres sont désormais orientés soit vers la médecine néonatale, soit vers la pédiatrie, et la polyvalence exigée par l'organisation actuelle peut les décourager.

**Action 1** : Individualiser les secteurs d'activité néonatalogie et pédiatrie générale :

- Une équipe de pédiatres à orientation néonatale dont les missions seraient la visite en maternité, l'activité néonatale (réanimation, soins intensifs, médecine néonatale) ;
- Une équipe de pédiatres dont les missions seraient la pédiatrie générale, la gestion des lits en UHCD pédiatrique, la gestion de l'hospitalisation de jour, l'unité de surveillance continue ;

**Action 2** : Augmenter la capacité en lits d'hospitalisation complète en pédiatrie :

- Compte tenu de la demande en soins, il est prévu une capacité de 40 lits en séparant un secteur grands enfants et un secteur nourrissons. L'augmentation des lits d'aval permettrait à l'UHCD de retrouver sa vocation initiale d'accueil des patients en urgence et d'accueillir les enfants à orientation chirurgicale dans un environnement adapté ;
- Renforcer et identifier les moyens pour réaliser l'activité d'hospitalisation de jour pédiatrique ;
- Reconnaître l'une unité de surveillance continue pédiatrique ;

— **Objectif 2** : Améliorer la prise en charge des enfants aux urgences et en réanimation ;

**Action 1** : Mettre en place des protocoles d'accueil et de soins entre urgentistes et pédiatres dans l'attente de la mise en place d'une filière pédiatrique sous la responsabilité des pédiatres ;

**Action 2** : Optimiser la prise en charge des enfants non transportables relevant d'une réanimation pédiatrique (voir projet réanimation) ;

— **Objectif 3** : développer les consultations de pédiatrie en périphérique et généraliser la visite des nouveaux nés par des pédiatres ou médecins généraliste à orientation pédiatrique ;

**Action 1** : Renforcer la présence de pédiatres dans les centres de référence dont la mission serait de systématiser la visite des nouveau-nés obligatoire, développer des consultations de pédiatrie générale et spécialisée (diabète...).

## — Qualité et sécurité des soins

— **Objectif 1** : Améliorer les conditions de prise en charge de l'enfant hospitalisé

**Action 1** : Améliorer les conditions d'accompagnement des enfants hospitalisés à la Réunion ;

**Action 2** : Prévoir un hébergement pour les parents à proximité de l'hôpital ;

**Action 3 :** Poursuivre l'amélioration des conditions d'organisation des EVASAN en permettant la cohérence et la continuité du parcours de l'enfant ;

**Action 4 :** Créer un espace de jeux et de rencontre pour les familles dans le service de pédiatrie du CHM.

## — Efficience

- **Objectif 1 :** Favoriser dans le cadre de la création en cours du CHRU de la Réunion, la possibilité que les deux praticiens PU-PH prochainement affectés aux disciplines périnatales puissent réaliser sur les services du CHM des missions régulières visant à promouvoir un encadrement médico-pédagogique des équipes et l'optimisation d'un fonctionnement mieux concerté pour la prise en charge périnatale entre Réunion et Mayotte (protocoles communs, Evasan, Formation, expertise....) ;

Dans ce sens, une convention spécifique prévoyant les modalités de coopération devra être signée entre le CHM et le CHRU. Cette coopération pourra également prévoir un volet particulier pour les prises en charge carcinologiques.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1 :** Renforcer le dépistage et la prise en charge précoce du handicap

**Action 1 :** Evaluer la prévalence du handicap à Mayotte ;

**Action 2 :** Mettre en place un CAMPS en lien avec les structures pédiatriques de La Réunion ;

**Action 3 :** Renforcer la mise en œuvre des consultations des neuvième mois et vingt-quatrième mois en lien avec la PMI ;

**Action 4 :** Renforcer la mise en œuvre de visites systématiques de dépistage pour l'admission en cours préparatoire en lien avec la médecine scolaire ;

- **Objectif 2 :** Poursuivre la structuration de l'accompagnement des enfants confrontés à des situations de maltraitance

**Action 1 :** Améliorer l'accompagnement des enfants de la rue en lien avec la politique sociale et médico-sociale (observatoire des mineurs isolés, maison des adolescents, associations et structures d'accueil de jour, DAGO...)

**Action 2 :** Mettre en place une coordination l'orientation et la prise en charge des enfants victimes de violence (expertise médecine légale, orientation, lien avec l'ASE et les UNAS du Conseil Général) ;

- **Objectif 3 :** Développer les coopérations entre le CHM et les établissements de recours régional de la Réunion par la mise en place de consultations avancées sur les thématiques pédiatriques suivantes : diabétologie, oncologie, cardiologie, neurologie et néphrologie.

