



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

# La stratégie de santé pour les outre-mer

Feuille de route régionale  
**Océan Indien**

# Feuille de route régionale OCEAN INDIEN

Mai 2016

L'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) intervient à La **Réunion** et à **Mayotte**, deux départements d'outre-mer qui réunissent plus d'1,1 million d'habitants. Distantes de 1 400 kms, les deux îles se distinguent dans leurs des trajectoires historiques, culturelles, et économiques et donc, par un rapport spécifiques des hommes et des femmes à leur santé face à des risques sanitaires, naturels et sociaux importants.

Ces caractéristiques confèrent une identité singulière à l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) et imposent la définition d'une politique de santé régionale ambitieuse. En dépit d'une grande hétérogénéité de développement et de l'existence de contrastes importants, la vision politique au fondement de la création d'une ARS unique pour La Réunion et Mayotte, correspond à la volonté de capitaliser de façon pertinente les expériences pour répondre aux défis propres à chacune de ces îles, à 10 000 km de la France métropolitaine, qui ont en commun une exposition marquée aux risques infectieux et environnementaux, une forte prévalence du diabète, et des problématiques sensibles en matière de santé mère/enfant et de santé des jeunes.

Le rôle de l'ARS OI est de mettre en œuvre une politique de santé régionale adaptée aux besoins des deux îles, tout en développant les coopérations entre les deux systèmes de santé, dans une approche globale de l'espace sanitaire régional.

Ce projet régional s'inscrit parfaitement dans la Stratégie de Santé Outre-mer dont les orientations générales permettront de soutenir et amplifier les actions engagées depuis cinq ans dans la zone Océan Indien.

La feuille de route Océan Indien constitue la déclinaison opérationnelle et territoriale de cette stratégie. Elle en reprend les axes et les objectifs opérationnels, en insistant sur les besoins spécifiques de ces deux territoires, et particulièrement sur l'effort et l'attention à porter à Mayotte qui fait face à des défis sanitaires, économiques et sociaux majeurs.

Pour autant, certes à des degrés divers, beaucoup de similitudes apparaissent dans les thématiques et problématiques présentées par les deux îles. Cette communauté d'enjeux permet à l'ARS OI d'une part d'engager des politiques partagées, et d'autre part de mobiliser l'ensemble de ses compétences à Mayotte comme à La Réunion pour les résoudre.

## Le contexte sanitaire et démographique des départements français de l'Océan Indien

### ➤ Des démographies dynamiques, avec l'anticipation nécessaire du vieillissement

Malgré des histoires et évolutions récentes contrastées, La Réunion (845 000 habitants, estimation au 1er janvier 2014) et Mayotte (212 645 habitants au recensement 2012) connaissent une démographie dynamique : +1,2% par an entre 2006 et 2015 à La Réunion ; +2,7% par an à Mayotte sur la période 2007-2012; contre +0,5% par an en métropole.

Ce dynamisme démographique s'explique par la jeunesse de la population (les moins de 20 ans représentent 54,5% de la population à Mayotte, et 32% à La Réunion, contre 24,4 % en métropole en 2013) engendrant une forte natalité (40 naissances pour 1 000 habitants en 2007 à Mayotte, 17 à La Réunion en 2012, et 12,4 en métropole en 2012), mais aussi par une fécondité sensiblement plus élevée (164 enfants pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans à Mayotte en 2007, 65 à La Réunion en 2012 et 55 en métropole en 2012).

La Réunion, comparativement encore jeune par rapport à la métropole (9,4% de personnes de plus de 65 ans, contre 17,7%), devrait connaître un vieillissement rapide, avec un doublement des personnes de plus de 60 ans entre 2012 et 2030 (de 100 000 à 225 000, et de 12% à 23% de la population), et un doublement également du nombre des personnes âgées dépendantes.

Mayotte reste peu concernée par le vieillissement de sa population, avec seulement 2,6% de plus de 65 ans. Pour autant, de premières réponses sont à construire pour prévenir la perte d'autonomie, et accompagner les personnes âgées dépendantes.

Une des particularités de l'île de Mayotte est l'importance de la population étrangère. 84 600 personnes recensées en 2012 sont de nationalité étrangère, soit 40% de la population de l'île ; ce chiffre semble aujourd'hui très sous-évalué, du fait de la forte pression migratoire : la proximité de l'Union des Comores et de Madagascar, pays très pauvres à l'échelle mondiale, entraîne des flux importants d'immigration en provenance des Comores, principalement de manière irrégulière. L'Union des Comores est classée 134<sup>ème</sup> sur 177 pays à l'indice de développement humain 2007-2008 (IDH, indice composite du PNUD fondé sur trois principaux critères : espérance de vie, niveau d'éducation et niveau de vie), Madagascar 143<sup>ème</sup>, et la France 10<sup>ème</sup>.

En 2014, 19 900 reconduites à la frontière ont été réalisées à partir de Mayotte.

➤ **Une forte mortalité, avec des caractéristiques marquées de prématurité (ou mortalité évitable) et de mortalité périnatale**

L'espérance de vie des réunionnais et des mahorais a fortement progressé sur les dernières décennies, mais présente un retard persistant avec la métropole : à La Réunion 76,6 ans pour les hommes en 2012 contre 78,5 ans en métropole, et 83,2 ans pour les femmes contre 84,39 ans ; à Mayotte 73 ans en 2007, hommes et femmes confondus.

Les deux îles connaissent une mortalité prématurée, ou évitable (décès intervenant avant 65 ans), très forte : 58,2% des décès à Mayotte en 2008-2009, 38,2% à La Réunion en 2007 et 20,7% en métropole en 2007. A La Réunion, les hommes sont deux fois plus exposés que les femmes.

La mortalité infantile est plus du double à La Réunion qu'en métropole (7,4 décès d'enfants de moins de 1 an sur 1 000 naissances, en moyenne sur 2010-2012 ; contre 3,3), situation encore aggravée à Mayotte (13,5 sur 2008-2010).

➤ **Des niveaux de développement économique, d'études et de ressources, très en retrait par rapport à la métropole**

Malgré des économies très différentes, les deux îles présentent toutes deux des indicateurs socio-économiques défavorables, situation nettement accentuée à Mayotte.

Le taux de chômage est ainsi de 26,8% en 2014 (INSEE, définition BIT) à La Réunion, de 19,6% à Mayotte contre 10,4% en métropole. Cette situation est aggravée par des taux d'activité faibles : 44% à Mayotte, 62% à La Réunion, contre 71% en métropole.

Seuls 24% des jeunes de La Réunion sont diplômés de l'enseignement supérieur, contre 41% en métropole, 43% des 15-24 ans réunionnais sont non-scolarisés (26% en métropole).

Un jeune réunionnais sur 7 est en situation d'illettrisme (23% des habitants de La Réunion de 16 à 65 ans ayant suivi des études en France sont illettrés, contre 7% en métropole).

Cette situation se traduit dans la part de la population réunionnaise bénéficiant du RSA (31,4% au 31/12/2013) ou de la CMU complémentaire 33,7%. Quatre personnes âgées sur 10 relèvent du minimum vieillesse.

Le PIB à La Réunion est de 18 900 € par habitant (contre 31 500 € en moyenne nationale) en 2011.

Le niveau de vie médian des réunionnais est de 1 070 € contre 1 560 € en métropole en 2010.

À Mayotte, 71% de la population n'a aucun diplôme qualifiant, et un tiers des habitants de plus de 15 ans n'a jamais été scolarisé.

Un habitant sur cinq gagne moins de 100 euros par mois et le PIB par habitant est de 7 900 €.

Les conditions de logement à Mayotte sont également insuffisantes, dans un contexte de très forte densité (511 hab. /km<sup>2</sup> contre 98 en France métropolitaine), avec 28% des logements recensés comme inconfortables par l'INSEE et la disposition d'un accès à l'eau courante dans seulement 37% des résidences principales.

À La Réunion, subsistent 6% de logements insalubres (16 000 logements), avec 22 000 ménages en attente de logement dans le parc social (5 ans d'attente), situation favorisant les dérives de « marchands de sommeil ».

#### ➤ **Des enjeux sanitaires spécifiques aux zones tropicales**

La situation tropicale de La Réunion et de Mayotte expose les populations à des risques sanitaires spécifiques :

- maladies infectieuses et maladies vectorielles (paludisme, dengue, chikungunya...), avec des enjeux renforcés de surveillance épidémiologique et entomologique,
- perturbations climatiques, avec des épisodes de cyclones et de fortes pluies, mettant à mal les équipements publics, les installations de santé, les habitations, et isolant les personnes fragiles.

Cette situation est aggravée par l'insuffisance des infrastructures de traitement des eaux à La Réunion : 60% des volumes distribués ne bénéficient pas d'une protection de la ressource et/ou d'un traitement de potabilisation adéquats.

À Mayotte, l'absence d'accès généralisé à l'eau potable dans les habitations entraîne des risques accrus de maladies hydriques, mais aussi le développement des gîtes larvaires dans les récipients d'eau restant à l'extérieur.

➤ **Un état de santé marqué par le poids des maladies cardio-vasculaires, le diabète et le surpoids des jeunes, et une santé périnatale dégradée**

Il existe une surmortalité générale effective à La Réunion par rapport à la métropole notamment pour les maladies cardio-vasculaires ; les deux îles connaissent des taux de mortalité infantile et maternelle importants. La morbidité se caractérise par l'importance en volume des affections de longue durée pour cause de diabète ou de maladies cardio-vasculaires. Près de 10% de la population des deux îles sont atteints de diabète, soit un taux de prévalence double de la métropole (diabète traité).

A La Réunion, tout comme en métropole, un tiers des bénéficiaires d'une affection longue durée le sont au titre des maladies cardio-vasculaires alors que la population est structurellement plus jeune ; un autre tiers l'est au titre du diabète, cause concernant uniquement 19% des ALD en métropole. Les ALD pour cancers et affections psychiatriques progressent à un rythme supérieur à celles pour d'autres causes.

L'obésité et la corpulence des jeunes est également une problématique préoccupante à La Réunion avec un quart des enfants de 6ème en surcharge pondérale, contre 14% des enfants âgés de 5 à 6 ans en surcharge pondérale et 10% en insuffisance pondérale.

