



# PROJET MÉDICO-SOIGNANT PARTAGÉ (PMSP) 2023-2027 DU GHT DE LA RÉUNION



# Table des matières

ÉDITOS	4
--------	---

INTRODUCTION	8
--------------	---

Une mobilisation de tous les acteurs des axes prioritaires pour élaborer un plan d'actions resserré et opérationnel...9

Une validation par les instances compétentes en septembre 2023.....9

Un partage des ambitions avec l'Agence Régionale de Santé tout au long de la construction des plans d'actions.....9

## 01

LE TERRITOIRE RÉUNIONNAIS, LES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION ET L'OFFRE EXISTANTE	10
---	----

Un territoire densément peuplé aux multiples inégalités...12

Des besoins de santé reflètent d'une population encore jeune mais porteuse d'inégalités sociales.....14

Une offre de santé marquée par certains manques et une répartition inégale.....15

Une offre de soins publique qui s'est en partie structurée dans le cadre du précédent PMSP.....20

Des enjeux RSE portés par tous les établissements.....21

Un partenaire bien identifié et impliqué dans plusieurs coopérations.....21

## 02

FILIÈRES PRIORITAIRES	22
-----------------------	----

Oncologie.....24

Personnes âgées.....38

Cardiologie.....48

Diabète et pathologies de la nutrition.....54

Santé mentale et addictions.....62

Santé de la femme et de l'enfant.....70





	<b>03</b>
<b>AXES TRANSVERSAUX</b>	<b>78</b>
Attractivité et démographie des personnels médicaux et non médicaux.....	<b>80</b>
Prévention.....	<b>85</b>
Coopération avec Mayotte.....	<b>88</b>
Recherche.....	<b>91</b>
Handicap.....	<b>93</b>
Violences intra-familiales.....	<b>96</b>

	<b>04</b>
<b>AUTRES FILIÈRES D'INTÉRÊT</b>	<b>102</b>
AVC.....	<b>104</b>
Insuffisance rénale chronique.....	<b>107</b>
Soins palliatifs.....	<b>109</b>
Urgences.....	<b>113</b>
Soins critiques.....	<b>116</b>
Pharmacie.....	<b>118</b>
Infectiologie.....	<b>122</b>

	<b>05</b>
<b>PILOTAGE</b>	<b>124</b>

	<b>06</b>
<b>SYNTHÈSES</b>	<b>128</b>
Plan d'actions synthétique (objectifs stratégiques et opérationnels).....	<b>130</b>
Synthèse des financements.....	<b>139</b>

	<b>07</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>140</b>



# ÉDITOS



## Monsieur Gérard Cotellon

Directeur Général de l'ARS de La Réunion

A l'heure où nous publions notre Projet Régional de Santé III après plus d'une année d'élaboration et 6 mois de consultation, je suis heureux d'introduire également le Projet médico-soignant partagé de deuxième génération du GHT de La Réunion.

L'alignement des calendriers est l'occasion de faire converger les objectifs de coopération territoriale des établissements de santé, et nos enjeux de santé publique, partagés avec le GHT dès le lancement des travaux : l'accompagnement d'un système de santé plus performant grâce à une accentuation de nos efforts avant ou dès l'apparition des maladies (actuellement, un décès sur trois avant 65 ans est lié à une cause évitable par la prévention) ; l'autonomie sanitaire et l'accès aux soins pour la population réunionnaise, qui passe nécessairement par une solidarité intra et extra-GHT ; enfin, des efforts ciblés sur les populations les plus vulnérables, nos aînés en perte d'autonomie, nos concitoyens en situation de handicap, ou encore les personnes victimes de violences familiales.

Ce PMSP II témoigne au travers d'un grand nombre d'actions partenariales d'une volonté de coopérer largement, qu'il s'agisse d'aligner les meilleures pratiques en termes de recrutement, fidélisation et accompagnement des ressources humaines, de structurer des filières complètes de prise en charge de manière harmonisée sur l'ensemble du territoire, ou encore de mettre en commun nos moyens pour être plus efficace dans des domaines à investir davantage, tels que la prévention et la recherche.

Je suis heureux de témoigner de notre soutien, politique comme financier, pour la mise en place de ce projet médico-soignant partagé.

Je remercie toutes les équipes ayant contribué à ce projet stratégique dans un contexte où l'on ne saurait méconnaître le quotidien chargé et les sources de préoccupations nombreuses de nos professionnels.





## Monsieur Lionel Calenge

Directeur Général du CHU de La Réunion  
et du Groupe Hospitalier Est Réunion,  
Président du Comité Stratégique  
(COSTRAT) du GHT de La Réunion

Le Projet médico-soignant partagé II (PMSP II) constitue la pierre angulaire du fonctionnement de notre Groupement hospitalier de territoire (GHT) qui rassemble l'EPSMR, le CHU de La Réunion, le GHER et le CHOR. Il accentue les dynamiques de coopérations déjà impulsées dans le cadre du précédent PMSP ainsi que dans les projets partagés entre les directions communes, d'une part par le CHU et le GHER, d'autre part le CHOR et l'EPSMR.

Il peut s'appuyer sur plusieurs réussites du PMSP I, telles qu'une gouvernance installée, ou encore l'installation de plusieurs fédérations, outils structurants pour nos filières. Les 12 filières prioritaires et 4 axes transversaux précédents ont certes été impactés par la crise sanitaire mais ont néanmoins pu mettre en œuvre l'essentiel de leur feuille de route, et certain(e)s ont également pu tirer profit de la crise pour approfondir leurs coopérations, à l'instar de la filière soins critiques.

Les coopérations en direction commune permettent quant à elles de déployer des dispositifs de ressources humaines partagées, de mutualisation des expertises, mais aussi de s'inscrire dans une stratégie commune et d'expérimenter sur plusieurs sites des projets innovants. L'échelle GHT est l'occasion d'étendre encore davantage les bonnes pratiques organisationnelles et managériales, et cette capacité de partage de modalités de travail a été au cœur de la construction de ce nouveau Projet médico-soignant partagé.

Afin de poursuivre la structuration de notre offre de soins, alliant accès aux soins en proximité et gradation des soins en regard des expertises et forces de chacun, nous avons fait le choix de retenir un nombre restreint de filières prioritaires pour diriger nos efforts de coopérations vers les filières nécessitant le plus fortement d'être structurées ou confortées dans les 5 ans à venir.

Six axes transversaux contribueront aussi à la pérennité de l'offre de santé et l'accès aux soins : la démographie et les compétences médicales et paramédicales, la prévention, la coopération avec Mayotte, la recherche, le handicap, les violences intra-familiales. Il s'agit pour nos établissements d'accentuer conjointement les efforts pour garantir des compétences en nombre et en qualification suffisante pour soigner nos concitoyens réunionnais mais également en capacité d'appuyer le système de santé, d'améliorer notre capacité à offrir des parcours simplifiés aux personnes en situation de handicap ou aux personnes victimes de violences familiales et d'augmenter notre potentiel de recherche clinique et d'actions préventives.

Je tiens à saluer l'engagement d'un grand nombre de nos professionnels médicaux, soignants et administratifs dans la conception de solutions innovantes et coopératives. La démarche d'élaboration du PMSP est une occasion de prendre de la hauteur sur nos pratiques, d'entendre les attentes de la population et des partenaires, et de prendre en compte l'ensemble des atouts de notre GHT pour faire mieux et aller plus loin ensemble.

Je sais également la mobilisation collective qu'il nous faudra pour mettre en œuvre les actions validées par nos instances et l'ARS et je me réjouis de notre implication toujours plus concertée au service de la population.



## Docteur Rachid Dekkak

Président de la Commission Médicale de Groupement du GHT de La Réunion,  
Vice-Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHOR

En ma qualité de Président de la Commission Médicale de Groupement du GHT de La Réunion, je suis profondément honoré de vous présenter le fruit de ce travail collectif, marqué par la rigueur et notre engagement envers la population réunionnaise.

Il s'agit du second Projet Médico-Soignant Partagé du GHT de La Réunion. Ce projet témoigne de la capacité des hôpitaux publics à coopérer, sans oublier les autres acteurs de soins, et à se structurer pour faire face aux défis du territoire réunionnais en anticipant les enjeux de demain. Ainsi, est-il de notre responsabilité d'œuvrer aujourd'hui pour que les besoins de santé de demain soient satisfaits de la manière la plus optimale.

Les travaux liés à la préparation de ce PMSP ont permis de faire émerger 6 priorités stratégiques pour les 5 prochaines années, à savoir : l'oncologie, la prise en charge des personnes âgées, la cardiologie, le diabète et les pathologies de la nutrition, la santé mentale et les addictions, la santé de la femme et de l'enfant.

Pour chaque priorité, des propositions d'actions concrètes ont été posées. Par exemple, concernant l'oncologie : offrir un meilleur accès à la cancérologie publique par la création de guichet unique et améliorer l'accès aux traitements en proximité ceci passant par le renforcement des ressources humaines médicales, la formalisation des parcours prioritaires, la structuration des prises en charge spécifiques.

Et bien au-delà, sur les différents champs : notre volonté est d'adapter l'offre de soins et créer une culture commune des acteurs de la gériatrie ; développer l'offre de pédopsychiatrie et d'hospitalisation adulte ou encore d'optimiser la coopération public-privé en termes de santé mentale ; structurer la stratégie de prévention et investir dans le digital pour la communication des messages ; organiser la prise en charge des nouveaux patients diabétiques ; sécuriser les ressources humaines et améliorer la relation ville-hôpital concernant la cardiologie ; enfin renforcer le suivi de la grossesse, de la prise en charge néonatale et pédiatrique ou de la douleur pelvienne pour le groupe

dédié à la santé de la femme et de l'enfant.

Outre la prévention, les autres axes structurants transversaux annoncés pour ce futur PMSP sont : le renforcement de l'attractivité et la démographie des professionnels de santé, la coopération avec Mayotte, la recherche, l'amélioration de la prise en charge du handicap et de l'action contre les violences intra-familiales.

Ce document est le fruit d'une collaboration commune, démontrant notre capacité à assumer nos responsabilités. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les équipes médico-soignantes et administratives des établissements du GHT de La Réunion. En tant que président de la communauté médicale du GHT, je suis pleinement conscient des défis qui nous attendent, et fier que nous ayons franchi cette première étape essentielle, celle de la rédaction et de la formalisation de ce projet.

Désormais, la mise en œuvre des actions définies est une responsabilité collective, partagée à chaque échelle. Cela est non seulement réalisable, mais c'est également notre devoir envers la population réunionnaise. Nous sommes unis par un engagement commun pour un système de santé plus performant, mieux adapté et plus solidaire.

C'est ensemble, et avec détermination que nous relèverons les défis d'aujourd'hui et à venir de notre Ile.

*Nout tout ansanm, alon donn la min pou domin.*



## Monsieur Gianni Sermont

Président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) du GHT de La Réunion

Le précédent PMSP a permis d'obtenir de belles réussites sur le volet soignant. A titre d'illustration, sur l'AVC, plusieurs actions en faveur de la prévention et de l'accompagnement des patients ont été conduites : la sensibilisation et l'information du grand public dans le cadre des journées nationales, le renforcement des actions d'éducation à la santé sur les facteurs de risque et l'implication de l'entourage grâce à une meilleure information dans les services. Sur le volet de la formation, un travail important a pu être engagé pour mutualiser les formations au sein du GHT afin de créer des socles communs pour nos soignants.

Ces premières pierres sont les fondations d'une coopération plus avancée entre les établissements de l'île et sont les moyens de répondre aux défis sanitaires. Les sujets sont nombreux : le développement de la prévention, qui fait l'objet d'un axe prioritaire spécifique et qui doit se traduire par la mise en place d'une équipe dédiée ; la formation des infirmiers de pratique avancée (IPA) et des infirmiers spécialisés pour répondre aux besoins grandissants et faire face demain à des délégations de compétences plus importantes sur la cardiologie par exemple ; les métiers de la coordination doivent aussi se développer pour mieux prendre en charge les patients, dans leur globalité ; enfin l'attractivité des métiers doit être encore améliorée pour permettre aux soignants d'exercer leur métier dans les meilleures conditions, ce qui passe par une meilleure gestion des carrières, par l'accompagnement des professionnels en situation managériale et par l'identification des soignants volontaires pour se former.



## INTRODUCTION

L'élaboration du Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) du GHT de La Réunion s'inscrit dans la continuité du PMSP 2018-2022, avec une forte mobilisation des équipes médicales et soignantes du GHT, mais également une ouverture des travaux aux partenaires. Il s'appuie notamment sur :

### Une phase d'état des lieux et de bilan du précédent PMSP, partagés avec les acteurs du territoire

- Un bilan du précédent PMSP réalisé par les pilotes ainsi que dans le cadre des entretiens qualitatifs préparatoires au PMSP, ayant permis d'identifier les avancées de chaque filière et les défis persistants,
- Une actualisation de l'analyse des besoins des différentes filières, grâce à l'audition de nombreux intervenants afin d'identifier les nouveaux enjeux de ce PMSP II,
- Un partage des constats élargi aux acteurs du territoire lors du séminaire régional du 13 mars 2023, ayant associé, en plus des représentants des filières hospitalières publiques et privées, les représentants des usagers, des professionnels de santé libéraux et des institutions partenaires.





Fort de ces constats, le Comité stratégique du GHT a identifié 6 filières et 6 axes transversaux stratégiques constituant les enjeux prioritaires des 5 prochaines années, ainsi que 7 filières d'intérêt pour lesquelles des dynamiques régionales solides existent ainsi que des projets structurants à suivre.

#### **Une mobilisation de tous les acteurs des filières et axes prioritaires pour élaborer un plan d'actions resserré et opérationnel**

Les groupes de travail se sont réunis entre avril et juin 2023 pour identifier et prioriser les actions à même d'améliorer, dans les 5 prochaines années, les difficultés d'accès aux soins identifiées et de répondre aux enjeux soulevés par le diagnostic.

#### **Une validation par les instances compétentes en septembre 2023**

##### **Instances des établissements**

- Commissions médicales des établissements.
- CSIRMT.
- Conseils de surveillance.

##### **Instances du GHT**

- Commission médicale de groupement du 29 septembre 2023,
- Commission soignante de groupement du 12 décembre 2023,
- Commission territoriale des élus locaux du 25 août 2023,
- Commission territoriale des usagers et représentants des professionnels,
- Comité stratégique du GHT du 29 septembre 2023.

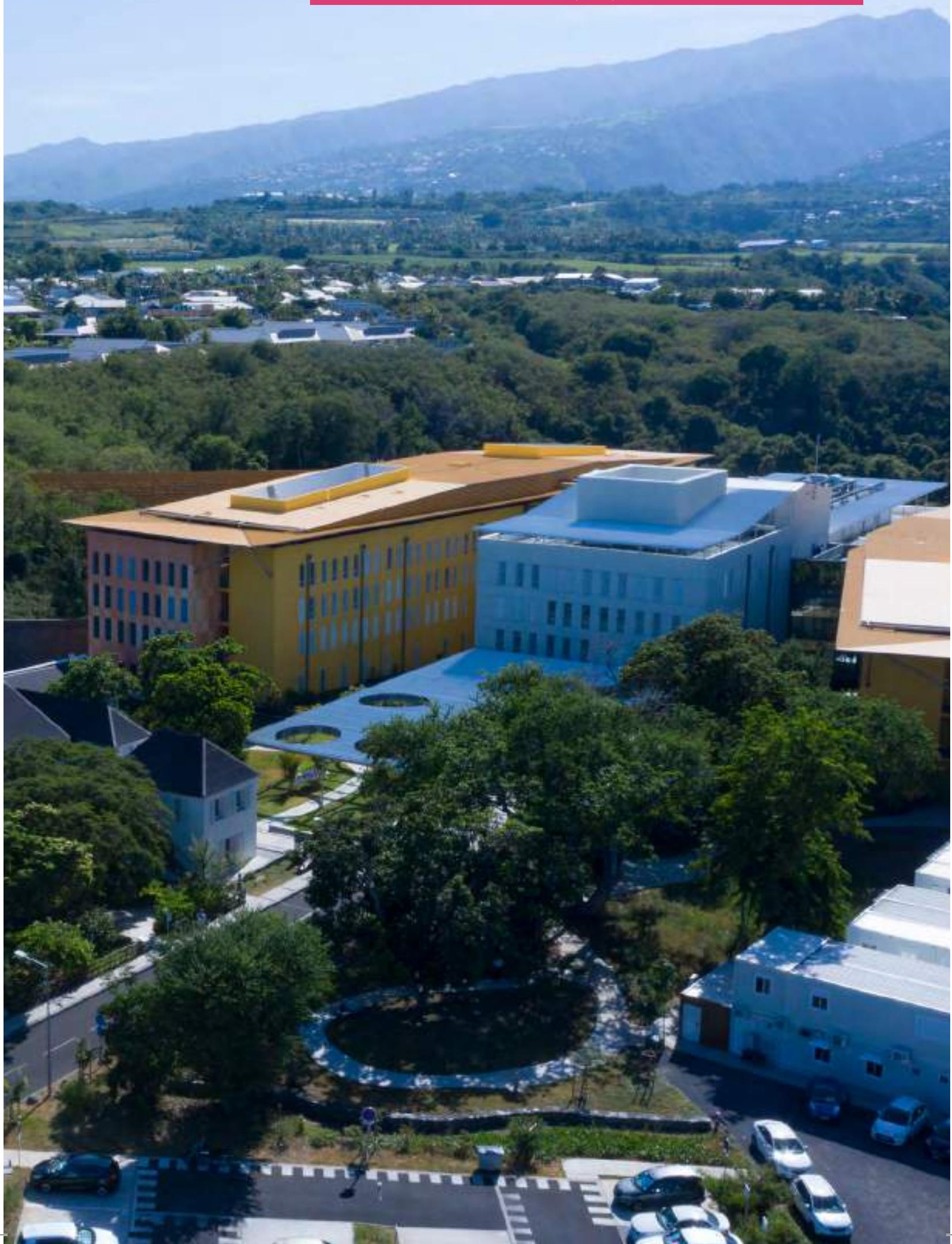
#### **Un partage des ambitions avec l'Agence Régionale de Santé tout au long de la construction des plans d'actions**

Cette démarche au fil de l'eau et en transparence a permis de définir les modalités de soutien de l'ARS dans le cadre de son nouveau Projet Régional de Santé.





**LE TERRITOIRE RÉUNIONNAIS,  
LES BESOINS DE SANTÉ DE  
LA POPULATION ET L'OFFRE  
EXISTANTE**



## UN TERRITOIRE DENSÉMENT PEUPLÉ AUX MULTIPLES INÉGALITÉS

### Une répartition inégale de la population et des « écarts » complexifiant l'accès aux soins

Les 861 200 habitants décomptés au 1<sup>er</sup> janvier 2019 se répartissent inégalement sur les 2 504 km<sup>2</sup> du territoire réunionnais et ses 24 communes, dont certaines dans les hauteurs et caractérisées par des zones d'habitat parfois très isolées.

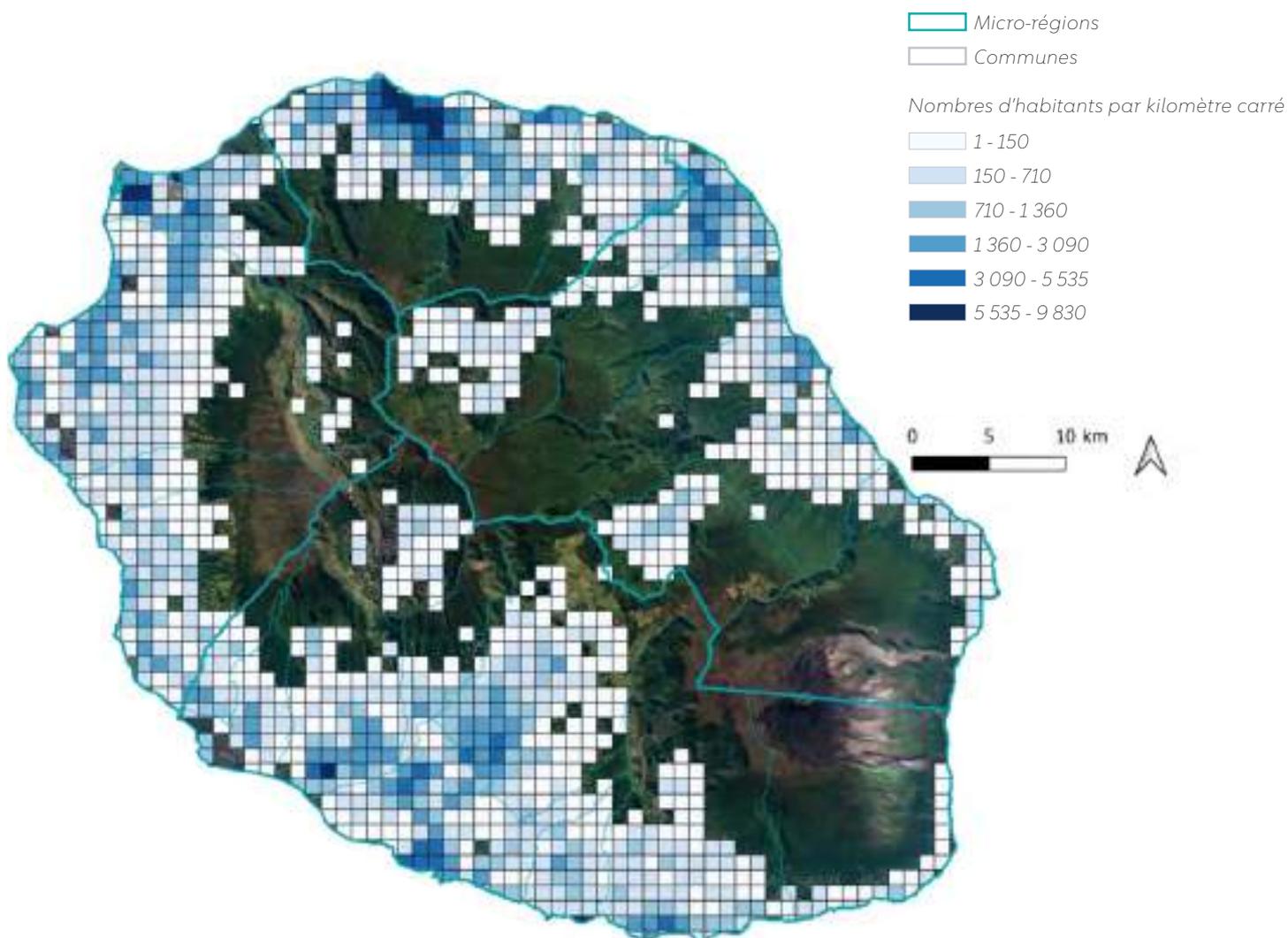
### Une population dense mais très inégalement répartie

La densité de population est supérieure à celle de la métropole, avec des différences importantes entre microrégions. Ainsi, l'Est de l'île est un territoire moins densément peuplé ; l'évolution annuelle des territoires Est (+0,1%) et Ouest (-0,2%) est moindre, voire décroissante, contrairement aux territoires Nord (+1,2%) et Sud (+0,5%).

	Région	Micro-région Nord	Micro-région Est	Micro-région Sud	Micro-région Ouest	Taux régional	Taux Hexagone
Densité de population – en nombre d'habitants au km <sup>2</sup>	861 210	736,3	172,7	330,3	392,4	344,0	119,7



## RÉPARTITION DE LA POPULATION À LA RÉUNION



Sources : Insee, données carroyées - FiloSofi 2015 - Google Satellite  
Exploration : ORS La Réunion

### Une population jeune mais dont le vieillissement va s'accélérer et engendrer un besoin d'adaptation de l'offre de soins et d'autonomie

La population de l'île est jeune et la natalité y est plus importante qu'en métropole.

Pour autant, le vieillissement de sa population doit être pris en compte dès à présent dans la stratégie de planification hospitalière et médico-sociale.

### DYNAMIQUES DE NATALITÉ ET DE VIEILLISSEMENT

	Région	Micro-région Nord	Micro-région Est	Micro-région Sud	Micro-région Ouest	Taux régional	Taux Hexagone
<b>Natalité (taux pour 1 000 hab)</b>	13 912	16,5	18,0	16,2	15,8	16,5	11,8
<b>Indice de vieillissement</b>		39,0%	30,0%	40,0%	38,0%	37,9%	83,1%

Sources : Portrait de territoire – ARS / ORS Réunion

## Une situation socio-économique marquée par une précarité importante, avec des indicateurs 2 à 5 fois plus défavorables qu'en métropole

La micro-région Est est particulièrement marquée par plusieurs indicateurs socio-économiques très défavorables.

### INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES PAR MICRO-RÉGION

	Région	Micro-région Nord	Micro-région Est	Micro-région Sud	Micro-région Ouest	Taux régional	Taux Hexagone
Population active	387 786	70,2%	64,9%	69,9%	69,8%	69,2%	74,3%
Personnes bénéficiaires du minimum vieillesse	20 179	11,2%	14,6%	15,6%	13,6%	13,9%	3,8%
Personnes couvertes par le Revenu de Solidarité Active (RSA)	232 933	24,3%	34,8%	27,0%	25,7%	27,2%	5,5%
Allocataires 100% dépendants des prestations CAF (taux pour 100 allocataires)	-	29,2%	37,3%	32,2%	32,1%	34,0%	30,9%

Sources : Portrait de territoire – ARS / ORS Réunion

## DES BESOINS DE SANTÉ REFLETS D'UNE POPULATION ENCORE JEUNE MAIS EN PROIE À D'IMPORTANTES INÉGALITÉS SOCIALES

- Une mortalité générale moins importante que dans l'hexagone, en lien avec la population plus jeune sur l'île,
- Des indicateurs de mortalité prématurée évitable (avant 65 ans) dégradés, en particulier pour le diabète (+139% entre la France hexagonale et La Réunion) et dans une moindre mesure l'alcool et les accidents de circulation,

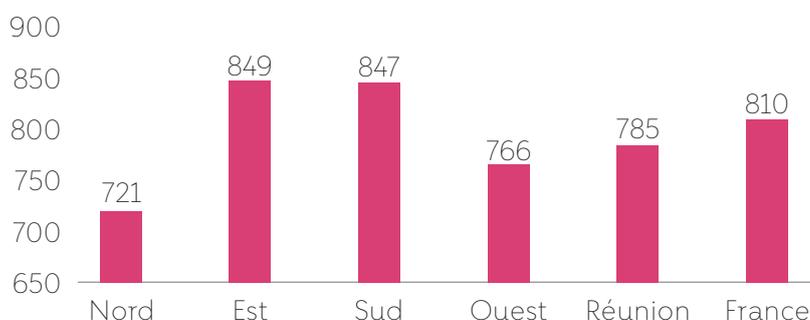
Mortalité (nombre annuel moyen de décès et taux standardisés pour 100 000 habitants)	Région	France hexagonale	Ecart Réunion - France hexagonale
<b>Tous décès évitables par prévention</b>	<b>272</b>	<b>234</b>	<b>16%</b>
Décès par cancer	183	218	-16%
Décès de l'appareil circulatoire	197	192	3%
Décès liés au tabac	118	114	4%
Décès liés au diabète	117	49	<b>139%</b>
Décès liés à l'appareil respiratoire	68	60	<b>13%</b>
Décès liés à l'alcool	33	24	<b>38%</b>
Décès par suicide	9	12	-25%
Décès liés à un accident de la circulation	5	4	<b>25%</b>

Sources : Portrait de territoire – ARS / ORS Réunion

- Une mortalité principalement due aux cancers et aux maladies de l'appareil respiratoire,
- La mortalité évitable, comme la mortalité générale, est plus marquée à l'Est et au Sud,

## MORTALITÉ (NOMBRE ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS ET TAUX STANDARDISÉS POUR 100 000 HABITANTS) PAR MICRO-RÉGION

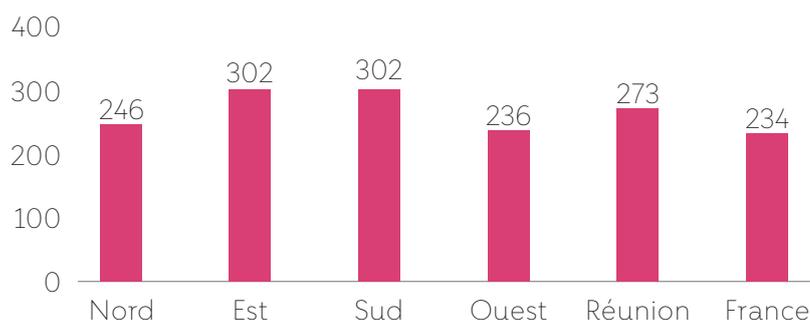
### DÉCÈS TOUTES CAUSES CONFONDUES



Des indicateurs de morbidité (taux d'ALD) attestant :

- De l'importance du diabète et des néphropathies graves, ainsi que des maladies respiratoires, avec des valeurs très supérieures sur la micro-région Est,
- De taux d'ALD pour cancer, maladies cardio-vasculaires, maladies psychiatriques moins défavorables sur le territoire réunionnais qu'à l'échelle hexagonale, compte tenu notamment de la jeunesse de sa population (pour les cancers en particulier).

### DÉCÈS PRÉMATURÉS ÉVITABLES (PAR CAUSES ACCESSIBLES À LA PRÉVENTION)



Sources : Portrait régional – ORS-ARS de La Réunion

## UNE OFFRE DE SANTÉ MARQUÉE PAR CERTAINS MANQUES ET UNE RÉPARTITION ENCORE INÉGALE

La démographie des professionnels de santé libéraux est marquée par une bonne représentation des généralistes et des professionnels paramédicaux, mais également par :

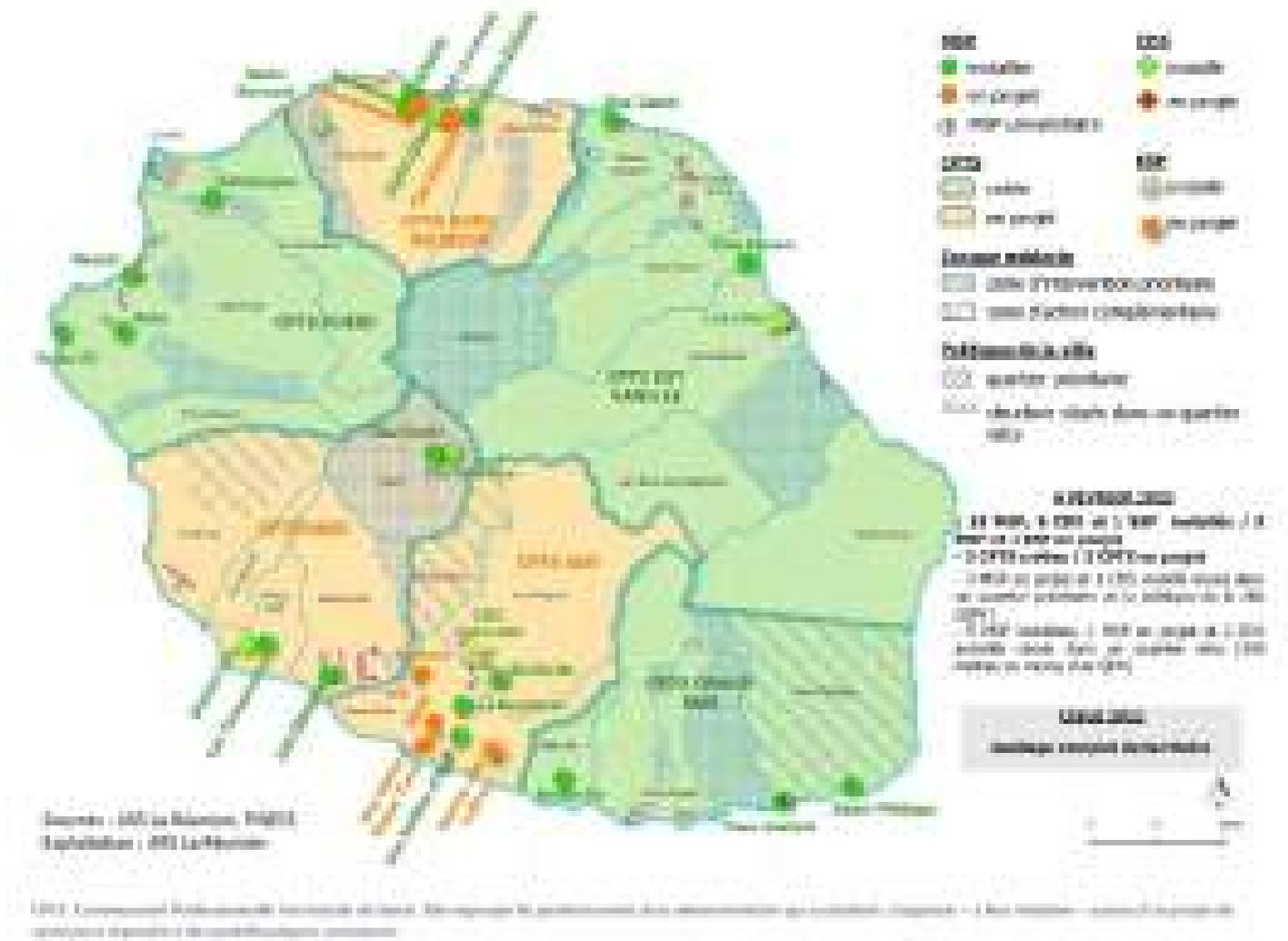
- Un manque de médecins spécialistes,
- Des disparités infra-départementales, avec une densité de professionnels médicaux et paramédicaux plus forte dans la micro-région Ouest et moindre pour la micro-région Est (hormis pour les infirmiers).

Elle s'est structurée ces dernières années avec :

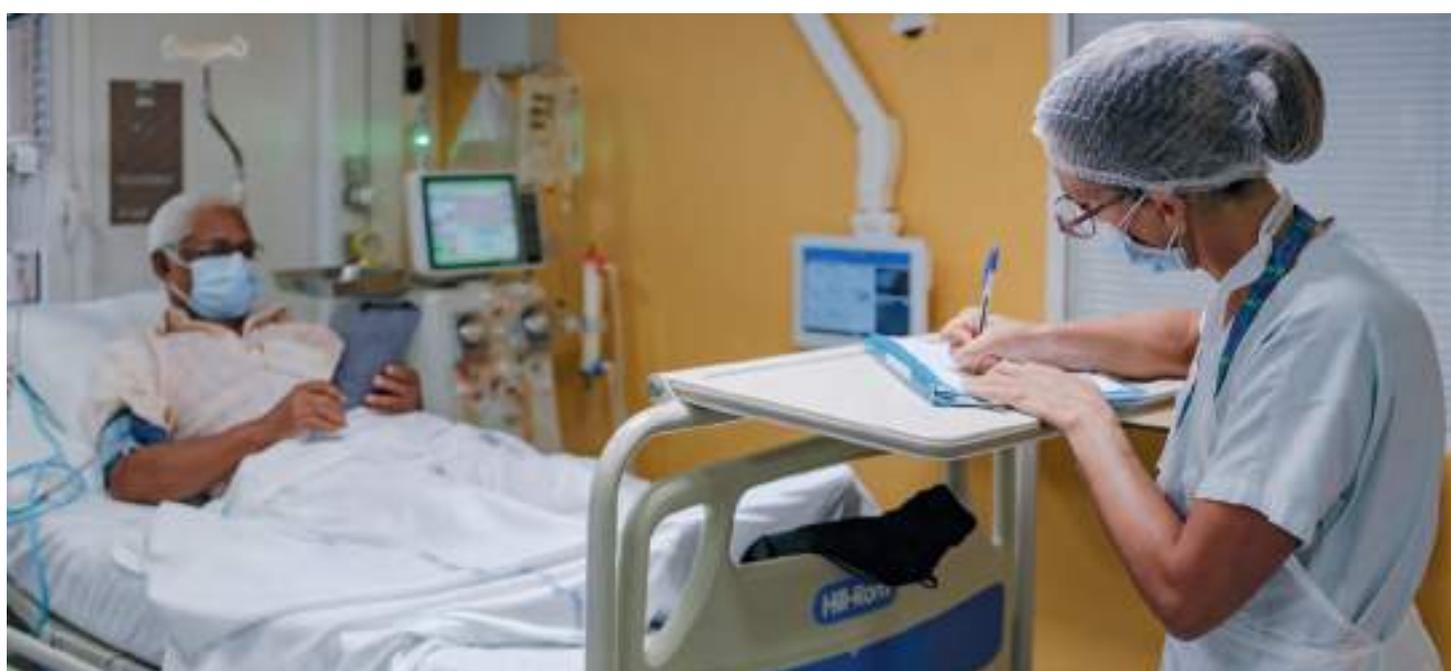
- Des équipes de soins primaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles permettant une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée en proximité,

- La création des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) couvrant l'ensemble du territoire et favorisant une approche territoriale et communautaire des besoins de santé, ainsi que la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. Cette structuration est également une opportunité majeure pour l'organisation du lien ville-hôpital indispensable à la fluidification des parcours, notamment des patients chroniques ou âgés, mais également à des démarches de prévention co-construites dans l'objectif d'aller vers les populations les plus fragiles.

L'EXERCICE COORDONNÉ À LA RÉUNION (FÉVRIER 2022)



Source : ARS Réunion



L'offre hospitalière est moins dense que dans l'hexagone à l'exception notable des prises en charge en hospitalisation partielle SMR :

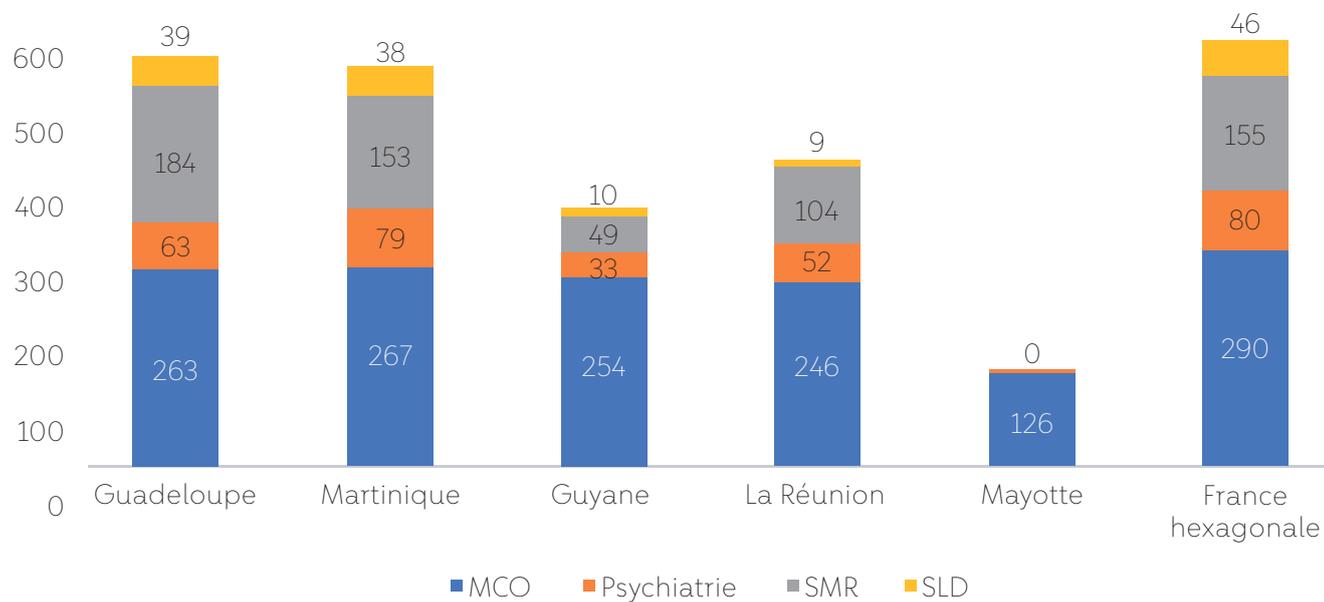
- -28% de lits d'hospitalisation toutes disciplines confondues,
- -30% de places en MCO,
- -36% de places en psychiatrie.

L'offre psychiatrique présente en effet une insuffisance d'offre historique, qui tend néanmoins à se résorber grâce à de nouvelles autorisations octroyées dans le cadre du SRS 2018-2023 au secteur privé, et une dynamique de projets soutenue dans le secteur public.