- **Objectif 4 :** Etablir une convention CHR-CHRU sur le XXXX en néonatalogie.

## — Articulation avec la prévention

— **Objectif 1** : Développer la prévention et l'éducation en direction des enfants, des adolescents et des parents ;

**Action 1** : Elaborer en multi partenariat (Conseil Général, Rectorat, CHM, IREPS...) un programme d'actions de prévention portant sur les thématiques suivantes : accidents domestique, hygiène bucco dentaire, conduites addictives, IST /SIDA, vaccination, comportements alimentaires, contraception et grossesse précoce ;

— **Objectif 2** : Renforcer la couverture vaccinale des enfants et des adolescents à Mayotte ;

**Action 1** : Organiser des campagnes de rattrapage vaccinal de 2011 à 2015 en lien avec la PMI ;

**Action 2** : Organiser des campagnes de rattrapage vaccinal en lien avec la médecine scolaire de 2011 à 2015 (vérification des carnets de vaccination et envoi vers les dispensaires) ;

**Action 3** : Organiser des campagnes de rattrapage vaccinal de 2011 à 2015 par l'équipe du carnet de vaccination du CHM dans les mairies ;

**Action 4** : Adapter le calendrier vaccinal à Mayotte en poursuivant la vaccination contre l'Hépatite B à la naissance et le BCG ;

**Action 5** : La vaccination par le PREVENAR doit faire l'objet d'une recommandation à confirmer au CHM ;

— **Objectif 3** : Poursuivre la lutte contre les maladies infantiles

**Action 1** : Poursuivre le programme de prévention du Béri Béri ;

**Action 2** : Initier un programme de prévention, de traitement et du suivi du RAA en s'appuyant sur la CIRE pour l'analyse des données ;

**Action 3** : Poursuivre le programme bronchiolite à savoir :

- Prévention : injection d'anticorps humanisés aux enfants à risque ;
- Ouverture d'une unité supplémentaire de 8 à 10 lits pour accueillir les enfants atteints de bronchiolite pendant quelques mois en fonction des besoins ;

**Action 4** : Renforcer le dépistage et la prise en charge de la malnutrition dans les dispensaires et les centres de référence ;

**Action 5** : Structurer le parcours de soins de l'enfant relevant du Centre de consultations spécialisées du CC MCRGREOI.

### 3

## Indicateurs de suivi

- Taux de recours en médecine ;
- Taux de pratique en médecine à temps partiel ;
- Part des séjours de médecine avec actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale ;
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours ;
- Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR.

# Permanence des soins en établissement de santé

## 1 Cadre national

*« La mission de permanence des soins consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins ou d'un équipement lourd autorisé(e) au titre de l'article R.6122-25, excepté celle de médecine d'urgence, en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanche et jours fériés. La PDS englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées (biologie, radiologie, pharmacie).*

*Cette mission peut, s'il y a lieu, être attribuée pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales. Le ressort géographique de la mission est la région ou le territoire de santé en fonction des activités de soins ».*

Le recensement du besoin doit se faire par implantation, discipline et ligne de garde. Cette mission de service public est abordée sous cet angle dans la partie sur SOSM relative aux transversalités.

## 2 Éléments du diagnostic territorial

La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) est une mission de service public. Il s'agit de l'accueil de nouveaux malades au sein des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Elle suppose la gradation des soins à l'échelon territorial le plus adapté selon les disciplines concernées. Les plages visées sont : les nuits (20h-8h), les samedis après midi (14h-20h), les dimanches et jours fériés.

Elle se distingue de la permanence des soins en ambulatoire (PDSA) qui correspond aux besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville. Le point d'articulation se situe dans les structures de médecine d'urgence qui assurent la coordination entre ville et hôpital.

Un diagnostic a été construit pour la Réunion et Mayotte selon la méthodologie suivante :

- Avril - mai 2011 : enquête sur l'organisation des lignes de gardes et d'astreintes par activité de soins au sein de chaque établissement de santé en Médecine, Chirurgie et Obstétrique ;
- Août 2011 : Réunion collective de travail (Réunion et Mayotte) sur le schéma cible (Directeurs, Présidents de CME, Fédérations d'établissements publics et privés MCO) ;
- Septembre 2011 : Enquête visant à connaître l'activité réalisée, au titre des nouveaux patients pris en charge, par ligne de gardes et d'astreintes et aider à la validation du diagnostic et des orientations retenues au SOSM.

Le diagnostic présenté ci-dessous reprend de manière synthétique l'état des lieux concerté de l'existant. Il inventorie l'ensemble des lignes de garde et d'astreinte existantes, par activité de soin, que ce soit au titre de la continuité d'activité ou de nouveaux patients.