A Mayotte, la population est exposée à la fois à des pathologies de type carenciel, comme l'atteste l'épisode de béribéri en 2004, et au surpoids et à l'obésité, tous témoignant d'une nutrition inadaptée : 54 % des hommes et 81% des femmes ont une corpulence plus élevée que la moyenne ; 47% des femmes et 19% des hommes présentent une obésité (études Nutrimay 2006 et Maydia 2008).

Enfin, l'alcool est à l'origine, à La Réunion, d'une surmortalité prématurée (avant 65 ans), avec un taux standardisé de décès lié directement à l'alcool 1,5 fois plus important qu'en métropole. Le développement des addictions apparaît comme un risque sanitaire émergent et inquiétant à Mayotte.

➤ **L'offre de soins à La Réunion**

⇒ L'offre de soins ambulatoire :

L'offre ambulatoire repose sur 5 600 professionnels environ dans le secteur libéral dont 2 200 professionnels médicaux et environ 3 400 professionnels paramédicaux ou psychologues.

L'offre ambulatoire couvre l'ensemble du territoire à l'exception du cirque de Mafate. Il n'y a pas de véritable désert médical ou paramédical, mais des zones, notamment dans les écarts, faiblement dotées, avec un accès compliqué aux soins, et notamment aux soins urgents.

Globalement, la densité des professionnels de santé est satisfaisante, par comparaison avec la métropole, avec notamment une présence de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte supérieure (121 médecins généralistes, hors remplaçants, pour 100 000 hab. contre 105 en métropole au 01/01/2015).

Par contre, la démographie des médecins spécialistes, en exercice libéral ou mixte, est inquiétante : la densité est très nettement inférieure à la moyenne nationale (66 médecins spécialistes pour 100 000 hab. contre 94 en métropole au 01/01/2015), avec un effectif vieillissant.

⇒ L'offre de soins hospitalière :

24 établissements de santé délivrent les soins hospitaliers, dont 4 publics et 20 privés, avec une répartition géographique satisfaisante, et l'emploi de 11 200 professionnels dont 1 500 personnels médicaux.

Depuis 2012, La Réunion est dotée d'un CHU implanté sur 2 sites (Nord et Sud), dont le projet médical est structuré par la réponse aux maladies infectieuses, aux pathologies métaboliques et à leurs conséquences, à l'accroissement de la qualité de la prise en charge périnatale, et au développement de la recherche et de la santé publique sur ces thématiques.

Les taux de recours MCO sont désormais proches de la métropole, avec des écarts pouvant s'expliquer par la jeunesse de la population pour la chirurgie (taux moindre) et la gynécologie-obstétrique (taux supérieur).

A l'inverse, l'offre de soins en psychiatrie hospitalière (secteur et hospitalisation complète) apparaît très déficitaire, dans un contexte de grande pénurie de la psychiatrie libérale.

⇒ L'offre de soins médico-sociaux :

Près de 6 000 personnes en situation de handicap, ou âgées, bénéficie d'un accompagnement en établissements ou services sociaux et médico-sociaux, mobilisant environ 3 700 professionnels :

	<b>Personnes âgées</b>	<b>Enfants et adolescents (handicap)</b>	<b>Adultes (handicap)</b>	<b>TOTAL</b>
Nombre de places autorisées et installées au 01/01/2012	1 350	2 115	2 465	<b>5 930</b>
Personnels en fonction	979	1 510	1 188	<b>3 677</b>

Sources : DREES enquête EHPA 2011 / ARS OI DIR Pôle Offre de soins

L'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap (enfant et adulte) et les personnes âgées souffre d'un retard par rapport à la métropole, les taux d'équipement actuels correspondant à ceux de métropole de la fin des années 90 :

- enfant en situation de handicap : 8,1 pour 1 000 jeunes âgés de moins de 20 ans contre 9,11 en métropole (Statiss 2014), soit un différentiel de 373 places (17% de la capacité installée)
- adulte en situation de handicap relevant de MAS/FAM : 1,1 pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans contre 1,5 en métropole (Statiss 2014), soit un différentiel de 166 places (32 % de la capacité installée)
- adulte en situation de handicap relevant d'ESAT : 2,15 pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans contre 3,5 en métropole (Statiss 2014), soit un différentiel de 615 places (63 % de la capacité installée)
- personne âgée : 38,6 places d'EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus contre 95,1 en métropole (statiss 2014).

Les orientations de la politique médico-sociale régionale sont de favoriser au maximum l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire, se fondant sur un savoir-faire et une expérience locale et en privilégiant la création de places de services. Ceci vaut tout particulièrement pour les personnes

âgées dépendantes, du fait des faibles niveaux de revenu, du souhait majoritaire de vieillir chez soi, et la permanence de solidarités intergénérationnelles.

Pour autant, le déficit d'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap reste une préoccupation majeure et devrait justifier, au-delà des engagements d'optimisation des équipements et accompagnements existants, d'un effort significatif de la solidarité nationale, le choix de l'inclusion ou intégration sociale n'exonérant pas d'un accompagnement adapté et professionnalisé.

➤ **L'offre de soins à Mayotte**

Du fait du régime particulier de la protection sociale, et de l'histoire sanitaire de l'île, l'essentiel de l'offre repose sur le Centre Hospitalier de Mayotte, qui assure des missions bien au-delà de l'intervention habituelle d'un hôpital, notamment dans le champ du premier recours où il supplée une présence libérale ambulatoire très réduite.

⇒ L'offre de soins ambulatoire :

L'offre libérale à Mayotte, pour toutes les professions de santé, est en effectif très faible ; la montée de l'insécurité décourage les velléités d'installation, et fragilise le maintien des professionnels en place : densité de médecins généralistes libéraux de 10 pour 100 000 habitants (contre 86 en métropole) au 1er janvier 2014 ; densité de médecins spécialistes libéraux de 5 (contre 88).

Cette situation concerne également les professionnels paramédicaux.

Les dispositifs classiques d'aide à l'installation semblent très insuffisants, et d'autres solutions, combinant plusieurs types d'aides, doivent être développées, avec le soutien des structures hospitalières.

⇒ L'offre de soins hospitalière :

Le Centre Hospitalier de Mayotte (C.H.M.) est le principal offreur de soins du territoire, aussi bien pour les soins hospitaliers que pour l'activité externe, et compense la faiblesse de l'offre libérale de premier recours. Un nouveau bâtiment sur Petite Terre est en construction et permettra, notamment, l'ouverture d'une première unité de soins de suite et réadaptation (SSR).

L'organisation territoriale du C.H.M. a été pensée dans une logique de gradation des soins. Elle repose sur trois types de structures :

- les dispensaires : au nombre de 13, ouverts du lundi au vendredi de 7H00 à 14H00, répartis dans toute l'île, ils constituent le niveau de premier recours (consultations de médecine générale, consultations infirmières, suivi des sorties d'hospitalisation, dispensation des médicaments) ;
- les centres de référence : 4 centres (nord, centre, sud et Petite Terre) assurent les mêmes missions que les dispensaires mais sur des horaires élargis, et disposent en plus de lits d'hospitalisation de gynécologie-obstétrique (68) pour la réalisation des accouchements physiologiques.
- le site principal de Mamoudzou qui comprend un plateau technique et d'hospitalisation complet : urgences, SMUR et centre de régulation 15 ; réanimation ; blocs opératoires ;

scanner et IRM ; laboratoire de biologie ; caisson hyperbare ; et 313 lits et 49 places de MCO, mais seulement 10 lits de psychiatrie et aucune capacité de SSR.

Le C.H.M. collabore étroitement avec la société MAYDIA, établissement de santé privé à but lucratif, qui gère à Mamoudzou une unité de dialyse de 18 générateurs (auto dialyse assistée et dialyse médicalisée).

Malgré les abondements chaque année de sa dotation de financement (tarification dérogatoire en DAF et non en T2A), le CHM connaît une situation critique et chronique de saturation, avec une difficulté à couvrir ses effectifs médicaux et soignants.

⇒ L'offre de soins médico-sociale :

A Mayotte, l'accompagnement médico-social des personnes handicapées repose sur quatre opérateurs, autorisés en 2012 dans le cadre d'un premier plan de rattrapage qui a permis l'ouverture et la consolidation de 290 places (chiffres fin 2014), principalement de services, et presque exclusivement en faveur des enfants :

- pour les adultes : une MAS avec 6 places ;
- pour les enfants ou adolescents : 6 places d'IEAP, 71 places d'IME, 114 places de SESSAD, 69 places de SAAAIS, et 34 places d'ITEP.

Fin 2015, les capacités d'accompagnement atteignent 375 places. Malgré cela Mayotte demeure encore éloignée des normes nationales : déficit de 1500 places environ, dont 1 000 pour les enfants par rapport au taux d'équipement métropolitain. Le développement de nouvelles capacités d'accompagnement est l'un des enjeux de la présente feuille de route.