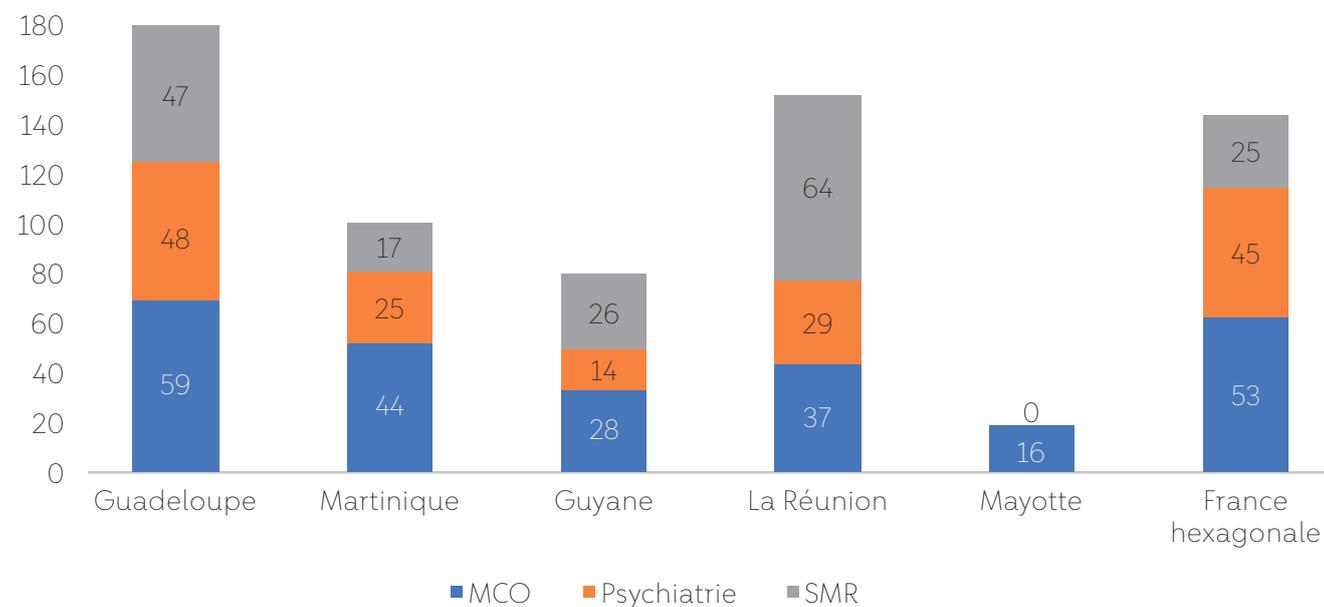


## COMPARAISON DES LITS ET PLACES EN HOSPITALISATION POUR LES DOM FRANÇAIS – ANNÉE DE RÉFÉRENCE 2019

### LITS / 100 000 HABITANTS



### PLACES / 100 000 HABITANTS

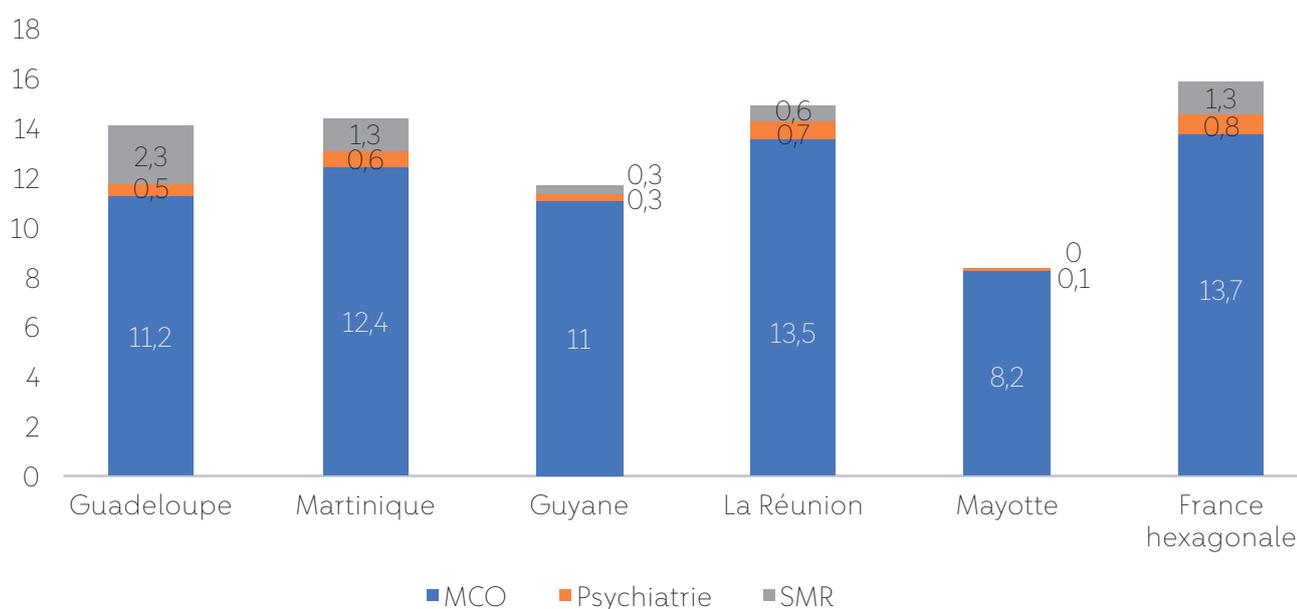


Sources : Portrait régional – ORS-ARS de La Réunion

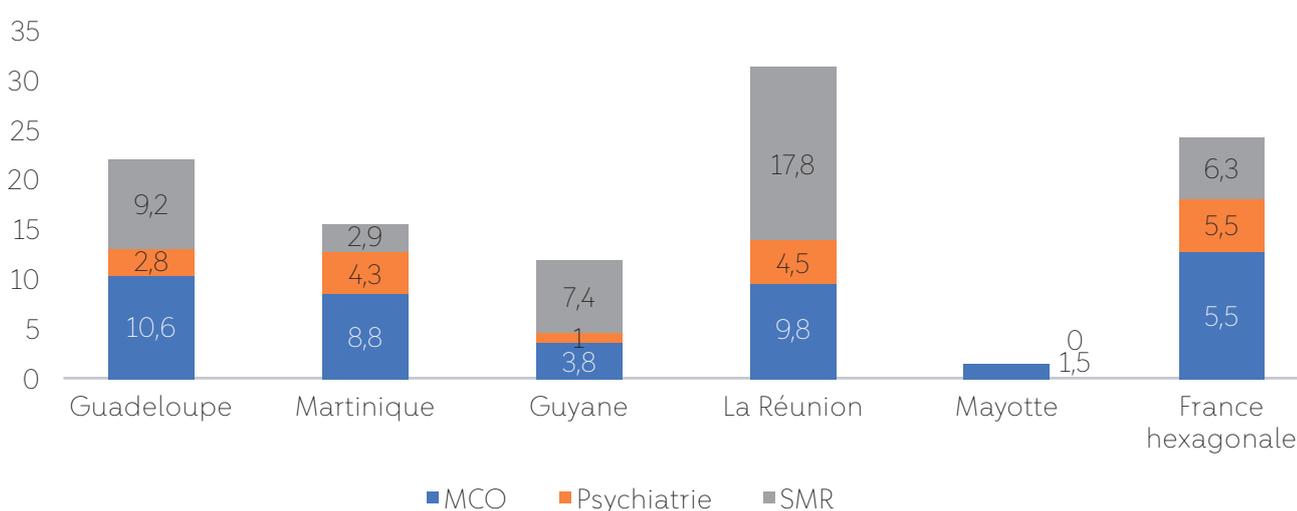
Alors que ce taux d'équipement est moindre, le recours aux soins est globalement proche de celui de la population hexagonale (-6% de séjours), voire supérieur s'agissant de l'hospitalisation partielle.

### ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS POUR 100 HABITANTS DANS LES DOM FRANÇAIS - ANNÉE DE RÉFÉRENCE 2019

#### NOMBRE DE SÉJOURS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE POUR 100 HABITANTS



#### NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION PARTIELLE POUR 100 HABITANTS



Source : DREES - Panorama des établissements de santé - 2021

L'offre de soins hospitaliers est réalisée par 4 centres hospitaliers publics, dont un CHU créé en 2012, et 20 établissements privés.

Structures sanitaires (entité géographique)	Etablissements Micro-Région Nord	Etablissements Micro-Région Est	Etablissements Micro-Région Sud	Etablissements Micro-Région Ouest	Etablissements Région
Entités de centres hospitaliers publics	1	2	5	1	9
Centres hospitaliers publics spécialisés en psychiatrie*	0	0	0	1	1
Etablissements privés de soins de courte durée	2	0	1	3	6
Etablissements privés de lutte contre les maladies mentales	0	0	1	1	2
Etablissements privés de Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	2	1	3	7	13
Maternités de niveau 1	0	0	1	0	1
Maternités de niveau 2	1	1	0	2	4
Maternités de niveau 3	1	0	1	0	2
Hospitalisation à domicile (HAD)	2	2	2	2	8
Centre de dialyse	6	3	7	7	23
Pharmacies	63	37	82	64	246
Laboratoires	15	7	23	15	60
Services ambulanciers	23	32	34	34	123
Opticiens-Lunettes	11	2	13	14	39

\* entité juridique

Source : Portrait de territoire – PRS – ARS La Réunion

## UNE OFFRE DE SOINS PUBLIQUE QUI S'EST EN PARTIE STRUCTURÉE DANS LE CADRE DU PRÉCÉDENT PMSP

Le PMSP 2018-2022 a offert un cadre de travail partagé et lisible pour les établissements publics et pour leurs partenaires.

### OFFRE HOSPITALIÈRE PUBLIQUE



**4** Établissements de santé sous l'égide de 2 directions communes

**1 097** Equivalents Temps Plein (ETP) médicaux en 2021 (SAE 2021)

**8 444** ETP non médicaux (SAE 2021)

**863 000** habitants

Il a permis notamment :

- D'installer une gouvernance partenariale constituée d'un comité stratégique, d'une commission médicale de groupement et d'une commission soignante de groupement,
- De formaliser et de faire connaître un premier Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP), constitué de 9 filières prioritaires (Oncologie, Personnes âgées, Santé mentale, Pathologies de la nutrition, Diabète, AVC, Périnatalité, Urgences, Soins critiques) et de 4 axes transversaux (Prévention, Recherche, Handicap, Coopération internationale).

Initialement intégré au GHT Océan Indien, le CH de Mayotte est désormais partenaire du GHT de La Réunion et supervisé par l'ARS de Mayotte. Ainsi, le GHT de La

Réunion vient en appui du Centre hospitalier de Mayotte pour la prise en charge de la population mahoraise et dans la mesure où les ressources des différentes spécialités le permettent :

- En appui sur place : des spécialités qui parviennent à envoyer des personnels en soutien (cardiologie, endocrinologie, oncologie pédiatrique),
- En accueil : des patients accueillis de plus en plus nombreux (EVASAN 2021 : +22% par rapport à 2020, +16% par rapport à 2019).



## DES ENJEUX RSE PORTÉS PAR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS

Conscients que le secteur de la santé représente environ 8% de l'empreinte carbone de la France, les établissements du GHT ont déployé dans leurs projets d'établissement respectifs des politiques de développement durable ou RSE (Responsabilité Sociale des Entreprises). Des plans d'actions sont ainsi menés sur les différents axes de la RSE :

- L'axe social, qui rejoint en grande partie les préoccupations de Qualité de Vie au Travail (QVT),
- L'axe efficacité de l'achat et des usages numériques,
- L'axe environnement/ressources, traitant notamment la question des déchets, du gaspillage alimentaire, des énergies...
- L'axe usagers, portant notamment sur l'inscription de l'hôpital dans son territoire et sur la réalité du rôle de l'utilisateur au sein de nos établissements,

- L'axe éco-conception des soins, qui interroge les moyens mis en œuvre pour prendre en charge les patients.

La prise en compte des enjeux environnementaux au sens large doit ainsi devenir un réflexe dans tous les projets d'offre de soins, au même titre que la qualité et la sécurité des prises en charge. Cette logique transversale a bien entendu animé les groupes de travail ayant rédigé les fiches actions du PMSP, la communauté médico-soignante du GHT contribuant au quotidien à la préservation des ressources naturelles et à la QVT notamment.

## UN PARTENAIRE BIEN IDENTIFIÉ ET IMPLIQUÉ DANS PLUSIEURS COOPÉRATIONS

Sur ses champs d'intervention, le GHT peut s'appuyer sur de nombreux partenaires pour renforcer son impact :

- Acteurs associatifs et société civile, impliqués dans les projets de prévention et d'accompagnement :
  - Handi Soutien 974, plateforme d'écoute et d'information pour soutenir le maintien à domicile des personnes en situation de handicap,
  - SAOME pour les addictions...
- Réseaux et filières de soins et de santé :
  - Réseau REPERE, acteur clé de la prise en charge en périnatalité travaillant étroitement avec les équipes hospitalières du GHT,
  - Réseau ONCORUN,
  - Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO 974) chargé d'animer la filière de soins à l'échelle régionale...
- Soins :
  - Une convention cadre avec l'Institut Gustave Roussy (juin 2021) permettant des partages de compétences et pratiques, et organisant l'adressage des patients,
  - Des coopérations public-privé pour certaines prises en charge, par exemple en santé mentale, en néphrologie-dialyse, en imagerie médicale ou en cancérologie...

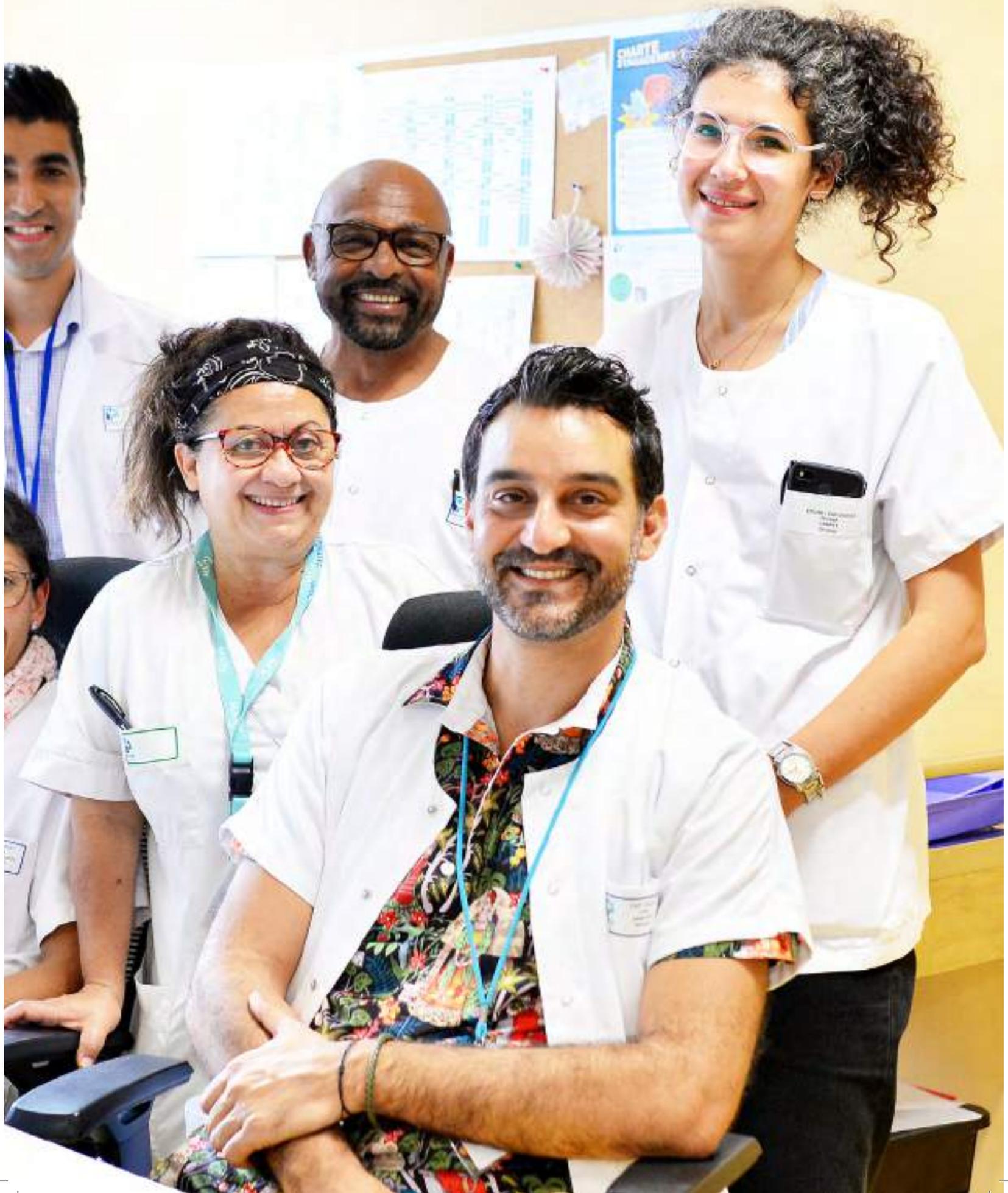
- Formation : le GHT est fortement impliqué dans le déploiement de la filière d'enseignement supérieur en médecine et travaille étroitement avec les instituts de formation.

D'autres partenariats sont à asseoir ou à installer :

- Une augmentation des coopérations public-privé sera bénéfique, notamment aux filières oncologique, gériatrique, mère-enfant et psychiatrique,
- Une mise à profit de la structuration des soins primaires autour des CPTS, permettant des échanges ciblés avec des interlocuteurs identifiés à l'échelle de tout le territoire. Ces partenariats sont impératifs pour améliorer le lien ville-hôpital, sur l'ensemble des filières,
- Des partenariats avec les acteurs de proximité, lorsqu'ils existent, pour les actions de dépistage et de prévention.

# FILIÈRES PRIORITAIRES





## ONCOLOGIE

### Constats et enjeux du PMSP

Le précédent PMSP a permis de mettre en œuvre un certain nombre de projets structurants pour la filière :

- La création du pôle inter-établissement (PIE) en 2019,
- L'élaboration d'une convention avec Gustave Roussy en juin 2021, permettant l'articulation des équipes médicales et paramédicales (soins, recherche, formation), l'adressage des patients, la réalisation de réunions de concertation pluridisciplinaires,
- La création du Diplôme Universitaire Cancérologie Océan Indien (DUCOI),
- La mise en œuvre de nouvelles activités permettant de mailler le territoire avec le développement de la chimiothérapie (en tant que centre associé) et la perspective d'un hôpital de jour d'oncologie au CHOR, ainsi que l'autorisation de l'activité de greffe de cellules hématopoïétiques/allogreffe au CHU.

Néanmoins, le cancer demeure la première cause de décès (27% des décès) à La Réunion et une priorité de l'ARS. Chez les hommes, les localisations des cancers les plus fréquentes sont la prostate, les poumons et le colon, et chez les femmes ce sont le sein, le colon et l'utérus.

Le recours aux dépistages des cancers et à la vaccination restent insuffisants :

- Le taux brut de participation au dépistage du cancer du sein a été de 46% à La Réunion, contre une médiane de 49,8% et un maximum de 58% en France<sup>1</sup>,
- Le taux brut de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus a été de 65% à La Réunion, contre une médiane à 59,4% et un maximum de 68,6% en France – source ARS,
- Le taux brut de participation au dépistage du cancer colorectal a été de 28,4% à La Réunion, contre une médiane à 35,2% et un maximum de 49,2% en France.

En outre, de manière globale, un recours tardif pour la prise en charge des cancers est constaté (cf. Cadre d'orientations stratégiques du PRS – ARS de La Réunion).



<sup>1</sup> données SPF 2020-2021

## Cartographie de l'offre de soin du territoire :

Les prises en charge sont structurées pour le diagnostic et les prises en charge thérapeutiques autour des offres suivantes :

### OFFRE HOSPITALIÈRE PUBLIQUE ET PRIVÉE EN ONCOLOGIE



En oncopédiatrie, les filières de soin sont bien identifiées avec :

- Une centralisation des prises en charge au CHU :
  - Site de Saint Pierre : prise en charge des tumeurs osseuses, de la neurochirurgie et suivi des complications des patients résidant sur ce territoire,
  - Site de Saint Denis : prise en charge des autres tumeurs et suivi des complications des patients résidant sur ce territoire.

- Des transferts en métropole pour les greffes de moelle osseuse, les allogreffes et les autogreffes.

Les thérapeutiques suivantes ne sont pas disponibles sur l'île :

- Prise en charge des rétinoblastomes,
- Radiothérapie pédiatrique.

## Des ressources humaines à consolider :

Grâce à une stratégie de développement de l'oncologie, les ressources humaines dédiées ont progressé mais doivent encore être sécurisées concernant certaines sur-spécialités (onco-gériatrie) et au regard des besoins à 3 et 5 ans :

### ANTICIPATION DES BESOINS DE PROFESSIONNELS MÉDICAUX EN ONCOLOGIE À 5 ANS :

	ETP 2021	ETP cible actuel	Besoins en ETP actuels	Besoins en ETP à 3 ans	Besoins en ETP à 5 ans
<b>Oncologie médicale</b>	12,2	13,1	0,9	7,8	7,8
<b>Oncologie radiothérapique</b>	3,8	4	0,3	0,3	0,3

Source : Etude ANFH 2022

Des autorisations réparties entre secteurs public et privé, qui invitent à repenser l'organisation avec la réforme des autorisations :

TABLEAU DES AUTORISATIONS AU 1<sup>ER</sup> JUIN 2022 (SOURCE : ARS)

Territoire		Territoire Nord-Est				Territoire Ouest		Territoire Sud	
Etablissement		CHU Site Nord	Clinique Sainte-Clotilde	Clinique Saint-Vincent	GHER	CHOR	Clinique des Orchidées	CHU Site Sud	Clinique Durieux
Chirurgie	Sein	/	/				/	/	/
	Urologie	/	/				/	/	
	Digestif	/	/		/	/	/	/	
	ORL & maxillo-facial	/		/	/			/	/
	Thorax	/	/					/	
	Gynécologie	/	/			/		/	
Curiethérapie								/	
Chimiothérapie		/	/					/	
Radiothérapie			/					/	
Radiothérapie métabolique									

Les activités soumises à seuil ont fait l'objet d'une analyse afin de mesurer l'écart entre les seuils et l'activité réalisée sur chaque site. Rapidement, plusieurs sites devront conforter leur activité ou se réorganiser pour répondre aux critères d'activité de la réforme des autorisations : les cancers gynécologiques sont ceux présentant le plus de fragilité avec en particulier pour les cancers de l'ovaire un seuil qui n'est pas atteint pour l'ensemble de l'île et qui devra faire l'objet d'une dérogation afin de maintenir cette activité dans la région. D'autres prises en charge chirurgicales carcinologiques devront faire l'objet de coopérations, entre les établissements publics d'abord et étendues aux établissements privés ensuite notamment en ce qui concerne la chirurgie du sein.

### Des équipements relativement accessibles pour les techniques simples, mais certains manques notables

L'ensemble des techniques de diagnostic simples – scanners et IRM – est relativement accessible partout sur l'île. Cependant, le TEP Scan installé au CHU Nord ne répond pas à toutes les demandes en termes de délais ou de nature des examens à réaliser. La mammographie est disponible uniquement au CHU Sud, au GHER porté par des opérateurs privés ; ceci ne permet pas de soutenir une stratégie de dépistage accrue. L'île ne dispose pas de médecine nucléaire en thérapeutique ni de protonthérapie.

L'anatomo-pathologie est réalisée par 2 laboratoires dans le public et 2 structures dans le privé.

## Projets territoriaux structurants à 5 ans

Pour la filière Oncologie, les projets sont organisés autour de trois axes :

### 1. Améliorer le repérage et les délais de prise en charge

il s'agit d'élaborer, avec les autres acteurs, des stratégies adaptées au public cible tout en rendant les dépistages plus efficaces et la prise en charge plus rapide :

- Le premier projet est l'amélioration de la contribution des hôpitaux publics au dépistage des patients. En effet, la mission des établissements n'étant pas le dépistage de masse, il a été retenu de se focaliser sur les patients à haut risque, sur 4 localisations en particulier : le cancer du poumon, du sein, du col de l'utérus et du côlon. Ceci doit permettre d'améliorer le staging et de diminuer la mortalité. En outre, le GHT répondra aux appels d'offre qui seront lancés par l'ARS sur cet enjeu,
- Le second projet concerne la mise en place d'un guichets uniques, sur chacun des sites Sud, Ouest, Nord-Est, afin d'offrir aux professionnels et aux patients un point de contact unique, de fluidifier et de simplifier le parcours du patient et de permettre d'individualiser la prise en charge dès l'entrée dans la maladie cancéreuse et dans le suivi du parcours de soins (dépistage, diagnostic, RCP, PPS, chirurgie, soins de support...),
- Le troisième projet, à travailler avec ONCORUN, vise à réduire les délais de prise en charge pour les cancers du sein, de l'ORL, du poumon et du côlon, en cartographiant certaines filières de prise en charge (sein, ORL, côlon, et poumon) au niveau du GHT pour identifier les retards et ruptures et ainsi proposer aux patients un circuit « accueil-diagnostic-RCP » plus rapide.

### 2. Améliorer l'offre de soins en proximité

Cela passe par une structuration de la prise en charge pour offrir à tous les Réunionnais des soins de qualité, en proximité, depuis le dépistage, en passant par le traitement et jusqu'aux soins palliatifs le cas échéant. La révision des seuils des chirurgies qui y sont soumises et les installations de nouveaux appareils thérapeutiques (TEP scan, radiothérapie) sont des occasions de trouver une traduction organisationnelle pertinente pour améliorer les parcours des patients :

- Créer un centre de référence régional pour la prise en charge des cancers à La Réunion au Sud. Les objectifs sont d'assurer une prise en charge coordonnée, de développer la recherche, de promouvoir la formation spécialisée en lien avec l'universitarisation et de favoriser l'accès à l'innovation diagnostique et thérapeutique. Le CHU Sud est actuellement le site le mieux équipé

pour la prise en charge des cancers et le mieux doté en ressources humaines,

- Développer l'offre en oncologie médicale à l'Ouest en développant les capacités d'offre et de dépistage, en consolidant l'amont du parcours de prise en charge jusqu'à la RCP et en améliorant la coordination. Ceci passe notamment par la création d'un HDJ d'oncologie médicale, la production sur place des préparations de chimiothérapies et d'immunothérapie, la création de lits de médecine à orientation oncologique,
- Améliorer l'accès aux soins des patients atteints de cancer sur le territoire Nord-Est en consolidant l'offre de soins en oncologie médicale au CHU Nord afin de mettre en place des consultations externes régulières au GHER,
- Réorganiser au niveau du GHT la prise en charge de certains cancers soumis à seuil notamment sur les cancers gynécologiques (ovaires, seins) et digestifs (œsophage); l'objectif est de développer la chirurgie oncologique sur tous les sites du GHT en l'adaptant aux ressources humaines et aux expertises disponibles,
- Améliorer le parcours des thérapies orales (TO), l'observance et l'efficacité des traitements en favorisant la coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital,
- Donner un cadre uniformisé et sécurisé à une pratique de traitement en pleine expansion doit permettre d'améliorer l'observance, l'efficacité des traitements et de réduire leurs effets secondaires.

### 3. La structuration des activités transversales

telles que les soins de support, qui ne sont pas encore organisés et disponibles dans toutes leurs composantes sur l'île, mais aussi la recherche et la formation en cancérologie :

- Développer, structurer et coordonner l'accès aux soins oncologiques de support à La Réunion – il s'agit d'identifier les ressources en soins de support internes aux établissements et en externe pour identifier les manques, les combler et organiser leur coordination grâce au guichet unique,
- Organiser la formation initiale (identification d'un socle commun minimal) et continue (DPC) en oncologie et positionner la cancérologie comme un thème prioritaire de la recherche à La Réunion.

Les partenaires impliqués dans les actions de la filière Oncologie sont :

- Oncorun,
- CGSS (caisse générale de sécurité sociale),
- Le centre de coordination du dépistage des cancers à La Réunion,
- Les acteurs de ville (médecine, sages-femmes, gynécologues, pharmacies libérales, IDE libéraux, CPTS),
- La clinique Sainte Clotilde,
- Les structures d'aval,
- Les partenaires de soins de support,
- Les centres d'imagerie,

- L'association Asetis,
- Centre de coordination en cancérologie (3C),
- Les associations de patients,
- L'université de La Réunion, la faculté de médecine, les instituts de formation, le centre de simulation en santé de l'Océan Indien.

Les instances spécifiques de suivi de ces actions, en complément du suivi en Costrat, CMG et CSG, sont :

- La fédération d'oncologie,
- Le Comité scientifique multi-disciplinaire (FA 1.1),
- La fédération de chirurgie digestive et d'hépatogastro-entérologie (FA 1.6),
- Un comité *ad hoc* (FA 1.9).



## Fiches actions

### Projet 1.1. Organiser le dépistage des cancers chez les patients à haut risque

#### Pilotes

##### Poumon :

- Pr Gazaille, Responsable de service Pneumologie au CHU Nord
- Z. Balbolia, Cadre de santé, Service de Pneumologie, CLAT, EMSP

##### Col de l'utérus :

- Dr Tran, Gynécologue-Obstétricien au CHU Sud
- Pr Boukerrou, Responsable de service Gynécologie-Obstétrique au CHU Sud
- Dr Castel, Gynécologue-Obstétricien au CHU Sud
- Dr Birsan, Gynécologue-Obstétricien au CHU Nord
- Dr Nicolet, Gynécologue-Obstétricien au CHOR

- Sein : Dr Eboué, Chef du pôle Femme-Enfant au GHER

##### Colorectal : à définir

#### Objectifs

- 1) **Cancer du poumon** : dépister par scanner low dose (scanner actuel) les patients entre 55-74 ans qui ont un tabagisme à 30 PA. Un scanner tous les ans pendant 2 ans puis tous les 2 ans si dépistage négatif
- 2) **Cancer du col de l'utérus** : cibler les patientes immunodéprimées (service de maladies infectieuses), en cours de traitement pour un autre cancer HPV induit (ORL, gastro, chirurgie digestive, cancérologie), non suivies (service des urgences), sous traitement immunodépresseur (greffées, service de néphrologie)
  - a. Ouverture de plages de colposcopie pour traiter les frottis anormaux
  - b. Réouverture de l'antenne de consultation à St Joseph et nouvelle antenne à l'Est et à l'Ouest
  - c. Suivi des patients dans un registre avec le Centre de coordination du dépistage des cancers à La Réunion
- 3) **Cancer du sein** : cibler les patientes à très haut risque ciblées par le service de génétique
  - a. Établir une méthode fiable pour évaluer le risque individuel de développer un cancer du sein en prenant en compte des facteurs tels que les antécédents familiaux, les caractéristiques génétiques et d'autres facteurs de risque pertinents
  - b. Construire des filières de soins en proximité impliquant les acteurs publics et privés ; augmenter le dépistage dans le secteur public : augmenter le nombre de PM habilités à la lecture des radios + augmentation des vacances du CHU Sud (mammographe existant) + nouveau mammographe dans l'Ouest. Organiser les partenariats publics-privés pour l'utilisation des mammographes en proximité (à l'étude)
  - c. Participer au programme INTERCEPTION de Gustave Roussy
- 4) **Colorectal** : répondre à l'appel à projet de l'ARS
- 5) Suivre les patients dans un registre avec le Centre de coordination du dépistage des cancers à La Réunion

#### Moyens et ressources associés

##### Pour la supervision :

- 0,1 ETP de médecin en tant que directeur médical responsable du programme
- 0,5 ETP d'IDEC du guichet unique (coordination, suivi, registre..)

##### Pour le cancer du col :

- 1 ETP de sage-femme
- 0,5 ETP de gynécologue pour les colposcopies + consultations à St Joseph

##### Pour le cancer du sein :

- Vacances Sud : à définir
- Mammographe Ouest

#### Calendrier

##### 2024 :

- Cancer du poumon : 1<sup>er</sup> round de scanner pulmonaire et lien fait entre les consultations d'oncogénétique et le guichet unique pour le dépistage/suivi des patients
- Cancer du col : ouverture d'une consultation dédiée au dépistage (sage-femme)
- Cancer du sein :
  - Consolidation de la coopération public-privé en matière de dépistage du cancer du sein à l'Est
  - Créer une activité de dépistage du cancer du sein à l'Ouest dans le GIE Imagerie Public-privé - acquisition du mammographe (à l'étude)
  - Augmentation des vacances au CHU Sud
- Sur le cancer colorectal : répondre à l'appel à projet de l'ARS

##### 2026 :

- Sur le cancer du col, poursuite de la consultation de dépistage (CHU + St Joseph) + ouverture de créneaux de colposcopie (sage-femme + gynécologue) au CHU

##### 2028 :

- Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie de dépistage sur les 3 localisations anatomiques

#### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre de dépistages par an, par type de cancer et par localisation
- Nombre de cancers dépistés par an et par localisation

## Projet 1.2. Expérimenter un guichet unique en cancérologie

### Pilotes

**H. Narayanassamy**, Cadre de pôle CUBA au CHOR  
**Dr Sultan**, Dermatologue et Cheffe de service du plateau ambulatoire au CHOR

### Objectifs

**Mettre en place un guichet unique sur chacun des sites** en commençant par le CHOR et le CHU Sud, pour commencer à intégrer l'offre de soins locale, en proximité.

Missions :

- Accueil téléphonique et information des usagers, des professionnels, des associations (de malades ou de professionnels) en lien avec le réseau local ONCORUN
- Evaluation des demandes, orientation et suivi du parcours personnalisé de soins en lien avec les services prestataires
- Coordination du parcours personnalisé de soins.

Le territoire NORD-EST bénéficiera d'un guichet unique après expérimentation sur les autres sites

### Moyens et ressources associés

- Au Sud : 2 secrétaires + 2 IDEC
- Au CHOR : 2 secrétaires + 2 IDEC
- Espace de travail dédié, fiches de postes spécifiques
- Matériel bureautique pour secrétaire et IDE
- Un listing des ressources
- Logiciel de gestion de parcours

### Calendrier

**2023 :**

- Création du guichet unique au CHOR

**2024 :**

- Mise en place (2 à 3 parcours identifiés) au Sud

**2025 :**

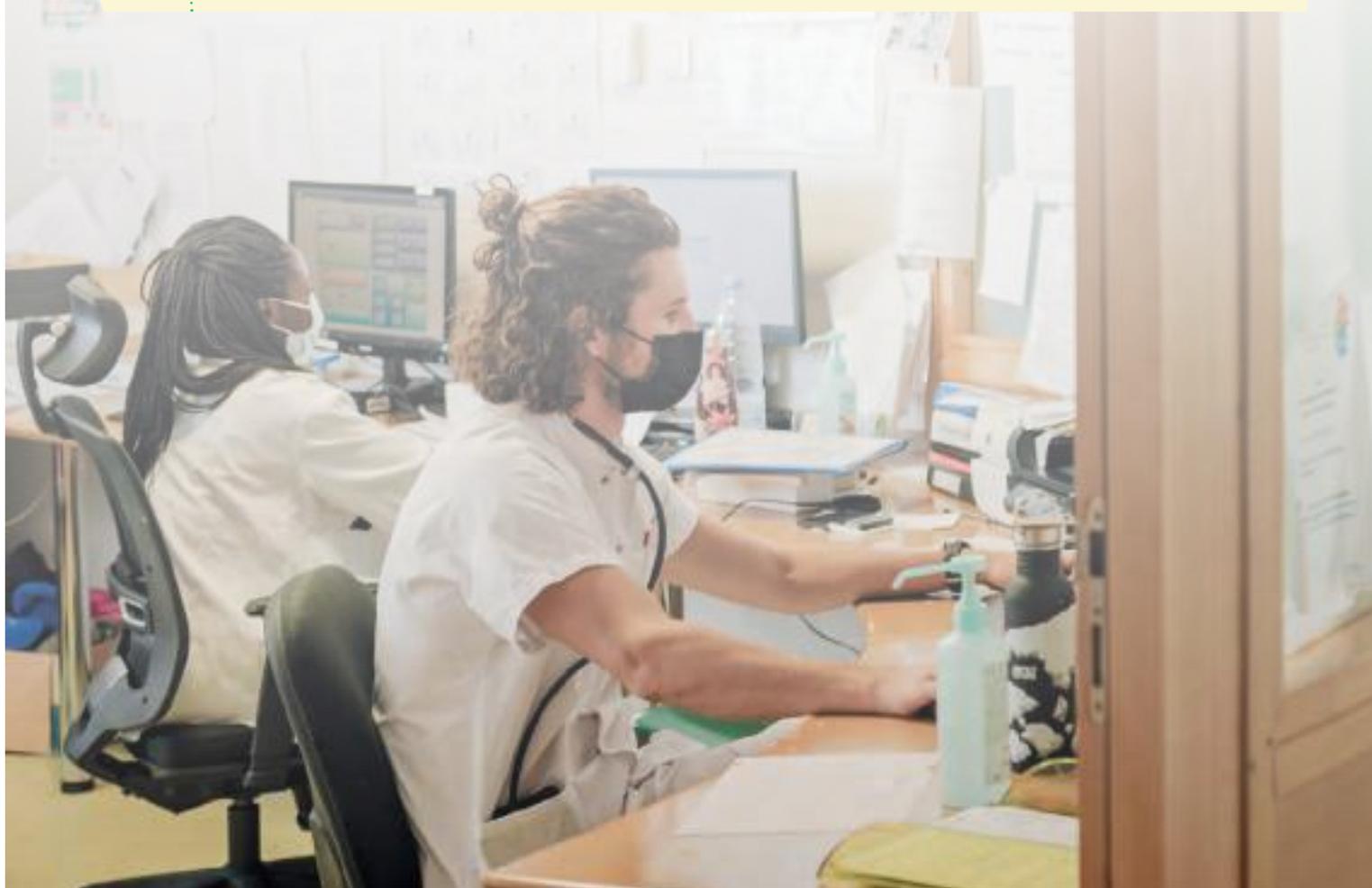
- Généralisation du modèle pour les autres pathologies tumorales (2 ans) au Sud

**2028 :**

- Création d'un guichet unique sur le territoire Nord-Est

### Indicateurs de réalisation et d'impact

- File active suivie par localisation
- Taux de satisfaction des usagers par localisation





## Projet 1.3. Evaluer et améliorer les parcours de soins en Cancérologie

### Pilotes

Pr Khettab, Oncologue médical au CHU  
JE. Payet, Cadre de pôle Cancérologie au CHU

### Objectifs

1. Analyser les parcours de soins existants dans les cancers du sein, de l'ORL et du côlon, du poumon, ... au niveau du GHM
2. Identifier les besoins spécifiques des patients à chaque étape du parcours de soins.
3. Évaluer l'efficacité des parcours de soins en termes de délais, de fluidité et de qualité de vie des patients.
4. Proposer des recommandations visant à améliorer ces parcours
5. Diffuser les recommandations validées auprès des professionnels de santé et des décideurs politiques.

#### Méthodologie :

1. Revue de la littérature scientifique sur les parcours de soins en oncologie, en mettant l'accent sur les cancers du sein, du poumon, de l'ORL et du côlon, et leurs problématiques spécifiques. Cela définira pour chaque parcours la meilleure configuration en termes de moyens diagnostiques, thérapeutiques et des délais à respecter.
2. Collecte de données cliniques sur les délais, la fluidité, la qualité de vie des patients, en collaboration avec des centres de cancérologie et des professionnels de santé (état des lieux des pratiques existantes).
3. Analyse des données pour identifier les lacunes et les facteurs contribuant aux anomalies.
4. Élaboration de recommandations spécifiques pour améliorer les parcours de soins, en mettant l'accent sur les délais, la fluidité de la communication.
5. Validation des recommandations par des experts du domaine et diffusion auprès des professionnels de santé et des décideurs politiques.

### Moyens et ressources associés

- Accès aux données cliniques et aux informations sur les parcours de soins en oncologie.
- Collaboration avec des centres de cancérologie, des médecins spécialistes et d'autres professionnels de santé.
- Constituer des groupes de travail pour chaque pathologie pour une revue de la littérature scientifique spécialisée/recommandation et la mise en place de l'enquête ainsi que la mise en place de recommandations. Une évaluation des ressources (RH, matérielles) nécessaires pour la mise en place de ces recommandations.

### Calendrier

#### 2024 :

- Revue de littérature réalisée et analyse des données recueillies par localisation anatomique

#### 2025 :

- Recommandations et besoins identifiés

#### 2028 :

- Évaluation des délais et de la qualité de vie des patients

### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre de jours entre le diagnostic et le début du traitement (par cancer)



## Projet 1.4. Création d'un Centre de Référence Régional pour la prise en charge des cancers à La Réunion

### Pilotes

Pr. Khettab, Oncologue médical au CHU  
JE. Payet, Cadre de pôle Cancérologie au CHU

### Objectifs

- **Évaluer les besoins : faire réaliser une étude approfondie pour évaluer les besoins en infrastructures, en ressources humaines, en équipements et en financements nécessaires** au développement de l'oncologie dans le secteur Sud.
  - Mettre en place une équipe pluridisciplinaire : recruter des médecins spécialistes, des infirmières spécialisées, des IPA, et d'autres professionnels de la santé (ARC, soins de support, APA...) pour former une équipe multidisciplinaire et assurer une prise en charge globale des patients.
  - Développer les infrastructures : poursuivre les développements immobiliers et améliorer les infrastructures existantes, en augmentant le capacitaire (lits d'hospitalisation, salles de consultation, plateaux techniques et espaces dédiés à la recherche clinique).
- **Établir un réseau partenarial** avec d'autres établissements de santé, des centres de recherche et des laboratoires pour favoriser l'échange d'expertise, la recherche collaborative et la mise en œuvre d'essais cliniques.
- **Contribuer à des essais cliniques**, promouvoir la mise en place des études cliniques et contribuer aux avancées thérapeutiques.
- **Organiser des formations** régulières pour le personnel médical et paramédical afin de garantir une expertise de pointe et une mise à jour des connaissances dans le domaine de l'oncologie.
- **Communiquer pour rendre visible** le centre de référence régional
- **Structurer l'activité d'oncogénétique** (conseil, prélèvement, analyse) par l'étoffement de l'équipe pour mailler le territoire

### Moyens et ressources associés

- Étude de faisabilité : environ 100k€
- +1 ETP de médical en oncogénétique
- +2 conseillers en oncogénétique pour couvrir le territoire régional

### Calendrier

- 2024 :**
- Lancement de l'étude de faisabilité du centre de référence
- 2025 :**
- Lancement de la pré-programmation et des recrutements et constitution du réseau
- 2026 :**
- Labellisation INCa du centre

### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Réalisation de l'étude de faisabilité
- Obtention de la labellisation
- Nombre d'études cliniques ouvertes dont le centre de référence est partenaire y compris de phase précoce





## Projet 1.5. Développer l'oncologie médicale dans l'Ouest

### Pilotes

**Dr Sultan**, Dermatologue et Cheffe de service du plateau ambulatoire au CHOR  
**Dr Mongodin**, Radiothérapeute au CHU Sud  
**Dr Encaoua**, Médecin cancérologue radiothérapeute au CHU Sud  
**Dr Scalbert-Sadones**, Dermatologue au CHOR  
**S. Cournima**  
**O. Jean**, Cadre de santé du plateau ambulatoire au CHOR

### Objectifs

1. **Ouvrir un HDJ** médical au CHOR.
2. **Produire sur place les préparations** à administrer à la pharmacie : chimiothérapie et immunothérapie.
3. **Créer des lits** de médecine à orientation oncologie au CHOR.
4. **Renforcer la prise en charge palliative** par l'identification de lits dédiés au CHOR.
5. **Renforcer le nombre de spécialistes** : PH en gastroentérologie, chirurgien digestif, chirurgien gynéco, dermatologue, chirurgien plastique, oncologue.
6. **Mener une étude de pertinence sur la mise en place du ganglion sentinelle au CHOR.**
7. **Mener une étude de pertinence et de faisabilité sur la création d'un service de radiothérapie** au CHOR (plateau technique de radiothérapie comprenant 2 appareils de traitement (HALCYON), 1 scanner de centrage, des logiciels spécifiques (ARIA, logiciel de calcul pour la physique ...), salles de consultations, secrétariat).
8. **Développer les soins de support** : psychologue, douleur, soins palliatifs, diététicien, médecine complémentaire, socio-esthéticien, podologue (cf. fiche spécifique).
9. **Mettre en place des groupes de parole, ateliers famille/patients** pour une meilleure connaissance des traitements et de la maladie.

### Moyens et ressources associés

Chiffrés dans les fiches « guichet unique » et « soins de support », ainsi que dans le projet d'établissement du CHOR pour les lits et places.