Il reflète donc en partie les besoins à couvrir, sachant que les activités non couvertes sont identifiées.

Etat des lieux des besoins : Démarche concertée intégrant les nouveaux cas venus aux plages de la PDS ES et la continuité des soins aux mêmes plages				Perspectives concernant les nouveaux cas aux plages de la PDS ES	
Activité autorisée	Site d'implantation	Nombre de ligne de PDS ES (astreintes ou garde)	Modalités de PDS ES existante : - garde - astreinte opérationnelle - astreinte de sécurité	Niveau de recours souhaitable : . Régional : N3 . Infra régional : N2 . Territoire de Santé : N1 (dérogation a p rapport aux niveaux de recours SROS)	Modalités de PDS ES souhaitable : - garde - astreinte opérationnelle - astreinte de sécurité
Réanimation	CHM	2	1 ligne en gardes 1 ligne en astreintes forfaitisées	N2 (brulés)	gardes
Médecine générale et polyvalente	CHM	5	astreintes forfaitisées	N2	astreinte opérationnelle cas particulier de garde sur Petite Terre cpte tenu de son isolement
Chirurgie viscérale	CHM	1	astreintes forfaitisées	N2	astreinte opérationnelle
Autres spécialités chirurgicales (ophtalmologie)	CHM	1	astreintes forfaitisées	N2	astreinte opérationnelle
Chirurgie orthopédique et traumatologique	CHM	1	astreintes forfaitisées	N2	astreinte opérationnelle
ORL odontologie stomatologie	CHM	1	astreintes forfaitisées	N3	astreinte de sécurité
Pédiatrie (maternités comprises) - néonatalogie	CHM	1	gardes	N2	garde
Gynécologie obstétrique	CHM	1	gardes	N2	gardes
Anesthésie Adulte	CHM	1	gardes + astreintes opérationnelles le week end	N3	astreinte opérationnelle
Radiologie et imagerie médicale	CHM	1	Astreintes forfaitisées	N3	astreinte opérationnelle
biologie	CHM	1	astreintes forfaitisées	N2	astreinte opérationnelle
Pharmacie	CHM	1	astreintes forfaitisées	N1	astreinte de sécurité

Commentaires : "Autres spécialités médicales" non insérées

Plusieurs constats se dégagent de l'état des lieux partagé. Ils concernent la Réunion et Mayotte :

- Aux plages de permanence des soins, une mutualisation des moyens entre l'activité de continuité des soins et celle relevant de la prise en charge des nouveaux patients ;
- Pour une même activité de soins, des modalités de PDS ES différentes au sein d'un établissement ou entre établissements distincts ;
- Des besoins non couverts sur certaines activités de soins (chirurgie de la main, maladies infectieuses...) ;
- Le caractère indissociable d'une ligne de garde ou d'astreinte avec une équipe de professionnels soignants (personnels du secteur opératoire, manipulateurs radios...) ;
- En cas de mutualisations de lignes : le rôle incontournable du service de médecine d'urgence qui oriente le patient directement vers le plateau technique de permanence ;
- La nécessité de couvrir les besoins en priorité :
  - o Au sein des établissements dotés d'un service de médecine d'urgence ;
  - o Lorsqu'il s'agit d'une maternité ;
  - o Lorsque l'activité de soins est une activité réglementée ;
  - o Lorsque l'activité de soins est une activité de recours régional ou

- infrarégionale ;
- Des projets innovants sur certaines activités pouvant avoir une influence en terme d'efficacité globale : télé-médecine et radiologie. En fonction de la montée en charge du projet télé-médecine et radiologie, le nombre de lignes de gardes nécessaire pourra être réduit ;

Les premiers résultats de l'enquête déclarative réalisée sur une semaine d'activité des services de garde et d'astreinte en septembre 2011, ont permis de conforter l'état des lieux et le schéma cible retenu.

### 3 Plan d'actions 2012-2016

#### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Améliorer l'accès aux soins des patients sur les plages de la PDS ES ;

**Action 1** : Couvrir les besoins de la PDS ES sur les activités de soins non couvertes.

#### — Qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1** : Fluidifier le parcours des patients ;

**Action 1** : Analyser au travers les résultats d'une enquête quantitative et qualitative les délais d'attente et prévoir les mesures correctrices à mettre en œuvre ;

**Action 2** : Développer le projet de télé-médecine en radiologie.

#### — Efficience

- **Objectif 1** : Harmoniser les modalités de la PDS ES au regard de l'activité et des contraintes réglementaires ;

	Activité autorisée	Modalités de PDS ES souhaitable
Action 1	Réanimation	Garde
Action 2	Médecine générale et polyvalente	Astreinte opérationnelle
Action 3	Chirurgie viscérale	Astreinte opérationnelle
Action 4	Pédiatrie	Garde
Action 5	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Astreinte opérationnelle
Action 6	ORL odontologie stomatologie	Astreinte de sécurité
Action 7	Radiologie et imagerie médicale	Astreinte opérationnelle
Action 8	Biologie	Astreinte opérationnelle

Ce cadre d'harmonisation est donné à titre indicatif afin de donner aux établissements une tendance à suivre, dans la mesure du possible et au regard de l'activité réalisée par chaque service.