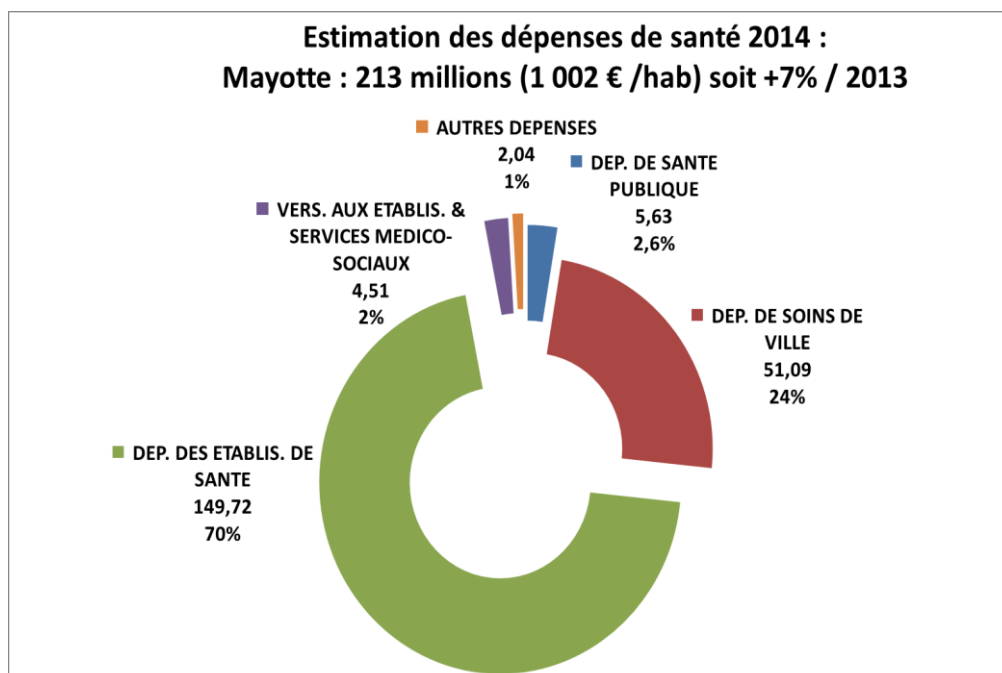
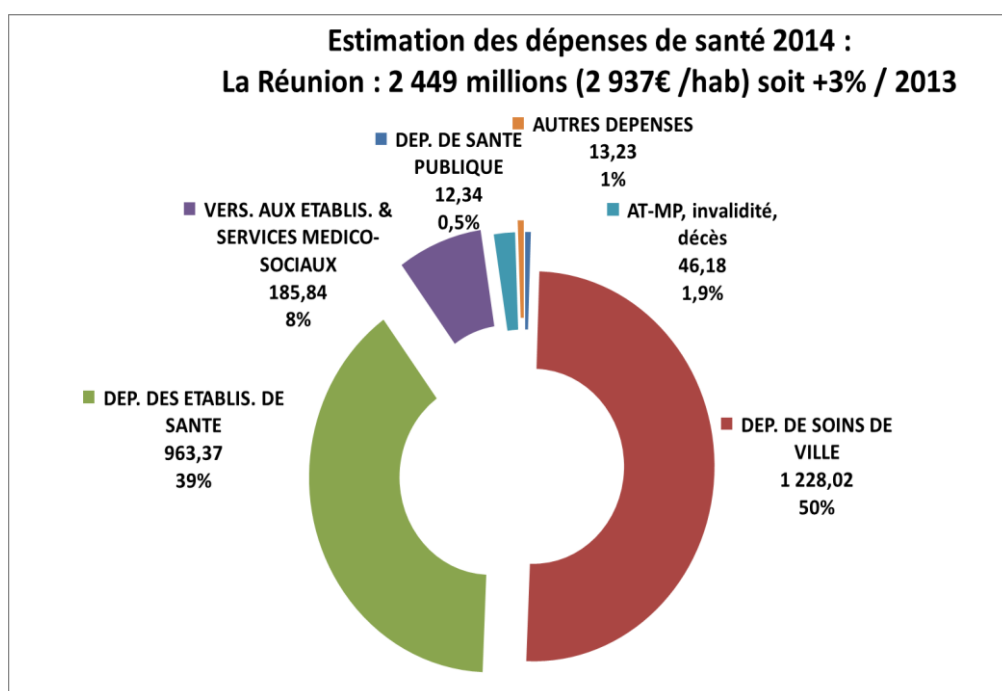
Enfin, Mayotte est, à ce jour, dépourvue de structures médico-sociales pour personnes âgées dépendantes, malgré le vieillissement de la population et un état de santé général qui accélère l'entrée dans la dépendance.



➤ **Etats financiers**

La présentation des états financiers (ensemble des charges de l'État, des régimes d'Assurance Maladie et de la CNSA relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'ARS) permet également d'approcher la réalité de la consommation de santé à La Réunion et à Mayotte.

Par comparaison, la dépense par habitant est de 2 978 € en métropole en 2014.



## **Axe 1 : améliorer l'état de santé, renforcer la prévention, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé**

La connaissance de l'état de santé et des comportements de santé de la population, mais aussi des déterminants de santé, est indispensable à toute élaboration et mise en œuvre d'une politique publique de santé efficace.

La prévention doit constituer un axe renforcé des politiques publiques de santé à La Réunion et à Mayotte, compte-tenu du contexte environnemental spécifique, des transitions démographiques et épidémiologiques, de l'évolution des modes de vie et de consommation ; les caractéristiques sociales et culturelles justifient d'adapter localement les stratégies, programmes et outils, par rapport aux référentiels nationaux.

Ces enjeux sont significativement rehaussés à Mayotte du fait du retard considérable en matière d'équipements, de l'importance de l'habitat insalubre et de l'habitat « informel », de l'offre de soins insuffisante, des facteurs sociodémographiques et socio-économiques très défavorables et les facteurs socio-culturels qui restent influents.

A cet égard, et sans pour autant méconnaître l'importance des autres thématiques de santé marquées elles-aussi par un déficit majeur de l'offre, cinq champs prioritaires d'intervention sont retenue à Mayotte, et mobiliseront les capacités d'action et d'animation de l'ARS OI :

- la santé périnatale,
- le diabète,
- les risques sexuels,
- les addictions,
- la vaccination.

### **Objectif 1 : Développer les dispositifs d'observation et de connaissance des états de santé des populations ultramarines**

Au-delà de la connaissance générale de l'état de santé de la population et des ressources en santé, il s'agit désormais de renouveler les approches et de mieux comprendre les comportements, d'identifier les interactions santé-social, de mieux anticiper les évolutions, et de participer à l'évaluation des politiques et dispositifs de santé.

Plus spécifiquement, à Mayotte, l'observation en santé reste insuffisante, qualitativement et quantitativement. L'ARS OI a pu établir un état des lieux des sources et des données, statistiques et épidémiologiques, en renforçant l'intervention de ses services ; de même, elle a soutenu l'intégration de Mayotte dans le ressort géographique de l'ORS, avec l'ouverture d'une antenne locale ; enfin, elle est mobilisée dans l'accompagnement de l'extension locale d'enquêtes nationales (ex : enquête périnatale).

**Action 1.1 – Organiser le pilotage et la mise à disposition des données de santé, pour l'aide à la décision des acteurs locaux**

L'ARS OI a affermi ses partenariats dans le pilotage stratégique et technique de l'observation en santé : création d'une plateforme commune avec l'ORS et la CIRE, participation au comité de pilotage annuel de la CIRE et conduite conjointe d'études, inscription de l'ORS dans un CPOM avec extension de son champ d'intervention à Mayotte.

Elle s'est dotée de compétences complémentaires en statistiques et épidémiologie, pour la réalisation en propre d'études et enquêtes et la valorisation des données, mais surtout pour pouvoir mieux piloter la politique régionale d'observation en santé, et notamment les productions locales et l'extension des enquêtes nationales.

La création de l'Agence nationale de Santé Publique, avec le renfort de la CIRE et son implantation à Mayotte, devrait permettre de disposer d'une capacité complémentaire et de haut niveau d'investigation épidémiologique, afin d'aider à la valorisation et à la consolidation de données encore aujourd'hui disparates, incomplètes, et trop peu exploitées.

Un lien fort avec la recherche en santé, tant vis-à-vis des organismes nationaux, que des équipes locales, du CHU et de son CIC-EC et de l'Université, est aujourd'hui à construire. Un soutien du CHU dans son activité naissante de recherche est également souhaitable, en mobilisant davantage les crédits européens et aides nationales.

- ⇒ Consolider la plateforme d'études et statistiques par une convention stratégique, et ouvrir à des partenariats complémentaires (autres administrations et établissements d'Etat, champ de la recherche en santé) ;
- ⇒ Elaborer un programme régional pluriannuel d'observation en santé.

**Action 1.2 – Produire des données de santé dans les outre-mer (système de surveillance et études)**

L'ARS OI a déjà accompli un travail conséquent de fiabilisation, de consolidation et de valorisation des données et études, à l'échelle de chacune des deux îles, mais également au niveau communal préalablement à la négociation des contrats locaux de santé.

Ces travaux doivent être poursuivis, renouvelés et complétés, particulièrement sur les grands enjeux de santé (nutrition/diabète, addiction/alcoolisme, périnatalité ...) avec un effort particulier pour Mayotte. Dans ce cadre, l'ensemble des données disponibles sera mobilisé auprès des opérateurs et institutions de Mayotte.

De même, le positionnement de l'ARS OI dans l'exploitation des bases de données de santé à visée d'éclairage des politiques publiques est à définir à court terme. Le projet Océan Indien Innovation Santé (OIIIS, projet lauréat de Territoire de Soins Numériques) constitue l'opportunité de cette définition, tant en identification des objectifs que des moyens, leviers, et partenaires.

- ⇒ Développer les compétences locales dans l'exploitation des bases de données en santé ;
- ⇒ Compléter et renouveler les études, au travers de la mise en œuvre du Programme pluriannuel d'observation en santé ;

- ⇒ Accompagner les registres locaux dans les procédures de labellisation et valoriser les données collectées ; favoriser l'extension à Mayotte (observatoire de la grande prématurité, registres des malformations, ...) ;
- ⇒ Soutenir le développement de projet de recherche sur l'état de santé et leurs déterminants des populations de La Réunion et de Mayotte.

**Action 1.3 – Développer l'appui méthodologique du niveau central vis-à-vis de l'échelon régional des agences de santé**

Un premier engagement est pris pour la réalisation, portée par l'Agence Nationale Santé Publique, d'un baromètre santé à Mayotte, intégrant des données diagnostics et biologiques.

Plus généralement, il est attendu que des déclinaisons régionales des enquêtes nationales puissent être plus systématiquement réalisées.

En outre, l'ARS OI sollicite l'accompagnement de la DRESS, d'une part pour lui apporter un appui au niveau régional dans la mise en place de systèmes de surveillance ou de réalisation d'études et d'autre part en réalisant des travaux en commun avec la plateforme en cours d'installation dans les deux départements (ARS OI, ANSP-CIRE, ORS).

<p><b>Objectif 2 : Améliorer l'état de santé des mères et des enfants</b></p>
---

**Action 2.1 - Améliorer l'état de santé des mères et des enfants à Mayotte**

L'offre de gynécologie-obstétrique se résume au Centre Hospitalier qui dispose à Mamoudzou d'une maternité centrale et d'une unité de néonatalogie avec surveillance-réanimation néonatale et, sur le reste du territoire, de quatre maternités périphériques. Les difficultés de recrutement des médecins spécialistes à Mayotte conjuguées à l'augmentation exceptionnelle des naissances (+ 25% d'accouchements en un an, 9 000 naissances, + 60% de mères non assurées sociales) ne permettent pas d'envisager à court terme une restructuration majeure pour une mise aux normes de ces maternités. La constitution d'un pôle mère-enfant doit être visée à terme.

