



## Projet d'établissement 2021-2025

## Table des matières

---

Introduction.....	6
1. Méthodologie .....	8
2. Notre vision pour les 5 prochaines années.....	10
3. Les facteurs clés de succès.....	11
4. Gouvernance du Projet d’Etablissement.....	11
5. Les orientations stratégiques.....	12
6. La structure du Projet d’Etablissement.....	13
7. Le Projet Médico-Soignant du CHM 2021-2025.....	14
7.1 L’environnement du CHM.....	15
a. La structure populationnelle .....	16
b. La précarité .....	17
c. Le logement .....	18
d. La structure familiale .....	19
e. La natalité.....	20
f. La mortalité.....	21
Nombre de décès.....	21
Taux de mortalité .....	21
Les principales causes de décès .....	22
g. L’offre de soins libérale.....	23
h. L’offre médico-sociale.....	25
7.2 Le CHM aujourd’hui.....	26
Le CHM, seul hôpital de l’île .....	26
Le profil d’activité .....	30
7.3 L’Analyse stratégique : partage des constats et éléments de prospective.....	32
7.3.1 Le pôle MPRU .....	34
7.3.2 Le Pôle Secteurs.....	41
7.3.3 Le Pôle BACS.....	44
7.3.4 Le Pôle URSEC .....	47
7.3.5 Le Pôle Néonatalogie et Pédiatrie.....	51
7.3.6 Le Pôle Gynécologie-Obstétrique.....	56
7.3.7 Le Pôle Santé Publique .....	62

7.3.8 Le Pôle Médico-technique .....	68
7.4 Orientation stratégique n°1 : Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge .....	71
Objectif n°1.1 : Améliorer l'accès aux soins .....	71
Les consultations.....	71
Soins de santé primaires dans les CDSA .....	75
Les urgences.....	76
Soins spécialisés.....	85
Les Soins de Suite et de Réadaptation .....	90
Hospitalisation à Domicile (HAD) .....	91
Objectif n°1.2 : Développer la télémédecine .....	93
7.5 Orientation stratégique n°2 : Fluidifier les parcours et les rendre lisibles, réduire les délais .....	94
Objectif 2.1 : Améliorer la santé de la femme, du couple et de l'enfant .....	95
a. Sécuriser le parcours de la mère et de l'enfant.....	96
b. Renforcer le partenariat avec les PMI .....	98
c. Développer et structurer l'offre de soins en gynécologie carcinologique.....	99
d. Sécuriser la prise en charge en pédiatrie et néonatalogie .....	100
e. Adapter le capacitaire.....	103
Objectif 2.2 : La prise en charge en cancérologie.....	104
Objectif 2.3 : La promotion et la protection de la santé mentale .....	108
Objectif 2.4 : La prévention et la prise en charge des maladies chroniques .....	110
a. La cardiologie.....	110
b. La diabétologie .....	112
c. Les accidents vasculaires cérébraux.....	113
d. L'insuffisance rénale .....	115
e. La drépanocytose et les maladies du sang.....	115
f. La neurologie.....	116
g. Autres spécialités à développer .....	116
Objectif 2.5 : Poursuivre le virage ambulatoire en médecine et en chirurgie.....	117
7.6 Orientation stratégique n°3 : Améliorer l'efficacité médico-économique .....	118
Objectif 3.1 : Viser l'efficacité des fonctions supports.....	118
7.7 Orientation stratégique n° 4 : Renforcer et développer les coopérations .....	120
Objectif 4.1 : Améliorer la coordination avec les autres acteurs de santé de Mayotte .....	120
Objectif 4.2 : Renforcer la coopération avec les CHUs (métropolitains et ultramarins) .....	120

Objectif 4.3 : Poursuivre le partenariat avec les universités et renforcer l’attractivité pour les internes .....	121
Objectif 4.4 : Poursuivre et renforcer les coopérations régionales .....	123
8. Le projet des usagers.....	125
Objectif 8.1 : Améliorer l’accès aux soins pour les usagers .....	125
Objectif 8.2 : Améliorer l’accessibilité aux soins.....	125
Objectif 8.3 : Mieux informer les usagers .....	126
Objectif 8.4 : Promouvoir la place de l’accompagnant et de l’aidant.....	126
Objectif 8.5 : Assurer la continuité des soins (lien ville-hôpital) .....	126
Objectif 8.6 : Renforcer la visibilité des représentants des usagers et des associations .....	126
9. Le projet managérial .....	127
Objectif 9.1 : Renforcer la gouvernance de l’hôpital dans le cadre de la mise en œuvre du projet d’établissement .....	127
Objectif 9.2 : Organiser la gouvernance des pôles .....	127
Objectif 9.3 : Piloter l’activité au plus près des services .....	127
Objectif 9.4 : Promouvoir l’innovation organisationnelle et comportementale .....	128
10. Le projet social.....	130
Objectif 10.1 : Rendre attractif, recruter et fidéliser .....	131
Objectif 10.2 : Améliorer la qualité de vie au travail .....	133
Objectif 10.3 : Développer les formations .....	134
11. Le projet psychologique.....	135
11.1 Axe clinique : Déclinaison par pôle, actions à mener à destination des patients .....	136
11.2 Axe clinique : Projet psychologique à destination du personnel soignant .....	137
11.3 Axe de formation-recherche .....	138
11.4 Axe institutionnel .....	138
12. Le projet qualité .....	139
Objectif 12.1 Pérenniser le système de management de la qualité dans lequel tous les acteurs s’impliquent activement.....	140
Objectif 12.2 Poursuivre la stratégie d’amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.....	140
Objectif 12.3 Développer la culture qualité et gestion des risques.....	141
Objectif 12.4 : Renforcer la place de l’usager .....	141
Objectif 12.5 : Préparer et répondre aux exigences de la certification HAS .....	141
13. Le projet de communication .....	142
Objectif 13.1 : Affirmer l’identité de l’établissement.....	142

Objectif 13.2 : Entretenir les relations avec la presse locale et développer le réseau au niveau régional et national.....	143
Objectif 13.3 : Valoriser la culture au sein de l'établissement .....	143
Objectif 13.4 : Inscrire le CHM dans une démarche de développement durable .....	143
14. Le Schéma Directeur Informatique.....	144
Objectif 14.1 : Sécuriser l'existant et le rendre plus performant .....	144
Objectif 14.2 : Aligner les applicatifs sur les besoins métiers .....	145
Objectif 14.3 : Fluidifier les échanges .....	145
15. Principes fondateurs du Schéma Directeur Immobilier .....	146
Objectif 15.1 : Adapter le capacitaire actuel aux besoins en santé de la population .....	146
Conclusion .....	149
Liste des abréviations.....	150

## Introduction

---

Le Centre Hospitalier de Mayotte a durant ces cinq dernières années subi une explosion d'activité avec en parallèle une forte augmentation de son personnel médical et paramédical. Pour limiter l'important turn-over, il est nécessaire de poursuivre les mesures d'attractivité et de donner une place encore plus importante aux usagers, à l'éthique, la collégialité et aux coopérations intra-hospitalières au cœur de la construction des processus de soins.

Le Projet d'établissement 2021-2025 du CHM est élaboré en cohérence avec le PRS2 Océan Indien.