Les marges d'optimisation se trouvent également potentiellement dans l'approche par demi-garde ou demi-astreinte en fonction des niveaux d'activité constatés en début de nuit et en nuit profonde.

De même, lorsque les compétences sont disponibles, il peut être envisagé de réduire le nombre de gardes par la mise en place d'une garde commune à deux spécialités, doublée d'une astreinte.

## — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

— **Objectif 1** : Développer les articulations entre le service de médecine d'urgences, le secteur ambulatoire et les établissements de santé ;

**Action 1** : Conforter les filières de soins existantes avec les orientations en matière de prise en charge des urgences.

### 4 Indicateurs de suivi

- Nombre de lignes de gardes et d'astreintes créés, supprimés, mutualisés ;
- Nombre de nouveaux patients pris en charge aux plages de PDSES, par activité de soin ;
- Nombre et type d'actes réalisés aux plages de la PDSES, par activité de soins ;
- Nombre de coopérations mises en œuvre (évaluation qualitative).

L'offre de soins  
hospitalière



# Missions de service public

# Introduction

En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique (CSP), le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public (MSP), par territoire de santé. Cette définition se traduit par un diagnostic de l'offre et du besoin non couvert par territoire de santé. Certaines missions ont vocation à être assumées par tous les établissements de santé, d'autres sont liées des autorisations d'activités de soins et enfin certaines seront le fait de seulement certains établissements.

Pour chaque MSP, il convient de définir les besoins à couvrir. Dans le cadre de la mise en œuvre du SROS, au regard de l'état des lieux de l'offre et des besoins, il conviendra de procéder à :

- Une reconnaissance prioritaire en cas de besoins couverts par un ou plusieurs établissements ;
- Un appel à candidatures en cas de besoins non couverts ;
- Une désignation unilatérale en cas d'appel à candidature infructueux.

A Mayotte, un des objectifs est d'identifier, de façon exhaustive, les missions de service public assurées par le Centre Hospitalier de Mayotte. Cette identification doit être réalisée d'ici l'échéance du P.R.S.

Les missions de service public : permanence des soins en établissements de santé, soins palliatifs et aide médicale urgente, ont été traitées dans les parties activités et transversalités de l'offre de soins hospitalière.

# L'enseignement universitaire et post-universitaire

## 1 Cadre national

*« La mission d'enseignement universitaire et post-universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales, des odontologues et des pharmaciens.*

*Le recensement du besoin consiste à identifier à partir des besoins de formation, analysés par spécialités, le volume d'offre de stage dans les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques non couverts par l'offre de stage actuelle des établissements.*

*Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, tous les établissements de santé ainsi qu'un certain nombre de terrains de stages ambulatoires, peuvent être agréés pour accueillir des internes de médecine. »*

L'enseignement universitaire et post universitaire concernant le territoire de Mayotte est abordé au niveau du SROS de la Réunion.

Il convient de noter que, à MAYOTTE, le financement de l'I.F.S.I. est assuré par la dotation annuelle de financement et non par la Région.

# La recherche

## 1 Cadre national

*« La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique, pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :*

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic*
- l'amélioration du cout de la prise en charge des patients*

*La définition des besoins de recherche ne se fait pas au niveau régional mais national voir européen et international. »*

Pour les projets de recherche en santé concernant le territoire de Mayotte, la mission de service public est abordée au niveau du SROS de la Réunion.

# Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

## 1 Cadre national

*« La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.*

*L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS. »*

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC. Cette obligation prendra effet 18 mois après la publication des décrets qui y sont relatifs. Cette mission de service public ne pourra donc pas être prise en compte dans la première version du SROS-PRS. Le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume ».

# La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de

## 1 Cadre national

*« La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.*

*L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS. »*

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC. Cette obligation prendra effet 18 mois après la publication des décrets qui y sont relatifs. Cette mission de service public ne pourra donc pas être prise en compte dans la première version du SROS-PRS. Le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert « en volume ».

# Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur

## 1 Cadre national

« Les missions «actions d'éducation et de prévention » et « actions de santé publique» recouvrant la notion de politique de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 ont vocation à être assurées par tout établissement, en vertu de l'article L.6111-1.