L'ARS OI a lancé début 2015 les travaux d'élaboration d'un plan d'actions touchant à la fois les démarches de prévention comme les mesures concernant l'offre de soins spécialisée en périnatalité :

- ⇒ Consolider le suivi prénatal (centres de PMI, consultations du CHM, coopération avec le Centre de diagnostic prénatal (CDPN) de La Réunion) et post-natal (consultations pédiatriques, carnets et certificats de santé). Une démarche de coordination des actions plus ambitieuse entre la PMI et les professionnels du CHM est en cours d'élaboration sous l'égide de l'ARS OI. Dans ce cadre, une mutualisation des moyens médicaux, paramédicaux, logistiques et immobiliers, entre la PMI et les dispensaires, pourrait être envisagée ;
- ⇒ Sécuriser le fonctionnement des maternités périphériques (télémédecine avec la maternité de Mamoudzou ; transferts sanitaires 24H/24 entre la maternité centrale et les maternités périphériques ; protocoles renforcés sur l'hémorragie du post-partum et la pose de ventouse de Kiwi ...) ;
- ⇒ Développer la formation des professionnels, en lien avec le CHU de La Réunion ;

- ⇒ Etablir des protocoles de transfert in utero avec le CHU de La Réunion ;
- ⇒ Définir des scénarii d'évolution des implantations et activités de gynécologie-obstétrique pour favoriser la mise aux normes.

### **Action 2.1 - Améliorer l'état de santé des mères et des enfants à La Réunion**

La mortalité maternelle reste préoccupante : elle est estimée à 26,4 décès pour 100 000 naissances, près de 3 fois supérieure à la situation métropolitaine. La mortalité infantile est également élevée, soit 7,4 décès pour 1 000 naissances, soit plus de 2 fois la situation métropolitaine. Les autres indicateurs (la mortalité périnatale et néonatale précoce) affichent également des écarts non négligeables en défaveur de La Réunion. Les enfants nés prématurément et les enfants de petits poids sont presque deux fois plus nombreux qu'en métropole.

L'ARS OI engagera un plan d'action articulé autour des objectifs suivants :

- ⇒ Exploiter et valoriser les données épidémiologiques ;
- ⇒ Développer l'information sur la sexualité et l'accès à la contraception ;
- ⇒ Renforcer la qualité du suivi prénatal et l'accès au diagnostic prénatal ;
- ⇒ Améliorer les pratiques professionnelles notamment dans le suivi prénatal et post-natal, le recours aux césariennes, la prise en charge des hémorragies du post-partum, (y compris par la généralisation de l'accès à l'embolisation artérielle 24H/24), les unités de néonatalogie, et la prise en compte des vulnérabilités psycho-sociales ;
- ⇒ Expérimenter la mise en place d'une « maison de naissance » dans le territoire ouest.

<p><b>Objectif 3 : développer la prévention et les parcours de santé coordonnés dans le champ de la nutrition, de l'obésité et du diabète</b></p>
---

Le diabète est l'une des priorités de santé publique identifiée par l'ARS OI, inscrite au Projet Régional de Santé, bénéficiant aujourd'hui d'un consensus régional, et appelant la mobilisation de l'ensemble des acteurs sociaux autour de deux enjeux :

- la prévention de l'apparition du diabète : prévention primaire ciblée et dépistage ;
- le contrôle de l'évolution de la maladie, au travers de la coordination des parcours de santé et de l'autonomie du patient (éducation thérapeutique, notamment).

La Réunion se caractérise par une prévalence du « diabète traité » parmi les plus élevées de France : taux standardisé de prévalence du diabète traité est de 9,8% en 2012, soit plus du double du taux national (4,4%). Chaque année, plus de 4 000 patients sont admis en ALD pour diabète ; 63 000 réunionnais sont traités pour diabète, près de 19 000 sont sous insuline.

Les données de consommation de soins, et les enquêtes de comportement et de représentation démontrent que les patients diagnostiqués mettent trop peu et trop tardivement en œuvre les recommandations nutritionnelles (alimentation et activité physique), et ne bénéficient pas du suivi sanitaire préconisé, avec des écarts significatifs avec les comportements de santé observés en métropole.

Mayotte est également fortement exposée au diabète, et aux pathologies associées (insuffisance cardiaque, hypertension), avec un taux de prévalence de 10,5% entre 30 et 69 ans. 54 % des hommes et 81% des femmes ont une corpulence plus élevée que la moyenne. L'obésité (IMC de 30 à 39) est très fréquente chez les femmes : 47% en sont atteintes (dont 6% d'obésité morbide (IMC>40) ; les hommes semblent moins exposés (19% dont 1,4% morbide). Cette situation se double de la persistance de maladies carencielles, et d'une problématique d'accès régulier à une alimentation suffisante et équilibrée pour une grande partie de la population.

L'offre de soins et de prévention à Mayotte n'est pas au niveau du défi que constituent les pathologies nutritionnelles.

Outre la mobilisation partenariale qui a abouti à l'élaboration d'un Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS), adopté en 2013 à La Réunion et en 2015 à Mayotte, une nouvelle impulsion sera donnée en 2016 au travers d'une conférence de consensus, ouverte aux institutions, acteurs de santé et associations de patients, afin de partager les enjeux et les référentiels d'action, de mettre en cohérence les financements et les interventions, et de soumettre les programmes à évaluation systématique.

- ⇒ Partager l'état des lieux et valoriser les données de santé ;
- ⇒ Elaborer des cahiers des charges concertés et évalués en matière de prévention, dépistage /diagnostic, éducation thérapeutique ;
- ⇒ Mobiliser la télémédecine en appui du diagnostic des rétinopathies et du traitement des plaies chroniques ;
- ⇒ Construire des parcours de santé, et coordination au travers du projet de territoire de santé numérique ;
- ⇒ Organiser la prise en charge du surpoids, de l'obésité et des maladies qui en résultent.

Cet objectif opérationnel sera mis en œuvre simultanément, et en synergie, à La Réunion et à Mayotte. A noter que le diabète fait partie des quatre pathologies socles retenues à La Réunion pour le déploiement du programme Territoire de Santé Numérique, dont les apports d'information et d'autonomie des patients, de soutien aux professionnels et de coordination de parcours seront partagés et étendus à Mayotte.

## **Objectif 5 : Agir sur les déterminants comportementaux de la santé**

### **Action 5.1 - Développer la prévention des risques sexuels et des grossesses non-désirées**

Malgré les difficultés d'abord des questions de sexualité à Mayotte, mais aussi dans une moindre mesure à La Réunion, différentes enquêtes soulignent des risques sanitaires conséquents : rapports non protégés, violences, grossesses précoces, prostitution, dans un contexte de grande jeunesse de la population.

- ⇒ Etablir un état des lieux des pratiques contraceptives, des grossesses précoces, des IVG, et améliorer les connaissances sur les violences conjugales et les comportements en matière de sexualité ;
- ⇒ Encourager l'accès à la contraception et au préservatif ;
- ⇒ Développer des programmes ciblés de promotion de la santé sexuelle, et de prévention des grossesses précoces et non désirées ;
- ⇒ Construire une offre de soins, d'information et de dépistage (CeGIDD).

### **Action 5.2 - Développer la prévention des conduites addictives**

A Mayotte, l'ensemble des acteurs convient d'une progression importante des conduites addictives, notamment chez les jeunes, malgré l'absence de dispositif d'évaluation qualitative et quantitative du phénomène :

- principales causes de consultation du centre d'addictologie du CHM (2014) : l'alcool, poly-consommation, tabac et bangué (cannabis) ;
- augmentation des interventions police/gendarmerie liées à la consommation de nouveaux produits de synthèse (NPS) mélangés à du tabac, des médicaments ou des plantes locales.

Ces évolutions s'inscrivent dans une population jeune, avec une modification rapide des modes de vie, et une insuffisance de l'offre de prévention et de prise en charge. Elles appellent une action résolue des pouvoirs publics, en particulier dans l'approche sanitaire :

- ⇒ Mettre en place un observatoire local des addictions, avec le soutien des organismes nationaux (OFDT et MILDECA), permettant un diagnostic partagé et une évaluation des évolutions en cours ;
- ⇒ Former les acteurs locaux aux enjeux de la prévention et du repérage des conduites addictives ;
- ⇒ Développer la prévention des conduites addictives ;
- ⇒ Déployer une offre ambulatoire et mobile de prise en charge (CAARUD, CSAPA, CJC) articulée avec des ressources hospitalières à développer.

A La Réunion, l'alcool est à l'origine d'une surmortalité prématurée (avant 65 ans), avec un taux standardisé de décès liés directement à l'alcool 1,5 fois plus important qu'en métropole. Plus généralement, la lutte contre les addictions constitue une priorité régionale de santé, notamment du fait des poly-consommations et de l'impact en matière de troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

- ⇒ Développer la prévention des risques liés aux conduites addictives en améliorant la compréhension de la dynamique addictive et en expérimentant des modalités innovantes de prévention ;
- ⇒ Mettre en œuvre un plan de prévention et de prise en charge du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF), avec le soutien de la MILDECA ;
- ⇒ Evaluer annuellement les apports de la charte d'engagement des pouvoirs publics et professionnels contre l'usage nocif ou abusif d'alcool.

## Objectifs propres à La Réunion et à Mayotte

### Action - Développer des parcours de santé coordonnés dans le domaine de la santé mentale à La Réunion

Avec 349 lits d'hospitalisation complète, La Réunion dispose d'une offre d'hospitalisation temps plein singulièrement plus limitée que la moyenne nationale (-24%), avec une équivalence pour l'hospitalisation de jour (124 places), mais une démographie psychiatrique en nette retrait (16 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 23 en métropole). La faiblesse relative de l'offre globale en santé mentale se traduit par un recours moindre (-29%) par rapport à la moyenne nationale, sans pour autant préjuger d'une plus faible prévalence de la pathologie psychiatrique.