**Les principes** suivants ont été retenus conformément à la loi du 26 janvier 2016 :

- La volonté de proposer un projet de « prise en charge » du patient, qui articule à la fois les dimensions médicales et soignantes, structuré autour de parcours s'intéressant à l'ensemble des étapes de prise en charge, ceux-ci n'étant pas exclusifs de l'offre hospitalière.
- La démarche garantissant une large appropriation du projet par les professionnels : des groupes de travail pluri professionnels et reflétant le périmètre des conventions avec les établissements partenaires.

Tout l'enjeu du présent projet est de répondre aux besoins de la population tout en restant dans les objectifs attendus. Il s'agira de renforcer l'existant et de développer les filières en cohérence avec notre établissement de recours, le CHU de la Réunion.

Ce projet a été construit en tenant compte des critères de pertinence, de qualité et de sécurité des soins sur le territoire de Mayotte. Il est élaboré afin de permettre de garantir l'accessibilité aux soins de chacun et de répondre aux besoins de santé du territoire en renforçant l'organisation des soins de proximité sécurisés afin de tirer le meilleur parti des atouts liés au maillage territorial original du CHM sur l'île. Il fait une large part au principe collaboratif devant se développer, avec nos partenaires hospitalo-universitaires d'une part, et les professionnels libéraux et associatifs du département d'autre part.

Les situations sanitaires exceptionnelles ne sont pas rares à Mayotte (maladies virales, arrivées massives de kwassa kwassa des citoyens des îles voisines avec des pathologies lourdes et rares, ...) entraînant une perturbation de l'organisation de soins. Ces situations nécessitent presque toujours l'intervention de la réserve sanitaire, ce qui fait que ce projet doit répondre aux besoins de la population avec des équipes formées et des infrastructures en adéquation avec l'activité.

Il n'a pas été omis son rôle princeps de venir nourrir l'élaboration du futur modèle capacitaire. Celui-ci devra prendre en compte la part d'activité non programmée, les besoins de réponses aux pics d'activité prévisibles notamment saisonniers (bronchiolite) ou épidémiques (arboviroses) ainsi que les nouvelles activités, à la hauteur des attentes de la population, dans le cadre du projet régional de santé de Mayotte.

Ce projet est une opportunité pour l'établissement de poursuivre et renforcer son virage ambulatoire.

Les nouvelles technologies y prennent une part croissante afin de partager les informations entre professionnels (Territoire de Santé Numérique) et pallier les ressources humaines parfois insuffisantes (télé médecine, télé imagerie). Elles participent aussi à l'amélioration de l'organisation et de la qualité de l'accueil des usagers (prise de rendez-vous en ligne, accès au wifi à l'hôpital, développement des outils numériques partagés avec nos partenaires extérieurs, etc.).

En termes de qualité il vise à améliorer la stratégie, la lisibilité et les méthodes de la qualité des soins pour une meilleure appropriation par le corps médical et soignant.

Enfin, le projet social a été élaboré dans une démarche de poursuite de l'amélioration de la qualité de vie au travail pour l'ensemble des personnels de l'établissement.

**Christophe Blanchard**  
Directeur par intérim du Centre Hospitalier de Mayotte

**Docteur Pierre Millot**  
Président de CME du CHM

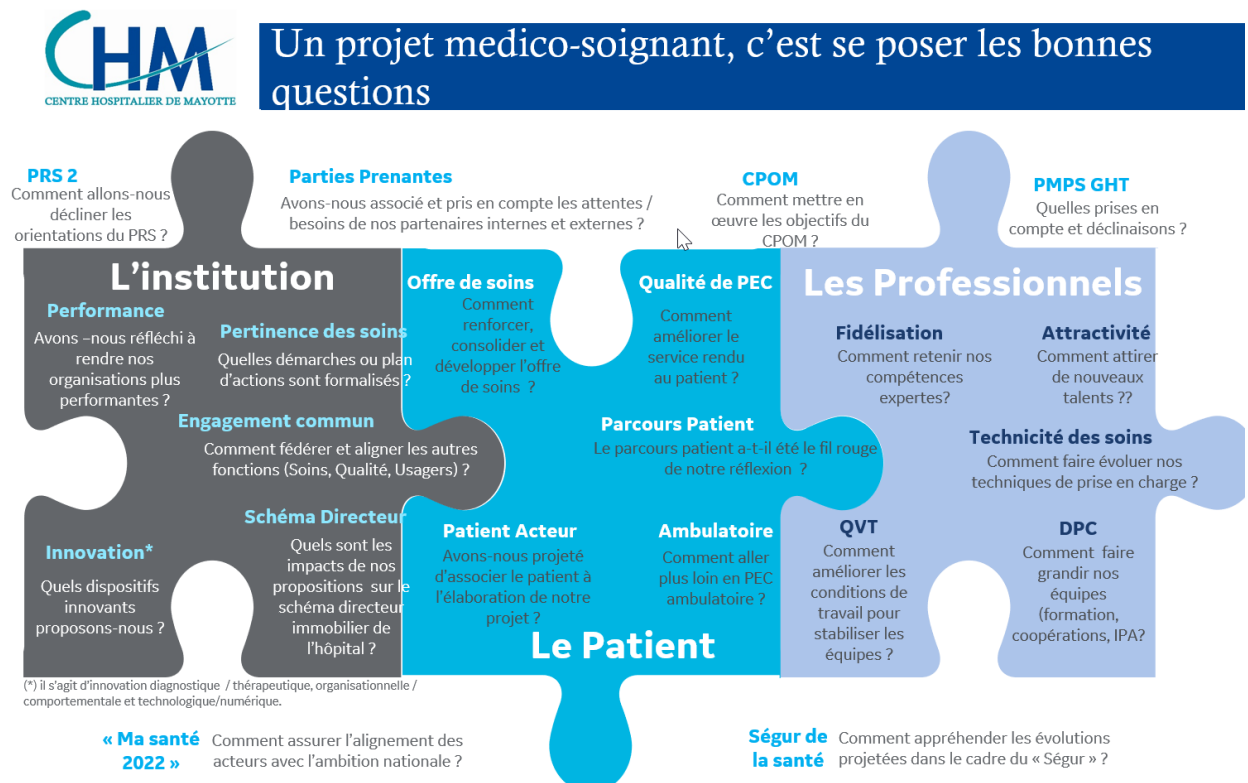
# 1. Méthodologie

Les travaux d'élaboration de ce Projet d'Etablissement ont été initié à la suite de l'élaboration du projet médico-soignant.

Débuté en mai 2019, le PMS a été finalisé en Décembre 2020 et a été construit selon les étapes suivantes :

- Elaboration en commun d'un diagnostic stratégique permettant d'objectiver l'organisation de l'offre de soins et les besoins de santé sur le territoire
- Identification, sur la base de ces éléments, des priorités stratégiques qui structurent le projet de prise en charge du patient
- Contribution élargie de la communauté médicale à la réflexion, au travers des groupes de travail

Voici un aperçu des questions que nous nous sommes posés pour alimenter les réflexions et travaux.