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert. »

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

En avril 2011, dans le cadre de la procédure d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), réalisée par l'ARS OI, ont été autorisés les programmes suivants :

Territoire de santé	Etablissements de santé	Programmes d'ETP
Mayotte	CHM	Patients obèses
Mayotte	CHM	Patients diabétiques

Des porteurs de projet extra hospitaliers ont également été identifiés dans le cadre de cette procédure :

Structure	Programmes d'ETP
Réseau Rédiab Ylang 976	Personnes diabétiques

## 3 Orientations et plan d'actions

Compte tenu de la prévalence du diabète et de l'obésité à Mayotte, la priorité donnée à ces pathologies en matière d'ETP est cohérente.

Il convient à présent d'encourager les professionnels de santé à développer des programmes d'ETP sur d'autres thèmes prioritaires, en lien avec les priorités du PRS à Mayotte.

Pour cela, il importe de poursuivre l'encouragement à la formation à l'ETP des professionnels de Mayotte, tel que cela a été initié avec la participation en web conférence au diplôme universitaire organisé à la Réunion.

Concernant le CHM, les programmes autorisés doivent à présent être structurés au sein d'une Unité Transversale d'Education Thérapeutique, dont l'objectif à terme sera d'assurer la coordination en interne des différents programmes d'ETP de l'établissement, ainsi qu'en externe avec le réseau Rédiab Ylang.

# La lutte contre l'exclusion sociale

## 1 Cadre national

« La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

1°) une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;

2°) une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieux de vie ;

3°) l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité. »

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

### — Historique

Il existe aujourd'hui une permanence d'accès aux soins de santé adossée au Centre Hospitalier de Mayotte.

Une convention tripartite n° 037/DASS du 27 novembre 2008 entre l'Etat, le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) avait pour objet de mettre en place une permanence d'accès aux soins de santé afin de favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes vulnérables. Elle prévoyait une subvention non reconductible de l'Etat au CHM d'un montant de 46 238 €. Elle concernait les années 2008 et 2009.

Une convention induite, à effet du 2 juin 2009 et renouvelable par tacite reconduction, entre la CSSM et le CHM est venue organiser les modalités de fonctionnement du guichet CSSM installé dans les locaux du CHM.

### — Bilan de la mis en œuvre de la permanence d'accès aux soins de santé

#### Fonctionnement

Le guichet de la CSSM, installé dans le cadre de la PASS, fonctionne depuis fin 2008. Il est situé au sein du bureau des entrées central de l'hôpital de Mamoudzou et est ouvert toute l'année du lundi au vendredi de 8h à 16h.

Il instruit, dans ce cadre, les demandes d'ouverture de droits et permet d'accélérer le traitement des relations CSSM/CHM pour les dossiers EVASAN. Au titre des demandes d'ouvertures de droits, une quinzaine de personnes est accueillie chaque jour, outre les nombreux appels téléphoniques.

## Ressources humaines

Le CHM a procédé au renforcement de l'équipe d'assistants sociaux du service social par recrutement d'un ETP supplémentaire au printemps 2009.

## Activité

Depuis l'ouverture de la PASS en 2008, l'activité réalisée peut être répartie de la manière suivante :

113 enfants accueillis

En 2010, 450 usagers accueillis lors des permanences sociales et traitement des dossiers afférents.

Interventions dans le cadre des EVASAN : 96 AME « adultes » et 67 AME « mineurs ».

220 IVG pour des mineures.

## Bilan

Le bilan de la mise en place de la permanence d'accès aux soins de santé après deux ans de fonctionnement, met en évidence un dispositif aujourd'hui opérationnel.

### 3

## Orientations et plan d'actions

Au regard des équipements actuellement autorisés et installés sur chaque territoire, le besoin est réputé couvert à Mayotte (Projet 4-3 du projet médical du CHM).

# Les actions de santé publique

## 1 Cadre national

« Les actions de santé publique contribuent à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. La loi relative aux responsabilités locales du 13 juillet 2004 a conduit à re-centraliser vers l'Etat des activités de vaccination, de dépistage des cancers, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les IST. Elle avait pour objectif de garantir l'application sur l'ensemble du territoire national d'une même politique de prévention et de soins. »

Le Centre Hospitalier de Mayotte s'est engagé dans son projet médical à développer ses actions de santé publique, en créant un pôle « Santé publique ». Ce pôle assure les missions suivantes :

- Addiction ;
- Lèpre –Tuberculose ;
- Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;
- Centre de vaccination et de conseil aux voyageurs ;
- Département d'Information Médicale ;
- Gestion de crise et risque ;
- Vigilance, matériau-vigilance ;
- Service d'hygiène hospitalière.