- ⇒ Développer l'épidémiologie de la santé mentale, et intégrer La Réunion dans le projet APSOM (algorithme de prévention du suicide outremer) ;
- ⇒ Renforcer l'accessibilité aux soins, la prévention en santé mentale, et la lutte contre la stigmatisation ;
- ⇒ Réserver les capacités d'hospitalisation complète aux prises en charge aiguës et diversifier les modes de prise en charge ;
- ⇒ Soutenir une évolution positive des moyens humains, dans le cadre du développement de l'autonomie des patients atteints de pathologies psychiatriques (renforcement des CMP, appui aux établissements et services médico-sociaux, voire HAD psychiatrique) ;
- ⇒ Renforcer la complémentarité entre l'offre spécialisée et l'offre générale ;
- ⇒ Augmenter les capacités de prise en charge psychiatrique du territoire.

### Action - Garantir une couverture vaccinale protectrice pour la population et promouvoir les dépistages à Mayotte

Le contexte sanitaire spécifique de Mayotte (premier recours assuré essentiellement par l'hôpital, difficulté de la PMI à répondre à ses missions, forte natalité, présence d'une population en situation irrégulière, flux migratoires importants, signalement de cas de diphtérie) suscite des inquiétudes sur le niveau de la couverture vaccinale, sachant qu'une étude de l'InVS en 2010 avait révélé des taux inférieurs aux seuils requis.

- ⇒ Disposer d'une enquête de couverture vaccinale en population générale ;
- ⇒ Adapter les recommandations vaccinales ;
- ⇒ Coordonner les services et acteurs de santé (professionnels libéraux, PMI, santé scolaire, CHM) autour de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un programme pluriannuel de vaccination.



## Axe 2 : améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des risques sanitaires

### Objectif opérationnel 2-1 : Favoriser un environnement propice à la santé

A Mayotte, les questions d'accès à l'eau potable, d'assainissement ainsi qu'à un logement décent ne sont pas encore résolues pour une part importante de la population et doivent mobiliser l'attention des pouvoirs publics du fait des forts impacts sanitaire.

Les communes de La Réunion accusent un déficit en infrastructures publiques d'adduction d'eau de consommation humaine, et tout particulièrement en usines de potabilisation des eaux superficielles (ravines, rivières). 60% des volumes distribués ne bénéficient pas d'une protection de la ressource et/ou d'un traitement de potabilisation adéquat. L'amélioration de la qualité de l'eau distribuée est donc une priorité majeure, pour laquelle la mobilisation de tous les acteurs concernés est nécessaire.

#### Action 6.1 - Améliorer l'accès à l'eau potable et à un assainissement adapté à Mayotte

- ⇒ Soutenir le réseau d'échanges Océan Indien piloté par l'ONG Programme Solidarité Eau sur le thème de l'«Accès à l'eau potable, la promotion de l'hygiène, l'assainissement Individuel » ;
- ⇒ Développer et soutenir le recours aux ONG internationales ayant une expérience dans les pays en voie de développement et disposant de compétences adaptées à l'intervention en bidonvilles sur les thèmes de l'«Accès à l'eau potable, la promotion de l'hygiène, l'assainissement Individuel », voire l'habitat, et mobiliser à l'appui les fonds européens ;
- ⇒ Développer l'observation et les connaissances en matière de pathologies hydriques ;
- ⇒ Poursuivre l'installation de bornes fontaines monétiques (BFM), la sensibilisation aux règles d'hygiène de base et l'amélioration de l'accès à un assainissement adapté, et évaluer l'impact de ces actions ;
- ⇒ Poursuivre l'accompagnement des collectivités dans la mise en place d'un SPANC.

#### Action 6.1 - favoriser un environnement propice à la santé : développer la potabilisation de l'eau de consommation à La Réunion

- ⇒ Faire respecter la législation sanitaire (régularisations, inspections, mises en demeure) ;
- ⇒ Accompagner les collectivités dans la création d'usines de potabilisation (soutien technique à la mobilisation des fonds FEDER et CPER) ;
- ⇒ Renforcer l'information et la sensibilisation de la population.

#### Action 6.2 - Limiter les risques sanitaires liés à l'habitat à Mayotte

- ⇒ Développer l'observation des risques sanitaires et des pathologies en lien avec l'habitat ;
- ⇒ -Développer les compétences des acteurs en matière de signalement, repérage et de traitement des situations (Etat, CAF, communes, collectivités...), et informer la population de ses droits ;
- ⇒ Contribuer à la mise en place et aux travaux du pôle départemental de LHI.

**Objectif 7 : faire évoluer les plans de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques : développer la lutte anti-vectorielle**

La Réunion comme Mayotte sont des territoires sensibles au risque de maladies vectorielles (dengue, chikungunya, paludisme, éventuellement zika,...) et justifient le maintien d'un dispositif de Lutte Anti-Vectorielle (LAV) renforcé, tourné vers la prévention, mais également réactif en cas d'alerte sanitaire.

- ⇒ Consolider et faire évoluer les stratégies de LAV en y intégrant le renforcement d'actions multi-partenariales de prévention et d'élimination des gîtes larvaires en situation inter-épidémique, et la préparation et le maintien des capacités de réponse opérationnelle aux signalements de cas de maladies vectorielles et aux situations épidémiques ;
- ⇒ Définir et mettre en œuvre un plan de réponse ORSEC gradué par territoire et des protocoles d'interventions correspondants ;
- ⇒ Développer la mobilisation partenariale, notamment l'implication des communes au titre de leurs missions en matière d'hygiène publique et de salubrité publique, au travers notamment des Contrats Locaux de Santé (CLS), et plus particulièrement à La Réunion dans le cadre du GIP-LAV ;
- ⇒ Renforcer les capacités de veille et de surveillance entomologique et épidémiologique ;
- ⇒ Participer aux travaux de recherche.

### **Axe 3: mieux répondre aux besoins de nos concitoyens dans le champ de l'autonomie (vieillesse et handicap)**

#### **Pour Mayotte :**

L'offre médico-sociale à Mayotte reste faible par rapport aux besoins. Avec 375 places installées fin 2015, pour une population de 212 000 personnes (hors étrangers en situation irrégulière), Mayotte demeure très éloignée des moyennes nationales. La création d'environ 200 places à l'horizon 2018 ne permettra de compenser que très partiellement ce déficit.

Mayotte est, à ce jour, dépourvue de structures médico-sociales pour personnes âgées dépendantes. Le vieillissement annoncé de la population, associé à un état de santé général dégradé, imposent de poser dès maintenant les bases d'un accompagnement médico-social, en partenariat avec le Conseil départemental.

Il convient d'envisager la programmation d'une offre intégrant l'ensemble des réponses aux besoins de prévention et de détection de maladies neuro-végétatives, aux besoins de soutien au maintien à domicile, et à la coordination des parcours de prise en charge. Cette programmation se déclinera de manière progressive à moyen et long terme.

Parallèlement, et pour répondre aux besoins du plus grand nombre d'enfants et d'adultes en situation de handicap et de personnes âgées en perte d'autonomie, des structures expérimentales plus souples et moins coûteuses doivent être déployées sur le territoire pour soulager les familles qui aujourd'hui sont sans réponse pour l'accompagnement et la prise en charge de leurs proches en situation de handicap ou de perte d'autonomie liée à l'âge : accueils de jour renforcés, dispositifs d'insertion sociale et professionnelle...

A cet égard, l'application des dispositions du code de l'action sociale et des familles peut faciliter le développement de structures expérimentales adaptées à la situation de Mayotte tout en privilégiant un accompagnement médico-social au moins séquentiel.

#### **Pour La Réunion :**

La population en situation de handicap réunionnaise croît depuis 2006 sous les effets conjugués de l'augmentation et du vieillissement de la population générale, mais également dans un contexte départemental de meilleur accès aux droits (effet MDPH). Ainsi, la population connue de la MDPH s'élève au 31/12/2013 à 37 942 personnes, soit 4,5% de la population réunionnaise (contre 4,1 en 2012 et 3,1 en 2006).

Par ailleurs, sont dénombrées au 31 décembre 2013 :

- 15 504 allocataires de l'AAH (soit 31.6% personnes de 20 à 64 ans, contre 26.9% en métropole)
- 4 408 allocataires de la PCH/ACTP (5.2% en population générale contre 4.4% en métropole).

Avec un doublement du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020, la prise en charge de la dépendance constitue un défi pour le système de prise en charge médico-sociale réunionnais, qui repose essentiellement sur le maintien à domicile (taux d'équipement en EHPAD de 38,6 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus contre 95,1 places en métropole).

Plus de 80% des résidents en EHPAD bénéficient de l'aide sociale départementale contre près de 20% en métropole.

Dans ce contexte, le secteur médico-social de la Réunion a pris pleinement conscience de la nécessité d'une optimisation de l'offre existante, d'une réorientation des pratiques vers le soutien aux parcours individualisés d'insertion sociale, et plus globalement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la performance des organisations et accompagnements proposés.

Pour autant, le sous-équipement médico-social, en particulier en matière d'accompagnement précoce et de continuité des parcours, appelle un effort particulier pour la poursuite du développement de l'offre pour les personnes en situation de handicap. Une attention particulière doit être portée aux jeunes bénéficiaires d'une prise en charge, devenant adultes, afin qu'ils puissent trouver une offre adaptée à leurs besoins.

<b>Objectif 10 : Renforcer le dépistage et la prise en charge précoces des handicaps ainsi que la prévention de la perte d'autonomie</b>
--

**Action 10.1 - Développer le dépistage précoce des handicaps en alignant les stratégies des pouvoirs publics (périnatalité, PMI, développement des CAMSP...)**

**Pour Mayotte :**

- ⇒ Accompagner la transformation de la MPH de Mayotte en MDPH de droit commun et lui permettre de développer ses missions en matière d'évaluation, d'orientation et d'observation (soutien financier et méthodologique de la CNSA sous forme de contractualisation ARS/CNSA/CD) ;
- ⇒ Améliorer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, et la représentation du handicap et du vieillissement au sein de la population mahoraise, en rassemblant les données dont les différentes institutions et opérateurs disposent puis en lançant des enquêtes et études ciblées ;
- ⇒ Développer les moyens de diagnostic du handicap par la création d'un centre de ressources dédié porté par le CHM ;
- ⇒ Développer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées au travers de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- ⇒ Engager la constitution de la filière de soins gériatriques hospitalière, complémentaire des équipes médico-sociales du Département ; faciliter et accompagner la venue à Mayotte des ressources médicales nécessaires (neurologues) ;
- ⇒ Soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, par la création de places de SSIAD, le développement de l'accueil familial et le déploiement de plateformes territorialisées de services médico-sociaux.