### Calendrier

#### 2024 :

- Création du guichet unique et +/- télémedecine,
- Sécuriser la filière oncologie médicale au CHOR avec le renfort de l'équipe avec un oncologue, IDE et AMA
- Etude sur la radiothérapie

#### 2026 :

- Ouverture d'un HDJ oncologie au CHOR, augmentation des spécialistes d'organes, oncologues et chirurgiens,
- Ouverture de lits de médecine à orientation oncologie et soins palliatifs au CHOR
- Renfort des acteurs paramédicaux : psychologue, diététicien, socio esthéticien

#### 2028 :

- Préparation des chimiothérapies au CHOR
- Formations des médecins généralistes
- Développement de l'activité de radiothérapie (objectif de 600 patients/an), en fonction des résultats de l'étude de pertinence et de faisabilité

### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre de patients pris en charge par localisation
- Nombre de RCP réalisées
- File active en chimiothérapie et en immunothérapie



## Projet 1.6. Consolider l'offre en oncologie sur le territoire Nord-Est

<b>Pilotes</b>	<p><b>E. Porte</b>, Cadre de santé en chirurgie au GHER  <b>Dr Zaepfel</b>, Chirurgienne viscérale et digestive au GHER  <b>Pr. Gazaille</b>, Responsable de service Pneumologie au CHU Nord</p>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Recruter</b> pour atteindre un effectif cible de 4 oncologues au CHU Nord, afin d'assurer un effectif de 1,5 ETP auprès du GHER.</li> <li>■ <b>Mettre en place un IPA en oncologie</b> sur le CHU Nord pour participer au parcours de soins des patients dans son domaine de compétence et décharger les médecins de certaines activités dans le cadre d'un protocole de coopération.</li> <li>■ <b>Créer des consultations avancées</b> au sein du GHER en oncologie (en partenariat avec le CHU Nord) et en radiothérapie (en partenariat avec la clinique Ste Clotilde)</li> <li>■ <b>Mettre à disposition un IDE formé à l'annonce de diagnostic</b> afin de travailler en collaboration avec le médecin, le diététicien, le psychologue.</li> <li>■ <b>Communiquer sur la nouvelle consultation</b> auprès des médecins généralistes et auprès de la filière oncologie sur l'île</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 oncologue recruté au CHU Nord et mis à disposition du GHER</li> <li>■ 1 ETP d'IPA (Nord/Est)</li> <li>■ 1 ETP d'IDE réparti entre annonce et coordination</li> <li>■ 1 ETP de secrétariat</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Départ d'un IDE en formation IPA au CHU nord</li> <li>■ Médecin recruté au CHU Nord et consultations effectives et IDE recruté au GHER</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ IDE formé à l'annonce de diagnostic et communication en externe auprès des MG du territoire</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre d'ETP d'oncologues au CHU Nord</li> <li>■ Nombre de patients suivis à l'année au GHER (issu du suivi mensuel)</li> <li>■ Evolution du taux de satisfaction des patients suivis en proximité</li> </ul>

## Projet 1.7. Améliorer le suivi des thérapies orales

<b>Pilotes</b>	<p><b>C. Chamand</b>, Cadre de santé en Hémato-oncologie au CHU Sud</p>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Structuration d'un parcours type</b> pour les patients bénéficiant de thérapie anti-cancéreuse de l'initiation du traitement au suivi au long cours en passant par la structuration d'un HDJ « initiation du traitement » dans la semaine qui suit la consultation médicale.</li> <li>■ <b>Avoir recours à un PPS commun</b> pour faciliter le lien entre les différents intervenants qui interviennent dans la prise en soins du patient.</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<p>Le projet a été réfléchi en équipe pluridisciplinaire faisant partie du GHT :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Temps soins de support : socio-esthéticien, diététicien, assistant social, psychologue</li> <li>■ Temps IPA</li> <li>■ Temps infirmier TAS</li> <li>■ Temps médecins oncologues</li> <li>■ Temps pharmacien</li> <li>■ Espace de lieu et de temps</li> </ul> <p>Pour ce projet il sera nécessaire d'avoir du temps dédié pour les professionnels décrits ci-dessus. L'organisation de ce parcours pourra s'autofinancer grâce aux HDJ prévues et aux consultations IPA.</p>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Définition du parcours type et des intervenants clés ainsi que des modalités de coordination</li> <li>■ Mise en place de l'équipe au CHU Sud / CHOR</li> </ul> <p><b>2025 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Extension à tous les établissements supports</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de séjours en HDJ pluridisciplinaire en identifiant les temps et les HDJ</li> <li>■ Nombre de patients ayant bénéficié du parcours dans son ensemble</li> </ul>



## Projet 1.8. Développer l'activité de chirurgie oncologique

<b>Pilotes</b>	<b>Pr Kassir</b> , Chef de service Chirurgie digestive au CHU Nord, pour la chirurgie digestive A définir pour la chirurgie gynécologique
<b>Objectifs</b>	<p>La chirurgie doit être centralisée sur des sites du GHT :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Sur la chirurgie digestive :</b><ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Foie</b> : CHU Sud + CHOR : schéma actuel à maintenir</li><li>● <b>Pancréas - duodénum</b> : CHU Nord + Sud + CHOR : schéma actuel à maintenir</li><li>● <b>Estomac</b> : CHU Nord + Sud + CHOR : schéma actuel à maintenir</li><li>● <b>Intestin - colon - rectum haut/moyen</b> : CHU Nord + Sud + CHOR + GHER : renforcer les moyens humains au GHER pour développer et maintenir cette chirurgie sur place (+1 chirurgien à St Benoit)</li><li>● <b>Rectum bas / anus</b> : CHU Nord + Sud + CHOR : schéma actuel à maintenir</li><li>● <b>Péritoine</b> : carcinose péritonéale et maladies rares du péritoine : CHU Nord : renforcer les ressources humaines et matérielles (+1 ETP de chirurgien) et acquisition PIPAC pour faire de la chimiothérapie hyperthermique Intra-Péritonéale (CHIP)</li><li>● Besoin d'IDEC : Lien à faire avec le guichet unique (cf. fiche spécifique) pour fluidifier la prise en charge des patients, développement de la réhabilitation accélérée après chirurgie (RAAC)</li><li>● Besoin de ressources stomatologiques, diététiciens et psychologues en post chirurgie : ressources des soins de support (fiche spécifique)</li><li>● Réaliser une étude d'opportunité sur l'acquisition d'un scanner à comptage photonique (évaluation de la résécabilité) pour le GHT de La Réunion (voir calendrier)</li></ul></li><li>■ <b>Sur la chirurgie gynécologique :</b><ul style="list-style-type: none"><li>● En lien avec les seuils et les autorisations délivrées par l'ARS, organiser la prise en charge chirurgicale des cancers du sein, des ovaires et de l'utérus en les centralisant sur un site public ou en collaboration avec le secteur privé, en fonction des localisations.</li></ul></li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 1 chirurgien cancer intestin-colon</li><li>■ 1 chirurgien au CHU Nord</li><li>■ 1 PIPAC</li><li>■ Ressources paramédicales à mettre en lien avec le guichet unique et les soins de support</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Mise en place du schéma cible sur la chirurgie digestive, recrutement des IDE de coordination, du chirurgien de St Benoit et recrutement d'un chirurgien formé à l'utilisation du PIPAC + acquisition PIPAC</li><li>■ Schéma cible établi pour les sites de prise en charge de la chirurgie gynécologique</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre d'actes opératoires confrontés aux seuils</li><li>■ Nombre de recrutements réalisés</li><li>■ Machine PIPAC acquise</li><li>■ Nombre de traitements annuels de carcinose péritonéale</li></ul>



## Projet 1.9. Développer les soins oncologiques de support

### Pilotes

Dr Imbert, Médecin de Médecine Palliative et de prise en charge de la douleur  
 Dr Walker, Responsable EMSP au CHOR  
 M. Benard

### Objectifs

1. **Dresser un inventaire des ressources disponibles et nécessaires** sur les sites du GHT, en lien avec le référentiel organisationnel de l'Institut National du Cancer (INCA) qui a défini 4 soins socles indispensables au parcours de soins du patient atteint de cancer : prise en charge de la douleur, prise en charge diététique et nutritionnelle, prise en charge psychologique, prise en charge sociale, familiale et professionnelle
2. **Renforcer le lien avec les réseaux de soins de support** de ville existants (réseaux psychologues, diététiciens, sexologues, podologues, etc..) pour identifier les ressources existantes en externe
3. **En lien avec le guichet unique, permettre une orientation précoce des patients vers les soins de support** adaptés en améliorant la coordination hospitalière (cf. Fiche spécifique)
4. **Etudier l'opportunité de créer un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD)** pour prendre en charge les douleurs chroniques rebelles, en échappement thérapeutique.
5. **Promouvoir l'accès à la photobiomodulation** (consensus international pour la prévention et le traitement de la mucite, de la radiodermite, des neuropathies chimio-induites)
6. **Développer la formation aux soins de support**

### Moyens et ressources associés

- Investissement dans le matériel de photobiomodulation
- Support informatique pour un recours aux outils numériques de coordination

### Calendrier

#### 2024 :

- Identification des ressources disponibles en interne GHT et en externe
- Définition des besoins par site du GHT
- Etude d'opportunité concernant le CETD

#### 2026 :

- Accès à la photobiomodulation
- Accès à l'analgésie intrathécale (recommandations de l'INCa)
- Coordination des ressources déjà existantes au sein de l'établissement : hypnose, acupuncture, art-thérapie, réflexologie, méditation pleine conscience, psychomotricité, soutien psychologique, ergothérapie etc...
- Création CETD

#### 2028 :

- Renforcement et développement des activités créées
- Développement de la formation et de la recherche

### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre de réunions pluridisciplinaires de coordination par localisation
- Nombre d'hospitalisations en HDJ par localisation
- Nombre de patients suivis (file active) par localisation





## Projet 1.10. Structurer la formation en cancérologie

### Pilotes

Pr. Khettab, Oncologue médical au CHU  
Pr. Gazaille, Responsable de service Pneumologie au CHU Nord  
Y. Djafer, Cadre de santé au CHU  
Dr Zemour, Chirurgien viscérale et digestif, CHU Sud

### Objectifs

1. **Objectiver les apports en formation initiale** en Cancérologie par profession
2. **Identifier l'offre de formation actuelle** par les différents établissements (internalisée et externalisée)
3. **Identifier les besoins en formation** selon la démographie des professionnels en activité et par profession
4. **Déterminer la nature du socle commun de formation**
5. **Déterminer les secteurs d'activité** où la création d'une expertise soignante est nécessaire
6. **Identifier les freins** (logistiques/financiers/administratifs) à la mise en œuvre d'une offre de formation au niveau du GHT
7. **Créer un dispositif d'évaluation** de l'efficience de l'offre de formation

### Moyens et ressources associés

- Accompagnement des services de formation pour l'établissement de l'évaluation économique des besoins.
- Secrétariat pédagogique pour le GHT afin de coordonner la mise en œuvre de l'offre de formation.
- Budget formation des établissements du GHT.

### Calendrier

#### 2024 :

- Identification de toutes les formations disponibles sur le territoire. Etude de leur adéquation aux besoins des professionnels.
- Détermination du socle commun de formation avec prévisionnel financier et calendrier prévisionnel.
- Détermination de l'offre de formation pour les experts (médicaux et personnels non médicaux)
- Etude de faisabilité économique et logistique en partenariat avec les services formation et les partenaires institutionnels.

#### 2026 :

- Mise en œuvre de l'offre selon un calendrier coordonné entre les établissements

#### 2028 :

- Disposer d'un programme de formation complet, structuré et accessible à tous les professionnels de santé

### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre de formations réalisées
- Nombre d'apprenants total pour ces formations



# PERSONNES ÂGÉES

## Constats et enjeux du PMSP

**Une offre répartie sur tout le territoire mais inégalement accessible et encore insuffisante en volume face aux besoins croissants.**

### Des besoins croissants

La population âgée réunionnaise se caractérise par :

- Une part moindre qu'en métropole mais un indice de vieillissement plus élevé,
- Une part de personnes en situation de vulnérabilité sociale plus de 2 fois supérieure à celle de la métropole,
- Une proportion de personnes de plus de 65 ans en ALD plus importante qu'en métropole,
- Des pathologies dominantes : le diabète, le cancer et les maladies coronaires.

### Une population moins âgée, mais vieillissante et plus isolée

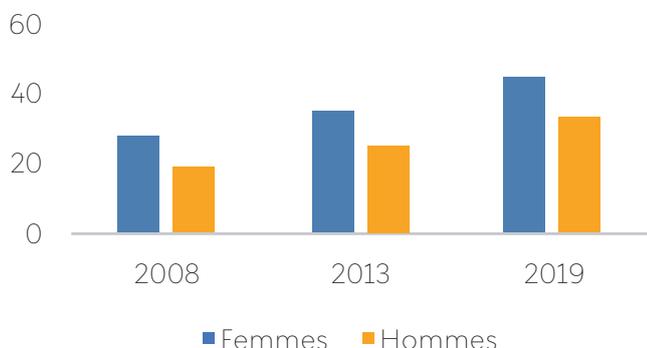
**17% de la population a plus de 60 ans** (vs 26,1% en France métropolitaine) **et 4,7% a plus de 75 ans** (vs 9,4%)

**2030 : 60 000 personnes** de plus de 75 ans attendues

**10,1% de bénéficiaires de l'APA** vs 4,5% en métropole

Source : ARS - Portrait de territoire

### EVOLUTION DE L'INDICE DE VIEILLISSEMENT



### EVOLUTION DE LA PART DES PERSONNES DE PLUS DE 75 ANS VIVANT SEULES



Source : Atlasanté - INSEE

### Des personnes âgées globalement en moins bon état de santé qu'en métropole

**83 659 / 100 000 réunionnais de plus de 65 ans en ALD** (vs 75 649 / 100 000 habitants en France métropolitaine)

**Diabète**

**Cancer**

**Maladies coronaires**

Source : ARS - Portrait de territoire



## Une offre insuffisante face au défi du vieillissement

Les établissements publics du GHT disposent de filières gériatriques incomplètes et pour lesquelles des adaptations sont en cours et devront se poursuivre.

TERRITOIRE	NORD	EST	OUEST	SUD
Consultations spécialisées	<b>CHU Nord</b> : mémoire, gériatrie, onco-gériatrie, chute, cardio-gériatrie	<b>GHER</b> : mémoire, gériatrie	<b>CHOR</b> : mémoire	<b>CHU Site de Saint-Joseph</b> : gériatrique <b>CHU Site de Saint-Pierre</b> : mémoire, gériatrie/ rhumato-ostéoporose
HDJ gériatrique	<b>CHU Nord</b> : diagnostique et thérapeutique, dont HDJ insuffisance cardiaque du sujet âgé			<b>CHU Site de Saint-Pierre</b> : diagnostique et thérapeutique (unité de méd. ambulatoire) <b>Saint-Joseph</b> : 4 lits HDJ diagnostique et thérapeutique
UPUG				<b>CHU Site de Saint-Pierre</b> : 24 lits (18 lits UPUG + 6 lits UPOG)
CSG	<b>CHU Nord</b> : 20 lits	24 lits	15 lits	<b>CHU Site de Saint-Joseph</b> : 12 lits ; 12 lits Alzheimer ; 20 lits méd. polyv. à orientation gériatrique dont 4 lits soins palliatifs
SMR		30 lits gériatriques		
SMTI (ex USLD)		55 lits		<b>CHU Sud Tampon</b> : 40 lits
EMG/UMG	<b>CHU Nord</b> : intra et extra	<b>GHER</b> : intra et extra	<b>CHOR</b> : intra et extra	<b>CHU Sud Saint-Pierre</b> : Intrahospitalière et Extrahospitalière
EM géronto psychiatrie	<b>EPSMR</b> via l'EMGP et le CMP Duplessis	<b>EPSMR</b> dont EMGP et ECLIPS	<b>EPSMR</b>	Travail en partenariat avec UIGP du Sud
UCC				<b>CHU Sud Tampon</b> : 12 lits
UHR			<b>EHPAD Gabriel Martin</b> : 30 lits à terme	<b>EHPAD de Saint-Joseph</b> : 80 places avec 19 places unité protégée Alzheimer <b>EHPAD de Saint-Louis</b> : 50 places

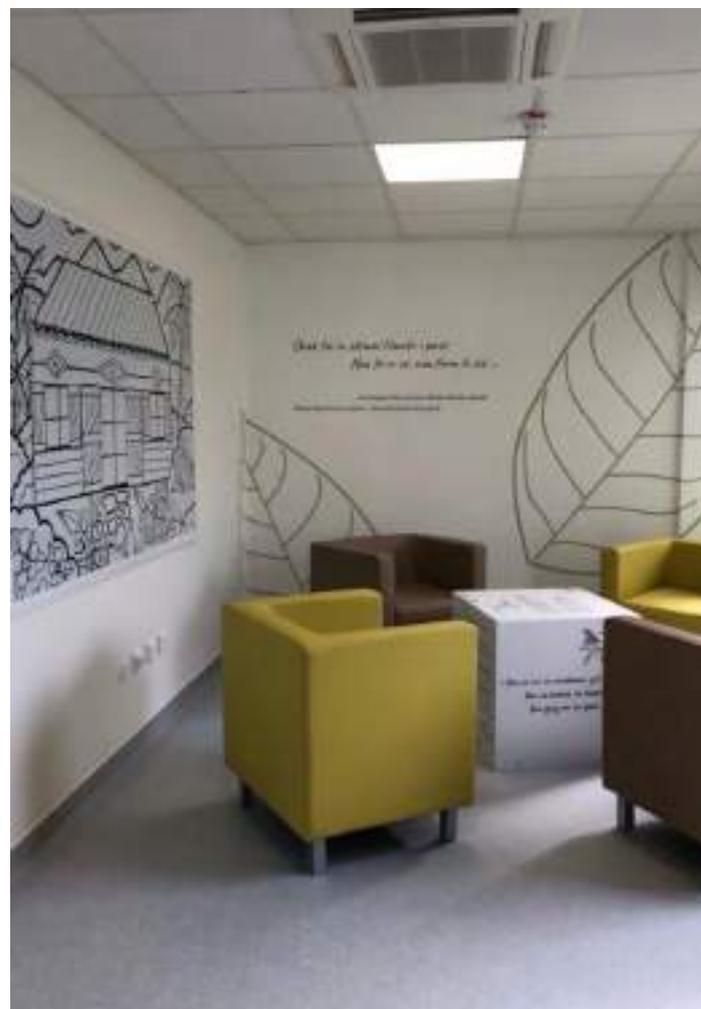


Ainsi, l'offre actuelle se caractérise par :

- Un défaut d'offre pour :
  - Le repérage et l'accompagnement des personnes âgées (Equipes mobiles de gériatrie, consultation mémoire),
  - La prise en charge (Court séjour gériatrique - CSG). Quoique relativement complète au CHU Nord et Sud, ainsi qu'à l'Est, l'offre en CSG semble sous-dimensionnée ; l'offre pour la prise en charge des maladies neuro-dégénératives est quant à elle très insuffisante, voire inexistante.
- L'offre de SMR est majoritairement portée par le secteur privé.

**Dans le cadre du précédent PMSP et des projets d'établissements en cours, des évolutions sont à noter :**

- Des projets de fluidification de la filière gériatrique :
  - Projets de réduction des temps d'attente aux urgences (Unité post urgences gériatriques au CHOR),
  - Une expérimentation « Admissions directes en gériatrie » au CHOR.
- Des projets d'évolution de l'offre gériatrique dans les Projets d'établissements.



## Focus sur les projets structurants portés dans les Projets d'établissements des Etablissements du GHT

### 1 an :

- **Nord** : Développement de l'HDJ du CHU Nord par renforcement des moyens de la gériatrie (temps gériatre, temps IPA, temps ASE, temps AMA pour le CHU Nord et le CHU Sud),
- **Est** : Création d'un HDJ diagnostique de 5 lits sur Saint-Benoît (GHER),
- **Sud** : Renforcement de l'HDJ Sud + Redistribution capacitaire CHU Sud : réflexion en cours pour récupérer 6 lits de court séjour (2X18 au lieu de 20 +12),
- **Ouest** : Augmentation du capacitaire du court séjour gériatrique de 15 à 20 lits (CHOR).

### 3 ans :

- **Ouest** : Poursuite du développement de l'Hôpital de Semaine Gériatrique au CHOR (hospitalisation programmée de 24-72h pour bilan cognitif ou bilan de chute).

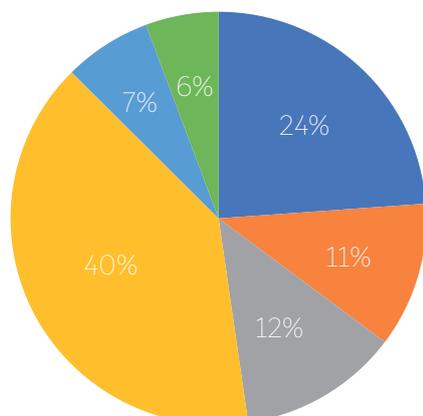
### 5 ans :

- **Est** : Augmentation du capacitaire du court séjour gériatrique de 24 à 26 lits (GHER),
- **Nord** : Augmentation du capacitaire du court séjour gériatrique de 20 à 24 lits (CHU Nord),
- **Sud** : Selon les besoins, création d'une antenne HDJ dédiée à l'EGS sur Salazie.

## Les analyses complémentaires réalisées par le groupe de travail ont permis de repérer les besoins prioritaires suivants dans le cadre du PMSP :

- **Les équipes mobiles de gériatrie**, notamment en extrahospitalier, proposent des délais d'intervention pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines. Les équipes sont inégalement dimensionnées en regard de la population âgée à desservir : les ratios € MIG / population +de 75 ans du territoire indiquent une priorité à l'échelle du CHU et du CHOR,
- **Les délais d'attente pour accéder à une consultation mémoire** sont importants sur toute l'île : Sud : 6 mois d'attente ; GHER : 6 à 8 mois ; CHU Nord : 6 à 8 mois ; CHOR : 11 mois. Pourtant, il est reconnu que l'accès à la consultation est pertinent s'il est réalisé dans les 3 mois,
- **Des difficultés persistent pour la réalisation des admissions directes** en médecine et court séjour gériatrique, notamment par manque de coordination ville-hôpital inégale, absence de « régulation gériatrique », indisponibilité de lits, manque d'alternatives à l'hospitalisation complète en médecine (HDJ, EMG, SMR) ou faible réactivité,
- **Le constat d'insuffisance de lits d'aval a été confirmé par 2 études réalisées en « coupe transversale »** en avril 2023 dans les services de court séjour gériatrique et de médecine polyvalente publics d'une part, et de SMR publics et privés d'autre part. Elles font état d'un nombre significatif de bed-blockers par manque d'aval pour la prise en charge des problèmes comportementaux ou pour des motifs sociaux :
  - L'enquête portant sur les CSG et services de médecine polyvalente a mis en évidence que malgré des pratiques d'admission directe dans les services, 50% des demandes n'ont pu être résolues via ce circuit à défaut de lits vacants. De plus, sur les 227 lits sur lesquels l'enquête a été effective, 52 séjours ont été jugés inappropriés (22,9%). Les quatre principaux motifs de séjours inappropriés étaient :
    1. Une attente d'admission dans une structure d'aval (SMR, EHPAD...),
    2. Une problématique sociale,
    3. Une problématique comportementale (pratiquement pour moitié à cause de déambulation et pour moitié pour une autre problématique comportementale),
    4. Une attente de décision de justice ou administrative.

### MOTIFS D'HOSPITALISATION INADAPTÉE EN CSG ET MÉDECINE POLYVALENTE

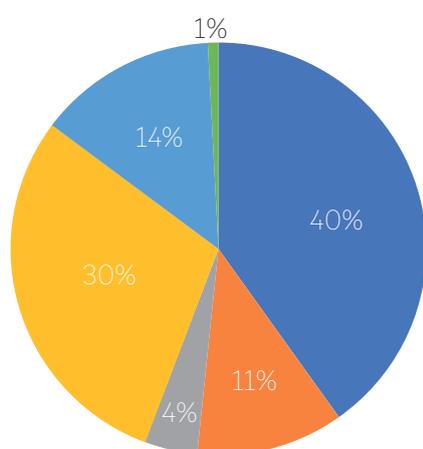


- Problème social incompatible avec un retour à domicile
- Problème de déambulation nécessitant un accueil en secteur protégé
- Problème comportemental incompatible avec un retour à domicile
- Attente de lit d'aval type SMR - EHPAD suite à une perte d'autonomie sur un évènement de santé aigu et reprise d'autonomie incompatible avec un retour à domicile
- Attente de décision de justice dans le cadre d'une demande de mesure de protection juridique ou d'une notification ASH ou autre problème administratif
- Autres motifs

■ Dans les services des SMR gériatriques et polyvalents et dans l'Unité cognitivo-comportementale (UCC) de l'île, sur 356 lits pour lesquels les établissements ont répondu à l'enquête, près d'un tiers des séjours était jugé inapproprié (32,3%). Le motif principal rendant le séjour inapproprié était soit social (40%), l'attente

de lit d'EHPAD (30%), des troubles neurocognitifs avec troubles du comportement (16%, dont 12% avec déambulation et besoin de secteur protégé), ou l'attente de décision de justice ou de notification (14%).

### MOTIFS D'HOSPITALISATION INADAPTÉE EN SMR GÉRIATRIQUE ET POLYVALENT



- A. Problème social incompatible avec un retour à domicile
- B. Problème de déambulation nécessitant un accueil en secteur protégé
- C. Problème comportemental incompatible avec un retour à domicile (en dehors de la déambulation)
- D. Attente de lit d'aval type EHPAD suite à une perte d'autonomie sur un évènement de santé aigu et reprise d'autonomie incompatible avec un retour à domicile
- E. Attente de décision de justice à une demande de mesure de protection juridique ou notification ASH ou autre problème administratif
- F. Autres motifs

Le séminaire du 13 mars et les réunions du groupe de travail ont permis de repérer d'autres manques dans la filière gériatrique notamment :

- **L'insuffisante prise en compte de la personne en perte d'autonomie** lors de son parcours de soins à l'hôpital : recueillir les attentes, mieux informer le patient et ses proches,
- **Les difficultés éprouvées au quotidien par les aidants, estimés à 46 000 Réunionnais** : manque de temps pour soi, stress, fatigue, sentiment d'isolement, manque d'information et de soutien, conflits familiaux, culpabilité, déni de la maladie, méconnaissance de son positionnement en tant

qu'aidant ou des dispositifs existants... L'appui aux aidants ainsi que la formation des soignants sont à développer en lien avec les différents dispositifs existants (Plateforme « Répit Repos », GIP SAP, compagnie des aidants, France Alzheimer, MND&CO...).

## Projets territoriaux structurants à 5 ans

Le GHT acte une volonté partagée d'harmoniser le maillage au niveau territorial dans un cadre concerté de pilotage et de partage des pratiques, tout en poursuivant l'objectif d'offrir un développement de l'offre en proximité pour chaque Réunionnais.

Le groupe de travail piloté par le Dr Schwebel, gériatre au GHER, s'est réuni 3 fois et a ainsi pu identifier conjointement les développements d'offre à envisager, ainsi que les modalités de coordination de la stratégie sur la prise en charge des personnes âgées, autour de 3 orientations développées en 7 actions :

### ■ La structuration concertée de la filière en intégrant les partenaires et les aidants :

- Création d'une fédération régionale de gérontologie et de gériatrie chargée de poursuivre une stratégie coordonnée à l'échelle régionale, d'améliorer la lisibilité et la structuration de l'offre, de maintenir les ressources gériatriques médicales et paramédicales, de renforcer les compétences en travaillant notamment sur l'attractivité de la filière GHT, mais aussi de promouvoir la recherche, l'innovation et les coopérations territoriales avec les acteurs de la ville et du médico-social,
- Amélioration de l'information et de l'accompagnement des usagers, des familles et des aidants en travaillant sur l'orientation, les facteurs de risques et comorbidités liées au rôle d'aidant, le repérage des signaux d'alerte et la sensibilisation de l'aidant à sa santé.

### ■ L'adaptation de l'offre en général sur toute la filière et pour l'ensemble des territoires :

- Adaptation des capacités grâce au renforcement concerté des équipes mobiles de gériatrie intra et extrahospitalières sur l'ensemble du territoire, et au suivi des projets des établissements du GHT (HDJ/CSG/SMR),
- Structuration de certains parcours : onco-gériatriques, ortho-gériatriques et cardio-gériatriques,
- Développement dans chaque établissement du GHT des admissions directes pour atteindre à terme un tiers d'admission directes.

### ■ Le développement de l'offre dédiée aux personnes souffrant de troubles neuro-dégénératifs :

- Harmonisation du maillage territorial en consultations mémoires labellisées afin d'améliorer le parcours de soins des personnes souffrant de troubles neurocognitifs,
- Renforcement concerté de l'offre de prise en charge des maladies neuro-dégénératives et de l'éducation thérapeutique du patient, afin de proposer une filière d'aval complète (y compris les EHPAD avec unités protégées), en proximité, en lien

avec le besoin de réinvestissement des familles.

### ■ Les partenaires de la filière sont :

- Les établissements sanitaires (notamment SMR privés),
  - Acteurs médico-sociaux, y compris accueils de jour, EHPAD avec secteur protégé, UHR, ORIAPA,
  - La médecine de ville (médecins libéraux, CPTS, orthophonistes),
  - France Alzheimer Réunion,
  - Le DAC, les réseaux,
  - Les acteurs institutionnels : département, GIP SAP, l'université,
  - Le secteur social,
  - Les acteurs privés de la Silver Economy.
- Les instances spécifiques de la filière sont :
- Fédération de gériatrie – gérontologie (à installer).



Fiches actions

**Projet 2.1. Créer une fédération de gériatrie-gérontologie**

<b>Pilotes</b>	Dr Kervella, Cheffe de pôle Gérontologie au CHU Co-pilotes : représentants du CHU Nord, CHOR et GHER
<b>Objectifs</b>	<p>Feuille de route de la fédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recenser les axes primordiaux d'approche du vieillissement</li> <li>■ Recenser et rassembler les acteurs clés autour des thématiques du vieillissement</li> <li>■ Renforcer les liens entre les acteurs publics, privés et associatifs</li> <li>■ Promouvoir la recherche, l'innovation, les coopérations et le rayonnement du territoire</li> <li>■ Mener et suivre conjointement les projets phares dans le cadre d'une culture commune</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Temps de réunions et de coordination supporté par les établissements</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2023 - 2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rédaction d'un règlement intérieur, d'une charte qualité, de sous-commissions selon les axes retenus en assemblée générale</li> <li>■ Création d'un bureau de la fédération</li> <li>■ Réunions, concertations, rédactions de projets</li> <li>■ Organigramme des thèmes et actions</li> <li>■ Initiations des actions</li> </ul> <p>Bilans et perspectives avec le projet de futur gérontopôle d'ici à 2024</p>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de réunions annuelles</li> <li>■ Nombre d'acteurs représentés sur l'année</li> </ul>

**Projet 2.2. Améliorer l'information et l'accompagnement des usagers et des familles / aidants**

<b>Pilotes</b>	LR. Anandin, Cadre du pôle Gériatrie au GHER
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sensibiliser et former les professionnels de santé</li> <li>■ Aménager des espaces permettant la présence des aidants auprès des proches</li> <li>■ Informer les aidants sur les droits des usagers, les ressources et les démarches.</li> <li>■ Rédiger une plaquette d'information de Formation des IDE à l'ETP et soutenir les programmes d'ETP spécifiques</li> <li>■ Repérer l'épuisement de l'aidant, la précarité, et programme d'accompagnement et de suivi</li> <li>■ Développer le PAERPA</li> <li>■ Organiser des échanges</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Moyens nécessaires à préciser par la fédération</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Echéancier de travail à définir par la fédération
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de personnes formées</li> </ul>



### Projet 2.3. Développer des filières complètes et homogènes sur les 4 territoires (Nord, Ouest, Sud et Est) de manière concertée et coordonnée

<b>Pilotes</b>	<b>Dr Gomez</b> , Gériatre au CHU Nord <i>Co-pilotes territoriaux :</i> <b>Dr Schwebel</b> , Gériatre au GHER <b>Dr Renaud</b> , Chef de service Gériatrie au CHU Nord <b>Dr Kervella</b> , Cheffe de pôle Gériatrie au CHU <b>Dr Cavagno</b> , Gériatre au CHOR
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Définir un niveau d'intervention homogène pour les EMG intra</li><li>■ Conventionner avec les partenaires (CPTS, DAC, EHPAD, HAD, structures d'exercice coordonné) pour les interventions des EMG extra et adopter des indicateurs homogènes d'intervention (rapports ANAP)</li><li>■ Adapter les moyens des EMG : contractualisation avec l'ARS et recrutements selon les besoins de chaque site</li><li>■ Coordonner les développements d'HDJ et les augmentations de capacités déclinées dans les PMS des établissements</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ CHU Sud et Nord : 2 ETP de gériatre, 2 ETP d'IPA, 1 ETP d'AS, 1 ETP d'AMA</li><li>■ CHOR : 0,5 ETP de gériatre (intra) + 0,5 ETP (extra) ; 0,8 ETP + 0,3 ETP d'érgothérapeute, 0,5 ETP + 0,3 ETP de psychomotricien, 0,3 ETP d'Ass. Social</li><li>■ 0,3 ETP d'AMA</li><li>■ GHER : 1 ETP de gériatre, 1 ETP d'AS</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Consolidation et formalisation des partenariats externes</li><li>■ Organisation de partages d'expériences</li><li>■ Déploiement des indicateurs</li><li>■ Homogénéisation des pratiques</li><li>■ Extension de l'EMG extrahospitalière du CHU</li><li>■ Renforcement de l'EMG intra et extrahospitalière du CHOR.</li></ul> <b>2025 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Renforcement de l'EMG intra et extrahospitalière du GHER</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre d'interventions de chaque EMG</li><li>■ Délais d'intervention de chaque EMG</li></ul> En distinguant les territoires et les EMG intra / extra

### Projet 2.4. Structurer les parcours en privilégiant les admissions directes non programmées des personnes âgées de 75 ans et plus

<b>Pilotes</b>	<b>Dr Gallerne</b> , Gériatre au CHOR <b>Dr Kervella</b> , Cheffe de pôle Gériatrie au CHU
<b>Objectifs</b>	Développer les cellules de gestion et d'ordonnement spécifiques de la personne âgée en renforçant les moyens humains (médecin, IPA ou IDEC ou IDE de l'EMG formée, AMA formée à la coordination) et la réactivité de l'aval (capacitaire, consultation gériatrique ou mémoire, HDJ, CSG, EMG, SMR)
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ CHU : recrutement IPA/IDEC et médecins gériatres de coordination avec renforcement sur MIGAC des UMG/ augmentation du capacitaire en lits fléchés entrées directes</li><li>■ GHER : 1 ETP de gériatre, 1 ETP d'AMA</li><li>■ CHOR : projet déjà financé – 1 gériatre et 1 IDEC</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ GHER : Cellule de gestion et d'ordonnement</li><li>■ CHOR : Unité AGE (Accueil Gériatrique d'Evaluation) : 4 lits pour des admissions directes non programmées</li><li>■ CHU : cellule d'ordonnement et CPTS en appui au Sud ; programme de dépistage des risques de ré-hospitalisations précoces auprès des libéraux pour anticiper les passages aux urgences et hotline gériatrique 7j/7.</li></ul> <b>2026 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ CHU : renforcement du capacitaire de CSG pour lits fléchés entrées directes avec accès privilégié aux plateaux techniques pour examen en moins de 24-48h</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Taux d'admissions directes dans les services de médecine hors Court séjour gériatrie</li><li>■ Taux d'admissions directes dans les services de Court séjour gériatrie</li></ul>

## Projet 2.5. Adapter les capacités d'accueil en consultation mémoire sur le territoire

<b>Pilotes</b>	Dr Schwebel, Praticien Hospitalier en gériatrie au GHER
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Orienter préférentiellement des patients âgés de moins de 65 ans vers les spécialistes en neurologie.</li> <li>■ Développer les capacités de consultation mémoire en lien avec les augmentations des moyens des EMG et des capacités d'HDJ, grâce au recours à des IPA pour les interventions en proximité</li> <li>■ Créer une offre de consultation mémoire à Salazie pouvant évoluer en HDJ.</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<p>GHER : 0,6 ETP de PH, 0,5 ETP d'AMA, 0,2 ETP d'orthophoniste, 1 ETP de neuropsychologue (2023) + 0,4 ETP de PH, 0,5 ETP d'AMA (2024)</p> <p>CHOR : 0,5 ETP de PH, 0,2 ETP d'AMA, 0,2 ETP d'ASE, 0,2 ETP de neuropsychologue</p> <p>Salazie : 0,1 ETP de gériatre, 0,1 ETP de diététicien</p> <p>CHU : 2 ETP de gériatre et neurologue, 1 ETP d'assistant socio-éducatif (ASE), 1 ETP de neuropsychologue CHU NORD</p> <p>Reconstructon de l'EHPAD Gabriel Martin avec 30 lits d'unité protégée</p> <p>IPA tous établissements : 4*1,5 ETP d'IPA</p> <p>CMRR : Minimum 1 ETP de PM et 1 ETP de neuropsychologue – à réévaluer avec l'ARS</p>
<b>Calendrier</b>	<p><b>Dès 2023 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Labellisation des consultations mémoires du GHER et du CHOR ;</li> <li>■ Identification des IDE souhaitant obtenir une formation IPA sur les compétences nécessaires.</li> </ul> <p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Adaptation des consultations mémoire en cohérence avec les indicateurs contractualisés avec l'ARS</li> <li>■ Protocolisation de l'orientation par l'EMG des patients vers les consultations mémoire ou l'HDJ diagnostique</li> <li>■ Formation et recrutement des IPA.</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Antenne de consultation mémoire à Salazie, voire d'une HDJ diagnostique</li> </ul> <p><b>2028 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reconnaissance d'un CMRR dans le GHT, projet porté par le CHU.</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de consultations mémoire, par territoire</li> <li>■ Délai d'attente pour accéder à une consultation mémoire, par territoire</li> </ul>

## Projet 2.6. Renforcer l'offre de prise en charge des troubles neuro-dégénératifs et la structurer

<b>Pilotes</b>	Dr Mazoyer, Gériatre au CHU Sud
<b>Objectifs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Prioriser et suivre de manière concertée les projets de restructuration de l'aval</b> des maladies neuro-dégénératives (réfèrent par projet au sein de la fédération, supervision conjointe du calendrier). Les projets prioritaires identifiés sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lits HTSH en EHPAD puis USLD ;</li> <li>■ Ouverture de 4 lits d'UCC au SUD sous réserve des moyens supplémentaires ;</li> <li>■ UHR (14 lits) + UCC (12 lits) à Saint-André ;</li> <li>■ Reconstruction de l'EHPAD de Saint-Joseph avec extension secteur sécurisé et UHR.</li> </ul> </li> <li>2. <b>Structurer les parcours</b> : clarifier les parcours prioritaires pour les patients souffrant de maladies neuro-dégénératives : identification des parcours prioritaires, définition des orientations, formalisation, suivi de la mise en œuvre.</li> <li>3. <b>Création par le GHT d'une équipe mobile d'éducation thérapeutique</b> sur les pathologies cognitivo-comportementales</li> </ol>
<b>Moyens et ressources associés</b>	Equipe d'éducation thérapeutique Maladies neuro-dégénératives : 1 ETP d'ergothérapeute et 1 ETP d'aide médico-psychologique
<b>Calendrier</b>	<p><b>Renforcement de l'offre</b> : selon calendriers des projets d'établissement et autorisations ARS</p> <p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Parcours : Identifier les parcours prioritaires ; à 3 ans : structuration des parcours ; en continu : adaptation en regard des nouvelles offres</li> <li>■ Equipe mobile d'éducation thérapeutique</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de parcours formalisés par territoire</li> <li>■ Nombre de patients suivis dans le dispositif d'ETP Maladies neuro-dégénératives</li> </ul>



## Projet 2.7. Structurer les parcours prioritaires : ortho-gériatrie, onco-gériatrie, cardio-gériatrie

<b>Pilotes</b>	<b>Dr Bougeois-Sarran</b> , Cheffe de service UPUG au CHU Sud <b>Dr Bellony</b> , Praticien Hospitalier, Hôpital de jour de Gériatrie <b>Dr Vignoles</b> , Responsable du service de court séjour gériatrique au CHU Nord
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Ortho-gériatrie</b> : assurer une concertation sur les besoins, organisations et évaluations des filières dédiées en vue de la création des UPOG du CHU Nord, du CHOR et du GHER</li><li>■ <b>Onco-gériatrie</b> : créer une équipe de coordination (binôme oncologue/gérialre) et de la gestion de l'UCOG ; créer 4 antennes d'onco-gériatrie ; créer d'une équipe recherche et d'une équipe formation</li><li>■ <b>Cardio-gériatrie</b> : évaluer et échanger sur le projet du CHU Nord pour l'adapter aux autres territoires</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	Equipe de coordination onco-gériatrique : 0,2 ETP d'oncologue, 0,2 ETP de gérialre, 0,5 ETP d'AMA 4 antennes d'onco-gériatrie : 2 ETP de gérialre, 4 ETP d'IDE, 2 ETP d'AMA Autres adaptations capacitaires des établissements – financements T2A
<b>Calendrier</b>	<b>Ortho-gériatrie :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>2024</b> : ouverture de la filière ortho-gériatrique au CHU</li><li>■ <b>2025</b> : ouverture d'une filière fracture en HDJ au CHU Sud au sein de l'unité de médecine ambulatoire (actuellement fait en consultation ostéoporose)</li><li>■ <b>2028</b> : création d'une UPOG (ortho-gériatrie) de 6 lits au sein du CHU Nord, Création d'une UPOG au sein du GHER</li></ul> <b>Onco-gériatrie :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>2024/2025</b> : équipe de coordination régionale et antennes du CHU pour l'UPOG</li><li>■ <b>2026</b> : antennes du CHOR et du GHER</li><li>■ <b>2028</b> : projets de recherche et missions d'enseignement</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Evolution des capacités de surspécialité en nombre de lits</li><li>■ Nombre de ré-hospitalisations dans les 30 jours après la sortie d'ortho-gériatrie, étude prospective sur la morbi-mortalité à 6 mois et 1 an après admission en UPOG pour la fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez une personne âgée</li><li>■ Nombre de consultations onco-gériatriques sur chaque territoire</li></ul>



## CARDIOLOGIE

### Constats et enjeux du PMSP

Le renforcement de la démographie des professionnels de santé spécialisés en cardiologie est le défi majeur à relever pour répondre aux besoins de santé grandissants de la population, en lien notamment avec le vieillissement de la population. Parallèlement, les cardiologues libéraux sont de moins en moins nombreux. Cette concentration des ressources à l'hôpital aura comme conséquence une évolution du nombre et de la nature des actes réalisés à l'hôpital : l'exercice spécialisé va muter vers des consultations « de ville », avec des retards au diagnostic et des patients non pris en charge. Renforcer les ressources humaines en cardiologie est donc un enjeu prioritaire d'accès aux soins.

Par ailleurs, le relief accidenté de l'île a conduit au développement des communes sur le littoral, avec une forte densité de population ; à l'inverse, un enclavement en altitude, dans les Hauts et les cirques, limite l'accès aux services de santé, y compris pour la cardiologie. L'organisation du dépistage de l'insuffisance cardiaque dans les écarts a ainsi été un sujet de discussion du Conseil national de la Refondation. Les ressources médicales qui doivent "aller vers" ces populations doivent par ailleurs être formées aux spécificités cardiaques des Réunionnais. En outre, et de façon plus globale sur l'île, des actions de sensibilisation de la population à la santé cardiaque devraient être plus largement réalisées (grand public).

Le troisième et dernier enjeu prioritaire concerne l'organisation de l'offre de soin en cardiologie.

- Le plateau technique de cardiologie interventionnelle (prise en charge des troubles du rythme cardiaque, des malformations cardiaques ou des troubles vasculaires relatifs au muscle cardiaque) est morcelé et implique pour les patients des déplacements à travers l'île. Ce sont ainsi 500 transferts par an qui sont réalisés du Sud vers le Nord pour la coronarographie. En lien avec la réforme des autorisations et les exigences réglementaires, une réorganisation de l'activité de cardiologie interventionnelle et de la rythmologie doit être conduite.
- Le recours à la rééducation spécialisée en cardiologie fait défaut par manque de place : Sainte Clotilde (HDJ), Ylang Ylang (HC et HDJ), Le Tampon (HC respi), CHU Sud (HDJ).
- Les HDJ de cardiologie sont insuffisants à l'Ouest et à l'Est.

### Besoins de la population

- A La Réunion comme en métropole, les maladies cardiovasculaires présentent une forte prévalence. Il s'agit de la première cause de mortalité des femmes et de la seconde cause chez les hommes (STATISS - CépiDc - FNORS),
- Sur l'île, les ALD cardio-vasculaires concernent 33 730 bénéficiaires, en 2ème position après le diabète. Les hommes sont plus touchés que les femmes (ratio H/F 1,3).

### Etat de l'offre

#### CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOIN EN CARDIOLOGIE DU GHT





## TABLEAU DE L'OFFRE DE SOIN DU GHT

Etablissements	Capacité d'hospitalisation	Plateau technique	Autres spécificités de prise en charge
<b>CHU Réunion</b>	<b>Site Nord :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ USIC (10 lits)</li> <li>■ Service de cardiologie (20 lits)</li> <li>■ HDJ (10 places)</li> </ul> <b>Site Sud :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ USIC (8 lits, projet de 4 lits supplémentaires)</li> <li>■ Service de cardiologie (21 lits)</li> </ul>	Plateau technique complet <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Site Sud : 1 salle de rythmologie (bientôt une 2<sup>nd</sup>e), 2 salles de physio, IRM cardiaque, coronarographie ?</li> <li>■ Site Nord : 1 table de coronarographie, IRM cardiaque</li> </ul>	Site Nord : chirurgie thoracique Site Sud : chirurgie thoracique et vasculaire, HDJ de rééducation cardiaque
<b>GHER</b>	-	-	Consultations
<b>CHOR</b>	Service de cardiologie (20 lits)	Plateau technique complet hors cardiologie et rythmologie interventionnelle national Echo 3D IRM cardiaque	Programme d'ETP Labels « blood pressure clinique » et « centre de référence pour les hypercholestérolémies »

L'activité hospitalière en médecine présente des parts de marché stables avec des profils de patients différents selon les établissements (le privé a une activité orientée vers la prise en charge de patients à pathologie coronaire) et une prise en charge importante par les acteurs du GHT.