## 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

### — Etat des lieux concernant les IST

Trois facteurs favorisent la progression des IST à Mayotte : la faible utilisation des moyens de prévention (préservatifs), le multi-partenariat, le manque de dépistage précoce.

Par ailleurs, il n'existe pas de prise en charge coordonnée (ambulatoire, hospitalier, social) des personnes atteintes d'IST.

#### VIH

Le premier cas a été notifié en 1989. Depuis, 232 cas positifs ont été dépistés. La file active est de 128 patients au 1er janvier 2011 dont 61,7% en traitement

#### Hépatite B :

La vaccination a débuté pour les nourrissons en 1993 à l'époque où Mayotte était classée en zone de haute endémicité avec une prévalence estimée entre 19 et 30%. En 2007, le screening des femmes enceintes réalisé par la PMI estimait la prévalence du portage (antigène HBs +) à 4%. La file active a quadruplé de 2008 à 2010, passant de 198 à 481 patients en 2009 puis à 800 en 2010. 122 hépatites chroniques sont traitées dont 98 actives nécessitant un suivi rapproché.

#### Autres IST :

N'étant pas à déclaration obligatoire, il est à ce jour difficile de cerner avec précision l'incidence des IST à Mayotte. Les données sur la syphilis sont indisponibles

## Autres problématiques identifiées sur les IST :

Le circuit de soins pour le suivi gynécologique des patientes n'est pas formalisé.

Le suivi psychologique des patients n'est pas assuré en raison de l'absence de psychologue.

### 3 Orientations et plan d'actions

Concernant les activités de vaccination, de dépistage des cancers, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le besoin est couvert à Mayotte par le Pôle Santé Publique du CHM.

Concernant les IST, le besoin est couvert. Il existe néanmoins quelques pistes d'amélioration :

— **Objectif 1** : Développer la prévention primaire, la promotion et inciter au dépistage ;

**Action 1** : Créer un poste d'agent de prévention ;

**Action 2** : Améliorer l'accès aux préservatifs ;

**Action 3** : Faire une enquête de connaissance dans les milieux de la prostitution ;

**Action 4** : Conduire des enquêtes socio-comportementales ;

**Action 5** : Eduquer à la santé et sensibiliser la population sur les IST ;

— **Objectif 2** : Renforcer les soins ;

**Action 1** : Créer un réseau ville-hôpital ;

**Action 2** : Recruter un psychologue ;

— **Objectif 3** : Renforcer le recueil des données épidémiologiques des principales IST ;

— **Objectif 4** : Développer la coopération ;

**Action 1** : Alerter sur les dangers du tourisme sexuel ;

**Action 2** : Organiser les premières assises de l'Océan Indien VIH/Sida/IST ;

**Action 3** : Disposer de professionnels formés, grâce à l'obtention d'un diplôme universitaire de sidénologie.

# Les soins dispensés aux personnes détenues

## 1 Cadre national

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Dans ce cadre, pour chaque établissement pénitentiaire, le DG d'ARS désigne un établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatique comme de soins psychiatriques. Les hospitalisations sont réalisées, conformément à la réglementation, soit dans des établissements de proximité soit dans des unités spécialement affectées à cette mission.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la médecine en établissement pénitentiaire relève du Ministère de la Santé.

## 2 Éléments du diagnostic territorial

La prise en charge sanitaire des personnes détenues au centre de rétention de Majicavo est réalisée par les professionnels de santé du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) dans le cadre d'une convention.

La population carcérale est presque exclusivement masculine comprenant 71 % de personnes condamnées. Par ailleurs, 74 % des personnes détenues sont de nationalité étrangère. La population carcérale n'a cessé de croître, passant de 176 détenus en 2004 à 240 en 2009.

La durée moyenne d'incarcération est de 6 mois pour les condamnés et de 10 mois pour les prévenus. En 2010, 186 extractions ont été organisées vers le CHM.

Activités sanitaires	2006	2007	2008	2009	2010
Consultations médicales	983	1258	1483	1450	1436
Consultations psychiatriques	157	184	158	246	274
Consultations dentaires	186	392	493	543	496
Activité IDE	3322	4282	4923	6294	7946

Problématiques rencontrées :

- Prédominance des pathologies dermatologiques liées aux conditions d'hygiène et de détention ;
- Dépistage de la tuberculose ;
- Suivi des femmes enceintes ;
- Absence d'autorisation parentale pour les soins aux mineurs ;
- Absence de prise en charge spécifique pour les détenus âgés ou handicapés.

Les actions de prévention doivent être développées :

- Actions d'éducation pour la santé menées pour informer les personnes détenues des bienfaits et inconvénients de la pratique sportive ;
- Ateliers de travail pour les personnes détenues dans l'établissement.