## **Pour La Réunion :**

### *Pour les personnes en situation de handicap :*

- ⇒ Systématiser le dépistage, le diagnostic et la prise en charge précoces ;
- ⇒ Favoriser l'accessibilité au droit commun, notamment en matière de scolarisation, de logement, et de santé ;
- ⇒ Réserver le recours aux établissements médico-sociaux à l'accompagnement du handicap lourd ;
- ⇒ Identifier et soutenir des filières de prise en charge, assurant une coordination des interventions des partenaires (Education nationale, Emploi, secteur sanitaire) et une continuité des parcours ;
- ⇒ Développer des formations à l'autonomie et à l'insertion sociale ;
- ⇒ Favoriser les alternatives à l'hébergement en institution.

### *Pour les personnes âgées :*

- ⇒ Développer la prévention de la perte d'autonomie (conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie) ;
- ⇒ Accroître le soutien à domicile des personnes âgées, y compris fortement dépendantes ;
- ⇒ Inscrire l'ensemble de l'offre sociale, médico-sociale, et sanitaire dans des coordinations gérontologiques territorialisées.

**Objectif opérationnel 11– Eviter les ruptures de parcours qui sont de véritables pertes de chances de développement et d'accompagnement en donnant aux outre-mer un pouvoir d'innovation pour renforcer les accompagnements médico-sociaux**

## **Pour Mayotte :**

- ⇒ Favoriser l'accessibilité au droit commun et l'inclusion en milieu ordinaire, notamment en matière de scolarisation, de logement, de soins, pour les personnes en situation de handicap ;
- ⇒ Créer des plateformes territorialisées de services pluridisciplinaires médico-sociales (expérimentation), adossées aux implantations hospitalières, pour favoriser l'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie (expérimentation soumise à évaluation avant généralisation) ;
- ⇒ Créer des unités expérimentales d'accueil séquentiel pour jeunes de 12 à 16 ans en situation de handicap, non-scolarisés, en lien avec l'Education nationale et les collectivités locales ; cette expérimentation sera assortie d'un dispositif de « guidance parental » adapté au contexte mahorais ;
- ⇒ Poursuivre l'effort en matière d'augmentation des capacités, ciblé sur les handicaps les plus lourds (MAS, CEAP, IME...), dans le cadre du PRIAC ;

- ⇒ Déployer, à titre expérimental, un parcours renforcé d'accès à la professionnalisation et d'accompagnement dans l'emploi de jeunes de 16 à 22 ans, en situation de handicap, en appui et en relais des IME/SESSAD ; cette plateforme inclura un accompagnement pour personnes nécessitant un emploi en milieu protégé ;
- ⇒ Création de places d'ESAT dans le cadre du PRIAC et mobilisation de chantiers d'insertion pour l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés, en complément de la mobilisation du milieu ordinaire ;
- ⇒ Soutenir l'activité et la structuration des ESMS : organiser la mutualisation des fonctions support et de gestion, étudier les déterminants susceptibles de renforcer l'attractivité de l'emploi dans les établissements et services médico-sociaux en tenant compte des surcoûts Outre-mer (CCN de 1951).

**Pour La Réunion :**

*Pour les personnes en situation de handicap :*

- ⇒ Poursuivre le déploiement du plan Autisme ;
- ⇒ Développer le logement autonome (collectif de type résidence service, ou individuel de type logement ordinaire adapté) avec un accompagnement social ou médico-social ;
- ⇒ Consolider les prises en charge à domicile en développant l'accueil séquentiel, la professionnalisation des familles d'accueil (adossement à un établissement) et l'accueil temporaire.

*Pour les personnes âgées :*

- ⇒ Développer la médicalisation externe, y compris par la mobilisation des professionnels libéraux, de modes d'accueil innovants, en petites unités fortement ancrées dans un réseau d'aide et de soins ;
- ⇒ Développer les modes d'hébergement intermédiaire entre le médicalisé et le privatif ;
- ⇒ Favoriser l'intervention coordonnée des professionnels de santé (SSIAD, SPASAD).

#### **Axe 4 : Viser l'excellence et l'efficacité du système de santé en outre-mer et répondre aux défis majeurs du 21<sup>e</sup> siècle (démographies médicales, nouvelles technologies, enseignement, recherche, innovation)**

La Réunion dispose depuis 2012 d'un CHU qui a vocation à exercer ses missions régionales également à destination de Mayotte. Pour autant, le cursus de formation médicale reste incomplet, avec une UFR jeune et encore peu dotée, un nombre limité de PU-PH, et une démographie vieillissante et déficitaire de médecins spécialistes libéraux.

Mayotte souffre d'un manque d'attractivité pour les professionnels de santé, avec pour conséquence une offre libérale très faible en effectif (17 médecins généralistes en exercice fin 2014 contre 23 fin 2013) et un recours massif par le CHM à des médecins contractuels.

La mise en œuvre de l'indemnité particulière d'exercice en septembre 2014 pour les praticiens hospitaliers à Mayotte a permis d'améliorer la situation (passage de 65 PH titulaires fin 2014 à 85 au premier trimestre de 2015).

Les conditions d'exercice, dans ce contexte de pénurie de soignants, appellent une sécurisation des pratiques et des organisations de soins, et l'accompagnement méthodologique des opérateurs nationaux.

Par ailleurs, compte tenu de l'impact de l'immigration, sur le système de santé, il convient de structurer les actions de coopération avec le gouvernement comorien afin d'assurer la prise en charge sanitaire/hospitalière maximale dans chacune des îles de la République des Comores.

Le système sanitaire à Mayotte nécessite une approche par grande problématique de santé, alliant chacune prévention et soins dans une logique de parcours.

#### **Objectif 13 : Renforcer la présence médicale en outre-mer et en liaison avec le MESR, promouvoir des dispositifs de formation et de renforcement des compétences des professionnels de santé**

**Action** - développer une gestion territoriale des compétences et ressources humaines en santé à La Réunion et à Mayotte

- ⇒ Développer l'animation régionale de la GRH en santé, transversale aux secteurs publics et privés, sanitaire et médico-social, sur des professions en tension et sur l'évolution souhaitable des métiers au regard des principes de la Stratégie Nationale de Santé ;
- ⇒ Consolider l'Institut de Management en Santé Océan Indien, comme établissement pilote de formation des cadres et managers de la santé, tous secteurs confondus, lieu d'élaboration des nouveaux référentiels d'ingénierie des parcours de santé et de gestion modernisée des ressources en santé, pour La Réunion, pour Mayotte, et pour l'Océan indien ;
- ⇒ Développer les capacités universitaires du CHU de La Réunion, au travers de l'engagement pluriannuel national d'ouverture de postes hospitalo-universitaires en rapport avec les priorités régionales de santé, les enjeux de formation et d'attractivité de l'exercice médical à La Réunion et à Mayotte, et les impératifs de disposition d'une UFR complète en santé (de la PACES à l'internat) ;

⇒ Augmenter le numéris clausus, et les stages d'internat.

**Action - Faciliter l'installation et le maintien des professionnels de santé à Mayotte**

- ⇒ Faciliter l'installation des médecins libéraux par l'exercice regroupé et coordonné, des systèmes d'aides et, à titre expérimental, une ouverture des dispensaires à l'exercice libéral ;
- ⇒ Etudier les éventuels aménagements des mesures d'attractivité pour les médecins salariés du CHM (indemnité particulière d'exercice, valorisation des carrières outre-mer dans les parcours professionnels) et pour les médecins contractuels ;
- ⇒ Créer des postes de praticiens cliniciens dans les disciplines les plus déficitaires ;
- ⇒ Réactiver, au plan local, le comité d'attractivité médicale de Mayotte et créer un comité équivalent pour les professionnels de santé paramédicaux ;
- ⇒ Etudier la possibilité de permettre aux professionnels libéraux de bénéficier du dispositif « zone franche ».

**Action - soutenir la démographie des médecins spécialistes libéraux à La Réunion**

⇒ Apporter une attention soutenue à la situation des médecins spécialistes.

**Action - Favoriser l'accès des mahorais et réunionnais aux métiers de la santé**

L'accès des jeunes vivant à La Réunion et à Mayotte aux métiers de la santé est très insuffisant alors qu'il est déterminant à moyen terme pour la démographie soignante locale ;

- ⇒ Mettre en place d'une licence en santé, comme voie d'accès réservée aux études médicales, en substitution de la PACES, afin d'encourager les jeunes de La Réunion, et de Mayotte, à s'investir, avec soutien et succès, dans les métiers de la santé ;
- ⇒ Soutenir l'accès aux études de santé à Mayotte : classe préparatoire, bourses d'étude ;
- ⇒ Soutenir les formations promotionnelles au sein de l'hôpital ;
- ⇒ Poursuivre la mobilisation des dispositifs type CESP.

**Objectif 14 : favoriser l'exercice pluridisciplinaire coordonné**

**Pour Mayotte :**

Cette approche est impossible aujourd'hui à Mayotte, faute de professionnels de santé en nombre suffisant et tout particulièrement de médecins généralistes. Par contre, un travail est à l'étude pour s'appuyer sur le réseau des infirmiers libéraux, suffisamment implantés, pour organiser des actions de prévention et de soins concertés, notamment au bénéfice des malades diabétiques.

**Pour La Réunion :**

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de premier recours. Elles apparaissent comme une



solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans des secteurs reconnus comme déficitaires. La Réunion, qui ne connaissait aucune MSP à la fin de l'année 2011 en compte désormais 9.