En parallèle d'une augmentation importante du nombre des séjours de médecine cardiologique entre 2018 et 2021 (de 8727 à 9908 séjours soit +13,5%), la

part de marché captée par les établissements du GHT demeure quasi stable (entre 80 et 83%).

L'activité de cardiologie interventionnelle (3000 interventions en 2021, hors coronarographies diagnostiques) est distribuée entre le CHU (75%) et la clinique Sainte-Clotilde (25%) – *Actes de cardiologie interventionnelle, dont actes de rythmologie, actes d'angioplastie et actes de cardiologie pédiatrique, et hors coronarographies diagnostiques.*



### Projets territoriaux structurants à 5 ans

Le groupe de travail propose 3 axes structurants :

- **Le renforcement des ressources humaines en cardiologie** à travers la consolidation de la filière hospitalo-universitaire, la formation d'Infirmiers en pratique avancée (IPA), l'augmentation du nombre d'internes et le recrutement de professionnels en multisites pour assurer le maillage de l'offre en particulier à l'Est,
- **La planification de consultations délocalisées** dans les 3 cirques réalisées grâce à un bus qui transportera les professionnels de santé et à l'achat d'un appareil d'échographie. L'objectif est d'amener les populations cibles éloignées de l'offre de soins à se faire dépister pour les principales pathologies cardiovasculaires : l'insuffisance cardiaque, l'HTA sévère, les myocardopathies (hypokinétique, hypertrophique) et les valvulopathies significatives. D'autres actions grand public seront destinées à augmenter l'offre de prévention et de dépistage (vidéos, interventions dans les écoles, cardiologie du sport...),

- **L'évolution de l'offre de cardiologie interventionnelle** et l'amélioration de l'accès aux plateaux techniques, avec l'ouverture d'une salle de coronarographie au CHU Sud et le développement d'une offre complète de rythmologie au CHU Nord, des adaptations capacitaires (USIC, Cardiologie) des sites Nord, Sud et Ouest et la densification de l'offre de rééducation spécialisée en cardiologie (renforcer au Sud, créer une unité au Nord) ainsi que la création d'hôpitaux de jour d'insuffisance cardiaque au GHER et au CHOR.

Les partenaires de la filière sont :

- L'ARS,
- L'Université,
- Les cliniques,
- Les services de SMR.

Les instances spécifiques de la filière sont la Fédération de cardiologie, la CMG et le COSTRAT.



## Fiches actions

### Projet 3.1. Renforcer les ressources humaines en Cardiologie

#### Pilotes

Dr Corré, Chef de service de Cardiologie - CHU nord  
V. Bertil, Cadre de santé du service de Cardiologie/USIC/Rythmologie Interventionnelle au CHU Sud

#### Objectifs

**Recrutement de médecins multisites et constitution d'une équipe médicale de territoire**  
**Renforcement de l'universitarisation de la filière avec :**

- La nomination d'un PUPH en cardiologie médicale
- Le développement de la filière cardio en hospitalo-universitaire

**Sécurisation de la formation en santé des étudiants en médecine :**

- En donnant de la visibilité aux internes et aux externes le plus tôt possible
- En augmentant le nombre des internes en cardiologie (les premiers internes en cardiologie au CHOR vont démarrer)

**Développement du nombre et des compétences des paramédicaux :**

- Formation des IPA et des IDEC, protocole de coopération et de délégation (ECG AS, écho...)
- Création de postes d'IDE Spécialisés en ETP Cardio (DU Education thérapeutique du patient)

#### Moyens et ressources associés

- + 1 IPA au CHU Sud
- + 2 IPA au CHU Nord
- + 1 IPA au CHOR
- + 1 IPA au GHER
- + 2 IDEC écho
- + 1 DU télé-suivi ISPIC
- + 2 IDE formés au DU ETP
- + médecins à préciser

Spécialisation ou recrutement

Financement de l'exploitation via l'activité

Financement des investissements en formation

#### Calendrier

**2025 :**

- Révision du nombre des internes formés + 2 IDE formés au DU ETP

**2025 et plus :**

- Formation et recrutement des IPA

**2028 :**

- 1 PUPH nommé en cardiologie médicale

#### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre de cardiologues junior et senior par localisation
- Nombre d'IDE spécialisés en cardiologie et d'IPA par localisation



## Projet 3.2. Renforcer le dépistage et la prévention des pathologies cardiovasculaires fréquentes

### Pilotes

**Dr Corré**, Chef de service de Cardiologie au CHU Nord, Coordonnateur de la Fédération de Cardiologie  
**V. Bertil**, Cadre de santé du service de Cardiologie/USIC/Rythmologie Interventionnelle au CHU Sud

### Objectifs

#### Planification de consultations exceptionnelles délocalisées dans les 3 cirques :

- Contact des CCAS
- Identification préalable des résidents isolés n'ayant aucun suivi cardiologique
- Mafate : randonnée : La Nouvelle et Aurère
- Cilaos : à l'hôpital
- Salazie : salle de la mairie
- 1 journée successive, 1 à 2 fois par an
- Consultations délocalisées dans les 3 cirques

**Organisation d'une Journée du Kèr annuelle multisite** : il s'agit d'une journée annuelle de dépistage et sensibilisation grand public des principales pathologies cardio-vasculaires à faire simultanément aux 4 points cardinaux par les médecins et IDE des services (journées payées)

**Acquisition d'un Bus « cardiologique » pour aller à la rencontre des populations** : dépistage et sensibilisation grand public des principales pathologies cardio-vasculaires - rotation annuelle dans les 4 écarts de l'Ile (1 semaine x 4 pour commencer)

**Promotion dans les écoles** : activité physique / pas de tabac en partenariat avec le rectorat pour organiser des journées dans les collèges et autres

**Diffusion de vidéo de sensibilisation** : TV infos, vidéos internet, écrans des établissements

**Cardiologie du sport** : développement des Consultations spécialisées de cardio du sport sur tous les établissements du GHT (trailers...)

### Moyens et ressources associés

Pour les consultations exceptionnelles délocalisées :

- 0,10 PH de cardiologues
- 0,10 d'IDE
- 1 appareil d'échographie

Pour le bus « cardiologique »

- 1 bus commun avec les autres dispositifs de prévention
- 0,5 ETP de PH
- 0,5 ETP d'IDE

### Calendrier

### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre d'interventions dans les cirques / écarts
- Nombre de patients vus dans les cirques / écarts
- Nombre de vidéos réalisées





### Projet 3.3. Développer l'offre de soins en cardiologie

<b>Pilotes</b>	Fédération de Cardiologie
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Ouverture d'une salle de coronarographie au CHU Sud - Mobilité des cardiologues interventionnels Nord / Sud</li><li>■ Développement d'une offre complète de rythmologie (DAI-CRT-ablation complexe) au CHU Nord</li><li>■ Adaptation capacitaire (USIC, Cardiologie) des sites Nord, Sud et Ouest</li><li>■ Partenariat CHU – CHOR pour l'imagerie cardiaque via de la télé-imagerie ou de la MAD de médecin</li><li>■ Sécuriser et renforcer la rééducation cardiaque au CHU Sud sous réserve d'une réflexion sur les locaux</li><li>■ Créer une unité de rééducation cardiaque au CHU Nord pour fluidifier la sortie des patients</li><li>■ Création d'HDJ d'insuffisance cardiaque au GHER et au CHOR</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 1,2 ETP de cardiologie au GHER</li><li>■ 3 ETP de rythmologue (2 PH + 1 assistant) au CHU Nord</li><li>■ 3 ETP de cardiologues interventionnels (2 PH + 1 assistant) au CHU Sud</li><li>■ Recrutement de PNM en adéquation avec les besoins de la salle d'électrophysiologie</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ HDJ insuffisance cardiaque au GHER et au CHOR</li></ul> <p><b>2025/26 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Salle de coronarographie au Sud et ouverture d'un SMR spécialisé en cardiologie au Nord</li></ul> <p><b>2027 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Plateau de rythmologie au Nord</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre d'hospitalisations en HDJ de cardiologie par localisation</li><li>■ Nombre d'examens de rythmologie au Nord</li><li>■ Nombre d'examens de coronarographie au Sud</li></ul>



# DIABÈTE ET PATHOLOGIES DE LA NUTRITION

## Constats et enjeux du PMSP

Parce qu'elles concernent un nombre toujours plus important de Réunionnais, les maladies métaboliques, et en particulier le diabète et l'obésité, sont des filières prioritaires pour le territoire.

Bénéficiant d'un cadre de travail partenarial structuré et dynamique, sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé ou de la Fédération d'endocrinologie, diabète et nutrition de La Réunion, les acteurs devront dans les années à venir continuer d'organiser une réponse globale à ce problème majeur de santé publique.

### Le diabète, principale préoccupation de santé publique

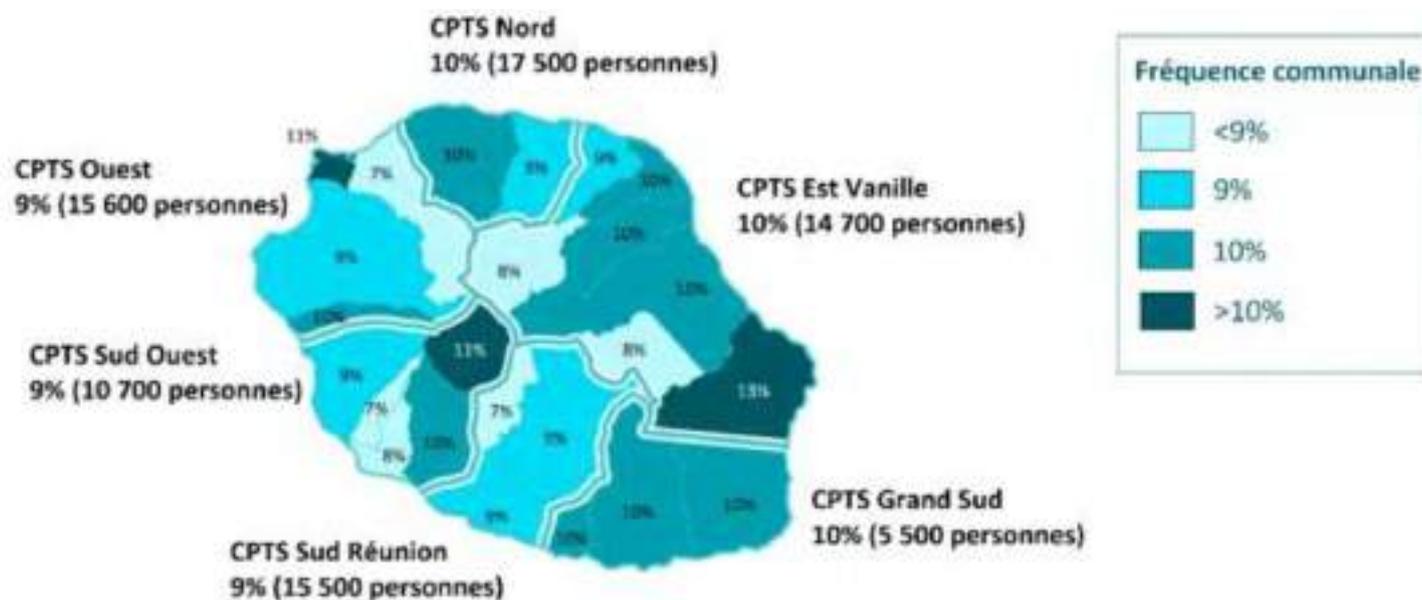
- La Réunion est le 1<sup>er</sup> département français en termes de prévalence du diabète, avec 71 200 Réunionnais en ALD diabète en 2019, soit 9% de la population, et 83 400 en 2020. Ce chiffre a par ailleurs augmenté de 46% sur la période 2014-2020,

- La prévalence est plus marquée chez les femmes (54% des personnes touchées), et l'on a constaté un doublement du diabète gestationnel en 8 ans,
- Le diabète est également plus précoce (53% des personnes ont moins de 65 ans contre 45% au niveau national),
- Enfin, plus d'un Réunionnais de plus de 65 ans est porteur de l'ALD Diabète.

L'obésité est également une source de préoccupation avec 13 500 Réunionnais en état de surpoids ou obésité.

### Une prévalence plus marquée à l'Est

#### FRÉQUENCE BRUTE DU DIABÈTE PRIS EN CHARGE EN 2019 SELON LA COMMUNE À LA RÉUNION



Sources : Sniiram-SNDS 2019 (Méthodologie cartographie des pathologies)

CPTS : Communauté Professionnelles Territoriale de Santé. La CPTS constitue un cadre de coopération des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire.



### Des complications nombreuses, prises en charge par l'hôpital

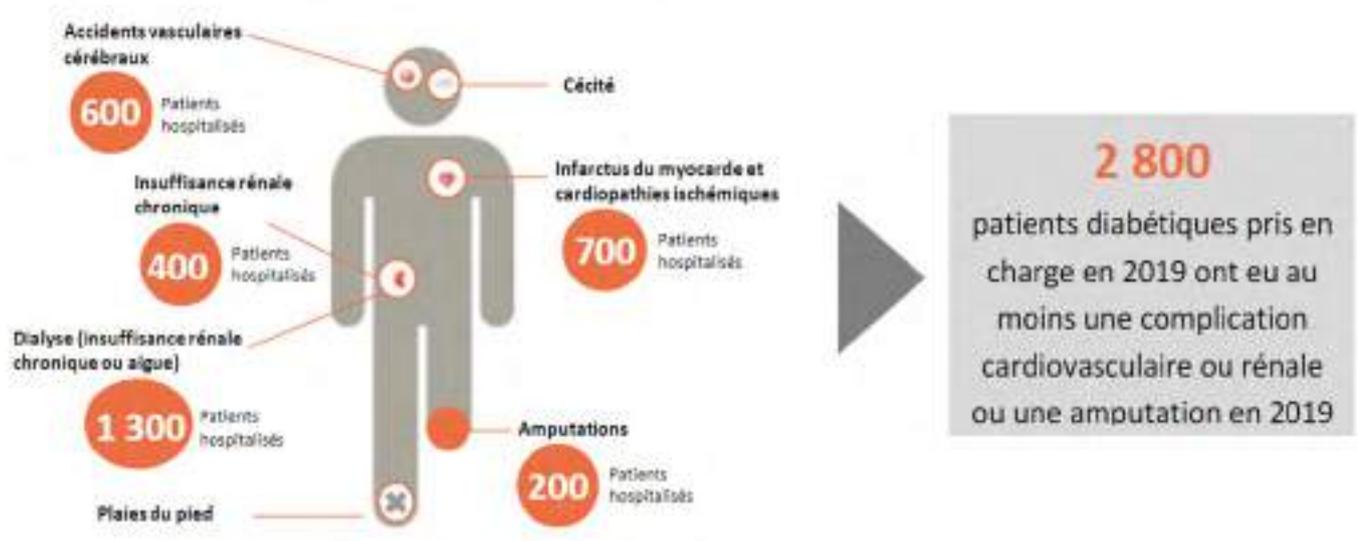
- Cette situation épidémiologique donne lieu à des besoins hospitaliers non négligeables pour prendre en charge les complications occasionnées par ces pathologies.
- En 2020, 2 800 patients diabétiques ont souffert d'une complication, soit 4%,

■ Le diabète a occasionné 250 décès/an en moyenne, bien que ce chiffre tende à diminuer depuis 2000.

Le nombre d'endocrinologues, cardiologues, ophtalmologues et néphrologues est jugé insuffisant pour la prise en charge et le suivi de ces complications.

### FRÉQUENCE DE SURVENUE DES COMPLICATIONS\* CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES PRIS EN CHARGE EN 2019 À LA RÉUNION

Parmi les 79 900 patients pris en charge pour leur diabète en 2019



\*Nombre arrondi à la centaine près.

Sources : Sniiram-SNDS (Méthodologie Cartographie des pathologies - Méthodologie Assurance Maladie / DRSM Réunion).

### TABLEAU DE L'OFFRE DE SOIN DU GHT

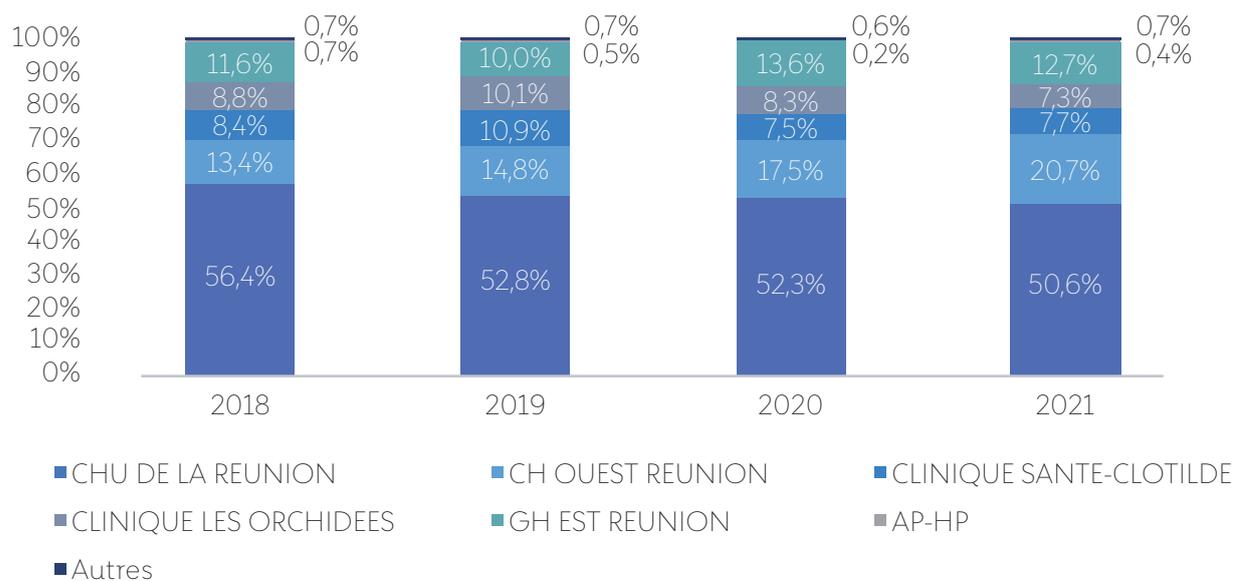
Etablissements	HC de diabétologie	HDJ/HDS de diabétologie	Consultations	Education thérapeutique	Pied diabétique
CHU Site Nord	14 lits	6 lits en HDS	Oui	Oui	6 lits
CHU Site Sud	15 lits	3 places en HDJ (sur la plateforme d'unité de médecine ambulatoire 36 places) + 9 lits en HDS	Oui	Oui	8 lits
GHER	18 lits	5 places	Oui	Oui	-
CHOR	15 lits	6 places	Oui	Oui	-

CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOIN DU GHT



L'activité hospitalière pour les maladies métaboliques, diabète et endocrinologie est stable entre 2018 et 2021 (+1,4%). Les établissements du GHT perdent 3 points de parts de marché (78% en 2021 contre 81% en 2018).

EVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DE DIABÈTE, MALADIES MÉTABOLIQUES, ENDOCRINOLOGIE GROUPES PLANIFICATION (GP) - X15 - DIABÈTE, MALADIES MÉTABOLIQUES, ENDOCRINOLOGIE (HORS COMPLICATIONS)



Source : ATIH – Scansanté



La filière bénéficie de cadres de travail dynamiques, permettant de traiter de manière transversale les problématiques du diabète et de l'obésité. Des avancées ont ainsi pu être réalisées sur la durée des derniers plans stratégiques. Ces travaux sont portés par la Fédération Endocrinologie, Diabète et Nutrition, dont la création a bénéficié de la dynamique historique de la Société d'endocrinologie, diabète, métabolisme de La Réunion.

**Concernant le diabète** : l'élaboration du Programme réunionnais de nutrition et de lutte contre le diabète 2020-2023 (PRND), sous l'égide de l'ARS, a fédéré les patients et leurs représentants, les professionnels de santé et de la prévention, l'Assurance Maladie, les

administrations et collectivités locales pour définir les axes de travail communs. Les travaux se sont articulés autour de 4 axes : 1. Prévenir, 2. Dépister précocement, Traiter conformément aux recommandations de bonnes pratiques, 3. Poursuivre l'observation de l'évolution de la maladie et 4. Développer une communication auprès de la population et des professionnels sur les bonnes pratiques comme sur les résultats.

**Concernant la nutrition**, le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) régional a été structuré pour participer aux consultations et propositions d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades accueillis et de la qualité de la prestation restauration.

### Projets territoriaux structurants à 5 ans

Dans la continuité des cadres de travail mentionnés précédemment, le groupe de travail piloté par le Dr Le Moullec, endocrinologue, a défini 3 orientations pour la prise en charge du diabète et des pathologies de la nutrition, déclinées en 5 actions :

#### La structuration des parcours patients :

- L'organisation, au sein des établissements, de la prise en charge de nouveaux patients diabétiques, avec pour objectifs de permettre au patient de s'impliquer dans la prise en charge de sa maladie, d'analyser les informations reçues sur la maladie et les traitements, de comprendre les conséquences de la maladie et de faire le lien avec le médecin traitant et/ou le diabétologue de ville,
- L'amélioration de la prise en charge du pied diabétique en créant des parcours types par territoire à l'appui d'un état des lieux détaillé de la filière,
- La poursuite de la structuration de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) en déterminant un parcours pour chaque filière selon la gradation des soins (TCA dénutrition, TCA obésité, TCA et addiction) avec une coordination régionale et en évaluant les besoins de formation sur les TCA.

**L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle**, à travers la consolidation des moyens de fonctionnement du CLAN régional. Les objectifs sont notamment d'améliorer l'intérêt des soignants pour la dénutrition et ses complications, d'améliorer le diagnostic de la dénutrition à domicile comme en établissement ainsi que la prise en charge et l'orientation des demandes et patients, de favoriser le lien Ville/Hôpital et de former le personnel dans le cadre de la formation continue.

**L'évolution de la prise en charge du diabète de type 1**, en généralisant et harmonisant l'utilisation des nouvelles technologies :

- Hors services de diabétologie grâce à la formation des professionnels à l'échelle du GHT,
- Dans les services de diabétologie grâce à la promotion du partage d'expérience au travers de rencontres au moins annuelles.

Les partenaires de la filière sont :

#### En externe du GHT :

- Les établissements de santé privés, les établissements médico-sociaux,
- La médecine de ville (CPTS, URMLOI, dermatologues),
- La CGSS (caisse générale de sécurité sociale),
- Les associations de patients : ADN 974, Fédération Française de Diabétiques,
- Les prestataires pansement et TPN du territoire,
- Les acteurs de la psychiatrie (EPSMR, clinique des flamboyants, psychiatres libéraux, CSAPA, clinique Oméga, centre de rééducation sainte Clotilde) pour la prise en charge des TCA,
- Les fabricants et prestataires de pompes à insuline, les fabricants de systèmes de mesures de contrôle continu du glucose,
- Le CLAN974,
- L'ADNR (Association des Diététiciens Nutritionnistes de La Réunion).

**En interne au GHT : les acteurs des consultations plaies, le service hyperbare du CHU Sud.**

Les instances spécifiques à la filière sont :

- La Fédération d'endocrino-diabétologie,
- Le COPIL TCA.

Fiches actions

**Projet 4.1. Organiser au sein des établissements la prise en charge de nouveaux patients diabétiques**

<b>Pilotes</b>	Dr Appavoupoullé, Responsable de service Diabétologie au GHER Y. Gigant, Cadre de santé Médecine interne et Diabétologie
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser, dans chaque établissement, le parcours de ces nouveaux patients au regard de leur environnement et organisation spécifique (sous forme d'hospitalisations de jour, avec le contenu du programme qui sera discuté en équipe pluridisciplinaire, en inter-établissement)</li> <li>Faire le lien avec la SEDMER, l'ETAP-SANTÉ et la médecine de ville</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmation de réunions pluridisciplinaires</li> <li>Temps IDE ou IPA/Diététique/Enseignant APA/Temps médical</li> <li>Temps secrétariat ou IDE gestionnaire pour la programmation</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration du programme et communication vers les partenaires (notamment via les CPTS)</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'établissements pour lesquels le parcours découverte a été formalisé</li> <li>Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié de ces parcours au niveau GHT</li> </ul>

**Projet 4.2. Structurer la filière pied diabétique**

<b>Pilotes</b>	C. Kembellec, Cheffe de Pôle Spécialités Médicales au CHU Nord L. Amogoma, Cadre de service Diabétologie au CHOR
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire un état des lieux de l'existant sur la prise en charge du pied diabétique pour les établissements du GHT et créer des parcours types par territoire                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment et où prendre en charge les patients présentant des plaies du pied diabétique ?</li> <li>Comment prévenir les complications du pied diabétique et de la maladie diabétique telles que complications ophtalmologiques, cardiaques, rénales... ?</li> </ul> </li> <li>Structurer le flux de prise en charge du patient avec une plaie du pied diabétique</li> <li>Coordonner les thérapeutiques selon les guidelines établies</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de communication</li> <li>Temps des professionnels dédié aux réunions de travail visant la formalisation des parcours au sein des différents territoires</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>État des lieux</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation des filières par territoire</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'établissements pour lesquels le parcours Pied diabétique a été formalisé</li> <li>Nombre de ré hospitalisations à moins de 3 mois suivant la 1<sup>ère</sup> hospitalisation en HC/HDJ (par localisation)</li> </ul>





### Projet 4.3. Consolider les moyens de fonctionnement du CLAN régional

<b>Pilotes</b>	<b>Dr Dekker</b> , Praticien Hospitalier, Unité Transversale de Nutrition Clinique du CHU <b>J. Auber</b> , Cadre de santé UTNC au CHU
<b>Objectifs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Allouer des moyens humains pour le développement du CLAN régional et lui permettre de réaliser ses missions de formation continue, de coordination inter-établissements, et d'élaboration de protocoles communs</li><li>2. Doter chaque établissement non pourvu, d'une Unité Transversale de Nutrition (UTN)</li><li>3. Créer une équipe mobile inter-établissements pour intervention auprès des établissements médico-sociaux (EMS)</li><li>4. Communiquer sur les actions réalisées</li></ol>
<b>Moyens et ressources associés</b>	Renforcement des moyens pour la coordination du CLAN régional : <ul style="list-style-type: none"><li>■ 0.5 ETP de médical</li><li>■ 0.5 ETP de secrétaire</li></ul> Elaboration du programme de formation et modalités de déploiement des sessions
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Description de l'existant/ évaluation des besoins/ élaboration de protocoles de formation CH et CHU HDJ insuffisance cardiaque au GHER et au CHOR</li></ul> <b>2025 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Doter chaque établissement (CHOR-GHER) d'une UTN</li></ul> <b>2026 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Déployer une équipe mobile pour la formation et l'organisation des EPP ; Coordonner l'accès aux soins nutritionnels par des diététiciens dans les EMS</li></ul> <b>2028 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Evaluation dénutrition EMS et CH</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre de sites non pourvus (CHOR/GHER) ayant pu créer une Unité des troubles de la nutrition (UTN)</li><li>■ Nombre de protocoles communs aux 4 établissements de l'inter-CLAN</li></ul>

### Projet 4.4. Poursuivre la structuration de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA)

<b>Pilotes</b>	<b>J. Gonneau-Lejeune</b> , Cheffe de service UTNC au CHU Nord <b>A. Loreau</b> , Cadre de santé UTNC au CHU Nord
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Référencer l'existant</li><li>■ Solliciter les personnes intéressées/concernées pour définir ensemble l'organisation des filières</li><li>■ Définir les capacités de prise en charge et d'orientation de chaque structure</li><li>■ Communiquer sur les parcours définis</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	Renforcement de l'équipe de coordination : <ul style="list-style-type: none"><li>■ 0.5 ETP de médical</li><li>■ 0.5 ETP de secrétaire</li><li>■ 0.5 ETP de diététicien</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Création d'un annuaire non exhaustif et sa diffusion vers l'ARS + sondage des capacités de prise en charge de chaque structure</li></ul> <b>2025 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Première réunion avec les acteurs concernés</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre de COPIE TCA</li><li>■ Nombre de filières avec un parcours formalisé (anorexie, boulimie, hyperphagie)</li></ul>

## Projet 4.5. Généraliser et harmoniser l'utilisation des nouvelles technologies dans la prise en charge du diabète de type 1

<b>Pilotes</b>	<p><b>E. Rupert</b>, Cadre de santé du service de Diabétologie-Endocrinologie au CHU Nord</p> <p><b>A. Flaus-Furmaniuk</b>, Cheffe de service Diabétologie-endocrinologie au CHU Nord</p> <p>Service de Diabétologie-Endocrinologie CHU Nord</p>
<b>Objectifs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge HORS services de diabétologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Préparer des formations prêtes à être diffusées (1 seul support validé par les différents services de diabétologie)</li> <li>■ Proposer 1 séance par mois dans chaque établissement animé par l'équipe ETP du service de diabétologie de l'établissement</li> </ul> </li> <li>Prise en charge DANS les services de diabétologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 fois/an en présentiel et 1 fois/an en visio, pendant 2h de temps</li> </ul> </li> </ol>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<p>Les services de diabétologie médicale et paramédicale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge HORS service de diabétologie <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ETP d'IDE : 0,1 par service de diabétologie (logistique, diffusion de la formation, analyse pour amélioration/évaluation)</li> <li>■ Salle de formation</li> <li>■ Papeterie (flyers)</li> </ul> </li> <li>Prise en charge DANS les services de diabétologie <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2 jours de temps médical et paramédical</li> </ul> </li> </ol>
<b>Calendrier</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge HORS service de diabétologie <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2024 : Environ 100 personnes formées par établissement</li> <li>■ 2026 : Environ 300 personnes formées par établissement</li> <li>■ 2028 : Environ 500 personnes formées par établissement</li> </ul> </li> <li>Prise en charge DANS les services de diabétologie <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2024 : Bilan des pratiques</li> <li>■ 2026 : Mise en place des protocoles GHT pour l'harmonisation</li> <li>■ 2028 : Harmonisation généralisée des pratiques</li> </ul> </li> </ol>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de formations continues dans les services par an (hors services de diabétologie)</li> <li>■ Nombre de téléconsultations réalisées dans les services de diabétologie</li> </ul>



## Projet 4.6. Porter le Centre Spécialisé Obésité de La Réunion

Texte de référence : [instruction\\_filières\\_obésité\\_cahier\\_charges\\_cso\\_sept\\_2023.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

<b>Pilotes</b>	Dr Le Moullec, Praticien Hospitalier en Diabétologie-endocrinologie au CHU Sud
<b>Objectifs</b>	<p><b>Objectifs stratégiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Structurer la Filière obésité en garantissant le maillage en offre de soins de niveau 3</li><li>■ S'inscrire dans la gouvernance régionale et nationale des CSO</li><li>■ Participer à l'animation des filières Obésité pour améliorer la lisibilité de l'organisation des soins, fluidifier l'orientation vers les équipes spécialisées, soutenir les missions de formation des équipes spécialisées en direction des acteurs de soins</li></ul> <p><b>Objectifs opérationnels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Prendre en charge l'obésité sévère et/ou complexe et apporter une expertise aux professionnels tous secteurs et tous champs confondus (mission M1) pour les patients relevant de la file active ;</li><li>■ Contribuer à l'organisation et au développement des filières territoriales Obésité (mission M2)</li><li>■ Contribuer aux missions régionales de l'ARS et inter-régionales (M3 et M4, optionnelles)</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<p>Selon le cahier des charges de l'instruction N° DGOS/R4/2023/143 du 20 septembre 2023 relative à l'organisation de filières dédiées à la prise en charge de l'obésité et au cahier des charges des centres spécialisés de l'obésité (CSO), notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Equipe de coordination dénommée « l'équipe CSO » - composée au minimum d'un médecin, d'un paramédical et d'un coordinateur administratif</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<p>Selon la déclinaison régionale par l'ARS de l'instruction N° DGOS/R4/2023/143 du 20 septembre 2023 relative à l'organisation de filières dédiées à la prise en charge de l'obésité et au cahier des charges des centres spécialisés de l'obésité (CSO), notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Identification de l'équipe CSO</li><li>■ Elaboration et signature de la convention ou avenant au CPOM</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Indicateurs à définir en lien avec l'ARS</li></ul>



# SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

## Constats et enjeux du PMSP

### Une préoccupation de santé publique majeure

La santé mentale et les addictions représentent une préoccupation majeure du fait du volume de personnes concernées, notamment chez les plus jeunes.

**15 842 personnes sont** en ALD " malades psychiatriques "

Elles représentent 8,9% du total des ALD mais **39,6% des ALD des moins de 15 ans et 29,1% chez les 15-24 ans**

**33 décès sont liés à l'alcool pour 100 000 hab.** vs 24/100 000 en métropole

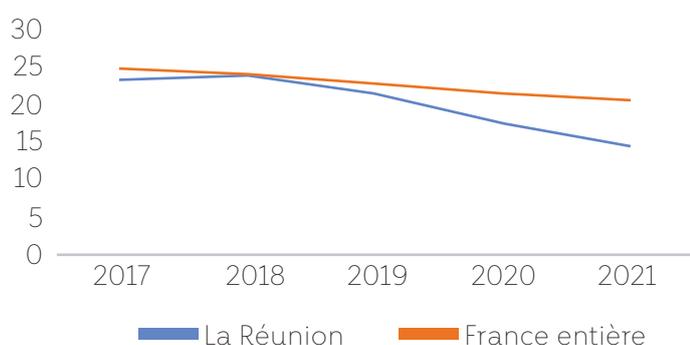
**Le taux de prise en charge pour troubles addictifs** est plus élevé qu'en métropole (9,3 vs 6,6/1 000 habitants)

Source : ARS - Portrait de territoire

Par ailleurs, La Réunion se distingue de la situation métropolitaine par une sur-morbi-mortalité liée à l'alcool, des problématiques importantes de cannabis et de mésusage de médicaments, des évolutions préoccupantes en termes de drogues illicites (ecstasy/MDMA, cocaïne, nouveaux produits de synthèse, ...) - *Tableau de bord de l'ORS - Mai 2022.*

Les indicateurs issus du PMSI démontrent un sous recours important aux soins de santé mentale, qui s'est encore accentué, malgré une densification de l'offre ces dernières années.

### EVOLUTION DU TAUX DE RECOURS - LA RÉUNION VS FRANCE ENTIÈRE - 2017-2021



Enfin, les projets d'augmentation capacitaire ont été accompagnés d'importants recrutements, mais les psychiatres, en particulier les pédo-psychiatres, demeurent les professions les plus en tension d'après l'étude ANFH d'octobre 2022.

L'Ile dispose de 18,8 médecins pour 100 000 habitants en 2022 :

Ce chiffre a progressé de **+55,4% depuis 2010** / vs 14,8 pour France entière

La psychiatrie reste la 1<sup>ère</sup> spécialité quant aux **besoins en ETP** avec plus de **50 ETP** à recruter d'ici à 5 ans

**L'Ile ne compte qu'un seul pédopsychiatre pour 100 000 habitants** soit -65,5% depuis 2010 (moyenne nationale de 2,3)

**La densité en psychiatres et psychologues libéraux** est très inférieure à la métropole



## La prise en charge des addictions est organisée autour des ressources suivantes :

- 4 services dédiés à l'addictologie :
  - A l'Est, avec un service au GHER, sous l'égide d'un chef de service en poste partagé avec le CHU ; le service se développe avec 2 postes en cours de recrutement - 1,8 ETP médicaux à court terme,
  - Au Nord avec une prise en charge de Niveau 3 au CHU (site de Saint Denis), - 3,2 ETP médicaux,
  - A l'Ouest :
    - ◆ Au CHOR, l'offre est constituée d'une consultation avec ELSA - équipe de liaison et de soins en addictologie - 0,8 ETP, passant à 1,6 ETP médicaux,
    - ◆ Au centre privé Robert Debré, une offre complète est proposée avec 60 lits d'addictologie (cure, SMR, médecine).
  - Au Sud, avec un service au CHU sur le site de Saint Pierre - 3 ETP médicaux,
  - Les entités Nord et Sud du CHU font désormais partie d'un service unique.
- Une offre médico-sociale organisée par les acteurs associatifs :
  - 4 CSAPA (St Denis, St André, St Pierre, St Paul - multi site entre le Port et Saint-Paul), administrés par Addiction France, ainsi qu'un CSAPA géré par l'association Kaz'Oté à St Paul,
  - 1 seul CAARUD géré par la Kaz'oté à St Paul, ainsi que des équipes mobiles.

Un Diplôme Universitaire d'addictologie de l'Océan Indien existe depuis les années 1990 et permet de porter la discipline, en lien avec une très forte prévalence de l'addiction aux opiacés sur les îles voisines (Seychelles, Maurice, Madagascar).

Par ailleurs, le cadre de travail global (institutions, acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et ambulatoires) s'est structuré ces dernières années, les addictions étant une priorité régionale portée par l'Agence Régionale de Santé. La réévaluation des moyens des équipes de liaison a permis d'augmenter le nombre d'infirmiers et de développer la promotion des lieux santé sans tabac. Le fonds addictions permet de s'inscrire dans des appels à projet et d'améliorer la réponse globale.

## Une offre encore insuffisante malgré un réel effort de développement et de structuration

L'offre de soins de psychiatrie est caractérisée par une bonne lisibilité et une bonne articulation entre acteurs publics, mais par un taux d'équipement historiquement très inférieur. Grâce aux moyens déployés ces dernières années, cet écart tend à diminuer mais l'offre demeure insuffisante et des inégalités d'accès demeurent notamment en raison :

- D'un sous-dimensionnement des capacités du secteur Nord, conduisant à une sur-occupation des lits et une saturation des urgences,
- D'un déficit d'offre encore marqué en pédopsychiatrie, notamment :
  - De lits d'hospitalisation complète pour les adolescents,
  - De parcours pour les adolescents avec troubles pédopsychiatriques complexes insuffisamment fluides,
  - D'un nombre d'alternatives à l'hospitalisation complète encore insuffisant,
  - De l'absence de Maison des adolescents.
- Une collaboration public privé encore insuffisante,
- Une régulation structurée sur les territoires couverts par l'EPSMR mais pas à l'échelle régionale ou en articulation avec le secteur privé,
- Une coordination perfectible entre les équipes d'addictologie et de santé mentale.

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) offre un cadre partenarial de travail pertinent et bien exploité.

## Des points d'appui issus des projets stratégiques et travaux des 5 dernières années :

- **Une meilleure structuration de l'offre de soins extra-hospitalière** : mise en place d'un infirmier cas complexes dans chaque CMP et agenda partagé ; gestion du risque suicidaire via le Dispositif VIGILANS...
- **Une offre densifiée** grâce aux différents projets conduits : USIP de 12 lits à vocation régionale ; équipe mobile régionale de reprise de l'utilisation des chambres de soins intensifs et de contentions ; hôpital de jour intersectoriel adulte sur le CHU SUD ; nouvelles autorisations PRS 2, attribuées au secteur privé ; premières étapes du projet de restructuration de l'offre extra-hospitalière ; transformation de l'unité Vanille en unité de crise avec augmentation de la capacité d'accueil à 14 lits ; équipe mobile de prise en charge des addictions à l'Ouest ; création d'une équipe mobile ASE ; renforcement des équipes mobiles de géronto-psychiatrie...

Les projets d'établissements du CHU et de l'EPMSR sont également porteurs de perspectives.

### Projets territoriaux structurants à 5 ans

Face aux défis persistants identifiés lors du diagnostic, le groupe de travail a choisi d'œuvrer sur différents projets relatifs à :

**L'adaptation de l'offre** adultes (EPSMR) et enfants (CHU Sud), avec notamment :

- Un renforcement de la réponse aux besoins en pédo-psychiatrie au travers de trois offres dédiées à ces publics :
  - Une URMA – unité régionale mobile adolescents : son objectif est de fluidifier et optimiser les parcours de soins complexes et de réduire les effets iatrogènes d'une hospitalisation dans une unité inadaptée,
  - Une équipe mobile et un réseau, visant à éviter le recours systématique ou inapproprié aux Services d'Accueil et d'Urgences (SAU), au CMPEA, ou aux hospitalisations en pédiatrie,
  - Une Maison des adolescents sur chaque territoire de proximité, pour offrir des prestations, des informations, des conseils et une aide au développement d'un projet de vie adaptés aux adolescents, favoriser l'accueil en continu et constituer un lieu ressource pour les acteurs.
- Pour répondre aux besoins de la psychiatrie adulte, deux structures d'hospitalisation :
  - Une unité sectorielle de 25 lits de psychiatrie adulte (secteur Nord),
  - Une unité régionale de post-urgence, dédiée à la prise en charge de crises suicidaires ou psychotraumatiques.

**La régulation en lien avec les secteurs demandeurs (ville, MS) et la coordination avec les acteurs de la psychiatrie privée**, grâce à deux projets structurants :

- La création d'un SAS (service d'accès aux soins) santé mentale pour améliorer l'accessibilité aux soins en santé mentale, favoriser la coordination entre les différents acteurs de la santé mentale et de la ville, réduire les délais d'attente, limiter le recours systématique aux services d'urgences ainsi que les complications,
- Un projet de coordination public-privé, pour développer une vision partagée, améliorer la communication, optimiser l'utilisation des ressources et améliorer la qualité des soins.

**La formation et la sensibilisation des professionnels :**

- Le développement d'une offre de formation diversifiée en santé mentale pour les professionnels des établissements publics et privés, du secteur médico-social, social, de la médecine de ville et d'autres acteurs,

- Le déploiement de nouvelles IPA (4 IPA sur 2 ans), en soutien aux équipes médicales pour la prise en charge des troubles psychiatriques chroniques ou en soutien aux urgences pour les patients porteurs de troubles psychiques.

**La prise en charge des troubles addictifs**, avec une priorisation sur l'amélioration des parcours des adolescents souffrant de troubles addictifs associés à des troubles de santé mentale.

**La sécurisation des ressources humaines médicales en pédopsychiatrie** ainsi que les ambitions de recherche sont abordées dans les axes transversaux « Attractivité, démographie et compétences des professionnels de santé » et « Recherche ».

Les partenaires impliqués sont :

- Les acteurs privés de la psychiatrie (Cliniques des Flamboyants),
- Le centre de formation continue de l'Ouest,
- Les structures d'addictologie,
- CMPEA, Kaz'Ados, Pédiatrie,
- Les services judiciaires.

Les instances spécifiques de la filière sont la Fédération de psychiatrie, la Communauté psychiatrique de territoire et la Communauté Territoriale de Santé Mentale (CTSM).