## 3 Orientations et plan d'actions 2012-2016

### — Accessibilité

- **Objectif 1** : Améliorer l'accès aux soins pour les détenus à l'UCSA ;

**Action 1** : Créer, en lien avec l'administration pénitentiaire, des espaces pour les prises en charge psychologiques ;

**Action 2** : Renforcer le personnel médical et paramédical de l'UCSA en fonction de l'évolution capacitaire du centre pénitentiaire ;

**Action 3** : Mettre en place un dispositif pour favoriser l'accès aux soins et éviter les ruptures de prise en charge des détenus (vers des structures adaptées à certaines pathologies comme la tuberculose, la lèpre, les pathologies psychiatriques...) ;

**Action 4** : Mettre en place un système d'autorisation parentale pour les soins aux mineurs ;

- **Objectif 2** : Améliorer l'accès aux soins pour les personnes détenues au CHM ;

**Action 1** : Mettre en place une procédure pour l'hospitalisation ou la consultation spécialisée des personnes détenues au CHM en lien avec l'administration pénitentiaire.

### — Qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1** : Améliorer les conditions d'accueil en milieu hospitalier des personnes détenues en mettant aux normes les surfaces des locaux de l'UCSA ;

### — Efficience

- **Objectif 1** : Mettre en place un recueil d'activités portant sur les soins délivrés aux personnes détenues ;

### — Modalités spécifiques de coopération et de coordination

- **Objectif 1** : Développer les actions de prévention auprès de la population carcérale ;

**Action 1** : Développer les actions permettant aux personnes détenues d'accéder aux actions de prévention portant sur les thématiques suivantes :

- Suicide ;
- Addictions ;
- Hygiène bucco- dentaire ;
- Alimentation ;

- Vaccinations en particulier contre Hépatite B ;
- Dépistage de la tuberculose, VIH etc.

**Actions 2 :** Mettre en œuvre le plan prévention des récidives pour les auteurs d'infractions sexuelles ;

— **Objectif 2 :** Améliorer la prise en charge des personnes en situation de dépendance (handicap et personnes âgées) ;

**Action 1 :** Mettre en place une cellule adaptée pour personnes en situation de handicap ;

## 4 Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations médicales, psychiatriques et dentaires ;
- Surface des locaux de l'UCSA ;
- Espaces créés pour la prise en charge des troubles psychologiques ;
- Ratios en personnels ;
- Système d'autorisation parentale ;
- Chambre sécurisée au CHM ;
- Postes créés pour les personnes en situation de handicap.
- Taux d'extraction vers le CHM ;
- Taux de prises en charge au niveau de l'UCSA.

# Les soins aux étrangers

## Soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

### 1 Cadre national

« La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Le SROS recense les établissements de santé apportant des soins aux personnes retenues, dans le cadre d'une convention avec le centre de rétention. »

### 2 Etat des lieux et problématiques identifiées

Environ 28 000 reconduites aux frontières ont lieu en moyenne chaque années à Mayotte. 13 226 personnes ont été temporairement accueillies au sein du centre de rétention administrative (CRA) en 2008. 23 095 ont été accueillies en 2010. Le CRA dispose d'une convention avec le Centre Hospitalier de Mayotte, signée en 2008.

Le CHM met à disposition du CRA :

- L'équivalent d'un demi-poste de praticien hospitalier garantissant en moyenne 5 demi-journées par semaine, comprenant les permanences nécessaires et l'appel au recours possibles aux soins d'urgences au CRA ou au centre hospitalier de Mayotte ;
- 2 ETP d'infirmier(es) diplômé(es) d'Etat.

Le CHM fournit les matériels médicaux consommables, les produits pharmaceutiques et les fournitures de première nécessité permettant de satisfaire aux besoins des jeunes enfants. Il assure les examens de laboratoire ainsi que l'élimination des déchets d'activités de soins. Les transports liés à toutes ces activités sanitaires sont à sa charge.

Le CHM prend en charge les transports des personnes retenues vers le site hospitalier pour consultations, explorations ou hospitalisations, lorsque leur état de santé nécessite une médicalisation de leur transport.

- Activité :

Activité	2008	2009	2010
Nombre de personnes « hébergées »	13 226	19 982	23 095
Nombre consultations médicales	430	644	898

- Pathologies traitées :

Pour l'année 2008, les principales affections rencontrées concernent les pathologies :

- digestives : 14 %
- rhumatologie : 13 %
- ORL- OPH : 11 %
- uro-génitales : 9 %
- neuro-psychologiques : 8%

- Prises en charge réalisées entre 2008 et 2010 :

Nature des prises en charge	2008	2009	2010
Entretiens infirmiers	204	646	1393
Pansements	40	199	463
Bilans sanguins	1	252	253
Injections	4	16	80
HGT/DEXTRO	10	146	342
Test OPTIMAL	26	64	198
Prises de constantes	36	1018	1892
Urgences	1	2	15
Hospitalisations	9	28	64
Examens complémentaires	0	2	9
ECG	0	0	53
Sutures	1	0	81
Nombre d'IDE/vacation	1	1	1

- Eléments financiers :

Pour la période du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008, l'aide de l'Etat à la réalisation de la mission confiée au CHM s'établit à 153 558 euros.