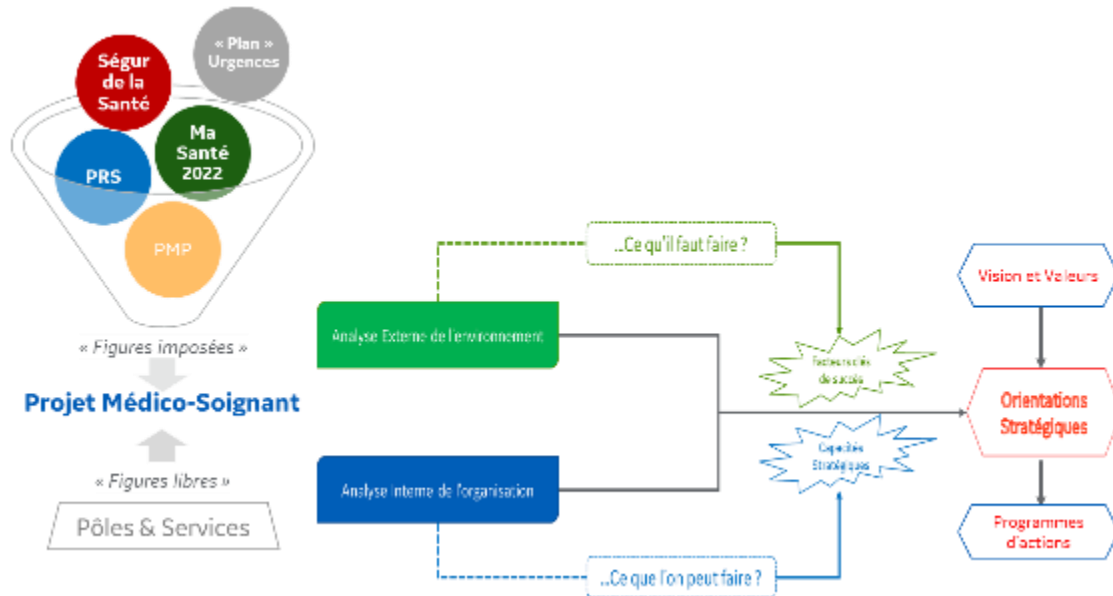
La période de crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a suspendu les travaux qui ont pu reprendre en Septembre 2020.

Entre Septembre et Décembre 2020, un accompagnement a permis :

- De mobiliser les binômes chefs de pôle et cadre de pôle pour formaliser une analyse stratégique et une prospective par pôle
- D'identifier la vision, les orientations stratégiques, les objectifs et les perspectives



- D'échanger avec les organisations syndicales sur le PMS
- De finaliser la rédaction et de proposer une version synthétique du PMS
- De faire valider le projet médico-soignant du CHM par les instances de l'établissement



Entre Janvier et Avril 2021, au cours de l'élaboration du Projet d'établissement 2021-2025, l'architecture de la version du PMS présenté aux instances en Décembre 2020 a été remodelé pour être intégré au Projet d'Etablissement.

## 2. Notre vision pour les 5 prochaines années

---



"En 2025, le **Centre Hospitalier de Mayotte**, avec la **confiance des usagers**, aura développé un **projet de service public innovant, adapté aux besoins de la population** et aux **défis du territoire** en lien avec ses **partenaires**.

Le **CHM** poursuit son engagement de proposer une **offre de soins de qualité** en toute **sécurité, ambitieuse, performante** et **attractive** fondée sur des **valeurs d'humanisme, de solidarité** et **d'équité**."

### 3. Les facteurs clés de succès

---

Les facteurs clés de succès de la mise en œuvre du Projet d'Etablissement sont :

**Structurer les parcours de soins par filières spécialisées avec l'ensemble des partenaires concernés**

**Développer l'activité programmée**

**Poursuivre et renforcer la qualité et la sécurité des soins dans le cadre d'une démarche projet basée sur les processus ( non personne dépendante).**

**S'assurer d'un niveau de leadership médico-soignant élevé avec des effectifs adaptés et stabilisés**

**Se doter d'un Schéma Directeur Immobilier consolidé et engager sa mise en oeuvre**

### 4. Gouvernance du Projet d'Etablissement

---

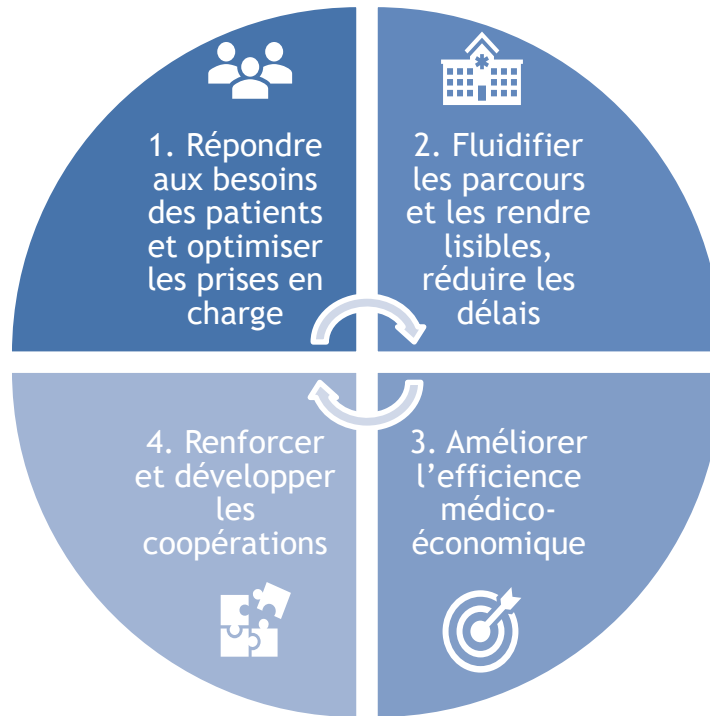
Afin d'intégrer la mise en œuvre et le suivi des actions du Projet d'Etablissement (PE) dans les organes de Direction existants, il est proposé que le Directoire soit l'instance de gouvernance du PE.

- Etablir une feuille de route par pôle/direction avec des fiches actions opérationnelles (porteur, contributeurs, sous-étapes, indicateurs de suivi, moyens éventuels à adapter, besoins éventuels d'arbitrage...),
- Consacrer un Directoire tous les semestres à la mise en œuvre et au suivi du PE,
- Présenter en Directoire sous la forme de « fiches météo » de l'avancement par pôle ou par thématique,
- Faire un point annuel aux instances du CHM.

## 5. Les orientations stratégiques

---

Le CHM s'est fixé quatre orientations stratégiques qui seront déclinées dans chacun des volets du projet d'établissement.



## 6. La structure du Projet d'Etablissement

---

Le projet d'établissement du CHM est structuré autour du Projet Médico-soignant et des autres projets le constituant réglementairement permettant d'afficher les ambitions du CHM, de décliner les orientations stratégiques en objectifs opérationnels et en actions concrètes à mettre en œuvre les cinq prochaines années.