## Fiches actions

### Projet 5.1. Développer les prises en charge en pédo-psychiatrie : Unité Régionale de Médecine de l'Adolescent (URMA), Equipe Mobile (EM), Réseau Collaboratif (RC), Maison des Adolescents (MDA)

<b>Pilotes</b>	Dr Rung, Chef de service de Pédo-psychiatrie au CHU Sud
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>URMA</b> : actualisation chiffrée et présentation du projet écrit en 2020</li><li>■ <b>EM/RC</b> : création d'une structure d'hospitalisation temps plein de 8 lits pour les adolescents de 12 ans à 17 ans inclus. Projets écrits et présentés à l'ARS.</li><li>■ <b>MDA</b> : modification des missions du CAPAS actuel pour s'articuler aux missions de la MDA selon le cahier des charges</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>URMA</b> : investissement : 3,245M€ ; Exploitation : 2.5 PM/27 PNM -</li><li>■ <b>EM</b> : investissement : 11K€ ; Exploitation : 0.5 PM/ 4.8 PNM</li><li>■ <b>RC</b> : investissement : 8 ;8K€ ; exploitation : 0.5 PM/ 4.8 PNM</li><li>■ <b>MDA</b> : investissement : 4M€ - 1 PM/ 8.5 PNM supplémentaire et redéploiement des moyens du CAPAS</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>URMA</b> : livraison 2025</li><li>■ <b>EM/RC</b> : livraison 2025</li><li>■ <b>MDA</b> : livraison 2026</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>URMA</b> : taux d'occupation et de ré hospitalisations ; DMS ; nombre de Fiches de signalement d'événement indésirable pour violence (FSEI du Pôle Mère Enfant adressées au chef de Pôle Santé mentale)</li><li>■ <b>EM/RC</b> : nombre d'interventions pédopsychiatriques complexes de l'équipe de liaison ; passages en SAU et hospitalisations en pédiatrie inadaptés ;</li><li>■ <b>MDA</b> : partenariats formalisés dans le cadre de conventions cadres régionales entre les acteurs institutionnels</li></ul>

### Projet 5.2. Développer l'offre d'hospitalisation adulte en créant une unité d'hospitalisation renforçant l'offre en HC du secteur Nord et une unité de crise

<b>Pilotes</b>	Dr Gokalsing, Psychiatre à l'EPSMR Dr Karjania, Psychiatre à l'EPSMR
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Affiner et écrire les projets</li><li>■ Identifier une réserve foncière et lancer le projet immobilier</li><li>■ Recruter et former les équipes pluridisciplinaires</li><li>■ Ouvrir et adapter selon les premières évaluations</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Unité adulte : 3M€ d'investissement + 5M€ exploitation annuelle – selon modèles organisationnels de référence actuels</li><li>■ Unité post urgence : 3M€ d'investissement + 5M€ exploitation annuelle</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Lancement des travaux et réception en 2026</li><li>■ Mise en production dès réception et évaluation en 2028</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ DMS</li><li>■ Taux d'occupation</li></ul>

### Projet 5.3. Déployer une régulation harmonisée et structurer l'orientation en collaboration avec le secteur privé

<b>Pilotes</b>	M. Rondin, Chargée de missions à l'EPSMR
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Définir des missions spécifiques de la régulation régionale et des ressources nécessaires</li> <li>■ Cartographier les acteurs</li> <li>■ Elaborer les protocoles d'orientation</li> <li>■ Soutenir l'usage des techniques développées par le secteur privé</li> <li>■ Définir un parcours de soins privilégié sur l'unité renforcée des Flamboyants EST</li> <li>■ Faciliter la lisibilité de la filière de prise en charge des patients nécessitant des soins par électroconvulsivothérapie et RMT</li> <li>■ Identifier les profils des patients en fonction des acteurs (privé et public)</li> <li>■ Formaliser les parcours au sein d'une convention</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ EPSMR : 1 ETP d'IDE</li> <li>■ CHU : 3 ETP d'IDE, 1 ETP de CDS CHU Sud, 0,5 ETP de Psychiatre, 1 d'Assistant de service social</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rencontre avec les partenaires et identifications des besoins. Identifier les principales missions. Mise en place des indicateurs et outils</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mise en routine de la régulation et suivi des indicateurs</li> </ul> <p><b>2028 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Détermination des axes d'amélioration</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ DMS</li> <li>■ Nombre de bed blockers</li> </ul>

### Projet 5.4. Mettre en place une régulation régionale - Création du SAS santé mentale (service d'accès aux soins)

<b>Pilotes</b>	M. Rondin, Chargée de missions à l'EPSMR
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Définir les missions du SAS</li> <li>■ Formaliser les parcours de prise en charge : schéma d'intervention, circuit d'appels via le centre 15 et depuis la médecine de ville, orientation des patients sectorisés au sud du territoire</li> <li>■ Formaliser une organisation cible</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exploitation (PM, PNM) : 2,5 ETP de PM, 6 ETP d'IDE</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sécuriser le financement et déployer le projet</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centraliser la prise de RDV, évaluer le rôle des praticiens du secteur privé dans la permanence des soins, développer la télé consultation</li> </ul> <p><b>2028 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bilaner et réajuster les organisations</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre d'appels reçus provenant des publics ciblés</li> <li>■ Nombre de déclenchements du SMUR/ Forces de l'ordre</li> </ul>

## Projet 5.5. Généraliser un programme de sensibilisation en santé mentale des professionnels de santé

<b>Pilotes</b>	A définir
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Développer l'offre de formation proposée par le Centre de Formation de l'Ouest rattaché à l'EPSMR</li><li>■ Valoriser les formations animées par des professionnels de santé</li><li>■ Communiquer largement sur les dispositifs existants</li><li>■ Répondre aux besoins spécifiques des professionnels</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Intervenants extérieurs – 46K€ ; livrets – 24K€ - temps ETP d'admin – 10K€- TOTAL : 80K€ / an (financés par la vente de formations)</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>À partir de 2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Catalogue de formation est diffusé à l'ensemble des acteurs</li><li>■ Mise en place de la formation « premiers secours en santé mentale » (2023 et années suivantes)</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre de professionnels formés</li></ul>

## Projet 5.6. Former et installer les Infirmiers de pratiques avancées

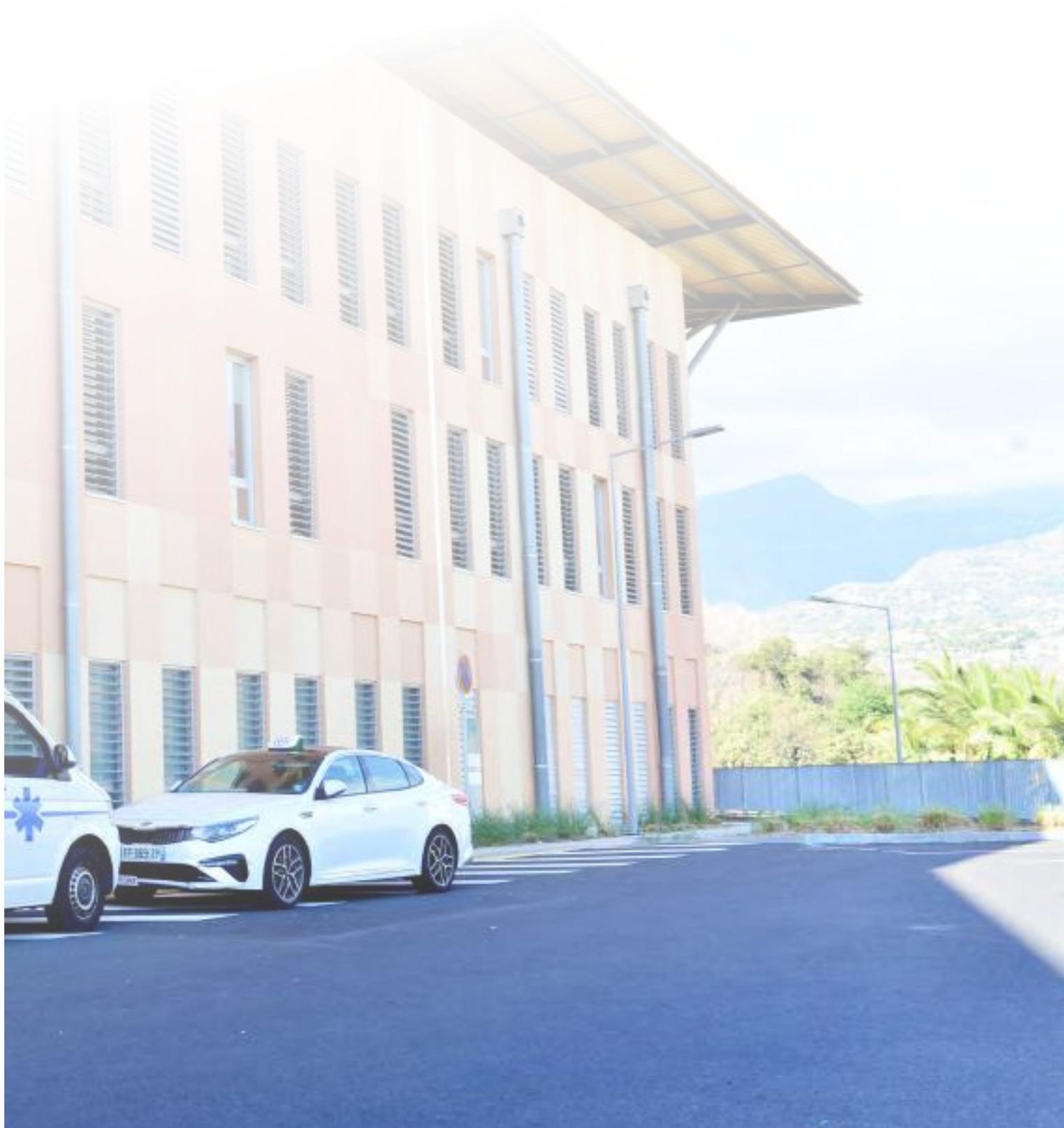
<b>Pilotes</b>	A définir
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Déployer la formation des infirmiers en pratiques avancées en travaillant sur des projets de prise en charge définis avec les équipes médicales</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 2 IPA / an</li><li>■ Formation de 4 IPA au total</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Formation au minimum de deux IPA en santé mentale chaque année à partir de la rentrée 2023</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre d'IPA formés</li></ul>



## Projet 5.7. Organiser la prise en charge des adolescents souffrant de troubles complexes combinant troubles addictifs et de santé mentale

<b>Pilotes</b>	Dr METE, Chef de service Addictologie au CHU
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Améliorer la coordination pluri-disciplinaire autour des situations complexes des adolescents souffrant de troubles de santé mentale associés à des addictions</li> <li>■ Garantir la prise en charge du bon patient au bon endroit au bon moment</li> <li>■ Fluidifier le parcours des adolescents</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Temps médical et paramédical de gestion de projet</li> <li>■ Moyens SI (système d'information) si nécessaire</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Définition des profils</li> </ul> <p><b>2025 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Procédures formalisées</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Outils de communication adaptés</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de patients inscrits dans une prise en charge conjointe</li> </ul>





## SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

### Constats et enjeux du PMSP

La Réunion enregistre l'un des taux de natalité les plus élevés parmi les régions françaises (15,7 naissances pour 1 000 habitants en 2022 contre 10,6 pour la France entière). Les données épidémiologiques relevant de la santé de la femme et de l'enfant sont régulièrement étudiées et permettent de souligner des enjeux spécifiques à la région, tels que le diabète gestationnel, la mortalité périnatale, l'endométriose ou encore le suivi précoce des grossesses. Les acteurs de santé du territoire doivent ainsi poursuivre l'adaptation de l'offre de soins et la mise en place de parcours permettant de répondre à ces enjeux.

### Des indicateurs de santé périnatale qui attestent d'une situation peu favorable

Les taux de mortalité infantile et périnatale sont en hausse depuis 2018, mais ils sont également supérieurs à ceux observés au niveau national : le taux de mortalité périnatale était ainsi de 10,2 ‰ en 2019, contre 12,7 ‰ à La Réunion la même année.

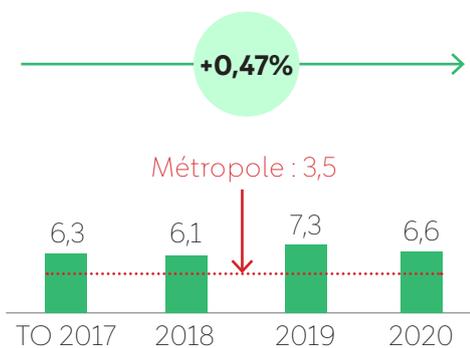
Le taux de mortalité infantile pourrait s'expliquer par les conditions socio-économiques moins favorables sur l'île, davantage de facteurs à risque pesant sur les grossesses et une entrée plus tardive des femmes enceintes dans le parcours de santé périnatale.

Concernant ce dernier point, l'anticipation dans le suivi des grossesses tend cependant à se renforcer et de moins en moins de femmes engagent leur suivi au 3<sup>ème</sup> trimestre, bien que leur nombre reste élevé.

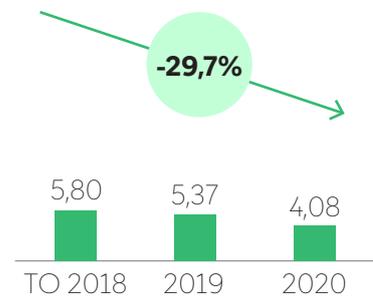
**TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE (POUR 1 000 NAISSANCES)**



**TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (POUR 1 000 NAISSANCES)**



**PART DES FEMMES ENCEINTES ENGAGEANT LEUR SUIVI DE GROSSESSE AU 3<sup>ÈME</sup> TRIMESTRE**



### Un recours à l'IMG qui figure parmi les plus élevés en France

Le nombre d'interruptions médicales de grossesses était de 129 en 2021, soit un taux de 28,4 pour 100 000 femmes. Il s'agit du 3<sup>ème</sup> taux régional le plus élevé, après la Guyane et l'Île-de-France.

### Une disparité infra-départementale observée en ce qui concerne le taux de sages-femmes libérales

Le Nord et l'Ouest sont les sous-régions les plus pourvues en sages-femmes, leur nombre est respectivement de 77 et 71 pour 100 000 femmes. Parallèlement, les régions Est et Sud comptent chacune 60 et 61 sages-femmes pour 100 000 femmes. Au global, le taux régional est cependant plus élevé (67) que celui de la France métropolitaine (45).

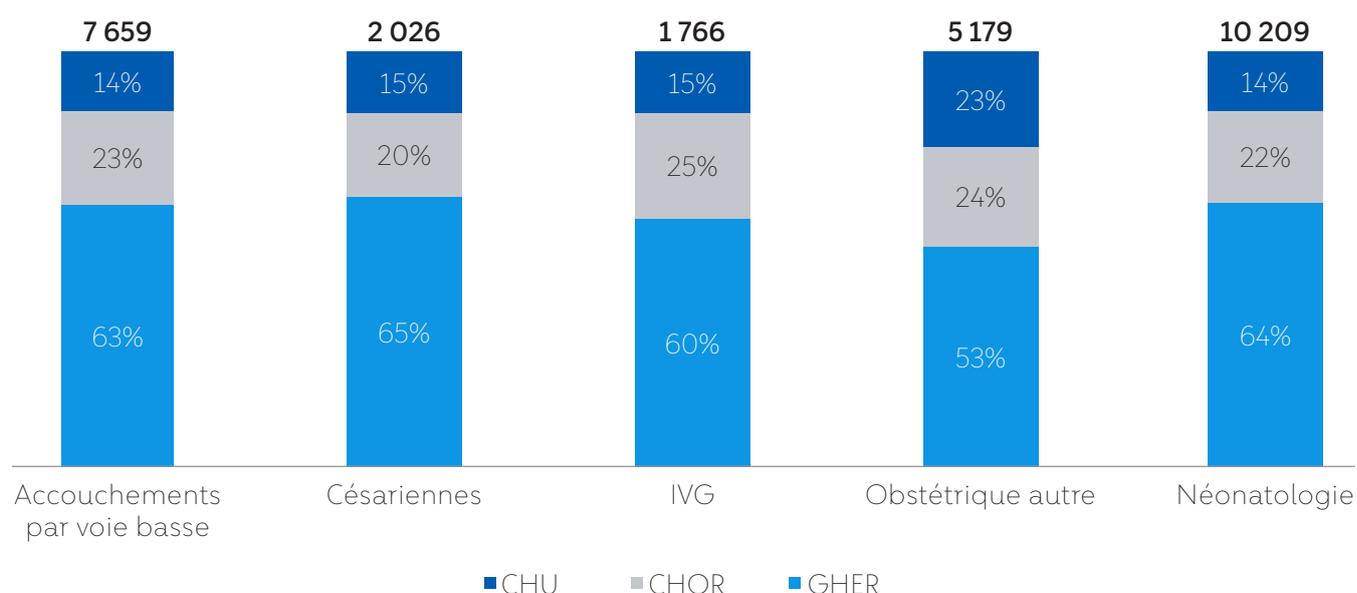
CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE PÉRINATALITÉ DU TERRITOIRE



CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE PÉDIATRIE DU GHT



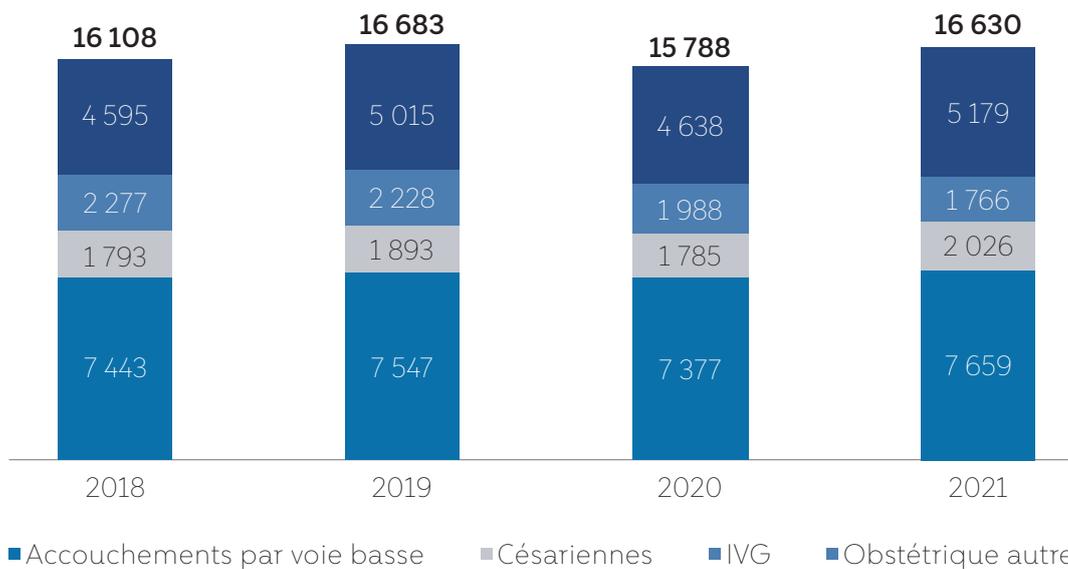
RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ EN 2021 EN NOMBRE D'ACTES



Source : PMSI

NB : Néonatalogie = mort-nés, décès et transferts précoces de nouveau-nés ; Aff. médicales des nouveau-nés, prématurés et de la période périnatale ; Chirurgie des nouveau-nés, prématurés et de la période périnatale.

EVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ENTRE 2018 ET 2021 EN INTRA-GHT EN NOMBRE D'ACTES



Source : PMSI



## Le réseau de périnatalité de La Réunion

Le réseau périnatal de La Réunion, REPÈRE, est reconnu comme une ressource clé du parcours périnatal. Créé en 2001, il est placé sous l'égide de l'ARS Réunion. Il rassemble des professionnels divers en lien avec la périnatalité, exerçant aussi bien en établissement de santé, en libéral, en PMI, qu'en milieu associatif. Dans son bilan d'activité 2021, le réseau rappelle les principales alertes identifiées dans le relevé épidémiologique Sud-Réunion, à savoir : l'obésité (25% des grossesses), le diabète gestationnel (21%) et corollairement le taux de grossesses sous insuline (7,7%), ainsi que le surpoids (50%).

Le réseau liste également les actions menées de 2018 à 2021 :

- 35 outils d'aide à la pratique professionnelle,
- 4 cartographies et 7 tableaux de recensement des professionnels de santé en période COVID,
- 13 protocoles régionaux : IVG, HTA gestationnelle, ...,
- 2 kits (pré éclampsie et embolie amniotique) distribués aux 7 maternités,
- 15 affiches/brochures/parcours de soin à destination du public : dengue et grossesse, EPP, prévention du syndrome du bébé secoué, ...

### Projets territoriaux structurants à 5 ans

#### Le groupe de travail pluri-professionnel réuni dans le cadre de l'élaboration du PMSP propose les axes suivants :

- Améliorer l'identification et l'orientation des grossesses à risques en poursuivant le *Prima Facie*, mis en place au CHOR et plus récemment au CHU Sud " *projet Check* ". L'objectif est d'améliorer l'accessibilité territoriale du dépistage, la prise en charge précoce multidisciplinaire, la surveillance optimale par les professionnels de santé recommandés dans tous les établissements du GHT, et de rassurer les patientes qui ne présentent pas de risque initial en les orientant vers un suivi par le médecin traitant ou la sage-femme en ville ou en structure,
- Améliorer le suivi des grossesses à risques (obésité),
- Améliorer le parcours IVG (orthogénie) : organiser la prise en charge en orthogénie des patientes et adapter les protocoles et l'organisation, afin de permettre l'application du décret du 2 mars 2022 (allongement des délais de réalisation d'IVG) ; renforcer l'accompagnement psychologique des patientes ayant recours à l'IVG ; obtenir une qualité de prise en charge globale et satisfaisante pour les patientes ; permettre une coordination ville-hôpital plus facile pour les prises en charge en ville.

**L'amélioration de la prise en charge néonatale et pédiatrique**, à travers l'expérimentation des retours précoces à domicile (soins de néonatalogie à domicile - NEONADOM). Les objectifs portés par ce projet sont d'assurer une continuité spécialisée, technique et relationnelle des soins et une pérennité de l'accompagnement au soutien familial, de prévenir les ruptures de parcours de soins pour le suivi des enfants vulnérables (grands prématurés, enfants ayant présenté une pathologie périnatale sévère), de favoriser un retour à domicile précoce des nouveau-nés dans le but de diminuer l'impact de la séparation avec la fratrie et la famille, et de raccourcir les durées de séjour.

**Le développement de la prise en charge de la douleur pelvienne chronique et de l'endométriose** : les objectifs sont de mettre en place un centre de référence régional multi-sites pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique en particulier pour les patientes endométriosiques et d'organiser la prise en charge avec les autres acteurs extrahospitaliers pour un parcours de soins optimisé.

Les partenaires de la filière sont :

- Le réseau REPERE,
- Les cliniques privées (Groupe Clinifutur, Clinique Durieux),
- Les médecins libéraux, sages-femmes, pharmaciens,
- Les CAMPS, Assistants de service social, l'AREAM, SOS Prema ,
- Les PMI,
- Au sein du GHT : le CEGIDD, les services de victimologie, les assistants sociaux et les psychologues.

Les instances spécifiques de la filière sont :

- Un groupe de travail restreint sur le volet « Santé des femmes » pour le suivi opérationnel,
- Un comité de pilotage « Santé des femmes et de l'enfant » à fréquence semestrielle,
- Un comité de pilotage spécifique « Endométriose ».



## Fiches actions

### Projet 6.1. Améliorer l'identification des grossesses à risques (Prima Facie / Check)

#### Pilotes

Dr Devred, Cheffe de pôle Femme-Mère-Enfant au CHOR  
G. Laravine, Cadre de pôle Femme-Mère-Enfant au CHOR

#### Objectifs

Etendre le dépistage précoce des grossesses à risques à tous les établissements de santé, ainsi qu'aux acteurs de ville afin d'offrir une meilleure accessibilité au dépistage pour toutes les grossesses au 1<sup>er</sup> trimestre :

- Uniformiser les pratiques et adopter un dépistage unique régional pour une meilleure communication auprès du public
- Communiquer sur le dispositif aux partenaires échographistes afin de recenser les professionnels intéressés par la formation les agréant à cette pratique
- Organiser les formations en coordination avec le REPERE
- Cartographier les professionnels agréés au dépistage précoce des grossesses à risques
- Etablir le parcours patiente selon l'origine du dépistage précoce : en ville et en structure (liens avec le labo à prendre en compte)
- Communiquer largement, avec le soutien du REPERE, auprès de tous les professionnels participant au suivi de grossesse pour obtenir leur adhésion et leur collaboration dans l'intérêt des patientes

#### Moyens et ressources associés

Pour 2 000 grossesses suivies :

- 1,2 ETP de médecin
- 2,2 ETP de sage-femme
- 0,5 ETP de secrétariat

#### Calendrier

**2024 :**

- Uniformisation des pratiques et adoption d'une dénomination unique pour une meilleure communication auprès du public
- Elaboration d'un protocole régional d'orientation et de prise en charge des grossesses selon le degré de risque évalué avec le soutien logistique du REPERE
- Définition des parcours patiente en ville et en structure

**2026 :**

- Organisation des formations en coordination avec le REPERE
- Cartographie des professionnels agréés au dépistage précoce des grossesses à risques
- Communication

**2028 :**

- Bilan global de l'impact des actions engagées

#### Indicateurs de réalisation et d'impact

- Nombre de consultations du Prima Facie
- Taux de satisfaction des professionnels sur la qualité des orientations de suivi de grossesse



## Projet 6.2. Améliorer le suivi des grossesses à risques (obésité)

<b>Pilotes</b>	Dr Wone, Gynécologue-obstétricien au GHER J. Victoria, Cadre de pôle Femme-Enfant au GHER
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mettre en place une HDJ « obésité, désir de grossesse, grossesse à risques, nouveaux nés à risque » sur les différents établissements publics de l'île permettant d'accélérer les prises en charge et de les optimiser grâce aux concertations pluridisciplinaires. Les obésités morbides ou les situations à hauts risques seront privilégiées</li> <li>■ Définir un parcours de soins patient personnalisé</li> <li>■ Faire du lien « sport santé » avec la ville</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<p>Sur chacun des 4 sites (CHU Nord, CHU Sud, CHOR, GHER) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 0,25 ETP de médecin Gynécologue</li> <li>■ 0,25 ETP de médecin Endocrinologue</li> <li>■ 0,25 ETP de psychologue</li> <li>■ 0,25 ETP de kiné</li> <li>■ 0,25 ETP de diététicien</li> <li>■ 0,25 ETP de médecin pneumologue</li> <li>■ 0,25 ETP de médecin cardiologue</li> <li>■ 0,25 Coach APAS</li> <li>■ 0,25 Sage-femme</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mettre en place un secteur d'HDJ permettant d'accompagner les patientes dans un programme sport Santé</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Taux de patientes/an dont le poids final est conforme au poids cible (sur le total des patientes obèses suivies)</li> <li>■ Taux de satisfaction des patientes suivies</li> </ul>

## Projet 6.3. Améliorer le parcours IVG

<b>Pilotes</b>	Dr. Eboué, Chef du pôle Femme-Enfant au GHER J. Victoria, Cadre de pôle Femme-Enfant au GHER
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mettre en place une sage-femme responsable des secteurs d'orthogénie dans les établissements de soins, chargée des consultations pré et post-IVG, de la prise en charge et de participer aux formations des étudiantes sages-femmes et internes. Elle pourra également mieux repérer et orienter les patientes victimes de violences, présentant des pratiques à risques, ou en difficulté psycho-sociale vers les partenaires adaptés</li> <li>■ Mettre en place un temps psychologue dédié, chargé des entretiens psycho-sociaux pré-IVG avec les mineures ou des entretiens psychologiques avec les patientes en demande</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<p>Minimum requis sur les 4 établissements (à adapter à l'activité « IVG » de chaque centre) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1,2 ETP de sage-femme (avec compétences échographiques si possible)</li> <li>■ 0,6 ETP de psychologue</li> <li>■ +/- temps assistant de service social</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2023 (à 6 mois) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation des besoins humains propres à chaque établissement pour homogénéiser une prise en charge globale homogène sur le territoire.</li> </ul> <p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formation des intervenants si nécessaire</li> <li>■ Déploiement de la prise en charge globale optimale</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Taux de satisfaction des patientes (questionnaire orthogénie)</li> </ul>



## Projet 6.4. Expérimenter les retours précoces à domiciles (soins de néonatalogie à domicile - NEONADOM)

<b>Pilotes</b>	<b>Dr Berny-Burlot</b> , Cheffe de service Pédiatrie et Présidente de CME au CHOR <b>D. Pavaye</b> , Cadre de service de Néonatalogie au CHOR
<b>Objectifs</b>	Déployer une équipe mobile rattachée à l'unité de néonatalogie du CHOR : <ul style="list-style-type: none"><li>■ Intervention au domicile de patients du territoire Ouest de La Réunion</li><li>■ Critères d'inclusion prédéterminés</li><li>■ Dans une continuité de prise en charge, adaptée à la spécificité néonatale, en partenariat avec les différents intervenants</li></ul> Les critères d'inclusion sont définis dans l'appel à projets. En fonction des résultats de l'expérimentation, déploiement sur les 4 territoires de proximité de l'Ile.
<b>Moyens et ressources associés</b>	0,5 ETP de médecin, 2 ETP d'IDE de puéricultrice, un véhicule, accès au DPI. L'expérimentation est soutenue via un financement fonds d'intervention régional (FIR) d'un montant total de 260 k€, qui ne prend pas en compte les surcoûts domiens. Le coût total du dispositif a été chiffré à 291 k€.
<b>Calendrier</b>	<b>2026 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Expérimentation sur 3 ans au CHOR</li><li>■ Déploiement sur les autres territoires de proximité si expérimentation concluante</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre d'enfants inclus dans le dispositif NEONADOM Ouest</li><li>■ Taux de satisfaction des familles accompagnées dans le dispositif NEONADOM Ouest</li></ul>

## Projet 6.5. Développer la prise en charge de la douleur pelvienne chronique et endométriose

<b>Pilotes</b>	<b>Dr Eggermont</b> , Gynécologue-obstétricien au CHU Nord <b>Dr Flye Sainte Marie</b> , Gynécologue-obstétricien au CHU Sud <b>J. Piron</b> , Coordinateur Sage-femme au CHU Nord
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Améliorer la coordination entre les différents établissements du GHT, par une infirmière ou sage-femme de coordination et une secrétaire pour la RCP endométriose régionale</li><li>■ Mettre en place une HDJ « endométriose et douleur pelvienne chronique » sur les différents sites</li><li>■ Organiser les soins de supports externes : répertoire et cartographier les médecins et paramédicaux impliqués dans la prise en charge de l'endométriose et de la douleur chronique</li><li>■ Définir un parcours de soins patient personnalisé</li><li>■ Former et informer les médecins de ville et hors établissements du GHT sur le parcours de soins proposé</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Une infirmière ou sage-femme de coordination, et une secrétaire pour la RCP endométriose régionale</li><li>■ Mise en place de l'HDJ « endométriose + douleur pelvienne chronique » pour chaque site avec au minimum un psychologue, un algologue, un gynécologue + une infirmière douleur</li><li>■ + nutritionniste, kinésithérapeute/ostéopathe ou autres intervenants à envisager</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Infirmière ou sage-femme de coordination, secrétaire pour la RCP endométriose régionale</li><li>■ HDJ en place et fonctionnel</li></ul> <b>2026 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Organisation des soins de supports externes</li><li>■ Parcours de soins personnalisés actifs au pluriel</li><li>■ Formation et information des médecins de ville et hors établissements du GHT sur le parcours de soins proposé</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Délai d'attente entre la demande et l'obtention d'un RDV de consultation douleur chronique</li><li>■ Taux de satisfaction issu du questionnaire patiente (endométriose ou douleurs chroniques)</li></ul>



# AXES TRANSVERSAUX



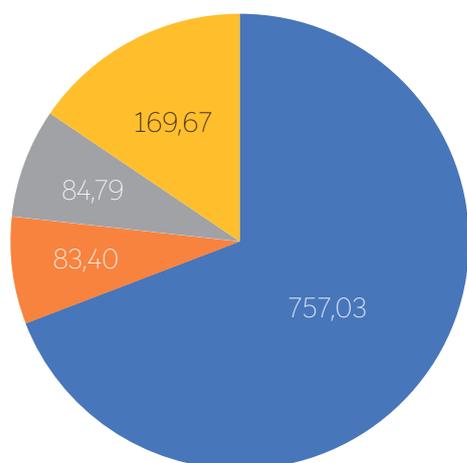
# ATTRACTIVITÉ ET DÉMOGRAPHIE DES PERSONNELS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX

## Constats et enjeux du PMSP

Le GHT compte 1094 ETP médicaux et 9 332 ETP non médicaux (ETP moyens 2021).

### Répartition des effectifs médicaux en ETP

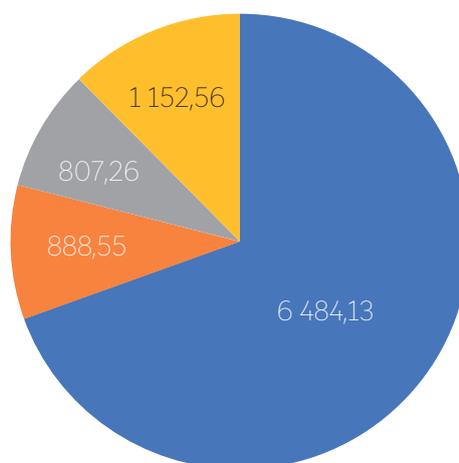
1 094 ETP MÉDICAUX RÉMUNÉRÉS MOYENS EN 2021 (HORS INTERNES)



■ CHU ■ EPSMR ■ GHER ■ CHOR

### Répartition des effectifs non-médicaux en ETP

9 332,5 ETP NON-MÉDICAUX RÉMUNÉRÉS MOYENS EN 2021



■ CHU ■ EPSMR ■ GHER ■ CHOR



**Concernant le personnel médical**, et bien que le territoire de La Réunion ne soit pas marqué par une problématique d'attractivité médicale majeure, son insularité présente des spécificités à prendre en compte dans ses modalités de recrutement :

- Turn over, mobilité professionnelle pouvant engendrer un changement de vie familiale...

- Equipes restreintes et fragilités particulièrement marquées pour certaines spécialités.

La cartographie régionale 2022 de l'ANFH met en exergue que 10% des postes sont vacants avec des spécialités plus particulièrement concernées :

	ETP moyen annuel 2021	ETP cible actuels	Besoin actuel en ETP*	% de besoin actuel en ETP*	Prév. départs entre 3 et 5 ans	Besoin en ETP à 5 ans	% de besoin en ETP à 5 ans*
Psychiatrie	116,6	151	34,4	22,80%	5	50,4	33,40%
Médecine d'urgence	124,3	133,8	9,5	7,10%	1	25,2	18,80%
Pédiatrie	76,8	85,7	8,9	10,40%	2	20,9	24,40%
Anesthésie - Réanimation	98,3	106,5	8,2	7,70%	2	18,2	17,10%
Autres spécialités médicales	28,1	35,4	7,3	20,60%	3	17,8	50,30%
Médecins spécialisés en biologie médicale	35,5	42,6	7,1	16,70%	4	16,1	37,90%
Gériatrie	28,2	33,1	4,9	14,90%	1	14,2	43,00%
Cardiologie et maladies vasculaires	27,1	31,9	4,8	15,10%	1	13,7	43,00%
Chirurgie maxillo-faciale - Chirurgie orale	6	15,2	9,2	60,50%		11,2	73,70%
Radiologie (hors radiothérapie)	24,2	28	3,8	13,40%	2	9,8	34,80%
Gastro entérologie et hépatologie	20,3	20,4	0,1	0,60%	1	9,6	47,20%
Pharmaciens (hors biologie médicale)	33	38,8	5,8	14,90%	1	9	23,20%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	16,4	19,3	2,9	14,80%	1	8,9	45,90%
Chirurgie vasculaire	4,3	9	4,7	52,30%	1	8,7	96,70%
Santé publique (y compris DIM)	17,4	21,1	3,7	17,50%	2	8,7	41,20%
Chirurgie thoracique et cardiaque	10,1	8,5	-	-	1	8,4	98,30%

Parallèlement à cette projection des besoins, les difficultés de recrutement sont marquées sur plusieurs spécialités, à La Réunion et à l'échelle nationale, et tout particulièrement en gériatrie, cardio vasculaire, radiologie, anesthésie-réanimation, neurologie, médecine polyvalente. La médecine d'urgence et la psychiatrie ont quant-à-elle des tendances de recrutement plus favorables mais constituent des volumes significatifs à recruter à 5 ans.

**Concernant le personnel paramédical**, la cartographie régionale 2022 de l'ANFH fait état de délais de

recrutements plus longs pour les IBODE, puéricultrices, IADE, manipulateurs radios. On note par ailleurs une tension croissante sur le recrutement des psychologues.

Le groupe de travail a identifié des facteurs favorisant l'attractivité et la pérennité des postes : mesures incitatives pour les territoires moins attractifs, management, prise en compte de la pénibilité, pouvant être réduite en travaillant sur la QVTC, prévention des risques musculosquelettiques et modalités de réalisation de la permanence des soins.

### Projets territoriaux structurants à 5 ans

Le groupe de travail propose les axes suivants pour développer les compétences manquantes et pérenniser les compétences existantes :

#### ■ Favoriser les recrutements prioritaires grâce à une stratégie partagée à l'échelle du GHT :

- Créer une cellule territoriale dédiée, garantissant une vue d'ensemble des besoins, notamment de personnels médicaux et IBODE, et une stratégie conjointe pour favoriser la réponse aux besoins prioritaires,
- Pour les autres métiers, mener une réflexion sur le processus de recrutement au travers d'expérimentations propres à chaque établissement membre et poursuivre le suivi et l'ajustement des lignes directrices de gestion du GHT.

#### ■ Promouvoir et accompagner le renforcement des compétences managériales, en capitalisant, grâce à une équipe territoriale dédiée, sur les bonnes pratiques, en définissant un socle commun de compétences managériales pour l'encadrement médical et paramédical, ainsi qu'un temps cible de management pour le personnel médical.

- Développer les pratiques et projets communs sur la QVTC et la prévention des risques à l'échelle du GHT, en proposant des temps annuels de travail entre les équipes du GHT, et conduire avec la COPS de GHT et la sous-commission « Attractivité » des réflexions sur l'organisation territoriale permettant d'alléger ou de partager la contrainte de la PDS.

#### Les partenaires de la filière sont :

- L'université,
- Les instituts de formation,
- L'ANFH.

#### Les instances spécifiques de cet axe sont :

- Un collectif d'échange DAM/PCME/PCMG/ DSIRMT,
- Une instance de travail annuelle entre les DRH du GHT,
- Le collège management GHT.





## Fiches actions

### Projet 7.1. Renforcer l'attractivité sur les spécialités prioritaires de manière coordonnée

<b>Pilotes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Pour le personnel médical : <b>N. Heulin</b>, DAM de territoire et <b>Dr Dekkak</b>, PCMG</li><li>■ Pour le personnel non-médical : <b>D. Le Spegagne</b>, DRH du CHOR / EPSMR et <b>G. Sermont</b>, Président de la CSIRMT du GHT</li></ul>
<b>Objectifs</b>	<p><b>Personnel médical :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Installer une cellule de recrutement médical du GHT</li><li>■ Définir et formaliser les modalités d'attractivité pour l'Est</li><li>■ Partager et communiquer sur les modalités d'accueil</li></ul> <p><b>Personnel paramédical / plan d'actions IBODE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Echanger annuellement entre le GHT et l'IRIBODE sur les besoins en IBODE.</li><li>■ Evaluer l'opportunité d'élargir le nombre de places en formation</li><li>■ Organiser des périodes d'observation dans chaque bloc opératoire</li><li>■ Proposer une capsule vidéo sur le métier d'IBODE</li><li>■ Formaliser les partenariats avec les agences d'intérim selon des règles partagées</li><li>■ Développer les canaux de communication</li><li>■ Organiser le compagnonnage - tutorat IBODE des nouveaux arrivants.</li></ul> <p><b>Dialogue et évaluation annuels des LDG entre DRH du GHT</b></p>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Temps de gestionnaire RH selon activité de la cellule</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2023 (à 6 mois) :</b></p> <p>Personnel médical</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Installation de la cellule de recrutement médical du GHT pour les spécialités sensibles</li><li>■ Définition et formalisation des modalités de recrutement pour favoriser les recrutements à l'Est et sur les spécialités les plus en tension</li></ul> <p>Personnel paramédical</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Refonte des modalités d'admission à l'IRIBODE</li><li>■ Extension des canaux de communication</li></ul> <p>Démarrage des actions en faveur de la promotion du métier d'IBODE dans chaque établissement</p>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Taux de vacance de poste dans les spécialités critiques</li><li>■ Taux de vacance de poste d'IBODE</li><li>■ Nombre de candidatures d'intégration à l'IRIBODE</li></ul>

### Projet 7.2. Promouvoir et accompagner le renforcement des compétences managériales

<b>Pilotes</b>	<p><b>C. Jourdain</b>, Chargée de mission RH au CHOR <b>Mme Souprayen</b>, Chargée de mission RH au CHU</p>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Réaliser un inventaire et une capitalisation par l'équipe territoriale installée via le centre de ressources 974.</li><li>■ Organiser une réflexion sur la valorisation du temps managérial.</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Redéploiement de moyens internes aux établissements</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2023 (à 6 mois) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Lettre de mission aux 2 pilotes d'actions</li></ul> <p><b>2024 :</b> porteur identifié, éventuellement Centre de ressource ou collectif managérial du GHT ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Installation du collège de management dans chaque établissement</li></ul> <p><b>2024/2025 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Parcours type du manager ;</li><li>■ Réflexion sur la taille critique des services et les missions des chefs de service, harmonisation des fiches de poste managers.</li></ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ 100% des managers formés</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Taux de managers formés (cible : 10% la 1<sup>ère</sup> année, 30% la 2<sup>nde</sup>, 100% la 3<sup>ème</sup>)</li></ul>

### Projet 7.3. Développer les pratiques et projets communs sur la QVTC et la prévention des risques à l'échelle du GHT

<b>Pilotes</b>	V. Baillif, Responsable de l'accompagnement des professionnels, de la santé et de la QVT au CHU C. Marguerite, Responsable RH et QVT au CHOR-EPSMR
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 réunions annuelles entre établissements membres sur cette thématique</li> <li>1 journée annuelle « QVTC &amp; prévention » pour partage de pratique entre les managers</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charges liées à l'organisation des journées – financement GHT.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2023 (à 6 mois) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Calendrier des réunions annuelles</li> </ul> <p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>ère</sup> journée « QVTC &amp; prévention » du GHT de La Réunion</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de participants aux journées annuelles (cible : 10% la 1<sup>ère</sup> année)</li> </ul>



# PRÉVENTION

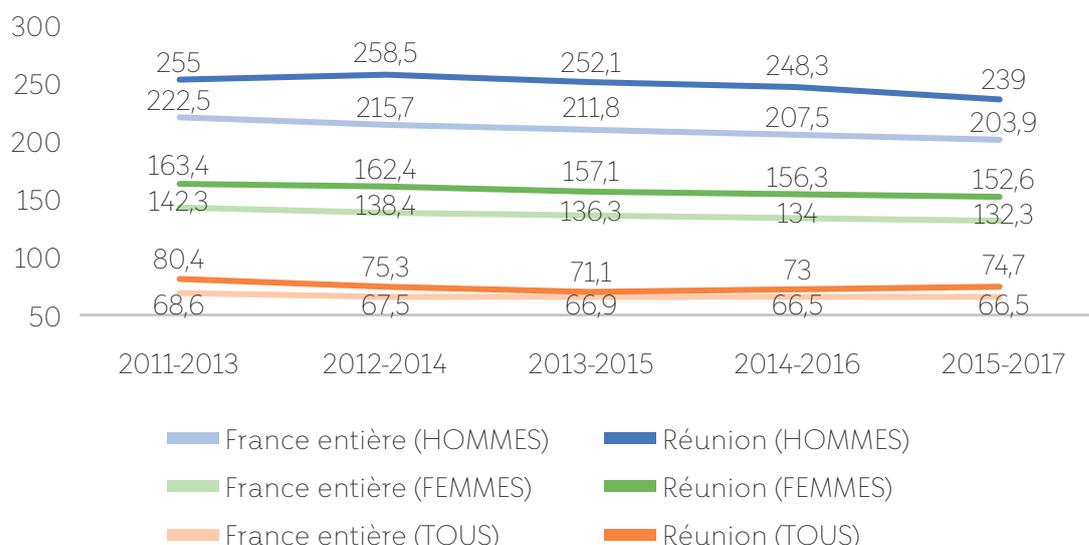
## Constats et enjeux du PMSP

Les indicateurs de santé publique marquent un besoin fort de prévention sur le territoire réunionnais.