### 3 Orientations et plan d'actions 2012-2016

Le besoin est couvert grâce à la convention existant entre le CRA et le CHM. Néanmoins, il existe des perspectives d'amélioration du dispositif en place.

— **Objectif 1** : Améliorer les conditions d'hébergement ;

*L'équipement du coin enfant a connu une rapide dégradation, des problèmes d'évacuation subsistent pour les sanitaires femmes, les conditions de couchages n'ont pas connu d'amélioration : aucune réserve de nattes n'est constituée et les nouveaux couchages (tapis de sol) sont toujours en attente de livraison.*

**Action 1** : Veiller à ce que le prestataire de service assure avec plus de rigueur le nettoyage des locaux ;

– **Objectif 2** : Améliorer les conditions de restauration ;

*Les repas ne se composent toujours que d'un plat principal associant riz et viande en sauce, aucune entrée ni dessert ne sont proposés.*

**Action 1** : Maintenir une forte vigilance sur les modalités de réalisation du marché ;

**Action 2** : Faire preuve d'exigences supplémentaires dans le cadre du nouveau marché.

## Soins dispensés aux étrangers demandant de rester sur le territoire français pour raison de santé

### 1 Etat des lieux et problématiques identifiées

Le circuit de dépôt des demandes de rester sur le territoire pour des raisons de santé ne répond que partiellement aux instructions de la circulaire DPM/CT/DM3/DGS n° 2000-248 et NOR/INT/ du 5 mai 2000 :

L'identité des demandeurs ne peut pas être vérifiée par les médecins.

De nombreuses demandes concernent le parent du malade.

D'autres concernent des enfants en situation de handicap dont la prise en charge repose sur des structures adaptées, des réseaux, des allocations spécifiques.

Les visas sanitaires ne fonctionnent pas de manière optimale : les patients étrangers restent sur le territoire entre deux prises en charges.

Il n'existe pas de commission médicale régionale.

Demande pour raisons de sante par les ESI	2003	2004	2008	2009	2010
Nombre total d'avis	426	454	1131	793	588
Nombre premier avis			867	376	383
Nombre avis favorable	366	382	554	371	360
% avis favorable	86 %	84 %	49 %	47 %	61%
Nombre d'homme		NR	472	248	248
Nombre de femmes		NR	669	489	340
Nombre enfants < 15 ans		NR	189	56	116
Nombre avis pour accompagnant		NR	25	69	94

#### Nature des pathologies rencontrées

Cancers	NR	28 3%	29 5%
Diabète type I	NR	132 16 %	117 20 %

Hépatite B	NR	24	39
Hépatite C	NR	0	1
Psychiatrie	NR	19	29
VIH-SIDA	NR	4	9

## 2 Orientations et plan d'actions 2012-2016

— **Objectif 1** : Fluidifier le dispositif ;

**Action 1** : Mettre en place un « laissez passer sanitaire » ;

*Il s'agit d'une alternative à la délivrance de visas sanitaire trop contraignante sur le plan administratif, considérant la très forte pression migratoire sur Mayotte en provenance des Comores. Il permettrait de suivre des patients atteints de maladies graves et durables. Cela permettrait en outre de faciliter le retour de ces patients dans leur pays, de diminuer les séparations familiales et les drames lors des transports de patients par kwassas d'Anjouan à Mayotte.*

**Action 2** : Mettre en place à la Préfecture un circuit spécifique pour les étrangers demandant de rester sur le territoire pour raison de santé ;

**Action 3** : Traiter les dossiers de demande de rester sur le territoire pour raisons de santé en 3 mois ;

**Action 4** : Donner des avis pour plusieurs années pour des pathologies qui ne guériront pas (diabète, VIH-SIDA.....) ;

— **Objectif 2** : Développer l'offre sociale ;

**Action 1** : Recruter une assistante sociale ;

Cela permettrait de traiter les demandes des parents de l'étranger malade et d'analyser la situation des enfants et adultes handicapés.

— **Objectif 3** : Sécuriser le dispositif ;

**Action 1** : Supprimer les certificats non circonstanciés ;

**Action 2** : Mettre à jour tous les 3 mois la liste des médecins agréés et des praticiens hospitaliers ;

**Action 3** : Mettre en place la commission régionale pour trancher les cas les plus difficiles.