- Projet médico-soignant
- Projet des usagers
- Projet managérial
- Projet social
- Projet psychologique
- Projet qualité
- Projet de communication
- Schéma directeur informatique
- Principes fondateurs du schéma directeur immobilier

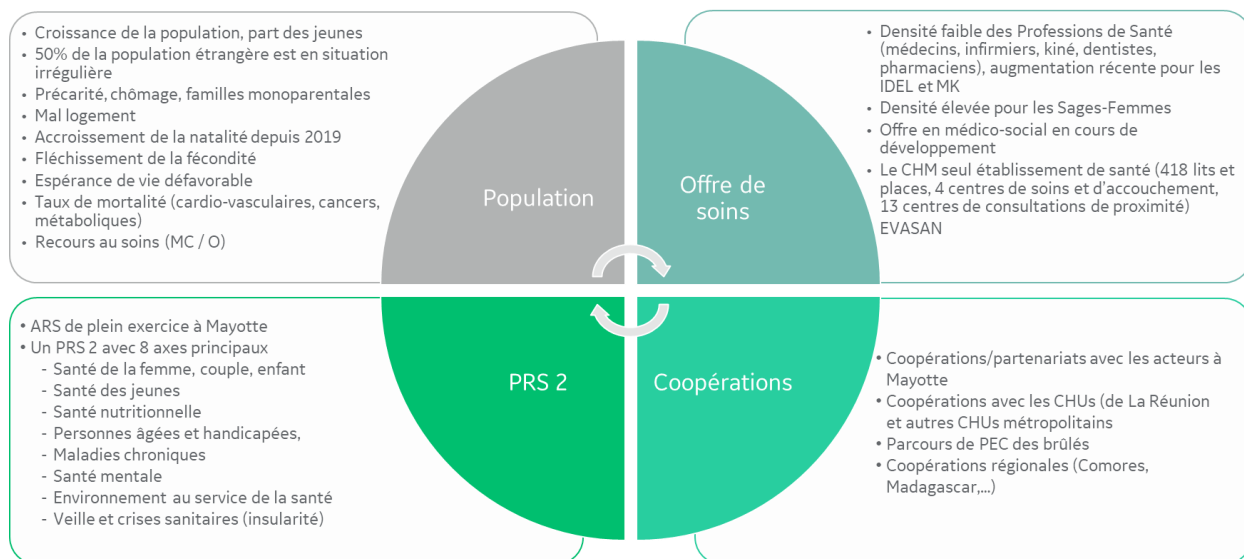


# PROJET MEDICO-SOIGNANT 2021-2025

## 7. Le Projet Médico-Soignant du CHM 2021-2025

### 7.1 L'environnement du CHM

Ci-après, une vision synthétique de l'environnement du CHM.



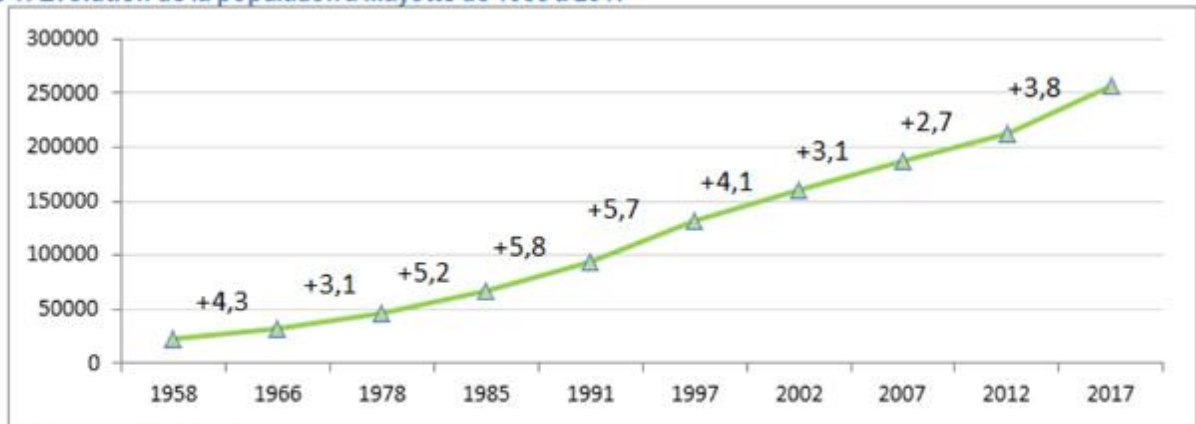
Le projet médical du CHM ne peut se concevoir sans prendre en compte les réalités sociales économiques et géographiques du territoire.

En raison de la récente départementalisation de Mayotte, il est aussi important de noter que la totalité du code de la santé publique ne s'applique pas à Mayotte. Le CHM est aussi le seul établissement hospitalier français à ne pas être soumis au financement par la tarification à l'activité (T2A).

## a. La structure populationnelle

- En 2017, **256 500** habitants.
- Soit une densité de **682 habitants par km<sup>2</sup>** (6<sup>ème</sup>).
- Taux d'accroissement annuel moyen : **+3,8 %**.

Figure 1: Evolution de la population à Mayotte de 1958 à 2017



Champs: Habitants de Mayotte

Source: Insee, recensement de la population

Exploitation: ARS OI – Service Etudes et Statistiques

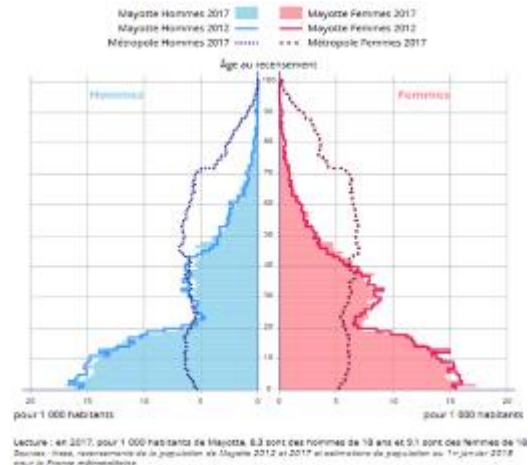
Les communes les plus peuplées sont : **Mamoudzou** (28 %) et **Koungou** (13 %) d'où l'intérêt de délocaliser le centre de référence de Jacaranda dans ce bassin de population.

Sur le reste du territoire, la répartition de la population est la suivante :

- Le **Nord** (M'Mtsamboro à Koungou) rassemble **26 %** de la population.
- Le **sud** (Kani-Kéli à Sada) rassemble **15 %** de la population.
- Le **centre** (Tsingoni à Dembéni) rassemble **46 %** de la population.
- **Petite-Terre** rassemble **11 %** de la population.

Il est également à noter que d'un point de vue environnemental, Mayotte est une région exposée en raison de ses conditions climatiques et de son contexte géodynamique (activité sismique importante depuis 2018)

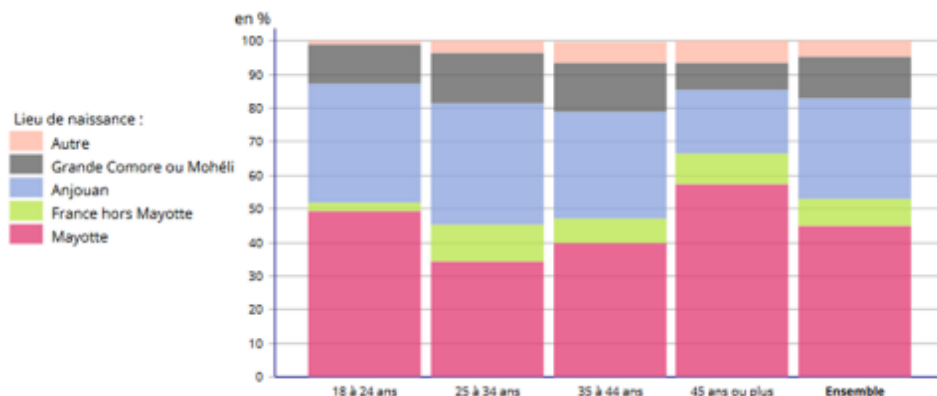
En 2017, **un habitant sur deux a moins de 20 ans** (1 sur 4 en métropole). La structure de la population de Mayotte est donc très jeune et génère des besoins en santé spécifiques et différents de la métropole.