### Taux standardisé de mortalité évitable par prévention :

Les indicateurs attestent en effet de taux de mortalité évitable plus élevés sur l'île qu'à l'échelle France entière ; cet écart est particulièrement marqué chez les hommes :

### EVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉS DE MORTALITÉ ÉVITABLE\* PAR PRÉVENTION - FRANCE (HORS MAYOTTE) VS RÉUNION - SCORE SANTÉ



\* La mortalité évitable par prévention englobe : les maladies infectieuses et parasitaires, certains cancers (ex : cancers de l'utérus, cancers liés au tabac, mélanomes de la peau...), certaines maladies endocriniennes et métaboliques, certaines maladies du système circulatoire, de l'appareil respiratoire (ex : grippe), de période périnatale, ou encore par causes externes (ex : accidents, agressions).

### Vaccination :

■ Globalement, l'île se situe sous la moyenne nationale pour tous les indicateurs de vaccination :

Prévention	Effectif Région	Taux Micro-Région Nord	Taux Micro-Région Est	Taux Micro-Région Sud	Taux Micro-Région Ouest	Taux Régional	Taux France entière
Suivi des examens bucco-dentaires des enfants de moins de 16 ans visés par le programme MT Dents	36 848	57,6%	50,3%	63,1%	61,7%	59,4%	69,8%
Enfants de moins de 18 mois vaccinés contre le méningocoque C	11 582	92,3%	89,7%	91,2%	91,1%	91,2%	96,2%
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la ROR	9 265	73,5%	65,6%	76,1%	72,1%	72,8%	83,7%
Personnes de 65 ans et + vaccinées contre la grippe saisonnière	46 815	41,6%	42,6%	43,2%	41,0%	42,2%	62,3%
Personnes à risque vaccinées contre la grippe saisonnière	14 105	23,4%	24,7%	25,6%	23,5%	24,5%	38,0%

Source : Portrait de territoire – PRS – ARS La Réunion

- Une amélioration est observée grâce à l'obligation vaccinale en pédiatrie. En revanche, la vaccination demeure insuffisante contre le papillomavirus - HPV (8,1% de la population cible vaccinée 2 doses en 2018) ou encore contre la grippe chez les personnes âgées ou à risques.

#### Priorités et acteurs locaux en matière de prévention :

- Des pathologies telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, la surmortalité maternelle et infantile ou encore les troubles liés à l'alcoolisation fœtale sont particulièrement présents sur le territoire ; or il s'agit de pathologies évitables par le déploiement de programmes de prévention,
- Le plan régional 2020-2022 met en évidence différents acteurs et initiatives contribuant à l'écosystème local en matière de prévention :
  - Les ateliers santé ville (dispositif des Contrats de villes), portés par les communes, soutenus par l'État et portant la politique de santé communautaire,
  - Le travail sous l'égide de la MILDECA (Mission Interministérielle de lutte contre les drogues

et les conduites addictives), associant l'ensemble des professionnels du secteur alcool (producteurs, distributeurs, importateurs) et les pouvoirs publics (préfecture, ARS) pour lutter contre les abus de l'alcool sur l'île,

- Les actions de sensibilisation des pouvoirs publics et de la population sur les enjeux et les déterminants des problématiques liées à la consommation excessive d'alcool réalisées par la FRAR,
- En termes de santé mentale, l'appui sur les GEM (Groupement d'Entraide Mutuelles) au nombre de 4 à La Réunion (Nord, Sud, Est, Ouest), regroupant des patients mobilisés pour améliorer leurs conditions par différentes actions, telles que la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques,
- La prévention contre le diabète, avec par exemple des actions incluant dépistage et éducation pour la santé auprès des populations plus fragiles, des programmes d'accompagnements des prédiabétiques ou encore des actions d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire.



## Projets territoriaux structurants à 5 ans

Afin de répondre au besoin de prévention sur le territoire, le groupe de travail piloté par M. Sermont a défini un projet autour de la structuration de la stratégie de prévention à l'échelle régionale. La définition de cette stratégie de prévention transversale par l'hôpital devra bénéficier à toutes les pathologies prioritaires en rayonnant sur l'Ille, y compris dans les écarts, et se déploiera en lien avec la médecine de ville et les autres partenaires. Elle s'appuiera sur la constitution d'une équipe opérationnelle ainsi que l'élaboration

d'un programme de travail. Cette équipe assurera la coordination des actions de prévention entre les établissements du GHT et mettra à disposition des filières les ressources et les compétences nécessaires à l'organisation et à la mise en œuvre des actions de prévention, de sensibilisation, de dépistage et de vaccination.

Les partenaires de cet axe sont les collectivités (Département, Région, municipalités), les réseaux, les DAC et CPTS, l'éducation nationale, l'UFR Santé.

## Fiches actions

### Projet 8.1. Structurer la stratégie de prévention à l'échelle régionale - Créer une équipe opérationnelle de prévention, conduire les projets et coordonner l'ensemble (soutien methodo, soutien opé - dépistage, vaccination, etc...)

<b>Pilotes</b>	<b>G. Sermont</b> , Président de la Commission soignante de groupement
<b>Objectifs</b>	<p>Constitution de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Constituer une équipe opérationnelle de prévention (environ 10 agents)</li><li>■ Identifier des locaux tertiaires et de stockage</li><li>■ Constituer un parc logistique (bus, mobilier, barnums)</li><li>■ Faire la promotion de l'équipe au sein du GHT et auprès des partenaires</li></ul> <p>Elaboration du programme de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Elaborer le process de recueil, de traitement et de mise en œuvre d'une demande d'action de prévention</li><li>■ Recenser toutes les actions de préventions prévues par les acteurs du GHT, ainsi que les actions de prévention nationales</li><li>■ Etablir un calendrier annuel des actions de prévention afin de donner de la visibilité à tous sur les actions envisagées par le GHT.</li><li>■ Mettre en œuvre les actions du calendrier</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ RH : 10 Agents (IDE, AS, SEC, logisticien/manutention, Cadre)</li><li>■ Véhicules : 1 Bus équipé pour le dépistage, 2 véhicules de service</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ L'équipe sera opérationnelle dès la première année avec une montée en charge chaque année sur le nombre d'actions réalisées et de personnes touchées</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre d'actions conduites annuellement par l'équipe de prévention</li></ul>

## COOPÉRATION AVEC MAYOTTE

### Constats et enjeux du PMSP

Le département de Mayotte ne dispose pas d'un plateau technique complet (spécialiste et/ou matériel non disponibles). Les praticiens du département, qu'il s'agisse de ceux du secteur hospitalier ou libéral, ont recours au Service des évacuations sanitaires du centre hospitalier de Mayotte pour le transfert sanitaire de leurs patients vers les établissements de santé réunionnais ou métropolitains.

### NOMBRE D'EVASAN RÉALISÉES PAR LE CHM DEPUIS 2008 – DONNÉES CHU



En 2021, 1463 évacuations ont été réalisées, soit une augmentation de 22 % par rapport à 2020, après une diminution entre 2019 et 2020 en lien avec le confinement du département et l'arrêt des consultations programmées. Entre 2019 et 2021, l'augmentation a été de 16%.

La coopération médicale entre La Réunion et Mayotte est historique et réaffirmée comme une ambition forte pour le prochain PMSP. Si certains aspects relatifs à l'amélioration du parcours des patients en provenance de Mayotte relèvent du CHM, d'autres points méritent une attention particulière du GHT de La Réunion, pour consolider la coopération, notamment les modalités d'intervention des équipes médicales et paramédicales de la Réunion à Mayotte et les formations réalisées conjointement.

La coopération médicale et paramédicale est organisée autour de deux modalités : les missions médicales d'une part (39 en 2022, pour un total de 334 jours, en augmentation de 33%) et les praticiens partagés d'autre part. Elle dépend grandement de la disponibilité des équipes. Cette coopération n'est associée ni à des temps médicaux pour remplacer ceux qui partent, ni à des financements pour compenser la perte d'activité. Au niveau individuel, les praticiens sont défrayés mais ils ne sont pas incités alors même que les conditions de vie à Mayotte se dégradent et que leur contrat de travail ne prévoit pas ces interventions.

## Projets territoriaux structurants à 5 ans

Le projet du GHT consiste à **augmenter le temps médical d'intervention des praticiens du GHT de La Réunion à Mayotte en ciblant les filières prioritaires** notamment en recrutant à La Réunion des praticiens hospitaliers dont l'activité sera partagée avec Mayotte. Les filières prioritaires sont la radiologie, la cancérologie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie. Une enveloppe théorique visant antérieurement à financer 15 postes d'assistants à temps partagé pourrait être reconvertie pour financer 5 postes de PH à temps partagé.

Sur la formation, des besoins sont à couvrir prioritairement sur la santé mentale, la gynécologie obstétrique, la cardiologie, la gastro-entérologie, la cancérologie. Pour y parvenir, le projet du GHT est d'augmenter le nombre de professionnels des établissements de santé du GHT qui réalisent des

actions de formation continue à Mayotte. Ceci conduit le groupe projet à **proposer de prévoir la compensation financière des établissements vis-à-vis de la perte d'activité des professionnels qui partent former leurs confrères à Mayotte et de définir une incitation pour les professionnels, médicaux et paramédicaux, afin d'augmenter le nombre de participants aux formations**, en commençant par les filières prioritaires.

L'instance spécifique à cet axe est le COPIL coopération Mayotte (GHT + CH Mayotte) une fois par an élargi aux deux ARS Réunion et Mayotte.

Le partenaire clé de cet axe est le Centre hospitalier de Mayotte.

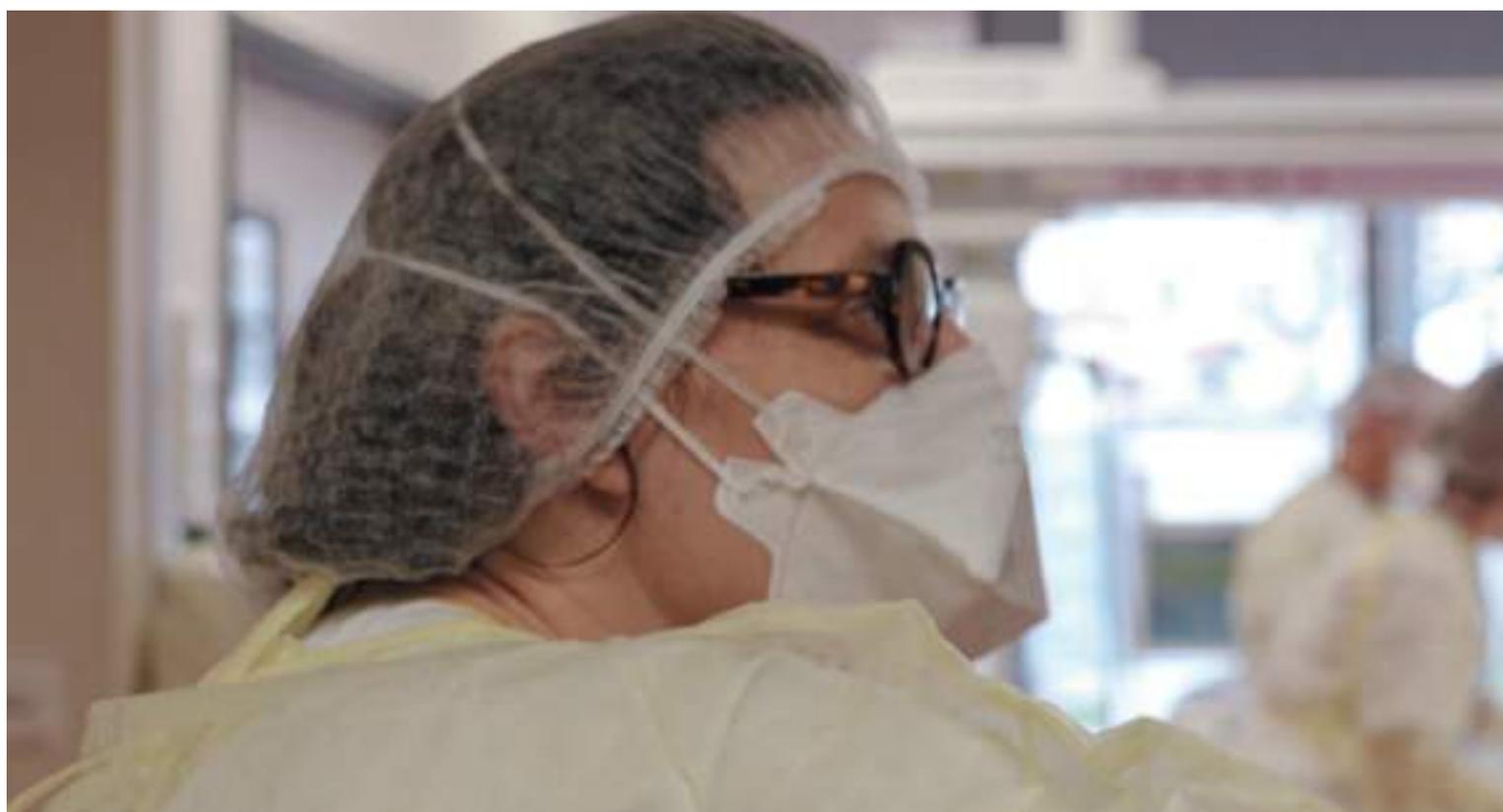
## Fiches actions

### Projet 9.1. Renforcer la coopération médicale au service de Mayotte

<b>Pilotes</b>	<b>Pr Von Theobald</b> , Président de la CME du CHU <b>S. Wadel</b> , Secrétaire générale du CHU - GHER <b>T. Hoarau</b> , Cadre des cellules d'ordonnancement à la DSIRMT CHU
<b>Objectifs</b>	<b>Développer la coopération avec le CHM en priorité dans les filières suivantes : radiologie, cancérologie, psychiatrie, gynécologie-obstétrique, diabète et pédiatrie</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Au besoin, recruter les praticiens hospitaliers dans les établissements du GHT Réunion avec des contrats qui prévoient au besoin un temps partagé avec Mayotte</li><li>■ Organiser les rotations des praticiens entre La Réunion et Mayotte</li><li>■ Élargir le pool des participants aux missions de coopération via la constitution d'équipes territoriales entre les établissements du GHT</li><li>■ Poursuivre et renforcer la collaboration avec le CH Mayotte (Diabète et PN) - élargir les missions autour de la prise en charge de la dénutrition et de la nutrition artificielle, et aux parcours "obésités"</li></ul> <b>Développer le recours à la télésanté afin d'organiser l'appui médical et de réduire les délais de prise en charge ou d'éventuels EVASAN – téléexpertise ou avis spécialisés, notamment pour le recours :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ aux surspécialités pédiatriques</li><li>■ au diagnostic anténatal</li><li>■ aux dermatologues</li><li>■ aux neurologues</li><li>■ à l'imagerie</li><li>■ autres</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Prise en charge des missions de coopérations</li><li>■ Téléexpertise à mettre en place : logiciels, équipements et moyens humains</li></ul>
<b>Calendrier</b>	<b>2024 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Renforcement des coopérations, équipes territoriales de coopération constituées</li></ul> <b>2026 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Recrutements réalisés et rotations en place, calendriers des missions établis, augmentation du nombre de professionnels participants</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre total de journées de médecins et de soignants de la Réunion à Mayotte</li><li>■ Nombre annuel d'EVASAN</li><li>■ Nombre de spécialités ayant établi un protocole de téléexpertise avec Mayotte</li></ul>

## Projet 9.2. Sécuriser le cadre des actions de formation au bénéfice de Mayotte

<b>Pilotes</b>	Pr Von Theobald, Président de la CME du CHU S. Wadel, Secrétaire générale du CHU – GHER
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identifier les déterminants de la participation à ces missions de formation et définir l'incitation la plus adaptée à récompenser cette participation au niveau individuel :             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mener une étude auprès des professionnels participants actuellement ou ayant participé voire ceux susceptibles de participer</li> <li>● Mettre en place l'incitation la plus pertinente</li> </ul> </li> <li>■ Mieux organiser / protocoliser l'accueil à Mayotte pour faciliter l'arrivée et le séjour des professionnels : logistique hôtelière, programmation des consultations sur place</li> <li>■ Compenser financièrement auprès des établissements la perte d'activité des professionnels qui partent former à Mayotte selon les dispositions de la convention cadre</li> <li>■ Promouvoir l'incitation auprès des professionnels médicaux et paramédicaux pour augmenter le nombre de participants à ces formations, en commençant par les filières prioritaires</li> <li>■ Ouvrir en partie les plans de formation des établissements du GHT aux professionnels hospitaliers mahorais</li> <li>■ Elaborer et suivre un formulaire de satisfaction pour les professionnels formateurs</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Etude des incitatifs à réaliser</li> <li>■ Incitation à définir et valoriser</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analyse des compensations possibles au niveau individuel réalisée</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incitation mise en place et promue</li> </ul> <p><b>2028 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Toutes les filières sont pourvues en professionnels médicaux et paramédicaux</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de professionnels mahorais formés (à Mayotte ou à La Réunion)</li> <li>■ Taux de satisfaction des intervenants qui ont réalisé des actions de formation à Mayotte</li> </ul>



## RECHERCHE

### Constats et enjeux du PMSP

L'île de La Réunion a connu un développement socioéconomique et une transition démographique et épidémiologique parmi les plus rapides au monde. Ce contexte favorise l'explosion locale de maladies métaboliques en particulier le diabète de type 2 et l'obésité. Par ailleurs, de par sa position géographique, La Réunion est considérée comme un "hot spot" d'émergence infectieuse dont récemment : la dengue, le Chikungunya et bien sûr le COVID-19 et ses variants spécifiques régionaux, auxquels s'ajoutent des maladies endémiques négligées comme la Leptospirose humaine. De nombreux autres phénomènes de santé y sont surreprésentés ou spécifiques : les complications

périnatales, les complications rénales avec la prévalence de dialysés la plus élevée de France, le syndrome d'alcoolisation fœtale, une expression des cancers en particulier colon, cerveau et sein différente de la France hexagonale, des maladies rares d'origine génétique liées à des variants réunionnais particuliers..

Les axes principaux de recherche du territoire ont, de ce fait, été organisés autour de trois sujets : les maladies métaboliques, les maladies infectieuses et la périnatalité. L'élargissement à d'autres sujets est en cours et la recherche doit encore se structurer pour associer davantage tous les établissements du GHT.

### Projets territoriaux structurants à 5 ans

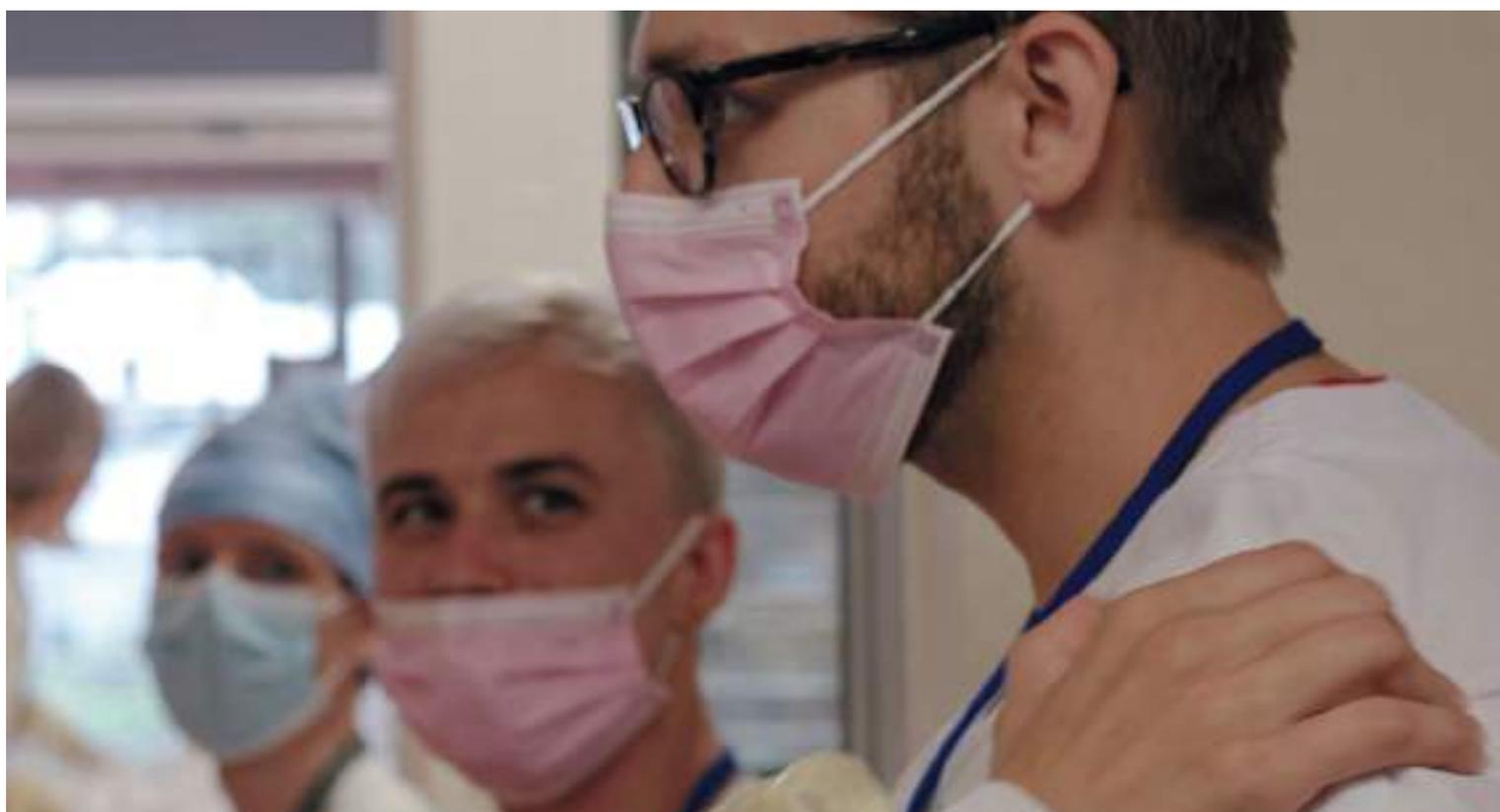
Le premier projet consiste à **associer l'ensemble des établissements du GHT à la validation des axes de recherche ainsi qu'à la mise en œuvre des projets de recherche** qui s'en suivront.

Le second projet vise à **accorder plus de place et de visibilité à la recherche**. Ceci passe par l'identification de référents « recherche » médicaux et paramédicaux, à l'échelle des pôles, par des actions de communication (site internet) et de partage cafés, congrès... au niveau du GHT.

Les partenaires de cet axe sont

- Les institutions : ORS, Santé-Publique France, IRESP, Assurance Maladie, Université de La Réunion,
- Les professionnels de santé libéraux-URPS, CPTS,
- DeTROI PIMIT, EPI, CEPOI.

Les instances spécifiques de cet axe sont les instances Recherche du GHT ; un suivi sera réalisé en COSTRAT du GHT.



Fiches actions

Projet 10.1. Structurer l'organisation de la recherche à l'échelle du GHT

<b>Pilotes</b>	Pr Khettab, Oncologue médical au CHU D. Reynaud, Coordinatrice paramédicale de la Recherche en Soins à la DSIRMT
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Associer tous les établissements du GHT au développement de la recherche sur les axes historiques</li> <li>■ Choisir des nouveaux axes de recherche en intégrant les spécificités des autres établissements du GHT (prioritairement : santé mentale, oncologie)</li> <li>■ Favoriser l'inclusion des patients de l'ensemble des établissements du GHT dans les projets de recherche identifiés ci-dessus et faire émerger des projets de recherche au regard des besoins</li> <li>■ Réfléchir à la construction d'un appel d'offre interne à l'échelle du GHT et y associer un conseil scientifique</li> <li>■ Octroyer, avec la participation de chaque établissement, les moyens nécessaires pour le développement de la recherche à l'échelle du GHT</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier les acteurs de la recherche dans les établissements du GHT et définir des fiches de poste des acteurs de la Recherche du GHT (quelle mission ? quotité de temps..)</li> <li>2. Sanctuariser des temps PM et PNM pour la recherche au sein des établissements et renforcer les équipes de soutien à la recherche</li> </ol>
<b>Pilotes</b>	Actions à conduire sur 5 ans
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Validation des axes Recherche au niveau du GHT</li> <li>■ Evolution du budget de la Recherche (toutes UF DRCI)</li> </ul>

Projet 10. 2. Développer une culture scientifique et de recherche au sein du GHT

<b>Pilotes</b>	Pr Khettab, Oncologue médical au CHU D. Reynaud, Coordinatrice paramédicale de la Recherche en Soins à la DSIRMT
<b>Objectifs</b>	<p>Les actions suivantes seront conduites afin d'atteindre l'objectif fixé dans le cadre de ce projet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nommer des référents « recherche » médicaux et paramédicaux, à l'échelle des pôles (via les contrats de pôle) dans tous les établissements du GHT – Calendrier en parallèle du calendrier du contrat de pôle</li> <li>2. Favoriser les actions de formation et d'information : BPC, webinaire du GIRCI, formation à la recherche des paramédicaux</li> <li>3. Organiser des journées de recherche du GHT (paramédicale et médicale)</li> <li>4. Organiser des cafés de la recherche dans tous les établissements du GHT Participer aux cafés de la recherche (CHU de La Réunion)</li> <li>5. Partager le site internet Recherche du CHU de La Réunion au niveau des autres sites du GHT (sur le site du GHT ou sur le site de chacun des ES) selon le calendrier établi des événements organisés</li> </ol>
<b>Moyens et ressources associés</b>	
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Référents nommés</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cafés organisés dans tous les établissements et site internet partagé</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de référents Recherche désignés dans les établissements du GHT (Sud/Est/Ouest)</li> </ul>

# HANDICAP

## Constats et enjeux du PMSP

Le Handicap concerne 6% de la population réunionnaise. L'ensemble des établissements du GHT est signataire de la charte Romain Jacob visant à favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées. Pourtant, l'importance du handicap et de l'autonomie reste souvent sous-évaluée et mal connue dans les services MCO du GHT. De plus, les besoins sont insuffisamment connus et il n'existe pas d'outil d'évaluation. Enfin, la prise en charge du

handicap n'est pas institutionnalisée, contrairement à celles de la nutrition (CLAN) et de la douleur (CLUD) alors que cette institutionnalisation permettrait une prise en charge cohérente et interdisciplinaire comme cela est demandé dans la charte Romain Jacob. Une telle démarche n'existe pas non plus dans les autres régions françaises.

Signature de la Charte Romain Jacob par les établissements du GHT en Mars 2022

## UNE PART DE LA POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP EN HAUSSE, SURREPRÉSENTÉE AU SUD DE L'ÎLE

6% / de la population réunionnaise est en situation de handicap (reconnues par la MDPH), en progression de **8% par an**



Le territoire Sud est celui où se trouvent le plus de personnes en situation de handicap : 36,2%

Source : Handidonnées Réunion

### • Nombre de personnes en situation de handicap au 31/12/2018



## DES TAUX D'ÉQUIPEMENTS PROCHES DE CEUX DE LA MÉTROPOLE POUR LES ENFANTS, MOINS ÉLEVÉS POUR LES ADULTES

Nombre de places installées pour 1 000 jeunes (-20 ans) / adultes (20-59 ans)



5,8%

vs.

6,6% métropole



4,8%

vs.

8,2% métropole

Source : ARS

## DES DÉFIS PERSISTANTS POUR LE PMSP 2

- Virage ambulatoire (2023/2024: développement de l'HDJ et unité mobile de rééducation)
- Facilitation de l'accès aux urgences
- Accès aux consultations de gynécologie
- Accès aux consultations de stomatologie
- Présence d'un interlocuteur par établissement pour le patient handicapé et sa famille
- Sujet de l'éthique ; développement du lien avec l'UMSP

Les freins identifiés à l'accès aux soins des personnes handicapées sont notamment :

- Le manque de formation des professionnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge du handicap en consultation, favorisant les représentations péjoratives à la prise en charge du handicap,
- La valorisation des consultations, inadaptée au temps nécessaire pour ces situations complexes,

- La non-priorisation des personnes en situation de handicap, générant des temps d'attente longs,
- Les difficultés d'accès à des transports sanitaires adaptés aux différents handicaps et l'absence de priorisation pour ces patients,
- Un matériel inadapté dans les services.

### Projets territoriaux structurants à 5 ans

Face aux défis identifiés lors du diagnostic, le groupe de travail a choisi d'œuvrer sur les projets pour lesquels le GHT dispose de leviers :

- La structuration d'une gouvernance de l'accès aux soins des personnes handicapées, à l'échelle régionale (portée par le GHT) et au sein des établissements, afin de positionner le handicap comme élément majeur d'activité transversale à l'ensemble des services MCO du GHT, en cohérence avec la Charte Romain Jacob, avec :
  - L'installation d'un CLAHRR (Comité de Liaison Autonomie et Handicap, de Réadaptation et de Réinsertion) à l'instar des comités d'orientation stratégique d'un CLAN ou d'un CLUD, décliné à chaque échelon,
  - L'identification d'un interlocuteur/référent par établissement pour le patient handicapé et sa famille.
- L'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accueillies aux urgences et dans les services d'hospitalisation, sur la base d'un projet actuellement expérimenté à l'EPSMR et

au CHOR, à déployer plus largement si concluant. Il comporte un volet formation des professionnels, le suivi des événements indésirables avec le médico-social ainsi que l'aménagement d'une chambre spécifique pour les personnes en situation de handicap,

La facilitation de l'accès aux consultations, en déployant un protocole d'accès aux consultations et activités de chirurgie, notamment de gynécologie, de dentaire, de stomatologie et d'urologie, à partir d'une enquête sur les besoins à réaliser dans ces consultations.

**Les partenaires de cet axe** sont :

- Les établissements médico-sociaux du champ du handicap,
- Les cliniques privées,
- Handicap 974,
- La MDPH.

**Les instances spécifiques** de cet axe sont le CLAHRR, dès lors qu'il aura été installé.

### Fiches actions

#### Projet 11.1. Déployer une gouvernance régionale pour piloter l'accès aux soins des personnes handicapées

<b>Pilotes</b>	Dr Muller, PH en MPR au CHU Sud Réunion et Chef de Pôle Autonomie et Handicap
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Installation de l'UMR Sud et développement de l'UMR Nord</li> <li>■ Enquête sur les besoins</li> <li>■ Installation du CLARHH GHT et du CLARHH départemental</li> <li>■ Réunions annuelles des CLAHRR de chaque structure au sein du CLAHRR départemental.</li> <li>■ Installation des référents handicap des pôles</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ UMR : investissement : 50K€ ; exploitation : 1 ETP de PM, 1 ETP d'ergothérapeute, 1 ASE, 1 AS - 360K€ / an</li> <li>■ CLARRH : 0,2 ETP de médicaux - 32K€ / an</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Développement des UMR Nord et Sud</li> <li>■ Evaluation des besoins</li> <li>■ Démarrage des formations</li> <li>■ Priorisation des pôles pour le déploiement des référents, identification des profils et missions</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Création du CLAHRR départemental,</li> <li>■ Formation de référents (50% des pôles)</li> </ul> <p><b>2028 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Développement de CLAHRR internes à chaque établissement,</li> <li>■ Mise en réseau des référents établissement</li> <li>■ Réunions bisannuelles dans les structures et annuelle du CLAHRR départemental,</li> <li>■ Evaluation des besoins dans le cadre d'un bilan d'activité de l'UMR et des demandes MCO</li> <li>■ Référents de pôles formés (100% des pôles)</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre d'appels reçus par l'UMR par territoire</li> <li>■ Nombre de référents désignés / nombre total de pôles par territoire</li> </ul>



## Projet 11.2. Faciliter l'accès aux soins en améliorant les conditions d'accueil au niveau des services d'urgences et d'hospitalisation

<b>Pilotes</b>	Y. Brassoud, Cadre de santé à l'EPSMR
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Mise en œuvre du projet au CHOR et à l'EPSMR : formations ciblées, recueil des événements indésirables (EI), accompagnement systématique, chambre spécifique</li><li>■ Evaluation et présentation des résultats</li><li>■ Déploiement de la formation et du suivi des EI</li><li>■ Identification des autres services prioritaires et mise en œuvre chambre spécifique dans les autres services pilotes</li></ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Investissements pour chambre spécifique selon nombre de services déployés</li><li>■ Formation (centre de ressource)</li></ul>
<b>Calendrier</b>	Formation et suivi des événements indésirables avec le médico-social <ul style="list-style-type: none"><li>■ 2024 : CHOR et EPSMR</li><li>■ 2026/2028 : Déploiement au GHT</li></ul> Chambre spécifique : <ul style="list-style-type: none"><li>■ 2026 : Expérimentation CHOR et EPSMR (2 services) réalisée et évaluée</li><li>■ 2028 : Si pertinent, déploiement dans des services supplémentaires (au moins 1 par territoire)</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre d'événements indésirables au titre du handicap par territoire</li><li>■ Nombre de personnes formées par territoire</li><li>■ Nombre de chambres spécifiques par territoire</li></ul>

## Projet 11.3. Déployer un protocole d'accès aux consultations et activités de chirurgie

<b>Pilotes</b>	Souheb Cadjee, Ergothérapeute au Tampon
<b>Objectifs</b>	<b>Service pilote : Gynécologie (CHU/CHOR/GHER).</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Groupe de travail avec un médecin, une sage-femme et un infirmier de la spécialité de chaque établissement.</li><li>■ Analyse des difficultés d'accès spécifiques à la spécialité et recensement et priorisation des besoins.</li><li>■ Elaboration du protocole, en lien avec la Qualité.</li><li>■ Définition d'un outil d'évaluation.</li><li>■ Evaluation.</li></ul> Partage aux autres spécialités selon priorisation par le CARHH (si installé).
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ A chiffrer après enquête dans chaque établissement</li></ul>
<b>Calendrier</b>	Formation et suivi des événements indésirables avec le secteur médico-social <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>2024</b> : installation du groupe de travail</li><li>■ <b>2025</b> : élaboration du protocole</li><li>■ <b>2026</b> : inclusion de la démarche dans le CLAHRR</li><li>■ <b>2028</b> : évaluation</li></ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Nombre de services avec un protocole Handicap, par territoire</li><li>■ Taux de satisfaction, par territoire</li></ul>

## VIOLENCES INTRA-FAMILIALES

### Constats et enjeux du PMSP

#### Les violences intra-familiales sont une préoccupation croissante sur l'île :

Les violences intra-familiales ont été identifiées comme préoccupation majeure lors de l'enquête citoyenne ARS. Le nombre de plaintes pour violences conjugales a notamment augmenté de 14% en 2020.

#### TYPES DE VIOLENCES SUBIES AVANT 18 ANS DANS LA FAMILLE OU L'ENTOURAGE PROCHE (%)

Type de violences	La Réunion		France métropolitaine	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Violences psychologiques et verbales	21,3	18,4	14,2	9,5
Violences physiques	8,6	5,8	7,7	7,2
Violences sexuelles	6,6	0,9	4,6	0,7
Indicateur global (au moins un de ces types de violences)	26,1	19,5	17,6	12,9
Effectif enquêté	2 209	860	15 556	11 712

Enquête VIRAGE – dans Cairn, Les femmes sur l'île de La Réunion fortement exposées aux violences pendant l'enfance et l'adolescence

#### La prise en charge de ces situations a commencé à se structurer au sein des hôpitaux du GHT, au travers notamment :

- De nouveaux moyens dédiés à la victimologie,
- De la création de l'unité médico-judiciaire à St Pierre,
- Des dispositifs de pré-plainte depuis les services d'urgence,
- Des formations déployées dans les services,
- De la création d'une équipe mobile de médecine légale,
- Des référents financés (mais pas d'équipes dédiées).



## Projets territoriaux structurants à 5 ans

Face à ces constats, les orientations retenues par le groupe de travail s'organisent autour de :

- **La consolidation d'une filière globale sur chaque territoire, allant du repérage à la prise en charge du psycho trauma** grâce à l'installation de Maisons des femmes, de la mère et de l'enfant sur les 4 territoires de proximité. En réponse au cahier des charges de l'ARS, ces structures de référence pour la prise en charge des violences répondront aux missions suivantes : accueillir et prendre soin des femmes, de la mère et de l'enfant victime, organiser le dépôt de plaintes ou le recueil de preuves sans plaintes in situ, assurer la fonction ressource en victimologie et assurer une réponse de proximité grâce à une implantation sur chaque site des établissements de santé publics,
- **L'acculturation et l'accompagnement des professionnels de santé pour qu'ils repèrent et orientent les victimes de violences :**
  - La mise en place d'un parcours hospitalier pour les violences intra-familiales, qui s'appuie sur une meilleure connaissance réciproque entre les acteurs de la prise en charge et sur la définition des process communs pour : améliorer le repérage des violences, fluidifier le parcours des victimes au sein de chaque établissement et formaliser la coordination entre les acteurs hospitaliers ainsi que les liens avec les acteurs extrahospitaliers (signalement à la justice, au département pour les enfants...),
  - La sensibilisation des professionnels hospitaliers au repérage et à l'adressage des violences intra-familiales tels que définis dans le cadre des parcours (cf. projet 12.2),

- La communication et la sensibilisation des acteurs externes (médecins généralistes, infirmiers, intervenants auprès des personnes âgées, ...) au repérage et à l'adressage des violences intrafamiliales.

- **L'ajustement des dispositifs d'accueil en victimologie adulte et pédiatrique en fonction des évolutions de la file active**, afin d'apporter une réponse au repérage des violences dans les quatre zones de proximité de La Réunion.

Les partenaires de cet axe sont :

- Les institutions : ARS, Département, Justice,
- Les partenaires hospitaliers : [l'UM], les services d'accueil des urgences du GHT, tous les professionnels pouvant ressentir la nécessité d'être sensibilisés au repérage des violences et à l'adressage des victimes de ces violences,
- Les professionnels de santé de ville,
- Le centre régional de psycho trauma,
- Les associations, le réseau VIF, Intim'Agir,
- L'Ordre des Avocats.

Les instances spécifiques de cet axe sont :

- L'instance régionale sur les VIF à installer (*notamment si financement externe sollicité pour les Maisons des femmes, de la mère et de l'enfant*),
- Les instances de suivi du PMSP.



Fiches actions

**Projet 12.1. Installer des Maisons des femmes, de la mère et de l'enfant sur les 4 territoires de proximité**

<b>Pilotes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 chef de projet par territoire</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<p>Pour chaque site d'implantation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Définir un lieu d'implantation et des modalités de fonctionnement (mode de prise en charge, référent de coordination, continuité de l'offre)</li> <li>Recruter des personnels médicaux et paramédicaux qualifiés</li> <li>Organiser la coordination avec l'ensemble des partenaires et établir des conventions le cas échéant</li> <li>Structurer l'accès aux spécialités médicales de l'hôpital</li> <li>Assurer le financement de la structure (recettes d'activité, subvention ARS, autres ressources)</li> <li>Assurer un partage des pratiques via 2 réunions / an de coordination territoriale</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<p>Charges :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RH (médecins spécialistes, sages-femmes, IDE de coordination de parcours, psychologue, travailleur social, assistant médico-administratif)</li> <li>Aménagement</li> <li>Equipements</li> </ul> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recettes d'activité en hospitalisation de jour hors établissement de santé et sans acte classant, conformément à l'instruction frontière de 2020</li> <li>Subvention fléchée de l'ARS La Réunion et autres sources de financement incluant la mutualisation des dispositifs existants et la recherche de mécénat privé</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Première implantation</li> </ul> <p><b>2028 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 Maisons des femmes installées</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de victimes prises en charge par territoire d'implantation</li> </ul>

**Projet 12.2. Mettre en place un parcours hospitalier pour les violences intra-familiales**

<b>Pilotes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 chef de projet par territoire</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Désigner des référents dans les services concernés par le repérage</li> <li>Définir et formaliser les responsabilités des différents intervenants</li> <li>Elaborer les processus de prise en charge entre les intervenants du parcours hospitalier</li> <li>Organiser une réunion régulière des intervenants (périodicité à définir)</li> <li>Communiquer vers les partenaires sur le parcours et ses acteurs</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps de coordination (chef de projet, secrétariat)</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2024 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Référents désignés et parcours formalisé</li> </ul> <p><b>2025 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rôles des référents formalisés</li> </ul> <p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Processus de prise en charge validés et effectifs</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de parcours définis (cible : 3 = femmes / enfants / hommes) par localisation</li> </ul>

### Projet 12.3. Sensibiliser les professionnels hospitaliers aux violences intra-familiales

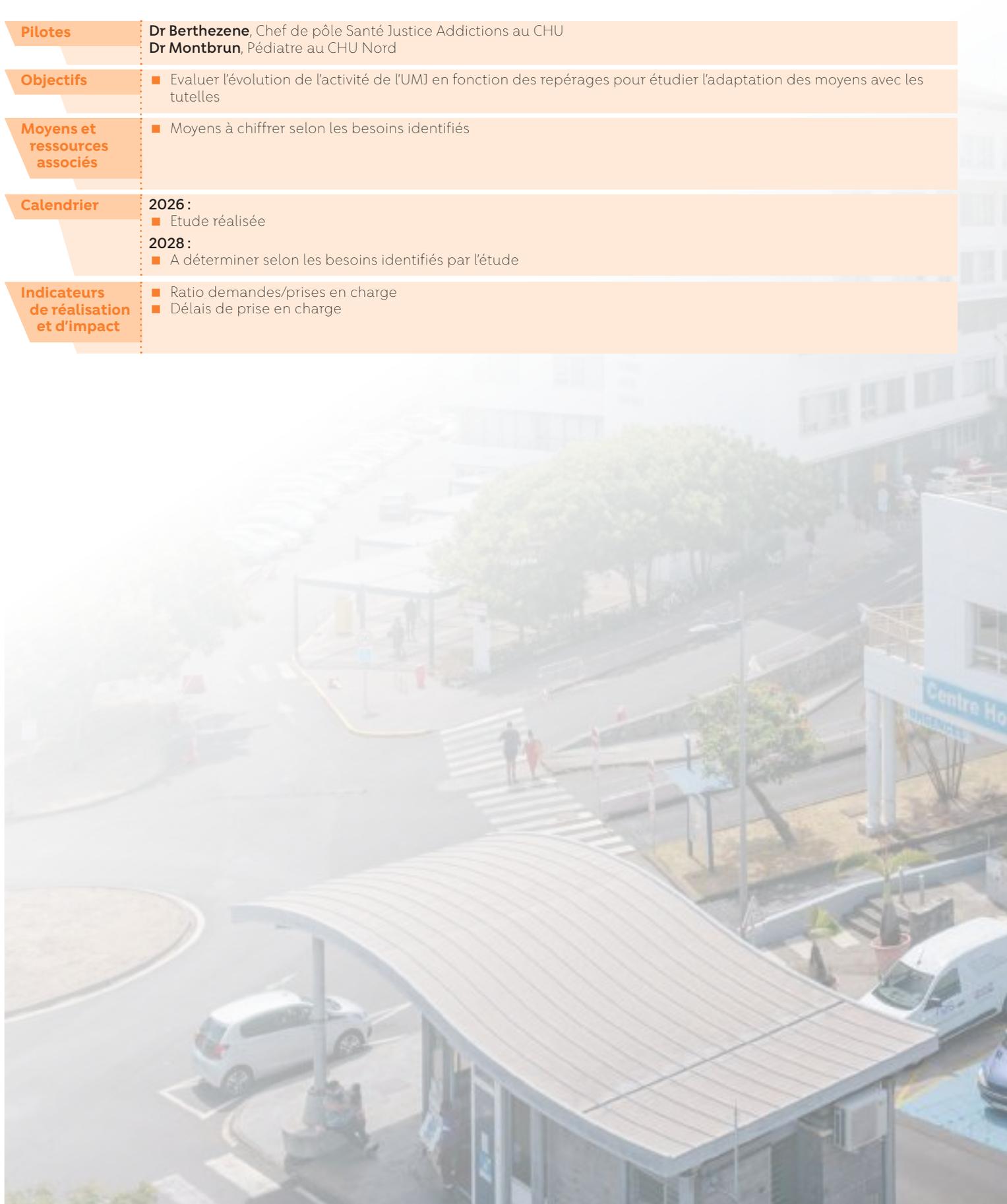
<b>Pilotes</b>	■ 1 chef de projet par territoire
<b>Objectifs</b>	■ Lister les professionnels à former ■ Désigner les professionnels en charge de la formation ■ Définir le contenu de la formation
<b>Moyens et ressources associés</b>	■ Temps de formateur (profil à définir)
<b>Calendrier</b>	Prérequis : définition des parcours <b>2025 :</b> ■ Liste des professionnels à former consolidée, formateurs désignés et contenu de la formation défini <b>2027 :</b> ■ Formation démarrée
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	■ Nombre de professionnels formés au repérage (professionnels soignants, professionnels non soignants)

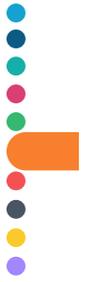
### Projet 12.4. Communiquer et sensibiliser les acteurs externes

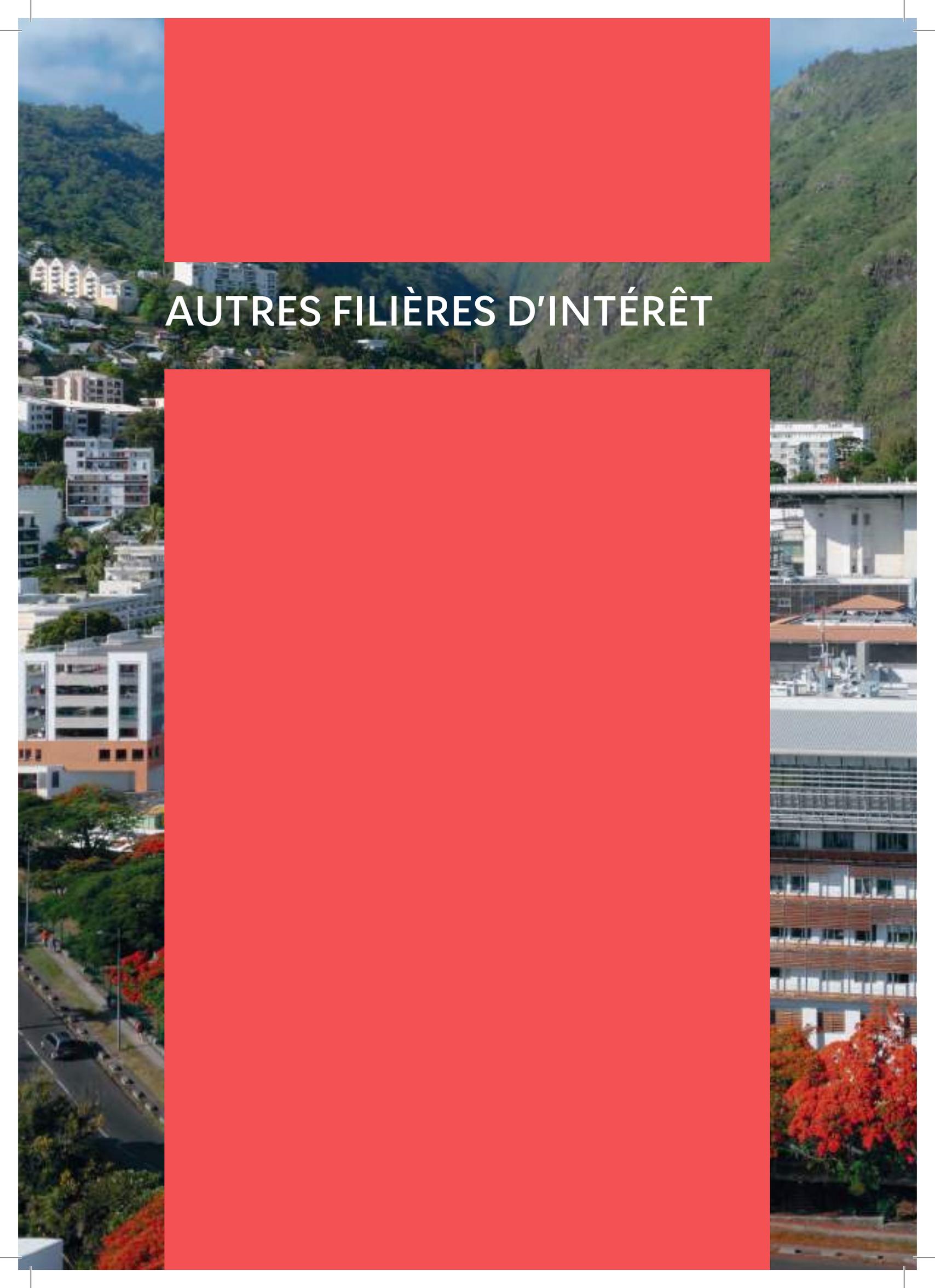
<b>Pilotes</b>	■ 1 chef de projet par territoire
<b>Objectifs</b>	■ Lister les acteurs externes à sensibiliser ■ Diffuser auprès de ces acteurs un ensemble de ressources (supports) de sensibilisation ■ Protocoliser le partage d'informations préoccupantes entre les acteurs hospitaliers, la médecine de ville, les acteurs du social...
<b>Moyens et ressources associés</b>	■ Chef de projet/gestion administrative ■ Coût des supports de sensibilisation
<b>Calendrier</b>	Prérequis : définition des parcours <b>2026 :</b> ■ Liste des acteurs à sensibiliser consolidée <b>2027 :</b> ■ Supports de sensibilisation définis et élaborés <b>2028 :</b> ■ Sensibilisation réalisée et protocoles rédigés
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	■ Nombre d'acteurs sensibilisés au repérage (professionnels de ville, associations...)