Le plan d'action permettant de favoriser l'exercice pluridisciplinaire coordonné comprendra :

- ⇒ Créer de MSP et PSPP supplémentaires : installation de 3 maisons et pôles de santé dans les zones fragiles, à court terme ;
- ⇒ Simplifier l'application du cadre réglementaire par la CGSS, notamment concernant la question de la pause méridienne en MSP et PSPP
- ⇒ Ouvrir le bénéfice du PTMG au-delà des « primo-installants » ;
- ⇒ Etudier la possibilité d'un zonage spécifique pour les médecins spécialistes, le zonage actuel ne concernant que les médecins généralistes.

<b>Objectif 15 : Contribuer au renforcement et à l'appui de la coopération régionale internationale et de la coopération entre DOM/COM.</b>
---

L'accroissement des inégalités de santé dans la zone océan indien, l'aggravation de la situation sanitaire de certaines populations dans les pays les plus pauvres, l'accélération de la diffusion des épidémies, la situation de recours sanitaire que constituent Mayotte et La Réunion justifient que l'ARS OI s'implique depuis plusieurs années dans les questions de la coopération en santé.

Ainsi, l'immigration, en provenance des Comores, exerce une pression extrême sur l'offre de soins, mettant le CHM en grande difficulté. Le développement de l'offre de soins aux Comores est donc indispensable pour limiter l'émigration pour motifs sanitaires, souvent dans des conditions humanitaires catastrophiques, et faciliter le retour au pays dans de bonnes conditions de soins.

De même, la veille sanitaire requiert de pouvoir anticiper sur les risques par des échanges réguliers entre pays de la zone Océan Indien.

Cette coopération a vocation à renforcer les systèmes de santé par des actions répondant à des besoins identifiés, et complémentaires de l'aide bilatérale ou multilatérale.

L'ARS OI doit assurer l'interface avec les autorités sanitaires des pays de la zone Océan Indien, les ambassades, les agences locales et nationales de l'AFD, la Commission de l'Océan Indien, les bureaux pays de l'OMS, les Préfectures de La Réunion et de Mayotte. Elle doit fédérer et animer les acteurs de La Réunion et de Mayotte de la coopération en santé, et contribuer à mobiliser l'expertise française pour répondre aux demandes des pays de la zone.

- ⇒ Analyser, avec l'appui du ministère des affaires étrangères, les capacités sanitaires en Grande Comores et à Anjouan et évaluer les possibilités de reprise de coopérations effectives sur ces deux îles, notamment avec l'aide de l'AFD ;
- ⇒ Structurer les actions de coopération avec le gouvernement comorien afin d'assurer la prise en charge sanitaire/hospitalière maximale dans chacune des îles de la République des Comores ;

- ⇒ Participer à l'élaboration et l'impulsion des programmes portés par la Commission de l'Océan Indien et par l'AFD ;
- ⇒ Poursuivre la coopération régionale en matière de veille sanitaire (SEGA, One Health) ;
- ⇒ Développer l'offre de formation française au profit du personnel de santé des pays de la zone ;
- ⇒ Favoriser les coopérations hospitalières structurées par des conventions de partenariat, dans les secteurs de la gouvernance, de la formation, de la qualité et sécurité des soins, des systèmes d'information, de l'ingénierie biomédicale, à destination des pays de la zone, conformément aux priorités régionales ;
- ⇒ Contribuer à promouvoir une prise en charge de qualité des patients dans le cadre de véritables filières visant à permettre le diagnostic et le suivi des patients par les équipes médicales des pays concernés.

<b>Objectif 16 : développer la recherche et investir dans les nouvelles technologies</b>
--

***La Recherche :***

L'ambition de l'ARS OI est de contribuer à l'émergence progressive d'un Espace de Recherche et d'Innovation dans la zone océan Indien, fédérant et mutualisant des ressources, des équipements et des compétences en mesure de répondre aux enjeux de développement de la zone, et permettant sa valorisation sur la scène internationale.

Cet espace porterait notamment sur le domaine de la santé et des biotechnologies. Il s'agit d'accroître le potentiel de la recherche publique en santé et biotechnologies dans la zone océan Indien, améliorant ainsi sa compétitivité et sa capacité de réponse aux appels compétitifs européens et internationaux.

La recherche en santé à La Réunion, avec notamment la création récente de la plateforme CYROI (2009), de l'UFR de Santé (2011), et du Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion (2012), connaît aujourd'hui un développement dynamique. Une étape est franchie avec la labellisation de deux Unités Mixtes de Recherche INSERM à La Réunion, concernant deux thématiques prioritaires de santé publique : les maladies métaboliques (diabète, Accident Vasculaire Cérébral...) et les maladies infectieuses (chikungunya, arbovirus, leptospirose...). L'ARS OI a soutenu le projet de plateforme CYROI dès sa conception. Elle a ainsi accompagné son modèle de développement reposant sur la mutualisation des équipements.

L'ARS OI soutient également le principe de «continuum » de la recherche visant à créer un lien fort entre la recherche préclinique et la recherche clinique, grâce à une politique cohérente de thématiques de santé publique prioritaires, et une identification des rôles et responsabilités respectives de chacun des acteurs.

- ⇒ Mettre en place, avec la délégation régionale à la recherche et à la technologie, la préfecture, le rectorat, et la région, une coordination régionale de la recherche en santé, favorisant la cohérence de l'action publique locale ;

- ⇒ Accompagner des projets de recherche collaboratifs menés par des organismes de recherche portant sur les priorités affirmées régionalement telles que les maladies chroniques, les maladies infectieuses, la périnatalité, la santé mentale, les maladies vectorielles... ;
- ⇒ Favoriser les expérimentations et la recherche/action en matière de prévention (dynamiques comportementales, perceptions des risques..), en bénéficiant de l'appui méthodologique et l'expertise de l'EHESP (Chaire Prévention et promotion de la Santé), de l'Agence Nationale de Santé Publique et de la Mildeca ;
- ⇒ Favoriser l'engagement des médecins et professionnels de santé libéraux dans les programmes de recherche clinique.

***Les nouvelles technologies et la télémédecine :***

L'ARS OI a décidé de faire des systèmes d'information en santé une priorité ; son éloignement de la métropole, la distance entre La Réunion et Mayotte, la difficulté majeure à recruter des médecins à Mayotte fondent cette stratégie qui a été fortement soutenue par les instances de démocratie sanitaire.

L'ensemble des acteurs de santé (libéral, hospitalier et médico-social) s'est donc accordé sur la nécessité de travailler de manière plus coordonnée et pour cela de disposer d'infrastructures de partage de données et de systèmes d'information communs. Le GCS TESIS assure la maîtrise d'œuvre régionale des systèmes d'information en santé, bénéficiant du soutien de l'ARS OI.

Plusieurs réalisations sont déjà à mettre au crédit de ce groupement de coopération et de l'ARS OI : réseau d'interconnexion unique en France (R2S), Datacenter Régional, plateforme régionale de télémédecine.

C'est sur cette base que l'ARS OI a été retenue dans le cadre de l'appel à projets « Territoire de Soins Numérique » (TSN). Ainsi, le projet OIIS (Océan Indien Innovation Santé) vise le développement d'organisations et d'outils innovants, favorisant l'accès à la prévention, la coordination des parcours de soins, la coopération des professionnels de santé et l'autonomie des patients pour les maladies chroniques, priorités régionales de santé.

Il concerne principalement quatre maladies chroniques (Diabète, IRC, ICC, AVC) à très forte prévalence à La Réunion, mais aussi à Mayotte, en proposant des services à forte dimension technologique (Portail Web, plate-forme d'appui à la coordination, service d'aide à la gestion de cabinets, connaissance et traitement des données de santé).

Le plan d'actions mis en œuvre dans le cadre du projet OIIS permettra de garantir les services suivants :

- ⇒ Développer l'information de la population et des patients ;
- ⇒ Faciliter l'exercice des professionnels de santé ;
- ⇒ Coordonner le parcours de santé du patient ;
- ⇒ Valoriser par la connaissance de l'état de santé de la population ;

Par ailleurs, l'ARS OI soutient un programme ambitieux de Télémédecine, dont la maîtrise d'œuvre est assurée par le GCS TESIS :

- ⇒ Elaboration d'un plan d'action régional de moyen terme
- ⇒ Mise en œuvre à court terme de trois projets de télémédecine à La Réunion (Plaies et cicatrisation, diagnostic de la rétinopathie diabétique, AVC) et six projets à Mayotte (trois en périnatalité, un en biologie médicale, un en cardiologie et un en oncologie)

En appui de ces différents projets, l'amélioration et la sécurisation des systèmes d'information de santé se poursuivront, en particulier à Mayotte où l'informatisation de l'ensemble des sites du CHM constitue un pré-requis indispensable.

#### **Objectif 17 : développer la qualité et l'efficacité des établissements de santé de La Réunion et Mayotte en soutenant la constitution du GHT Océan Indien**

Dès septembre 2014, l'ARS OI a invité les acteurs hospitaliers à engager une réflexion prospective sur ce que pourraient être les modalités d'un futur Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) à l'échelle de l'Océan Indien, associant les établissements de La Réunion et le CH de Mayotte qui ne saurait rester isolé.

La démarche de construction en cours s'appuie sur un cadre pré-référentiel proposé par l'ARS OI, complémentaires des textes législatifs et réglementaires.

Le projet médical partagé prend en compte l'offre de soins du territoire hors hospitalier public (hospitalisation privée, HAD, médecine ambulatoire, autres soins ambulatoires) et le médico-social.

#### **Objectif 18 : Mieux prendre en compte les spécificités ultramarines dans l'allocation de ressources aux établissements de santé**

- ⇒ Participer aux travaux nationaux visant à identifier et compenser les surcoûts liés à la situation ultra-marine (Réunion, Mayotte) : activités isolées, missions spécifiques hospitalières, surcoûts divers... ;
- ⇒ Mettre en place un baromètre de la dépense de santé, en lien avec l'Assurance maladie (Réunion, Mayotte).

#### **Objectif propre à Mayotte : renforcer et diversifier l'offre de soins à Mayotte**

Le CHM, seul établissement public de santé de l'île, est le principal offreur de soins du territoire, aussi bien pour les soins hospitaliers, que pour l'activité externe.

L'activité du CHM est à 50% tournée vers la prise en charge de la naissance, sans disposer des spécialités (cardiologie, endocrinologie, gastro-entérologie, cancérologie) permettant de répondre aux principaux besoins de soins de la population du territoire.