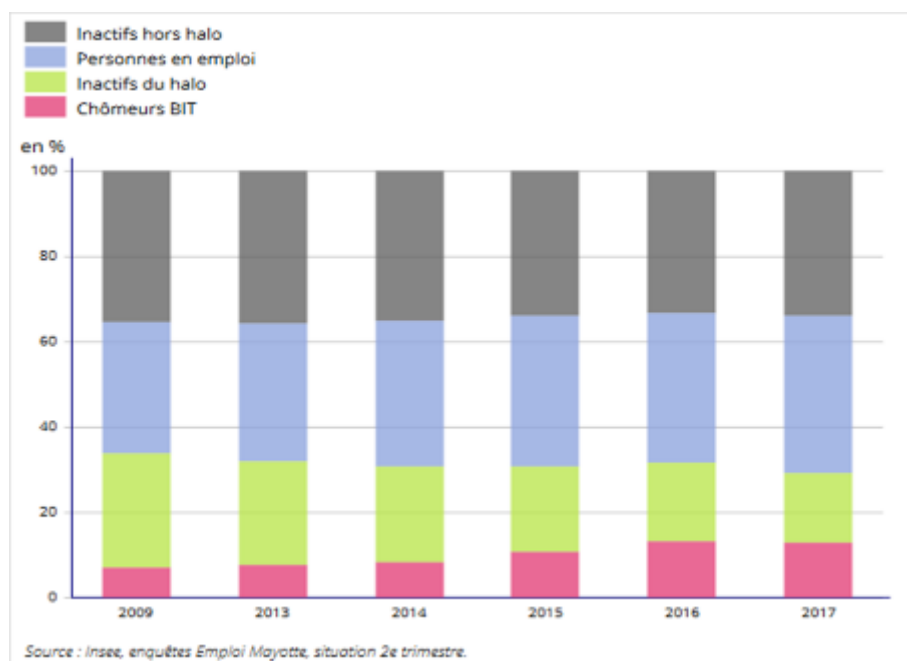


## b. La précarité

- En 2015, **41 %** des habitants sont d'origine Comorienne. **La moitié d'entre eux** sont en situation administrative irrégulière.



- **84 %** des habitants vivent sous le seuil de bas revenu métropolitain.
- En 2016, le **PIB** par habitant atteint **9 220 euros** (+ 3,2 % par rapport à 2015 et 3.5 fois inférieur au niveau national).
- En 2018, le taux d'emploi est de : 32 % (69% en Métropole).
- Taux de chômage + halo autour : 35 %.



- En 2014, les trois quarts des habitants de 15 ans ou plus n'ont pas de diplôme (*1/3 en métropole*).
- 58% des habitants en âge de travailler ne maîtrisent pas les compétences de base de l'écrit en langue française.

### c. Le logement

- Fin 2017, **63 100** résidences principales sont recensées (4 personnes par ménage et 1,4 par pièce contre 0,6 en métropole)
  - o Dont 39 % de maisons individuelles en tôle.
- 29 % des ménages mahorais ne disposent pas d'eau courante dans leur logement
- La moitié des ménages qui n'a pas l'eau courante a recours à une borne publique, un puit, une citerne ou la rivière.

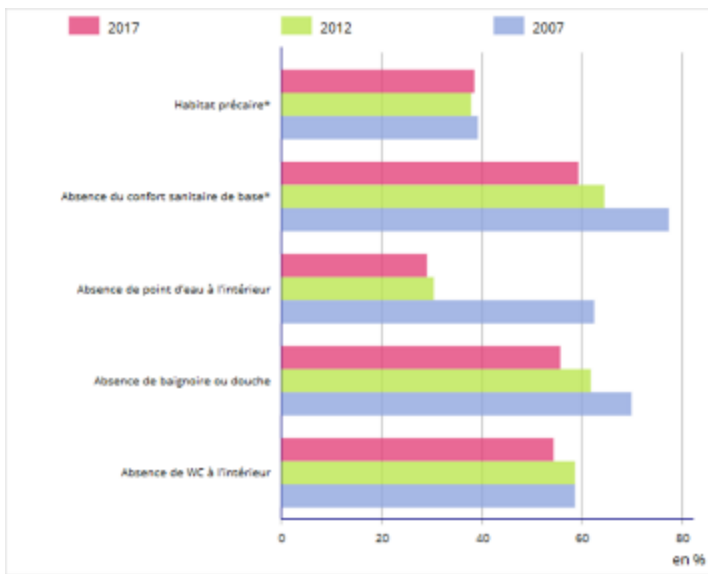
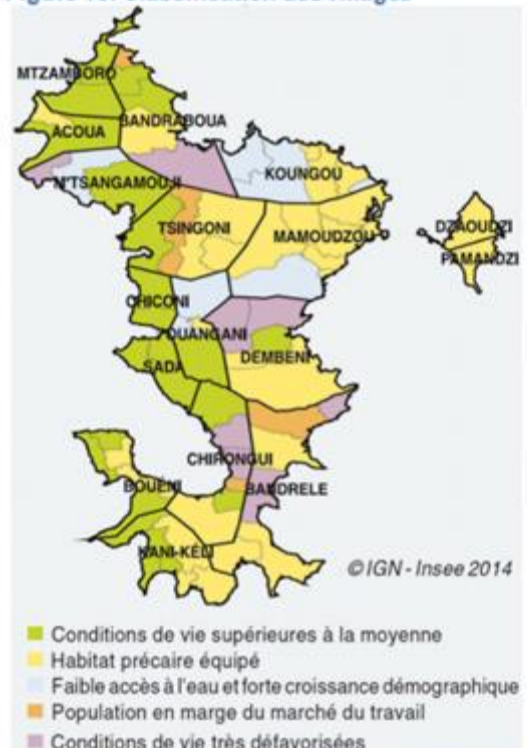


Figure 13: Classification des villages

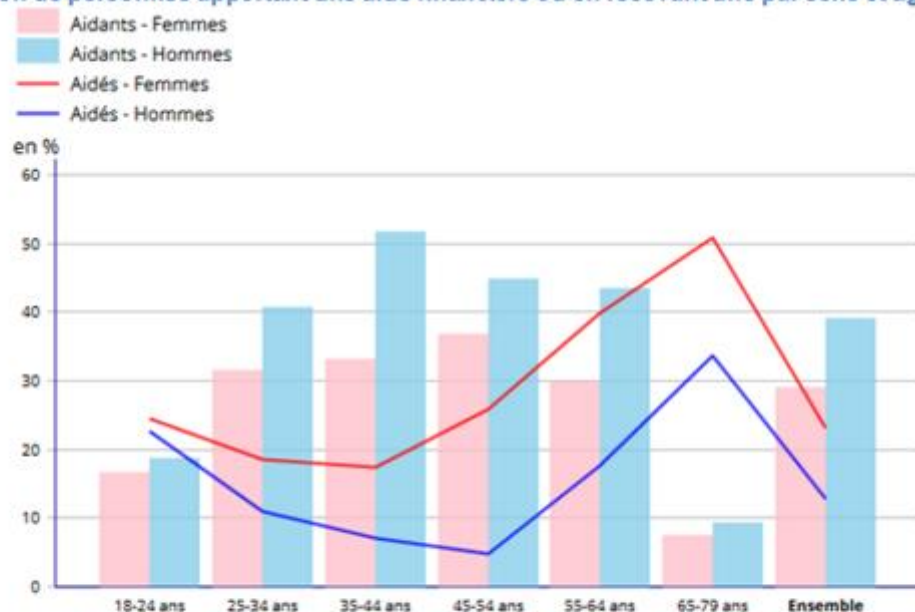


Source: insee, recensement de la population de 2012 (2)

## d. La structure familiale

- **30 %** des familles sont des familles monoparentales.
- **4 000** enfants sont des mineurs isolés, **la moitié** est de nationalité française.
- En 2012, **la moitié** des mahorais de 14 ans ou plus vivent en couple.
- **Un tiers** des couples unissent une personne née dans un pays étranger et une personne née dans le département ou en France.
- **1 couple sur 6** est sans enfant (*1 sur 2 en Métropole*).
- Plus **d'un habitant sur 2** déclare aider régulièrement des proches.
  - o Dont **34 %** pour une **aide financière**.