## Projet 12.5. Ajuster les dispositifs d'accueil en victimologie adulte et pédiatrique en fonction des évolutions de la file active

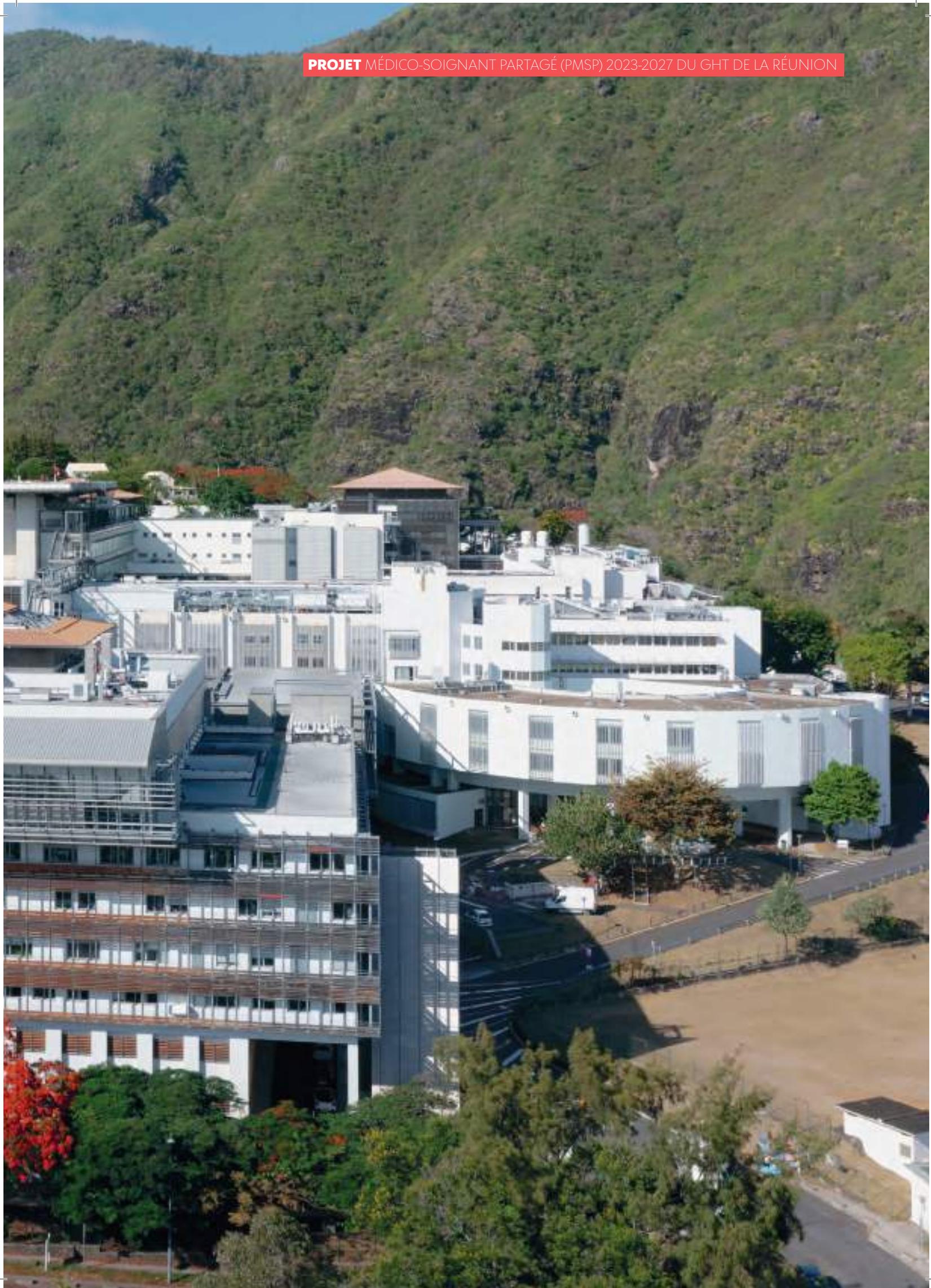
<b>Pilotes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dr Berthezene, Chef de pôle Santé Justice Addictions au CHU</li> <li>Dr Montbrun, Pédiatre au CHU Nord</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluer l'évolution de l'activité de l'UMJ en fonction des repérages pour étudier l'adaptation des moyens avec les tutelles</li> </ul>
<b>Moyens et ressources associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Moyens à chiffrer selon les besoins identifiés</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<p><b>2026 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Etude réalisée</li> </ul> <p><b>2028 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ A déterminer selon les besoins identifiés par l'étude</li> </ul>
<b>Indicateurs de réalisation et d'impact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ratio demandes/prises en charge</li> <li>■ Délais de prise en charge</li> </ul>







# AUTRES FILIÈRES D'INTÉRÊT



## AVC

### Constats et enjeux du PMSP

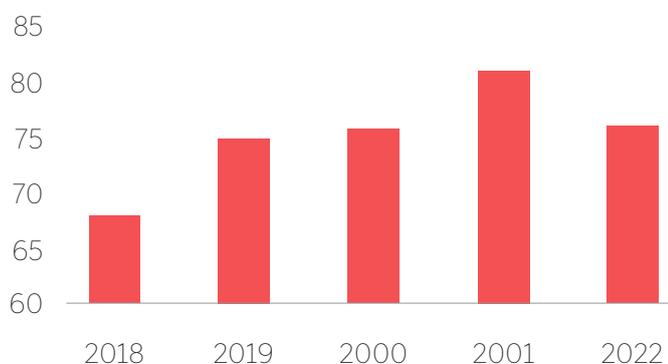
Les AVC représentent la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité sur l'île ; l'incidence est de 900 nouvelles admissions en 2019 contre 700 en moyenne sur la période 2009-2011 ; sa prévalence est quant à elle de 1 132 personnes en ALD / 100 000 habitants en 2019, plaçant La Réunion en 2<sup>ème</sup> position à l'échelle nationale.

Les ressources humaines hospitalières sont insuffisantes pour répondre aux besoins de prise en charge : 16,7 ETP de neurologues sont recensés en 2021, soit un écart de 5,3 ETP à la cible actuelle et 8 ETP à 5 ans (ANFH) ; cette situation empêche le renforcement de l'appui opérationnel à Mayotte.

L'activité hospitalière n'a cessé d'augmenter, passant de 889 séjours pour AVC en 2006 recensés à 1673 en 2019 et 2009 en 2022. Si cette tendance se poursuit, on peut prévoir plus de 3300 séjours pour AVC en 2032.

L'activité de thrombectomie se développe depuis 2018 malgré une diminution apparente en 2022 (source : DIM CHU) :

#### ACTES DE THROMBECTOMIE - 2018 À 2022 DONNÉES CHU



#### La filière est globalement structurée :

- La prise en charge est structurée au sein de chaque zone : Nord-Est / Sud-Ouest, avec une Unité neurovasculaire et Unité de soins intensifs de neurovasculaire par zone,
- La thrombolyse est réalisée au CHU Nord et Sud par les neurologues ; au CHOR par les neurologues du CHOR en horaire de journée en semaine, et par télé-AVC en horaire de permanence des soins (nuit, WE, jours fériés) ; au GHER par les neurologues du CHU Nord, en présentiel ou par télé-AVC,
- Les thrombectomies sont réalisées par les neuroradiologues interventionnels au CHU Sud,
- Les hospitalisations sont réalisées en UNV au CHU

Nord et Sud pour une partie des patients mais les capacités ne permettent pas d'y accueillir l'ensemble des patients ayant subi un AVC :

- Les patients souffrant d'un AVC au GHER ou au CHU Nord sont actuellement hospitalisés en unité neurovasculaire au CHU Nord,
- Les patients souffrant d'un AVC au CHOR ou au CHU Sud sont actuellement hospitalisés en unité neuro-vasculaire au CHU SUD,
- La place privilégiée du CHU Sud comme centre de recours pour tous les AVC les plus sévères, candidats à une thrombectomie, justifie une présence médicale accrue, sur site, avec la création d'une garde sur place. Cette garde n'est aujourd'hui pas mise en place en raison d'un manque d'effectif médical au CHU Sud.

En ce qui concerne Mayotte :

- Un appui du CHU Nord et CHU Sud est organisé en alternance (jours pairs - impairs),
- L'appui pour la réalisation des thrombolyse se fait par téléphone, avec un accès aux images par le PACS,
- L'appui en expertise clinique est réalisé par mail.

**Problématiques liées au télé-AVC :** la filière télé-AVC actuelle rencontre plusieurs difficultés : communication complexe, appels multiples entre intervenants, accès aux images (IRM, scanner) en astreinte, traçabilité des avis (l'outil de traçabilité historique COVOTEM n'est plus utilisé depuis plusieurs années).

Pour répondre à ce besoin, en concertation avec l'ARS, des solutions ont été étudiées sur 2022 et 2023 :

- Un outil de communication, pour faciliter les échanges entre les acteurs du télé-AVC (en phase d'évaluation), et l'accès aux images en astreinte,
- Un outil de traçabilité (« SOS AVC ») des décisions thérapeutiques et d'amélioration de l'accès aux images en astreinte (en cours de déploiement, effectif au cours de l'année 2023),
- Un protocole de communication et de traçabilité, proposé et retenu en Comité territorial AVC (CHU Nord, SUD, CHOR, GHER, Mayotte) en prenant appui sur les 2 outils cités ci-dessus,
- Un protocole régional de prise en charge du patient AVC (en cours de rédaction).

#### Les enjeux identifiés pour le PMSP sont les suivants :

- Développer l'offre en thrombectomies, offrant un bénéfice accru si réalisées dans les meilleurs délais. Actuellement orientée vers Saint Pierre sans passer par les urgences de l'hôpital de proximité, cette

prise en charge est particulièrement bénéficiaire au bassin de population Ouest (filière Sud- Ouest déjà en place, proximité géographique). Elle est en cours d'évaluation,

- Augmenter le capacitaire en UNV offrant aux patients souffrant d'AVC sévères un bénéfice largement démontré. Face aux besoins d'accueil croissants, les développements suivants sont à l'étude : UNV de proximité sur le GHER (PMS GHER 2023-2027) et au CHOR ; augmentation du capacitaire en UNV de 9 lits sur le CHU Sud à horizon 2024. Le personnel médical nécessaire aux soins de ce nouveau service ou du développement de cette filière neurovasculaire Nord-Est doit être sécurisé, la problématique d'attractivité des postes médicaux pour les établissements du Nord et de l'Est vient retarder la mise en œuvre du projet Nord-Est,
- Formaliser certains protocoles notamment : le protocole régional de prise en charge précoce des AVC à La Réunion, clinique et radiologique ; le protocole des transferts de patients en proximité à l'issue des phases aiguës (aval Nord / Sud ; retours Mayotte, SMR),
- Construire une pratique commune en regard de l'évolution des pratiques et du turnover des équipes médicales et paramédicales, passant par des formations ciblées (Médecins : urgentistes, neurologues ou assimilés ; autres soignants : session de formation d'IDE référents AVC au sein des UNV, des nouveaux IDE à la thrombolyse, à l'évaluation précoce et au suivi des AVC),
- Renforcer la prévention et l'éducation thérapeutique du patient dans la continuité des actions entreprises dans le cadre PMSP 1.



Projets territoriaux structurants à 5 ans

Projet 1	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Protocoliser le parcours patient	M. Bintner G. Mirebeau	Régional	NC	2023-2025 Point d'étape 2024 : CMG
Projet 2	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Renforcer l'offre neurovasculaire à l'échelle territoriale	J.P. Serveaux G. Mirebeau	Régional	Garde régionale : + 1 ETP PH : 172 027 € - moyens ARS-PDSES  Augmentation capacitaire + 1 ETP PH -> Financement T2A / en attente de chiffrage établissement	2023-2027 <b>Point d'étape</b> 2024-2025 CMG <b>Comité stratégique</b> <b>Indicateur</b> : nombre de lits supplémentaires installés
Projet 3	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Former les urgentistes et les soignants aux RCP	F. Nativel M. Bintner A. Poupel	Territorial	ARS Budgets de formation des établissements	2023-2027 <b>Indicateurs</b> : Nombre de PH et soignants formés Nombre de formations Nombre de RCP réalisées Étape : 2025 CMG - CSG
Projet 4	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Développer l'éducation thérapeutique du patient et la prévention	G. Sautron E. Larcher	Territorial	ARS CHU GHER CHOR  1 ETP IDE par site avec 1 médecin porteur de projet soit 4 IDE = 282 400€	2023-2027 Étape 2025 CMG CSG <b>Indicateur</b> : Nombre de formations ETP-consultations post AVC Nombre d'actions de prévention IPA formés





# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

## Constats et enjeux du PMSP

### Une prévalence de l'IRC très supérieure à la métropole, une prise en charge tardive

La néphropathie chronique concerne 3 990 Réunionnais, et le territoire enregistre 600 cas de néphropathie chronique grave pour 100 000 hab. contre 372 en métropole.

Par ailleurs, la prévalence est particulièrement critique pour l'insuffisance rénale chronique terminale.

Cette prévalence est plus marquée dans le Sud et l'Ouest, et moindre dans l'Est.

Parallèlement, cette spécialité est classée 1ère du palmarès des 5 spécialités avec les plus importants besoins de recrutement de Praticiens Hospitaliers d'après l'étude réalisée par l'ANFH.

Afin de mieux comprendre et de prévenir les retards de prise en charge constatés par les équipes, une évaluation sur les causes de débuts de dialyse en urgence en 2022 est en cours (étude PEPER). D'autres travaux régionaux pourront être proposés selon les résultats obtenus.

### Un taux de recours à la greffe très bas

Le ratio de personnes greffées pour 10 personnes dialysées est de 2 à La Réunion, tandis qu'il est de 5 au niveau national.

Le taux de greffe est quant à lui de 35,2 par million d'habitants contre 54,1 au niveau national.

### Des projets structurants pour le territoire

Des projets d'adaptation de l'offre au CHU et au CHOR sont portés dans les Projets médico-soignants des établissements, notamment d'augmentation capacitaire, de suivi post-greffe au Nord, de développement des explorations fonctionnelles et des bilans pré-greffes et de structuration de la filière de néphrologie au CHOR. L'installation de la télé dialyse à Cilaos permettra également d'assurer cette prise en charge en proximité.

### Des enjeux majeurs à porter dans le PMSP et dans le PRS :

Les équipes ont identifié 5 enjeux à porter dans le PMSP, en cohérence avec le PRS :

- La stabilisation des effectifs de néphrologues pour pouvoir développer les projets,
- La rationalisation de l'offre de dialyse pour réduire la pression sur les effectifs de néphrologie,
- L'amélioration de la communication des dossiers médicaux entre les structures,
- L'organisation du soutien à Mayotte en cohérence avec la situation de l'offre sur Mayotte et les moyens de La Réunion,
- Le développement de la recherche clinique qui est une priorité transversale.



Projets territoriaux structurants à 5 ans

Projet 1	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Assurer le relais de PEC de l'enfant au passage à l'âge adulte et éviter les ruptures de parcours	Dr DUNAND	Nommer un référent médical par territoire pour faciliter l'orientation et le suivi des jeunes adultes	SO	2 <sup>ème</sup> semestre 2023
Projet 2	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Améliorer la communication entre les acteurs prenant en charge les MRC à l'échelle régionale	Pr VACHER-COPONAT	Définir un programme de travail en commun et organiser 2 à 3 réunions par an pour mettre en œuvre ce programme et favoriser des relations régulières	Organisation via l'association des néphrologues (ARN)	A partir du 2 <sup>ème</sup> semestre 2023
Projet 3	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Faciliter le partage d'informations médicales et paramédicales sur le territoire	M. VIAL Philippe Dr BAILLET	Valider un format régional de synthèse médicale Travailler avec les éditeurs sur l'intégration de cette synthèse dans le DMP	Appui de l'ARS et du GCS TESIS si nécessaire	2024 2024-2026
Projet 4	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Conforter les ressources médicales et paramédicales en néphrologie	Pr Vacher-Coponat D. Volia	Obtenir la reconnaissance de 3 postes d'internes chaque année dans l'optique de remplacer les départs à la retraite (> 5 sur 40 dans les années à venir) PNM : Anticiper et assurer la formation continue des IDE sur les différentes techniques (DP, rhéophère...)	Financement ARS des postes d'internes  Financement ANFH des IDE (priorité à inscrire au plan de formation des établissements)	2024

# SOINS PALLIATIFS

## Constats et enjeux du PMSP

D'après la loi 99-477 du 9 juin 1999, « toute personne malade, dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

Les EMSP ont des missions cliniques intra et extrahospitalières, ainsi que des missions de formation et de recherche.

Il existe un retard structurel en termes de moyens dans le cadre de la médecine palliative à La Réunion dont l'exercice repose quasi exclusivement sur les EMSP. La mort est moins fréquemment institutionnalisée à La Réunion comme aux Antilles qu'en Métropole : 40% des décès surviennent à domicile en Outre-Mer contre 25% en Métropole, ce qui motive au développement et au renforcement des EMSP sur le territoire.

Une évolution du nombre de personnes à accompagner en fin de vie est attendue en raison du vieillissement de la population, de la croissance majeure de l'incidence des polyopathologies complexes, une démarche palliative pouvant intéresser des situations multiples

et à tout âge de la vie (cancérologie, hématologie, gériatrie, poly handicap).

### Des projets portés en commun, une collaboration ancienne et satisfaisante :

- Collaboration clinique,
- Collaboration au sein de formation,
- Travail en filière (ville-hôpital et public-privé).

### Mais :

- Un retard structurel majeur : 0,7 LISP / 100 000 habitants vs 2,1 LISP / 100 000 habitants au niveau national,
- Des spécificités territoriales fortement marquées : des dimensionnements et des fonctionnements d'équipe hétérogènes, des files actives différenciées selon les spécialités médicales territoriales et des bassins de recrutement variés.

## CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS



CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS

	Nord	Ouest	Sud	Est
<b>EMSP</b>	2,3 ETP de médecin, 2,8 ETP d'IDE, 1 ETP de psychologue, 0,1 ETP d'assistant de service social, 1 ETP secrétaire.	1,4 ETP de médecin, 2 ETP d'IDE, 1 ETP de psychologue.	2,4 ETP de médecin, 2 ETP de psychologue, 3 ETP d'IDE, 1 ETP AMA.	EMSP en cours de constitution, (appui du CHU Nord ; dotation jugée insuffisante (200K€ / an vs un besoin estimé à minima à 400K€) ne permettant pas de rattraper le retard structurel ; Effectif prévisionnel : 1,1 ETP de médecin, 1,5 ETP d'IDE, 0,8 ETP de psychologue et 0,5 ETP d'assistant médico administratif (AMA).
<b>LISP</b>	5 LISP (3 en pneumologie et 2 en médecine polyvalente).		10 LISP (3 en pneumologie, 3 en oncologie, 2 en médecine polyvalente et 2 en gériatrie à l'hôpital de Saint Joseph).	4 LISP attachés au court séjour gériatrique depuis août 2018.
<b>Commentaire</b>	Travail concerté avec Clinique Sainte Clotilde pour la prise en charge des patients en oncologie (HDJ oncologie) - mais manque de coordination : pas de logiciel commun, filières cloisonnées.	Retard de dotation de moyens Ouverture sur l'externe et le domicile pour s'adapter aux besoins du territoire.	Antériorité de l'équipe sur le territoire, activité en progression constante (+16% file active/an patients vu en consultation, + 45%/an des suivis et avis téléphoniques).	Numéro de téléphone interne sans temps dédié pour démarche palliative, limitation de soins, réflexion éthique concernant environ 40 patients par an, dont il est difficile de faire la promotion.

**A l'échelle régionale**, intervention de l'ERRSPP (Equipe Ressource Régionale Soins Palliatifs Pédiatrique) :

- 0,5 ETP médecin, 0,5 ETP Puéricultrice, 0,5 ETP Psychologue, 0,5 ETP secrétariat existants,
- Une demande faite auprès de l'ARS pour un 0,5 ETP médical et 0,5 ETP puéricultrice non obtenu à ce jour,
- Des moyens insuffisants pour assurer une couverture des besoins régionaux pédiatriques et une absence de relais pendant les absences et congés. Pas de LISP pédiatriques.

Les enjeux prioritaires au niveau régional sont :

- **Adapter l'offre** pour rattraper le retard structurel et anticiper l'évolution des besoins selon une vision commune. Projet de soutenir toutes les équipes

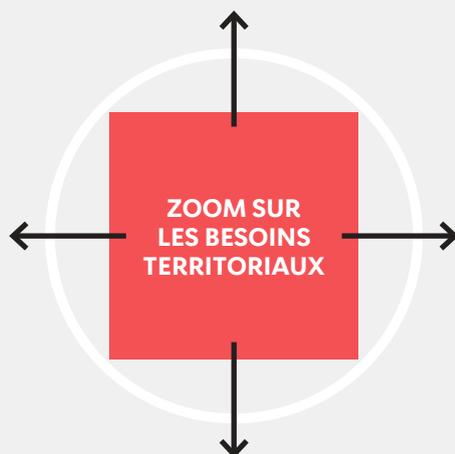
en moyens humains pour diminuer les délais d'intervention notamment au domicile et répondre aux besoins croissants de demandes d'avis en soins palliatifs à l'échelle régionale,

- **Poursuivre et enrichir le travail collaboratif** en lien avec les objectifs de création d'une cellule d'animation territoriale,
- **Offrir un niveau de formation en soins palliatifs** partagé par tous sur l'île.



**Pour le secteur Nord :** Augmentation du nombre de LISP de manière significative (5 à ce jour, au moins une vingtaine nécessaire sur la totalité de la filière chirurgicale et médicale) ; Augmentation du temps de l'ETP assistant de service social pour les prises en charge au domicile (dossier MDPH, aides en urgence, coordination...) ; Création d'un ETP psychologue pour développer le suivi en extérieur (domicile, aidants, suivi de deuil).

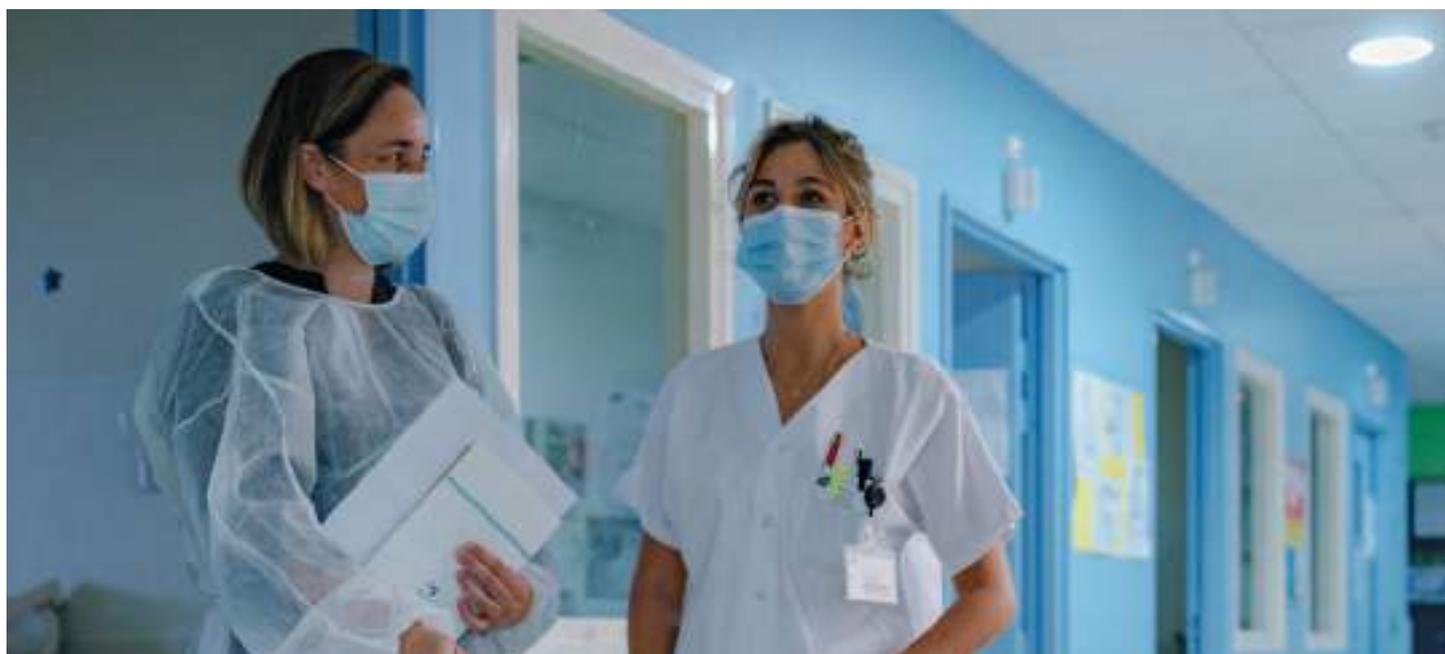
**Pour le secteur Ouest :** Filière oncologique en cours de construction avec des HDJ oncologiques à venir dans le cadre de l'extension du CHOR.



**Pour le secteur Est :** Projets dans le cadre du PMS en cours d'élaboration au GHER : Demande de moyens supplémentaires pour l'EMSP ; Demande de création de LISP sur le SMR ; Envisager une USP selon modalités à définir.

**Pour le secteur Sud :** Création d'une Unité de soins palliatifs de 12 lits d'hospitalisation complète (horizon 2024). Développement de l'activité d'hôpital de jour Soins palliatifs.

- **Pour l'ERRSPP :** Demande d'un 0,5 ETP médical + 0,5 ETP puéricultrice pour permettre de maintenir une activité régionale et répondre aux besoins et demandes. Cette demande a été transmise à la fédération des ERSSPP dans le cadre d'un audit national ; Demande de création de 3 LISP sur le pôle pédiatrique nord et 3 LISP sur le pôle pédiatrique sud.



Projets territoriaux structurant à 5 ans

Les différents projets ont vocation à être menés de manière conjointe et coordonnée pour préserver la cohérence du projet territorial et des besoins de chaque équipe selon leur secteur d'activité.

Projet 1	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
<b>Installer une cellule d'animation régionale</b>	Dr Carine Melchior-Hemmer, Référent médecine palliative CHU de La Réunion	Régional + en lien avec la ville, le privé et Mayotte	Dimensionnement à préciser en lien avec l'ARS sur la base de 3 ETP comportant un ETP médecin	2025
Projet 2	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
<b>Adapter l'offre progressivement en augmentant le maillage territorial autour d'une vision commune</b>	Dr Carine Melchior-Hemmer, Référent médecine palliative CHU de La Réunion	Régional	Cf besoins précisés dans les enjeux prioritaires 1 ETP (médical, paramédical ou psychologue selon les spécificités territoriales) pour chaque équipe de l'établissement du GHT	2024 création de l'EMSP Est 2025 -2026 renforcement des équipes du GHT
Projet 3	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
<b>Mettre en œuvre des RCP situations complexes</b>	Me Zohra Balbolia, cadre d'EMSP CHU Réunion	Régional, incluant les acteurs de la ville	0,1 ETP AMA = 6 650€ / annuel	2024
Projet 4	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
<b>Formations</b>	Pr Philippe WALKER, responsable EMSP CHOR	Ville ; HAD ; services de soins de l'Ile	Renfort de chaque équipe du GHT de 0,5 ETP (IDE ou psychologue) pour permettre des actions de formations territoriales pertinentes en lien avec la coordination de la cellule régionale : 146 300 K€	2025-2026
Projet 5	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
<b>Etude de faisabilité relative à la mise en place d'une astreinte SP</b>	Dr Carine Melchior-Hemmer, référente médecine palliative - CHU de La Réunion	Régional	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 médecin coordonnateur en lien avec la cellule d'animation régionale.</li> <li>■ Financement par l'ARS de l'astreinte médicale, du logiciel, d'une AMA.</li> </ul> Coût annuel d'une astreinte : 27 569 € (hors déplacements valorisés à 248,22 € brut par tranche de 5h)	2024



# URGENCES

## Constats et enjeux du PMSP

### Un recours aux urgences moins important qu'en métropole, une offre sensiblement inférieure

Le taux de recours aux urgences, selon les données du portrait de territoire réalisé par l'ORS, est de 206,4 passages aux urgences pour 1000 habitants à la Réunion contre 258 à l'échelle de la métropole. Ces passages ont augmenté de 2% entre 2017 et 2021.

Le taux de passages non suivis d'hospitalisation est de 14,2% contre 20,2% pour la France métropolitaine.

Le ratio de service d'urgences est plus de 2 fois inférieur à La Réunion qu'en métropole (0,46 pour 100 000 habitants contre 1,05 à l'échelle métropolitaine), faisant de l'île la 2<sup>ème</sup> région la moins bien dotée après Mayotte.

## CARTOGRAPHIE DES CAPACITÉS D'URGENCE



Projets territoriaux structurant à 5 ans

Projet 1	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Coordination des prises en charges des traumatisés graves : Formaliser la prise en charge des traumatisés graves en l'absence de trauma center	Dr Nativel Dr Gacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser et formaliser le parcours du patient traumatisé grave par son orientation vers le plateau technique le plus adapté via le médecin régulateur</li> <li>Participation/validation par tous les acteurs concernés</li> </ul>		2024
Projet 2	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Améliorer l'accès à tous aux soins urgents : Favoriser un égal accès aux soins urgents en moins de 30 minutes	Dr Mougin Dr Iacobelli	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création d'une 2<sup>ème</sup> ligne SMUR H24 au CHOR</li> <li>Formalisation des transports régionaux néonataux (bébé 0-30 jours, moins de 5 kg)</li> <li>Projet d'unités mobiles pré-hospitalières paramédicalisées, face à la démographie médicale (mutualisation potentielle avec le TIHH - transport infirmier inter hospitalier - pour le GHER)</li> <li>Création d'un comité pour évaluer le temps d'indisponibilité des SMUR dans leur territoire et après analyse, définir des actions d'amélioration</li> </ul>	<p>6 ETP PM</p> <p>PNM mutualisé avec le TIHH existant</p> <p>A approfondir en fonction de la réglementation et des besoins du territoire</p> <p>TIHH du GHER (FIR SMUR)</p>	<p>Janvier 2024</p> <p>2025</p>
Projet 3	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Amélioration des prises en charges spécialisées : assurer une prise en charge des soins spécialisés sur l'ensemble du territoire	Fédération des urgentistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACR RÉCUPÉRÉ : protocole régional à finaliser</li> <li>Formaliser une filière urgences mains : en cours CHU NORD (Dr Elodie PAYET)</li> <li>Structurer la filière cancérologie pour les patients consultants aux urgences, répertoire régional cancéro avec état des lits dispos le week-end, RCP ++, directives anticipées (Pr KETAB, Dr ZUNIC, ONCORUN)</li> <li>Faciliter l'accès aux soins des patients en situation de handicap en lien avec l'axe transversal Handicap)</li> </ul>		<p>2023</p> <p>2023</p> <p>2024-2025</p> <p>2024-2025</p>



Projet 4	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Améliorer la prise en charge et la coordination de l'aval des urgences psychiatriques	Fédération des urgentistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fonctionnement de l'ECLIPS (Dr APPAVOUPOLLE / Fédération des urgentistes)</li> <li>■ Homogénéisation des prises en charge en mettant en place une gestion documentaire commune</li> </ul>		A préciser
Projet 5	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Améliorer la qualité des soins lors du parcours du patient au sein des urgences	Cadre de pôle/cadre de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Développement d'IPA urgences à l'accueil (orientation des patients à l'accueil, sutures)</li> <li>■ Développement de la communication aux patients, au public et aux proches sur la prise en charge tout au long du passage aux urgences, communiquer sur le devenir : IDE ou agent de médiation (AS) accueil des familles H24 (formation régionale commune : médiation, gestion de la violence, communication)</li> <li>■ Sensibiliser les équipes sur les règles en matière de sûreté et sécurité</li> </ul>		2026
Projet 6	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Harmoniser les pratiques de gestion des urgences SSE sur le territoire	Dr Gacia/Dr Nativel/M. Domonte	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exercices communs GHT</li> <li>■ Harmonisation des procédures (plan NOVI)</li> </ul> <p><b>Formations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ SIM CUP organisée par le CHU SUD initialement puis par chaque CH</li> <li>■ Congrès Urgences en 2025</li> </ul>		En continu

#### Modalités de reporting au sein des instances du GHT :

Point d'étape aux différentes instances du GHT et du PMSP : Commission médicale de groupement, Commission soignante de groupement, Comité stratégique.

**Indicateurs :** Protocoles formalisés ; nombre de sorties SMUR ; nombre de transports TIIH.

# SOINS CRITIQUES

## Constats et enjeux du PMSP

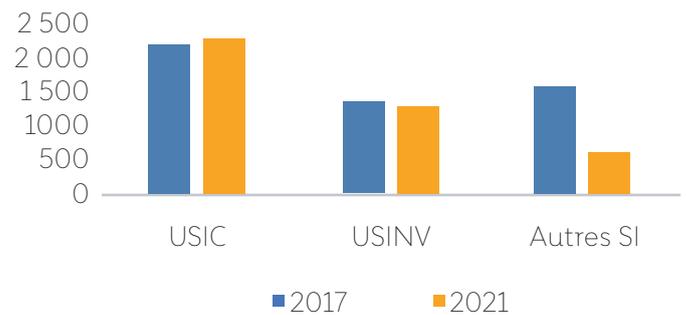
Les indicateurs d'activité montrent une diminution des séjours en surveillance continue et en soins intensifs entre 2017 et 2021, et une hausse des prises en charge en réanimation.

### NOMBRE DE SÉJOURS - SURVEILLANCE CONTINUE



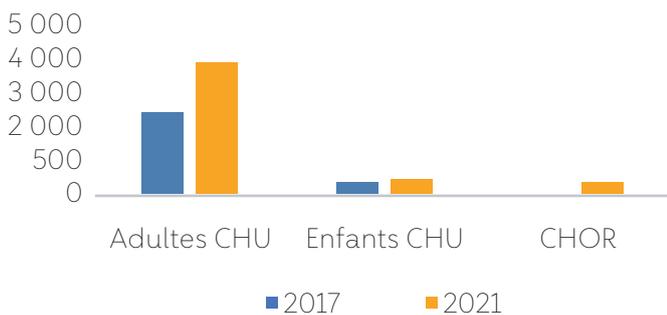
Source : SAE

### SOINS INTENSIFS - CHU



Source : SAE

### NOMBRES DE SÉJOURS EN RÉANIMATION



Source : SAE

La filière semble lisible avec des spécialisations identifiées au CHU Nord et au CHU Sud. L'augmentation capacitaire de 8 lits de réanimation au CHOR permet désormais un accès à cette spécialité et des surveillances continues sont disponibles sur les 4 territoires. Une fédération régionale a été créée pour poursuivre la structuration de la filière.

Les enjeux identifiés qui doivent être portés par la filière sont notamment la formalisation d'un plan d'armement des réanimations en capitalisant sur l'expérience acquise pendant la crise sanitaire du COVID, l'amélioration du pilotage des capacités avec des données quotidiennes et communes ainsi qu'un enjeu de partage des compétences.

### CARTOGAPHE DES CAPACITÉS DE SOINS CRITIQUES



## Projets territoriaux structurant à 5 ans

Projet 1	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Déployer le Dossier patient informatisé GRIMOIRES dans tous les services de réanimation	Dr Ocquidant Dr Jabot	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Toutes les réas</li> <li>■ Passage à 100% de prescriptions informatisées</li> </ul> A terme doit permettre d'harmoniser les prescriptions et protocoles de prise en charge	1 chef de projet pendant 1 mois par site + 1 hotline 7/7 pendant 3 mois	Fin 2024
Projet 2	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Uniformiser les ratios de personnel médical et paramédical dans les réanimations et soins intensifs pour améliorer l'attractivité	G. Selly Dr Mirre Dr Delmas	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Calcul des lits ouverts et des TO</li> <li>■ Mettre à plat les maquettes organisationnelles et les méthodes de calcul</li> <li>■ Évaluation des ratios médicaux et paramédicaux</li> <li>■ Effectuer les recrutements nécessaires en intégrant les contraintes (absentéisme, congés...)</li> </ul>	Temps DIM DRH DAM Cadres	Mi 2024 pour comparaison des maquettes
Projet 3	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Homogénéiser le parc matériel et les achats de DM lourds	Dr Ursulet Dr Delmas	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Réaliser un inventaire des matériels existants sur chaque site</li> <li>■ Comparer les couts achats</li> <li>■ Mettre en commun les achats des DM lourds</li> </ul>	Temps d'inventaire + Temps Achats/ DAF	Mi 2024 pour inventaire et comparaison des coûts
Projet 4	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Créer un DU infirmier de Réanimation à La Réunion	Dr Jabot Pr Couret	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Création du contenu</li> <li>■ Communication/recrutement des étudiants</li> <li>■ Doit à terme permettre d'accroître les compétences et le nombre de personnes qualifiées</li> </ul>	30 000€ pour temps création des contenus et financement des coûts	2025
Projet 5	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Créer un trauma center régional au CHU Sud	Dr Desvergez Dr Gacia (urg) Pr Couret	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nécessite l'identification des partenaires urgentistes et chirurgiens</li> <li>■ Définition du niveau de compétence attendu pour le personnel médical et paramédical</li> <li>■ Formation des personnels</li> <li>■ Mise en place de protocoles</li> <li>■ Définition et acquisition du plateau technique et du matériel nécessaire à un centre de niveau I ou A (neuroradio, neurochir...)</li> <li>■ Accréditation/visite de conformité</li> </ul>	1M€	2026

### Modalités de reporting au sein des instances du GHT :

- La fédération suit l'avancée des travaux,
- Elle rapporte annuellement à la Commission médicale de groupement, à la Commission soignante de groupement et au Comité stratégique.

## PHARMACIE

### Constats et enjeux du PMSP

La filière Pharmacie est mature et s'organise autour de la fédération de Pharmacie (issue de l'ancienne sous-commission), pilotée par un bureau (pharmaciens gérants PUI du GHT), coordonnée et représentée par un pharmacien coordonnateur.