De ce fait, quatre filières de soins, outre la périnatalité traitée ci-dessus, doivent être structurées et dotées en priorité, et s'inscrire dans une gradation des soins régionale voire suprarégionale.

#### **Améliorer la prise en charge des cancers :**

L'essentiel de la prise en charge est effectué pour les patients mahorais par les établissements spécialisés de La Réunion (Sainte-Clotilde, CHU de La Réunion) voire de métropole (G.Roussy, etc.), le CHM délivrant la chimiothérapie.

- ⇒ Actualiser l'état des lieux, au regard du Plan Cancer 3 ;
- ⇒ Développer une offre de dépistage des cancers (habilitation d'une nouvelle structure de gestion du dépistage des cancers en 2016) ;
- ⇒ Définir le rôle du CHM comme établissement de proximité, et les filières régionales en lien avec les établissements de santé de La Réunion ;
- ⇒ Organiser l'accueil des patients et de leurs familles à La Réunion, notamment pour les soins prolongés ;
- ⇒ Former les personnels et développer les pratiques de soins palliatifs.

#### **Développer la chirurgie et restructurer le bloc opératoire du CHM :**

Le bloc opératoire du CHM, vétuste, n'offre que 5 salles et constitue la seule offre de chirurgie de l'île, pour une population de 212 000 habitants, chiffre du recensement 2012 qui semble aujourd'hui largement dépassé.

Des missions sont organisées avec le CHU de La Réunion pour la chirurgie infantile orthopédique et viscérale et l'ORL (appareillage pour malentendants) et l'AP de Marseille (interventions pour fentes palatines).

- ⇒ Organiser une offre chirurgicale répondant aux besoins courants de proximité ;
- ⇒ Développer l'activité de chirurgie ambulatoire en étendant le périmètre des interventions ;
- ⇒ Renforcer la coopération médico-chirurgicale avec les établissements partenaires ;
- ⇒ Optimiser et redimensionner le bloc opératoire (conformément à l'engagement Mayotte 2025).

#### **L'insuffisance rénale chronique :**

L'offre de traitement de l'IRC, reposant sur la seule structure privée, est aujourd'hui mise à mal par l'arrivée en situation irrégulière, et dans des états très dégradés, de patients originaires des Comores.

- ⇒ Réévaluer les besoins de dialyse pour Mayotte ;
- ⇒ Sécuriser le financement des soins aux non-assurés sociaux pris en charge par un établissement privé soumis à la T2A ;
- ⇒ Favoriser le développement de la dialyse péritonéale, et soutenir le développement d'une compétence néphrologique au CHM ;

⇒ Renforcer la coopération avec les Comores.

**Renforcer l'offre de premier recours :**

A défaut d'offre libérale suffisante, le CHM, par son réseau de dispensaires, assure les soins de premier recours de manière complémentaire avec la PMI.

- ⇒ Elaborer un schéma de l'offre de soins de premier recours ;
- ⇒ Conforter le CHM dans son rôle en matière de soins de premier recours ;
- ⇒ Renforcer les missions des dispensaires : consultations générales et spécialistes, prévention, soutien au secteur médico-social, étudier l'articulation avec la PMI et le secteur libéral ;
- ⇒ Inclure davantage les dispensaires dans les actions et campagnes de prévention ;
- ⇒ Etudier les conditions d'ouverture des dispensaires à une activité libérale ;
- ⇒ Examiner la possibilité d'organiser des délégations de tâches ou de compétences entre médecins et d'autres professionnels de santé.

## **Axe 5 : réduire les inégalités d'accès aux soins (géographiques et financières) et améliorer les prises en charges**

A Mayotte, le système de santé repose sur la gratuité des soins délivrés par l'hôpital public pour les assurés sociaux. Aussi, l'essentiel des consultations et des soins est réalisé par le centre hospitalier de Mayotte (CHM).

Pour les non-assurés sociaux, le principe posé par l'article L 6416-5 du code de la santé publique est la gratuité totale ou partielle des soins urgents, ceux liés aux maladies transmissibles graves ou délivrés aux mineurs et aux enfants à naître. Pour les soins courants, les bénéficiaires doivent acquitter une provision (le montant fixé en 2005 par l'ARH n'a pas été revalorisé).

Le secteur hospitalier privé et le secteur libéral peinent à se développer : la grande majorité de la population ne dispose pas des revenus suffisants pour faire l'avance des frais et payer le reste à charge (l'accès aux mutuelles est très faible) et se fait soigner à l'hôpital.

La PMI, qui a un rôle déterminant à Mayotte dans le suivi des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans, se heurte à un problème de financement dans la mesure où plus de 70% de sa file active est constituée de non-assurés sociaux.

L'organisation des transferts sanitaires vers La Réunion ou la métropole (EVASAN) reste problématique du fait des disponibilités d'avion, des capacités d'accueil des établissements, de l'accompagnement des patients et de leurs proches, et de la prise en charge des non-assurés sociaux.

Des orientations en matière de santé ont été inscrites dans le document « Mayotte 2025 » et notamment l'amélioration de l'accès aux soins, le soutien à des expérimentations en matière de prise en charge sanitaire, le renforcement de la Protection maternelle et infantile et l'extension de la couverture sociale.

**A La Réunion**, du fait de l'application de la protection sociale de droit commun, et d'une consommation de soins en fort rapprochement des moyennes nationales, les obstacles à l'accès à la santé relèvent davantage des problématiques générales de précarité, de handicap, et d'enclavement géographique (écarts, cirques), sans méconnaître la nécessité de mieux organiser le recours hautement spécialisé aux plateaux hospitaliers métropolitains.

### **Objectif 19 : Améliorer l'accès aux droits aux soins dans les outre-mer**

#### **Pour Mayotte :**

- ⇒ Soutenir le développement des mutuelles, et étendre l'application de la CMU-C et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- ⇒ Appliquer l'article 20-11 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 modifiée, à savoir la possibilité par l'État de prendre en charge tout ou partie des frais engagés par l'assuré pour certaines prestations comme le prévoit Mayotte 2025 ;

- ⇒ Garantir au Centre Hospitalier de Mayotte le financement des soins aux non assurés sociaux afin d'éviter les situations fortement déficitaires constatées en fin d'année ;
- ⇒ Etudier en lien avec la CSSM des procédures en vue d'améliorer l'ouverture des droits, notamment pour les étrangers en situation régulière ;
- ⇒ Finaliser l'organisation des filières et transferts sanitaires entre Mayotte, La Réunion et la métropole (ARS, CSSM, CGSS, Département de La Réunion, Département de Mayotte), et conforter les conditions d'accueil et d'hébergement des accompagnants et des patients (Réunion Mayotte).

**Pour La Réunion :**

- ⇒ Formaliser, avec la CGSS, un protocole d'instruction prioritaire des demandes d'ouverture de droits pour les publics cibles.

*Pour les personnes en situation de handicap à La Réunion*

- ⇒ Mettre en œuvre des principes édictés par la charte Romain Jacob ;
- ⇒ Identifier dans les établissements et services médico-sociaux de référents de la thématique « accès à la santé » (soins et prévention) ;
- ⇒ Identifier des professionnels de santé libéraux intéressés par la délivrance des soins aux personnes en situation de handicap et accompagner de ces professionnels ;
- ⇒ Organiser le recours hospitalier avec des consultations et des services accessibles ;
- ⇒ Développer des programmes de prévention et promotion de la santé dédiés aux personnes en situation de handicap ;
- ⇒ Développer de programmes d'accès aux soins pour les enfants en situation de handicap et/ou présentant des troubles psychiatriques scolarisés en milieu ordinaire.

*Pour les populations vivant dans les écarts à La Réunion*

16,7% de la population réunionnaise (soit 140 000 habitants) résident à plus de 30 minutes des soins urgents en raison de la géographie montagneuse de l'île. Dans la mesure où il n'y a pas de possibilité de multiplier le nombre des services d'urgence, la solution du transport hélicoptéré est privilégiée dans le cadre du plan urgences.

- ⇒ Soutenir l'installation et le maintien des professionnels de santé, dont les médecins libéraux dans les zones fragiles et prioritaires par la promotion des mesures incitatives ;
- ⇒ Sécuriser la couverture sanitaire des cirques de Mafate et de Cilaos, et disposer de crédits dédiés ;
- ⇒ Poursuivre le développement de la télémédecine ;
- ⇒ Installer un Hélistmur.



**Objectif 20 : sécuriser les transferts sanitaires et évacuations sanitaires au sein des DOM et entre les DOM et la Métropole**

- ⇒ Poursuivre les négociations avec les transporteurs aérien, tant au titre des transports entre les Comores et La Réunion que pour les évacuations entre Mayotte et La Réunion, avec un appui national.
- ⇒ Poursuivre le travail engagé avec les conseils départementaux et les caisses locales d'assurance maladie pour l'amélioration des prises en charge des patients mahorais et de leurs accompagnants lors de la mise en place de traitements longs à La Réunion.

**Objectif 21 : Mieux structurer les parcours de santé et l'accès aux soins primaires dans les outre-mer.**

Le projet OIIS (Océan Indien Innovation Santé) porte, sous l'animation de l'ARS OI, un objectif d'organisation de quatre parcours de santé coordonnés (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, AVC) au travers notamment :

- d'une plateforme d'information et d'orientation pour les malades et les professionnels de santé ;
- de la mise à disposition d'outils de partage de données et de suivi de patients pour des professionnels du 1er recours ;
- d'un appui à la coordination des patients en situation complexe.

Il réunit un grand nombre de partenaires de la santé, institutionnels ou non.

**Objectif 22 : Améliorer la continuité des soins, l'accessibilité et l'approvisionnement en produits de santé**

Comme proposé par le groupe de travail national, l'ARS OI souhaite s'associer aux actions envisagées afin d'engager des discussions avec les collectivités locales de Mayotte et La Réunion dans le cadre de l'évolution des modalités de l'octroi de mer.

En termes d'approvisionnement en produits de santé, seul le CH de Mayotte a pu rencontrer des difficultés pour les produits pondéreux, hors médicaments à péremption rapide ou maintenus en chaîne de froid amenés par avion, du fait du blocage fréquent du port. Il a donc nettement augmenté son stock tactique.