Figure 9: Proportion de personnes apportant une aide financière ou en recevant une par sexe et âge



Lecture : 41 % des hommes de 25 à 34 ans fournissent une aide financière régulière et 11 % reçoivent une aide financière régulière.

Champs: Personnes de 18 à 79 ans résidant à Mayotte

Source: Ined-Insee, enquête Migration, Famille, Vieillesse de 2015 (3)

Le niveau élevé de la précarité de la population rend parfois problématique le suivi des patients à domicile.

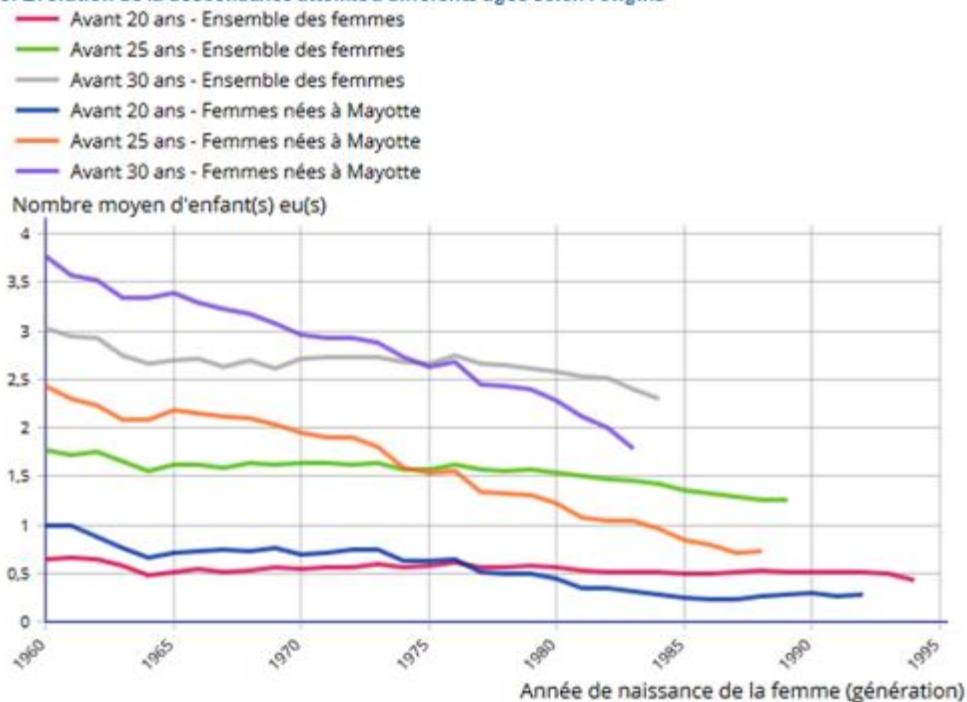
La gestion des flux est un élément essentiel de performance : le bon patient dans le bon lit au bon moment

Il est également important d'élaborer une stratégie pour éviter de mélanger les flux urgents et programmés.

## e. La natalité

- Le taux de fécondité s'élève à 5,0 enfants par femme en 2017.
- Les mères natives de Mayotte, ont une fécondité inférieure de la moitié par rapport aux non-natives de Mayotte.
- Les femmes ayant eu une scolarisation jusqu'au lycée, ont deux fois moins d'enfants que à celles dont la scolarité s'est arrêtée au collège ou avant.
- La proportion de femmes ayant eu 7 enfants ou plus a été divisée par deux entre les générations 1940-49 et 1970-1976 (38% contre 20%) et l'indicateur diminue pour les générations de 1960 à 3,8 et à moins de 2 pour la génération de 1980.

Figure 8: Évolution de la descendance atteinte à différents âges selon l'origine



Champs: Femmes nées entre 1960 et 1992, résidant à Mayotte

Source: Ined-insee, enquête Migration, Famille, Vieillesse de 2015 (3)

## f. La mortalité

### Nombre de décès

- En 2015 : 627 décès.
- Plus de la moitié des décès ont lieu à domicile : 56 % contre 24 % en métropole.
- Espérance de vie à la naissance en 2016 :
  - o 74 ans chez les hommes (inférieur de 5 années aux métropolitains),
  - o 77 ans chez les femmes (inférieur de 9 années aux métropolitaines).

### Taux de mortalité

- Taux de mortalité global (2016) : 2,9 décès pour 1 000 habitants.
- A structure de population équivalente, ce taux est 1,5 fois plus élevé qu'en métropole.
- Indice comparatif de mortalité : 33% plus élevé pour les hommes mahorais, 75% plus élevé pour les femmes mahoraises.
- Sur 1 000 enfants nés vivants : 10 n'atteignent pas l'âge d'un an, un taux trois fois plus élevé qu'en métropole.
- 7,3 nourrissons sur 1 000 décèdent entre une semaine et un an.
- 2,8 nourrissons sur 1 000 décèdent avant une semaine.

**Tableau 9 : Taux de mortalité pour 1 000 habitants par sexe et tranche d'âge en 2016**

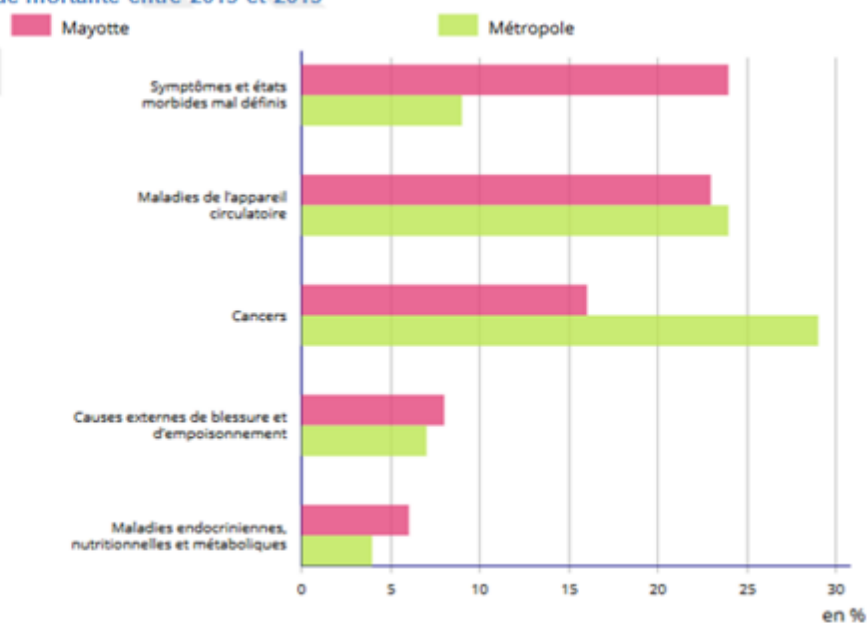
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Mayotte	Métropole	Mayotte	Métropole	Mayotte	Métropole
De 0 à 4 ans	3,2	0,8	2,9	0,7	3,1	0,8
De 5 à 19 ans	0,5	0,2	0,2	0,1	0,4	0,1
De 20 à 39 ans	1,5	0,8	0,5	0,3	0,9	0,5
De 40 à 59 ans	3,8	3,9	3,4	2,0	3,6	2,9
De 60 à 74 ans	24,2	16,1	21,9	7,6	23,1	11,6
75 ans ou plus	91,9	77,4	79,9	62,6	85,5	68,2
<b>Ensemble</b>	<b>3,4</b>	<b>9,3</b>	<b>2,5</b>	<b>8,8</b>	<b>2,9</b>	<b>9,0</b>