Les projets balaient la majeure partie des activités de pharmacie hospitalière, beaucoup sont en cours

Un projet de Plateforme logistique partagée est en cours, pour lequel une étude de faisabilité a d'ores et déjà rendu un avis positif afin de répondre à la problématique de stockage des médicaments (espace insuffisant, multiplicité des zones de stockage, vétusté des locaux, augmentation de l'activité et par conséquent du besoin de stockage, crises sanitaires, fret, sociale...);

Les travaux sur la nutrition parentérale, les préparations hospitalières et les URC (unité de reconstitution des chimiothérapies) sont menés dans une optique GHT.

**Par ailleurs, les enjeux ayant été identifiés sont les suivants :**

- Faire aboutir le projet de Plateforme logistique partagée et sécuriser le stockage et l'approvisionnement en produits pharmaceutiques,
- Poursuivre le développement de la pharmacie clinique dans les établissements du GHT,
- Organiser la convergence des différents logiciels en cours de changement à l'échelle du GHT : logiciel de gestion économique et financière, logiciel métier et DPI,
- Recruter pour la recherche clinique très consommatrice de ressources (ARC, pharma, ...),
- Récupérer des postes d'internes car Il n'y en a plus actuellement, bien que la filière ait été auparavant attractive,
- Sécuriser les systèmes d'information impliquant les PUI du GHT. Installer les logiciels Pharma et OPTIM au GHER,
- Organiser pharmaceutiquement le repli et l'implantation des stérilisations, avec validation par l'inspection régionale de la pharmacie.



## Projets territoriaux structurant à 5 ans

Projet 1	Porteur/ Equipe projet	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Mettre en place une plateforme de stockage pharmaceutique pour le GHT	<b>Dr Celerier, Dr Ramon/</b>  Dr Chereau, Dr Celerier, Dr Decourchelle, Dr Faber	Achat, approvisionnement sérialisation, Stockage produits pharmaceutiques des PUI du GHT	Stockage pharmaceutique GHT : Selon étude opportunité positive validée par l'ARS : Etude, construction, équipement, aménagement, ressources humaines, informatiques, logistiques, transit, mutualisation : 12 millions euros travaux (hors terrain), 4 Millions euros équipements, terrain 20000 m <sup>2</sup> , bâtiment 8000 m <sup>2</sup> contenant 10000 palettes	2024-2026 : programme, APS, APD 2026-2028 : travaux
Projet 2	Porteur/ Equipe projet	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Ancrer l'approche parcours patient dans la prise en charge médicamenteuse	<b>Dr Faber /</b>  Dr David, Dr Peytral, Dr Ramon	Développement des activités de pharmacie clinique et du lien ville-hôpital Toutes les PUI du GHT : conciliation médicamenteuse selon les priorités de l'HAS En lien avec les services qualité / OMEDIT <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Procédures communes</li> <li>■ Fiches d'informations aux patients</li> <li>■ Partage de connaissances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CHOR et GHER : 1 pharmacien</li> </ul> 1 PPH tous les 2 ans <ul style="list-style-type: none"> <li>■ CHU nord : 2 pharmaciens</li> </ul> 2 PPH tous les 2 ans <ul style="list-style-type: none"> <li>■ CHU sud : 2 pharmaciens</li> </ul> 3 PPH tous les 2 ans	2024 : les pharmaciens et les premiers PPH 2026 : les autres PPH
Projet 3	Porteur/ Equipe projet	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Homogénéiser et faire évoluer les systèmes d'information	<b>Bureau de la fédération des pharmaciens du GHT/</b>  Dr Merger DPI, Dr Aliamus DMI	GEF, DPI, logiciels de pharmacie (gestion, chimio, stérilisation, traçabilité DMI, BP PREP, WMS)	Ressources humaines (pharmaciens, préparateurs, administratifs, informatiques) RH GEF et DPI : 1 pharmacien et 1 agent administratif par site (soit 2 pour le CHU) et pour 1 an renouvelable	2024 : OPTIM et pharma GHER GEF : 2025 DPI GHT : 2026 WMS plateforme : 2028

Projet 4	Porteur/ Equipe projet	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Développer la stérilisation	<b>Dr Rosbicki/</b> Dr Payrard, Dr Faber, Dr Ramon	Repli et implantation des stérilisations sur le territoire de La Réunion publiques et privées, contexte développement durable en territoire insulaire (diminution de l'usage unique et augmentation de l'activité hospitalière) Formalisation des rencontres (1j/an/agent) entre établissements de repli (montée de compétences) Outils communs <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Base d'échanges (site internet ...)</li> <li>■ Echanges autour des pratiques : séminaires sté</li> </ul> Formations collectives sur le développement des compétences	Locaux, équipements, système d'information, RH, logistique	Repli GHT 2024 Stérilisation CHU sud : 2023-2025 Stérilisation CHU nord : ?
Projet 5	Porteur/ Equipe projet	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Accompagner le développement des compétences	<b>Non défini</b> Référént issu du CHU	Reprendre le flux d'accueil des internes en pharmacie (Région Réunion-Mayotte) Développer les formations paramédicales : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nouvelles molécules</li> <li>■ Développement des compétences</li> <li>■ PPH : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Participation des PPH à la conciliation médicamenteuse</li> <li>● Formaliser le parcours VAE des PPH au sein des PUI du GHT</li> </ul> </li> </ul> Identifier les compétences de chaque site / mutualiser les compétences et expertises au sein du GHT / Cartographie des métiers et compétences GHT Journées Pharmacie : échanges, partage d'expériences, RETEX	Communication	2023 : reprendre le flux d'accueil des internes en pharmacie



Projet 6	Porteur/ Equipe projet	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Augmenter les ressources en pharmacotechnie	<b>Dr Drapeau/</b> Dr Faber, Dr Ramon, Dr Payrard	Préparations chimiothérapies, nutrition parentérale, préparations hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ressources humaines :               <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1 PPH /an toutes les 3000 préparations de chimiothérapie, nutrition parentérale domicile GHT : 1 PPH</li> </ul> </li> <li>■ 1 automate nutrition parentérale : 60000€ informatiques, logistiques</li> </ul>	2026 : 1 PPH (50Keuros/an) nutrition parentérale domicile GHT -2028 : 1 PPH supplémentaire pour le sous-traitant chimiothérapie
Projet 7	Porteur/ Equipe projet	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Développer la recherche et l'innovation	<b>Non défini</b> Réfèrent issu du CHU	Accès précoce, compassionnel, essais cliniques (médicaments et dm), médicaments de thérapie innovante (MTI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ressources humaines CHU : ARC 50000€/an,</li> <li>■ 1 pharmacien assistant 75000€/an, informatiques, locaux, équipements</li> </ul>	2023 : 1 ARC CHU 2025 : MTI CHU 1 pharmacien

#### Modalités de reporting au sein des instances du GHT :

- Point annuel en Commission médicale de groupement, Commission soignante de groupement, Comité stratégique,
- Point spécifique selon actualité et urgence.



## INFECTIOLOGIE

### Constats et enjeux du PMSP

La situation épidémiologique de La Réunion fait ressortir les éléments suivants : il s'agit d'un milieu tropical, isolé de la métropole, au milieu de l'Océan Indien, exposé aux zoonoses et aux arboviroses particulièrement (chikungunya, dengue...), avec de plus des expositions sensibles à la résistance bactérienne notamment en lien avec les autres îles de l'Océan Indien.

Ainsi, La Réunion est continuellement exposée aux infections : la leptospirose humaine y est 10 fois plus élevée qu'en hexagone, le chikungunya a émergé de façon massive en 2005-2006 et la dengue flambe depuis 2017. Depuis 2020, s'ajoute aussi le poids de la COVID-19 avec la description concomitante de co-infection DENGUE-COVID entraînant des incertitudes diagnostiques.

Cet axe de recherche est historique et a très largement bénéficié de l'expertise et de la dynamique de recherche des praticiens depuis les années 2000.

L'objectif principal de cet axe, en collaboration avec l'UMR PIMIT (Processus Infectieux en Milieu Tropical), est de poursuivre le développement de projets fédérateurs sur les plans clinique, translationnel et/ou épidémiologique. Ces projets s'inscrivent dans les thématiques d'intérêt local et visent à produire des connaissances propres et à améliorer la santé des populations de la zone Océan Indien.

Sur la période, le CHU de La Réunion engagera une réflexion en vue de centrer cet axe sur les maladies infectieuses émergentes ou à risque épidémique (Arboviroses) et leurs conséquences. L'élaboration d'un projet de recherche multicentrique partagé avec ses partenaires de la zone sera encouragé.

#### La filière est soutenue par différents acteurs :

- Services des maladies infectieuses et tropicales du CHU Nord et Sud,
- Infectiologues ou référents infectiologiques à la cliniques Ste Clotilde et au CHOR,
- Microbiologistes de l'île,
- Hygiénistes et référents,
- Tous les médecins amenés à prendre en charge des épidémies/pandémies.

#### Les problématiques et enjeux de la filière sont donc les suivants :

- La gestion du risque infectieux à l'échelle « One Health »,
- La préparation aux épidémies,
- Un focus particulier sur la lutte contre l'antibiorésistance,
- La surveillance et la prise en charge des IST.



## Projets territoriaux structurant à 5 ans

Projet 1	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Renforcer le dispositif de surveillance des bactéries résistantes	Dr MILTGEN Le CRAtb	Suivi des bactéries les plus résistantes au niveau régional	Un technicien Du temps Microbiologique Du matériel Environ 150 000€.	Mise en place dès que possible
Projet 2	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Mettre en place un centre de référence sur les infections ostéo articulaires (IOA)	Dr MANAQUIN Dr BOUILLOUX CHU Sud	Prise en charge à l'échelle régionale des patients présentant des IOA complexes	0.5 ETP secrétariat 1 ETP chirurgien ortho 0,5 ETP infectiologique Environ 287 000 €	Mise en place dès que possible
Projet 3	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Améliorer l'usage des anti infectieux	A définir	Dosage des anti infectieux		
Projet 4	Référent / Porteur	Périmètre et impact	Moyens-financements mobilisés	Calendrier
Améliorer la gestion des épidémies	A définir	Mise en place d'un plan de montée en charge des épidémies		

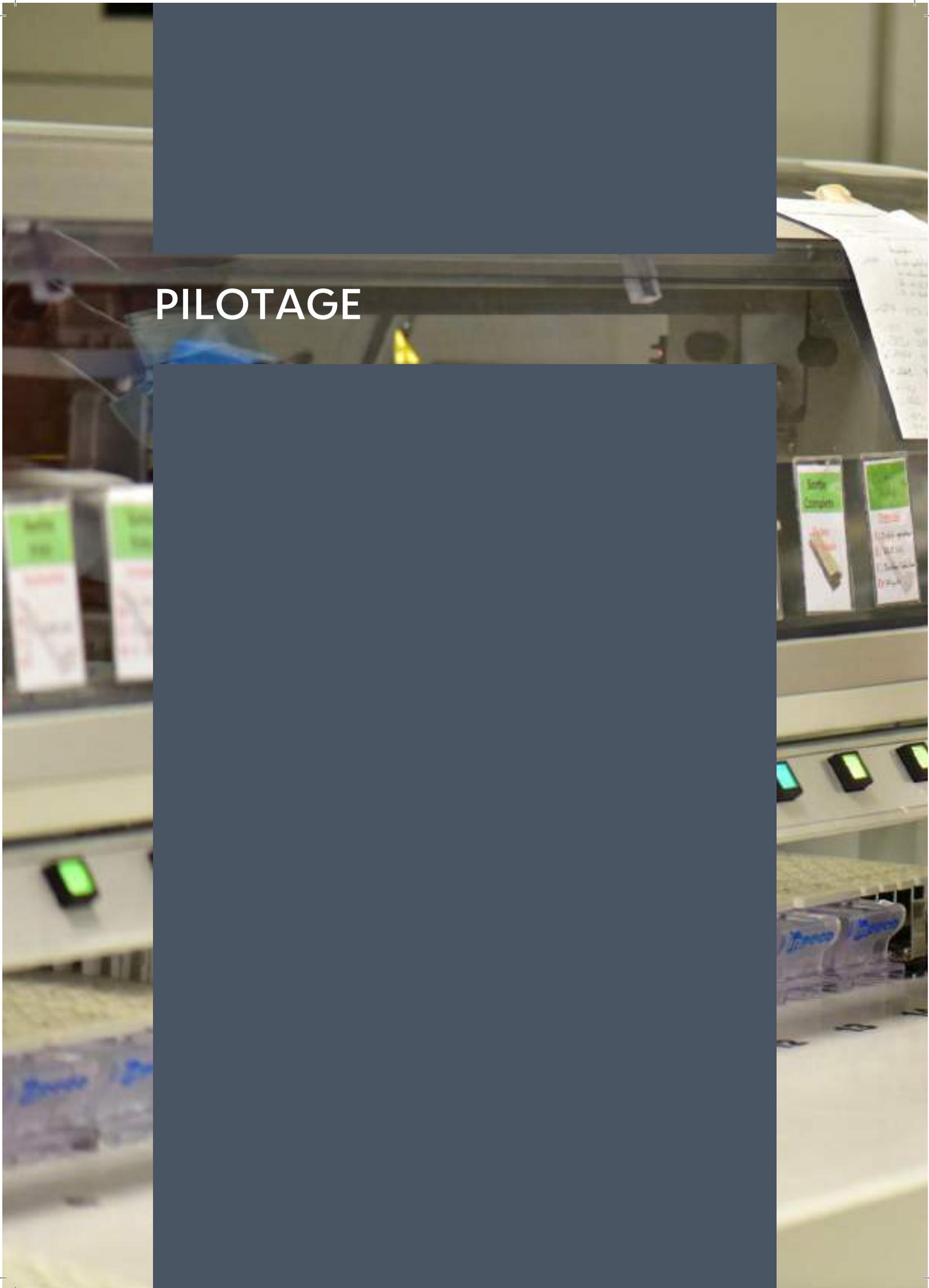
### Projet à long terme non encore défini mais à intégrer au niveau GHT :

Création d'une unité d'infectiologie régionale avec lits d'hospitalisation, secteur de recherche clinique et fondamentale, laboratoire de microbiologie, centre de dépistage, centre de vaccination, centre épidémiologique (SpF).

### Modalités de reporting au sein des instances du GHT :

- Présentation du suivi des résistances bactériennes régionales,
- Suivi du nombre de prise en charge d'IOA.

# PILOTAGE

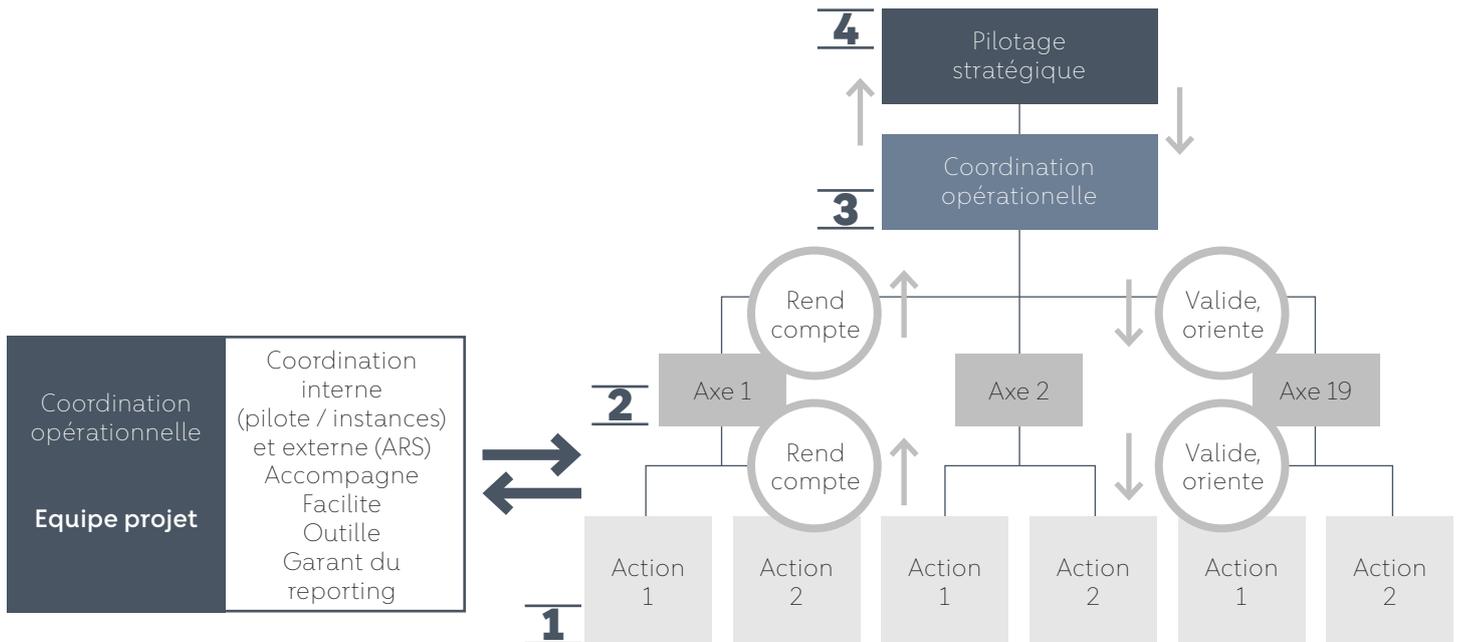




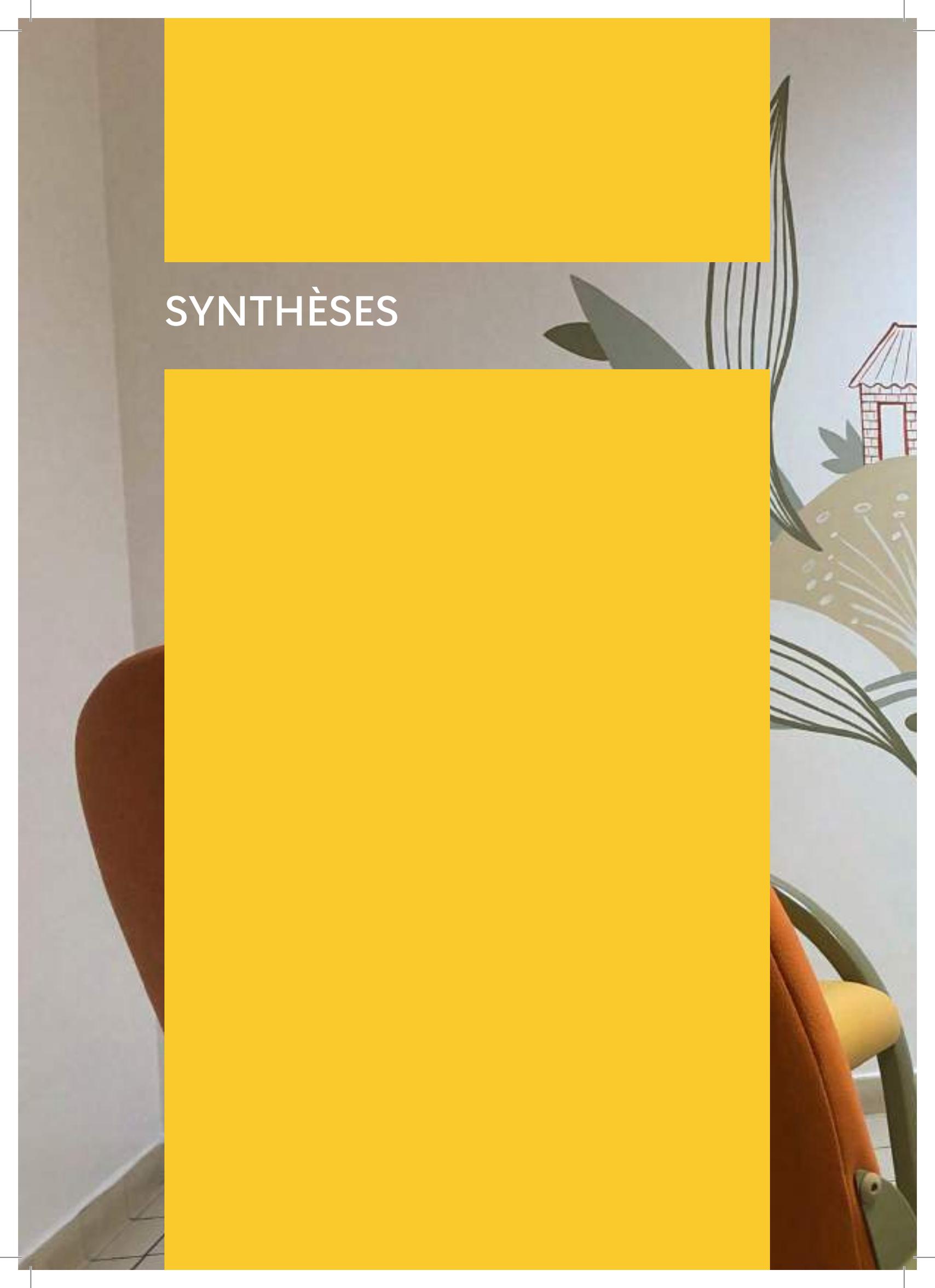
Le pilotage de la mise en oeuvre du PMSP est organisé autour des instances suivantes :

- Le comité stratégique du GHT, la commission médicale de groupement et la commission soignante de groupement,
- Le collectif des pilotes d'axes,
- L'équipe projet qui coordonne la mise en oeuvre du PMSP, appui le collectif des pilotes et organise le suivi par les instances du GHT.

**SCHÉMA GLOBAL DE GOUVERNANCE - PROPOSITION**





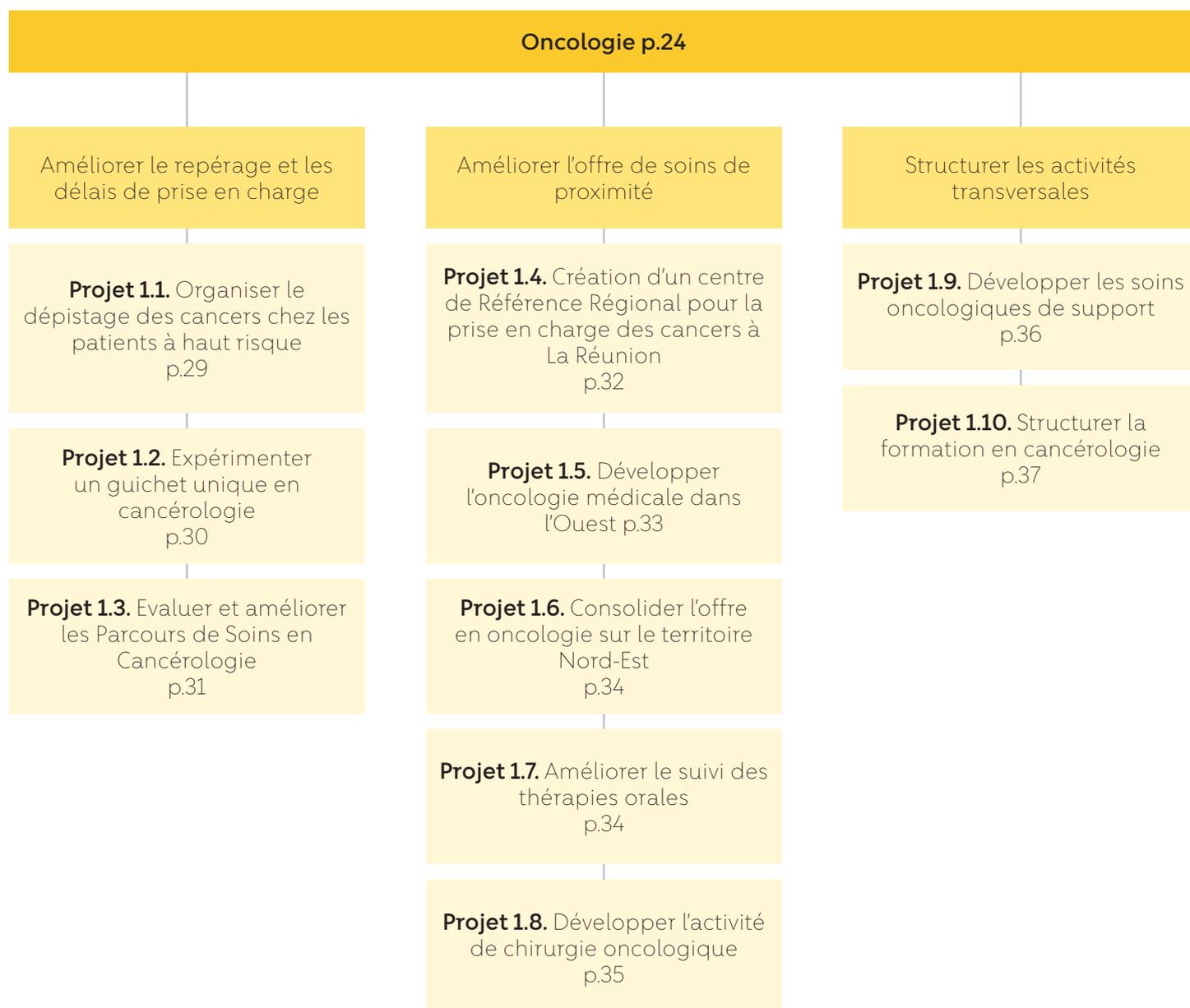


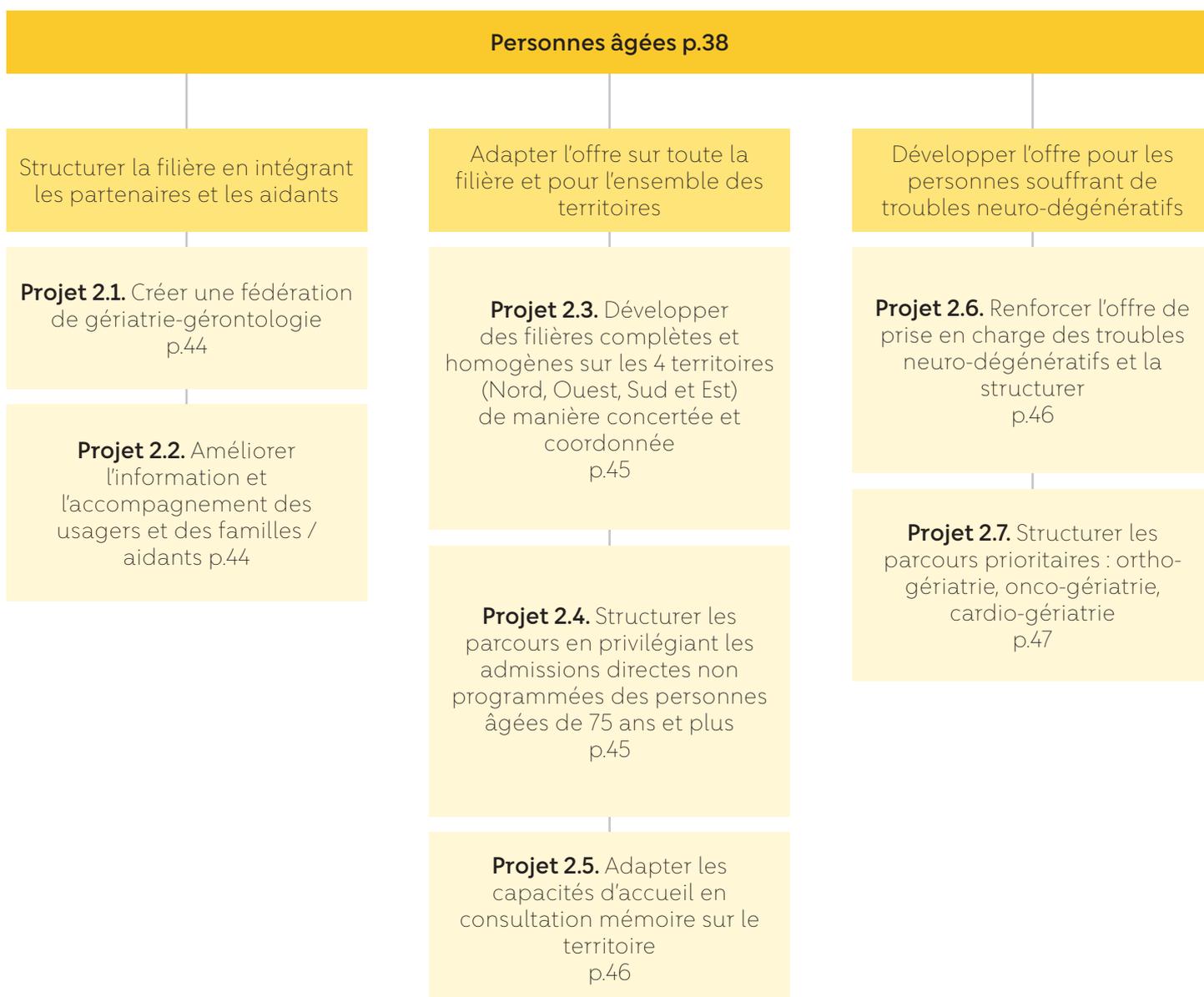
# SYNTHÈSES



## PLAN D' ACTIONS SYNTHÉTIQUE (OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELS)

### Filières prioritaires :





### Cardiologie p.48

Renforcer les ressources humaines

**Projet 3.1.** Renforcer les ressources humaines en Cardiologie p.51

Planifier les consultations exceptionnelles

**Projet 3.2.** Renforcer le dépistage et la prévention des pathologies cardiovasculaires fréquentes p.52

Faire évoluer l'offre de cardiologie interventionnelle

**Projet 3.3.** Développer l'offre de soins en cardiologie p.53

### Diabète et pathologies de la nutrition p.54

Structurer les parcours patients

**Projet 4.1.** Organiser au sein des établissements la prise en charge de nouveaux patients diabétiques p.58

**Projet 4.2.** Structurer la filière pied diabétique p.58

**Projet 4.4.** Poursuivre la structuration de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) p.59

Améliorer la prise en charge nutritionnelle

**Projet 4.3.** Consolider les moyens de fonctionnement du CLAN régional p.59

Faire évoluer la prise en charge du diabète de type 1

**Projet 4.5.** Généraliser et harmoniser l'utilisation des nouvelles technologies dans la prise en charge du diabète de type 1 p.60



## Santé mentale et addictions p.62

Adapter l'offre

**Projet 5.1.** Développer les prises en charge en pédo-psychiatrie : Unité Régionale de Médecine de l'Adolescent (URMA), Equipe Mobile (EM), Réseau Collaboratif (RC), Maison des Adolescents (MDA)  
p.65

**Projet 5.2.** Développer l'offre d'hospitalisation adulte en créant une unité d'hospitalisation complète sur le secteur Nord et une unité régionale de crise  
p.65

Réguler les demandes en lien avec les secteurs demandeurs (ville, MS) et la coordination avec les acteurs de la psychiatrie privée

**Projet 5.3.** Déployer une régulation harmonisée et structurer l'orientation en collaboration avec le secteur privé  
p.66

**Projet 5.4.** Mettre en place une régulation régionale - Création du SAS santé mentale (service d'accès aux soins)  
p.66

Former et sensibiliser les professionnels

**Projet 5.5.** Généraliser un programme de sensibilisation en SM des professionnels de santé  
p.67

**Projet 5.6.** Former et installer les Infirmiers de pratiques avancées  
p.67

Santé de la femme et de l'enfant p.70

Renforcer le suivi de grossesse

**Projet 6.1.** Améliorer l'identification des grossesses à risques (Prima Facie / Check) p.75

**Projet 6.2.** Améliorer le suivi des grossesses à risques (obésité) p.76

**Projet 6.2.** Améliorer le parcours IVG p.76

Améliorer la prise en charge néonatale et pédiatrique

**Projet 6.4.** Expérimenter les retours précoces à domicile (soins de néonatalogie à domicile - NEONADOM) p.77

Développer la prise en charge de la douleur pelvienne chronique et de l'endométriose

**Projet 6.5.** Développer la prise en charge de la douleur pelvienne chronique et endométriose p.77



## Synthèse des financements

### Attractivité et démographie des personnels médicaux et non médicaux p.80

Favoriser les recrutements prioritaires grâce à une stratégie partagée à l'échelle du GHT

**Projet 7.1.** Renforcer l'attractivité sur les spécialités prioritaires de manière coordonnée p.83

Promouvoir et accompagner le renforcement des compétences managériales

**Projet 7.2.** Promouvoir et accompagner le renforcement des compétences managériales p.83

Développer les pratiques et projets communs sur la QVTC et la prévention des risques

**Projet 7.3.** Développer les pratiques et projets communs sur la QVTC et la prévention des risques à l'échelle du GHT p.84



## Prévention p.85

Structurer la stratégie de prévention à l'échelle régionale

**Projet 8.1.** Structurer la stratégie de prévention à l'échelle régionale - Créer une équipe opérationnelle de prévention, conduire les projets et coordonner l'ensemble p.87

## Coopération avec Mayotte p.88

Renforcer la coopération médicale

**Projet 9.1.** Renforcer la coopération médicale au service de Mayotte p.89

Sécuriser le cadre des actions de formation

**Projet 9.2.** Sécuriser le cadre des actions de formation au bénéfice de Mayotte p.90



## Recherche p.91

Structurer l'organisation de la recherche

**Projet 10.1.** Structurer l'organisation de la recherche à l'échelle du GHT p.92

Renforcer la place et la visibilité de la recherche

**Projet 10.2.** Développer une culture scientifique et de recherche au sein du GHT p.92

## Handicap p.93

Structurer une gouvernance de l'accès aux soins des personnes handicapées, à l'échelle régionale et au sein des établissements

**Projet 11.1.** Déployer une gouvernance régionale pour piloter l'accès aux soins des personnes handicapées p.94

Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

**Projet 11.2.** Faciliter l'accès aux soins en améliorant les conditions d'accueil au niveau des services d'urgences et d'hospitalisation p.95

Faciliter l'accès aux consultations

**Projet 11.3.** Déployer un protocole d'accès aux consultations et activités de chirurgie p.95

## Violences intrafamiliales p.96

Consolider une filière globale sur chaque territoire

**Projet 12.1.** Installer des Maisons des femmes, de la mère et de l'enfant sur les 4 territoires de proximité p.98

Acculturer et accompagner les professionnels de santé

**Projet 12.2.** Mettre en place un parcours hospitalier pour les violences intra-familiales p.98

**Projet 12.3.** Sensibiliser les professionnels hospitaliers aux violences intra-familiales p.99

**Projet 12.4.** Communiquer et sensibiliser les acteurs externes p.99

Ajuster les dispositifs d'accueil en victimologie en fonction des évolutions de la file active

**Projet 12.5.** Ajuster les dispositifs d'accueil en victimologie adulte et pédiatrique en fonction des évolutions de la file active p.100



# GLOSSAIRE



<b>AGE</b>	Accueil gérontologique d'évaluation
<b>ALD</b>	Affection longue durée
<b>AMA</b>	Assistant médico-administratif
<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance
<b>ANFH</b>	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
<b>APA</b>	Activité physique adaptée
<b>ARC</b>	Attaché de recherche clinique
<b>AREAM</b>	Association réunionnaise pour l'allaitement maternel
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASE</b>	Assistant socio-éducatif
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral
<b>BPC</b>	Bonnes pratiques cliniques
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CAARUD</b>	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
<b>CAMPS</b>	Centres d'action médico-sociale précoce
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CETD</b>	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
<b>CHM</b>	Centre hospitalier de Mayotte
<b>CHOR</b>	Centre hospitalier Ouest Réunion
<b>CHU / CHRU</b>	Centre hospitalier universitaire / centre hospitalier régional universitaire
<b>CMG</b>	Commission médicale de groupement
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CM2R ou CMRR</b>	Consultation mémoire de ressource de recherche
<b>COSTRAT</b>	Comité stratégique
<b>CSG</b>	Conseil de surveillance de groupement / court séjour gériatrique
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSO</b>	Centre spécialisé de l'obésité
<b>CPTS</b>	Communautés professionnelles territoriales de santé
<b>DAC</b>	Dispositif d'appui à la coordination
<b>DAM</b>	Direction des affaires médicales
<b>DP</b>	Dialyse péritonéale

<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>DPI</b>	Dossier patient informatisé
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>DUCOI</b>	Diplôme universitaire cancérologie océan Indien
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMG</b>	Équipes mobiles de gériatrie
<b>EMSP</b>	Équipe mobile de soins palliatifs
<b>EPP</b>	Évaluation des pratiques professionnelles
<b>EPSMR</b>	Établissement public de santé mentale de la Réunion
<b>EPPSPP</b>	Équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques
<b>ES</b>	Établissement de santé
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>ETP</b>	Éducation thérapeutique du patient
<b>FESF</b>	Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
<b>FRAR</b>	Fédération régionale d'addictologie de la Réunion
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>GHER</b>	Groupe hospitalier Est Réunion
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>GIP SAP</b>	Groupement d'intérêt public services à la personne
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HC</b>	Hospitalisation complète
<b>HDJ</b>	Hôpital de jour
<b>HDS</b>	Hospitalisation de semaine
<b>HP</b>	Hospitalisation partielle
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
<b>HTSH</b>	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
<b>IADE</b>	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
<b>IBODE</b>	Infirmier de bloc diplômé d'Etat
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>IDEC</b>	IDE de coordination
<b>IMG</b>	Intervention médicale de grossesse

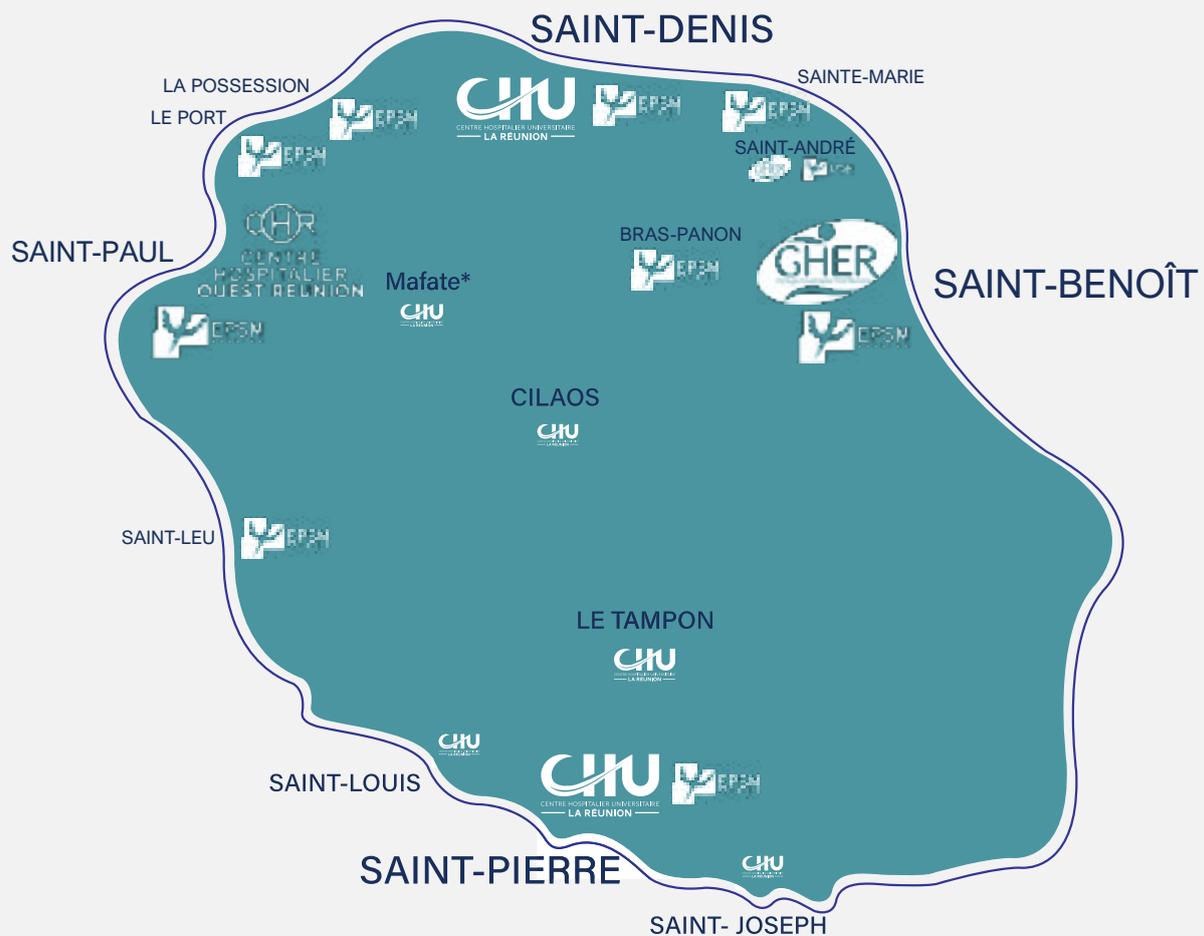
<b>INCA</b>	Institut national du cancer
<b>IOA</b>	Infection ostéo articulaire
<b>IPA</b>	Infirmier en pratiques avancées
<b>IRC</b>	Insuffisance rénale chronique
<b>MG</b>	Médecin généraliste
<b>MND (ETP)</b>	Maladies neuro-dégénératives
<b>PACS</b>	Picture archiving and communication system
<b>PAERPA</b>	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
<b>PCME</b>	Président de la commission médicale d'établissement
<b>PCMG</b>	Président de la commission médicale de groupement
<b>PCSIRMT</b>	Président de la commission soignante, de rééducation et médico-technique
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PIE</b>	Pôle inter-établissement
<b>PM</b>	Personnel médical
<b>PMS</b>	Projet médico-soignant
<b>PNM</b>	Personnel non-médical
<b>QVCT</b>	Qualité de vie et des conditions de travail
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>SEDMER</b>	Société d'endocrinologie, diabétologie, métabolismes de La Réunion
<b>SPF</b>	Santé publique France
<b>SM</b>	Santé mentale
<b>SMTI</b>	Soins médico-techniques importants
<b>SMR</b>	Soins médicaux et de réadaptation
<b>SSE</b>	Situation sanitaire exceptionnelle
<b>TCA</b>	Trouble du comportement alimentaire
<b>TIIH</b>	Transport infirmier inter-hospitalier
<b>TO</b>	Thérapies orales
<b>UCC</b>	Unité cognitivo-comportementale
<b>UCOG</b>	Unité de coordination en onco-gériatrie
<b>UHR</b>	Unité d'hébergement renforcé

<b>UMG</b>	Unité mobile de gériatrie
<b>UMJ</b>	Unité médico-judiciaire
<b>UMR</b>	Unité mobile de réadaptation
<b>UNV</b>	Unité neuro-vasculaire
<b>UPUG</b>	Unité post urgence gériatrique
<b>UPOG</b>	Unité péri-opératoire gériatrique
<b>URMLOI</b>	Union des représentants des médecins libéraux de l'Océan Indien
<b>USIC</b>	Unité de soins intensifs de cardiologie
<b>USIP</b>	Unité de soins intensifs de psychiatrie
<b>USC</b>	Unité de surveillance continue
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée









## GROUPEMENT HOSPITALIER DU TERRITOIRE DE LA RÉUNION

### CHOR

5 impasse Plaine Chabrier  
97460 Saint-Paul  
+262 262 74 20 00  
direction@chor.re  
www.chor.re

### CHU

**Site Nord**  
Allée des Topazes  
97400 Saint-Denis  
+262 262 90 50 50  
www.chu-reunion.fr

### Site Sud

97 410, Avenue du Président Mitterrand  
97410 Saint-Pierre  
+262 262 35 90 00  
www.chu-reunion.fr

### EPSMR

42 Chemin du Grand-Pourpier  
97460 Saint-Paul  
+262 262 74 30 00  
direction@epsmr.org  
www.epsmr.org

### GHER

30 route Nationale 3  
ZAC Madelaine-BP186  
97470 Saint-Benoît  
+262 262 98 80 00  
direction@gher.fr  
www.gher-reunion.fr

### Crédits

Photos CHOR/EPSMR : Direction de la communication CHOR/EPSMR

Photos CHU/GHER : Franck Gélabert

Carte 4<sup>ème</sup> de couverture :  
Direction de la communication CHU