Source : ARS OI - Insee, mortalité en 2016

## Les principales causes de décès

- Les deux premières causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire (23%) et les cancers (16%). Pour les femmes sont également prévalentes les maladies nutritionnelles, endocriniennes et métaboliques.
- Les raisons d'1 décès sur 4 restent indéfinies (9% en métropole).

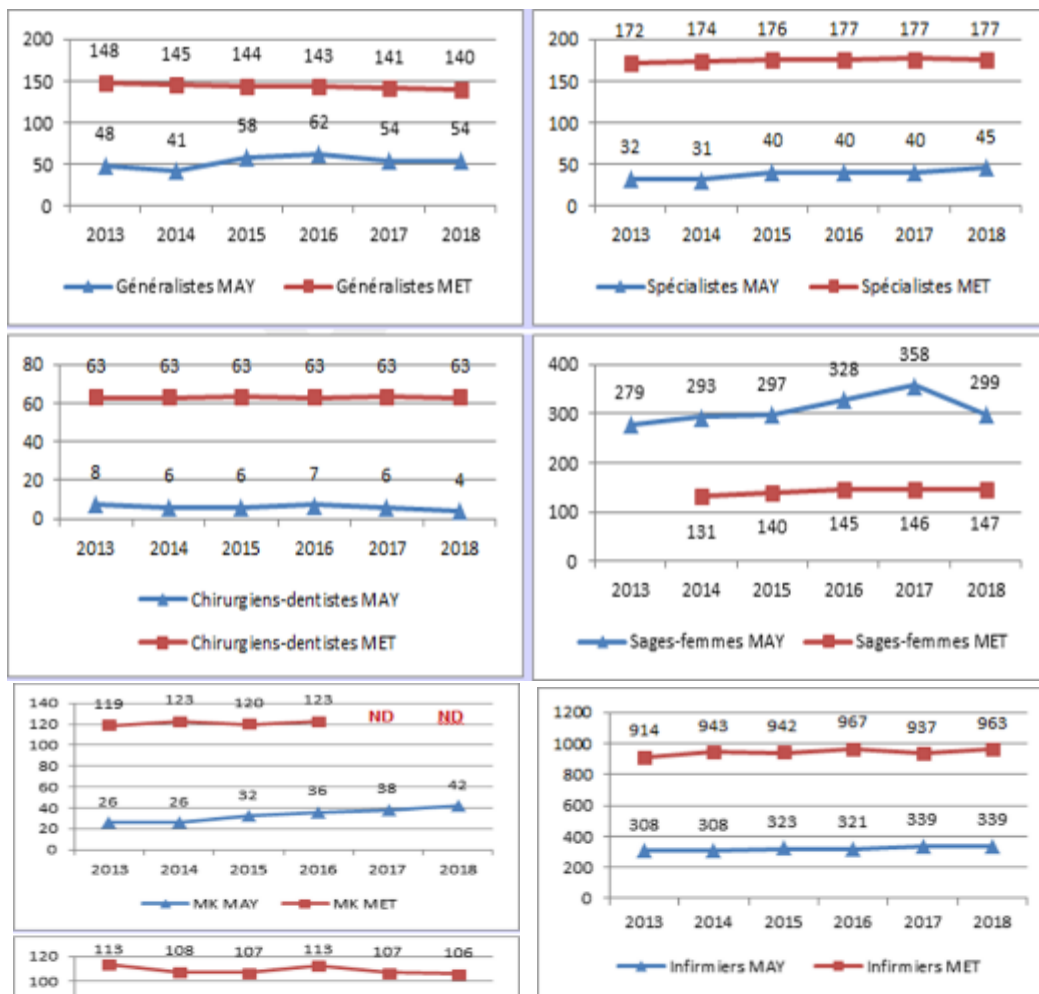
Figure 21: Causes de mortalité entre 2013 et 2015



Source: ARS OI – Insee, mortalité en 2016 (17)

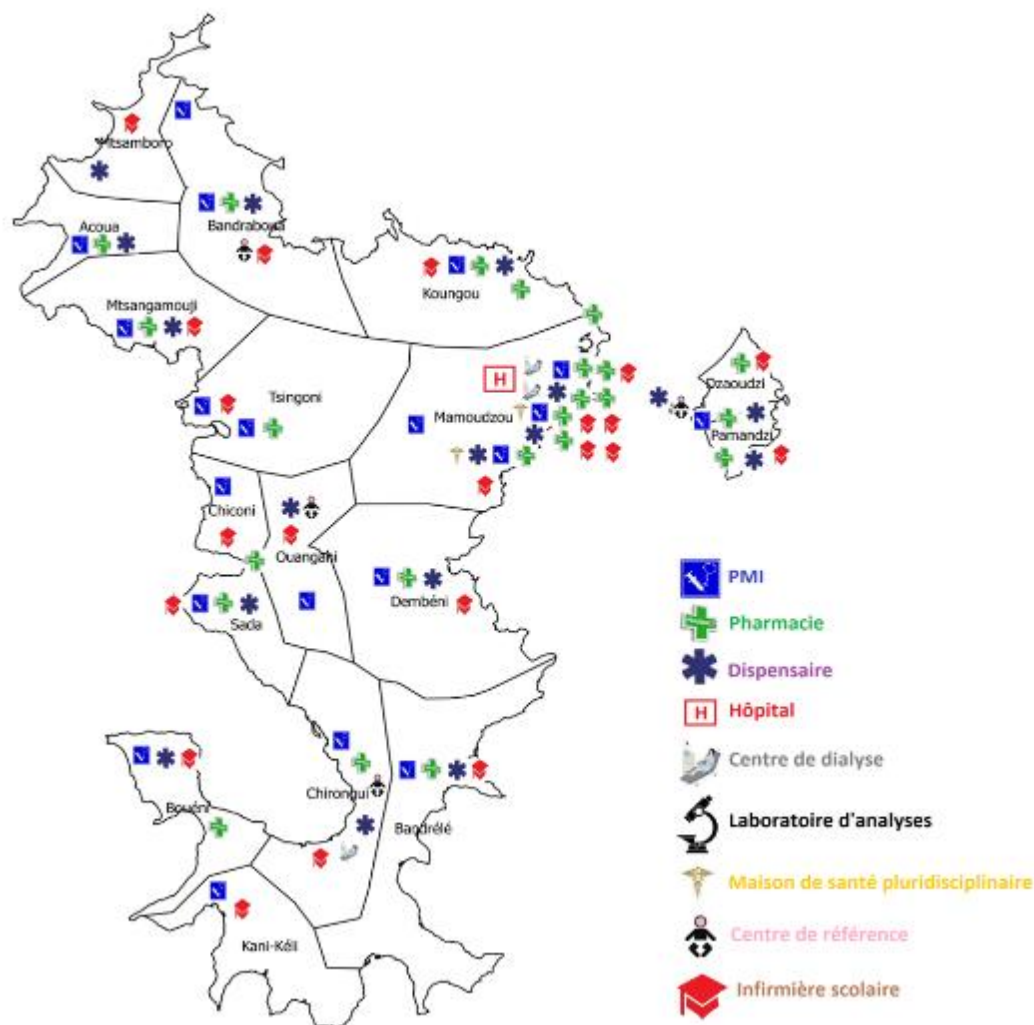
## g. L'offre de soins libérale

- La densité des professionnels de santé libéraux installés sur l'île est très faible.
- Seuls les effectifs des infirmiers libéraux (+38 %), des masseurs-kinésithérapeutes (+62 %) et des sages-femmes (multiplié par 3,5) se sont accrus de manière importante ces 6 dernières années.
- En 2018, 341 professionnels de santé libéraux hors remplaçants exercent sur l'île (contre 345 en 2017\*) dont 21 médecins généralistes (18\*), 6 médecins spécialistes (8\*), 5 chirurgiens-dentistes (8\*), 189 infirmiers (185\*), 21 sages-femmes (19\*), 73 masseurs-kinésithérapeutes (65\*) et 20 pharmaciens d'officine (20\*).



Source : RPPS-DIAMANT, Exploitation : ARS OI - Service Etudes et Statistiques

## Répartition de l'offre de soins sur le territoire de Mayotte





## h. L'offre médico-sociale

Le tissu médico-social est en cours de développement avec notamment :

- 3 SESSAD
- 4 antennes
- 1 ITEP
- 1 MAS
- 1 IME et 6 antennes
- 1 EEAP
- 1 CAMSP

Tableau 15 : Nombre de places installées par déficience

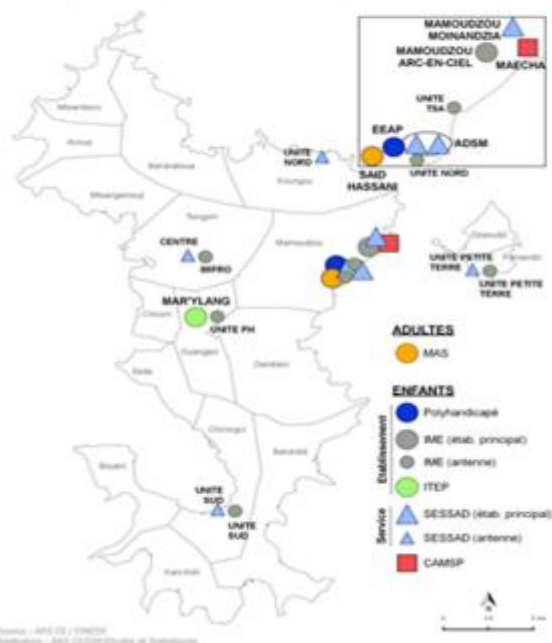
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Déficients intellectuels (Places installées)	102	92	163	182	182	182	310
Polyhandicapés (Places installées)	0	36	58	0	6	6	18
Déficients psychiques (Places installées)	24	24	31	0	24	24	32
Déficients moteurs (Places installées)	54	18	14	0	0	0	0
Déficients sensoriels (Places installées)	57	57	60	69	79	79	79
Autres déficiences (Places installées)	0	10	12	0	0	0	57

Source: ARS OI, Statiss Océan Indien

Par ailleurs il n'existe pas de clinique privée dans le département. Une clinique devrait ouvrir dans les prochaines années. Elle sera composée de lits de médecine et d'un service d'hospitalisation ambulatoire.

Figure 30: Etablissements médico-sociaux

Les structures médico-sociales pour enfants ou adultes handicapés à Mayotte au 1er janvier 2018 selon le type d'établissement



Source : Finess

Exploitation : ARS OI - Service Etudes et Statistiques

## 7.2 Le CHM aujourd'hui

Le CHM, seul hôpital de l'île

En dehors de l'obstétrique, le taux d'équipement en MCO est en deçà de celui de la Métropole.

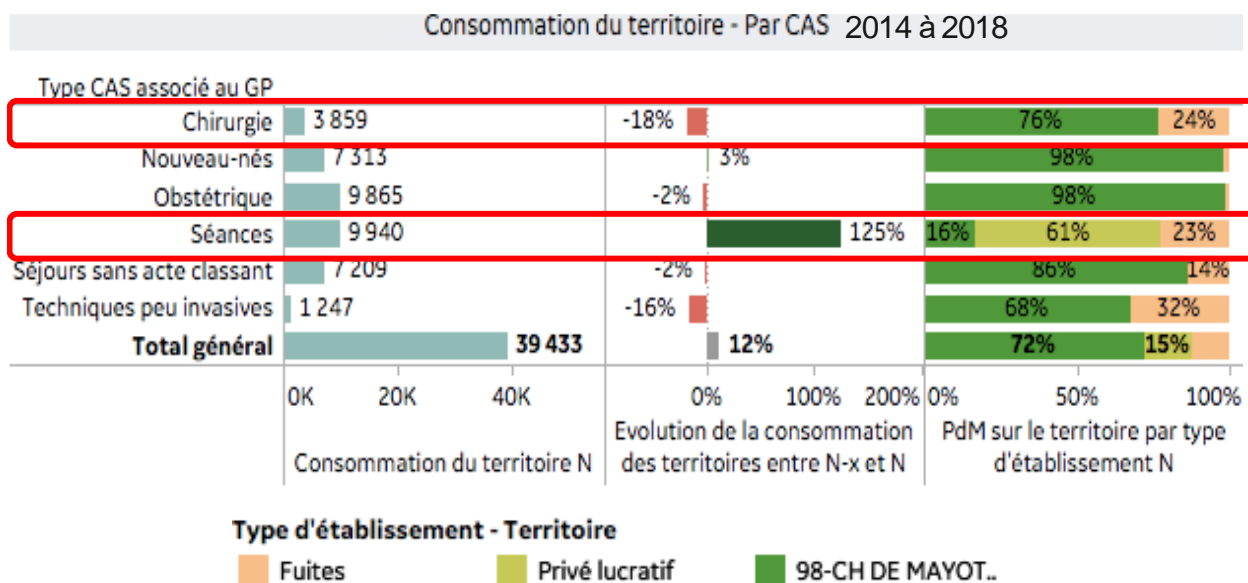
Tableau 12: Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants

	2013	2014	2015	2016	2017	
	Mayotte				Métropole	
Médecine	0,79	0,69	0,7	0,68	0,69	2,06
Chirurgie	0,27	0,44	0,47	0,45	0,37	1,26
Gynécologie-Obstétrique (pour 1000 femmes de 15 ans et plus)	2,06	1,67	1,93	1,86	1,79	0,67
Total	1,66	1,62	1,74	1,67	1,56	3,6

Source: SAE

Exploitation : ARS OI - Service Etudes et Statistiques

La consommation de soins des habitants a progressé de 2,4% par an entre 2014 et 2018. La part de marché globale du CH de Mayotte est de 72%, le privé lucratif (Dialyse) représente 15% et les fuites extraterritoriales représentent 13%.



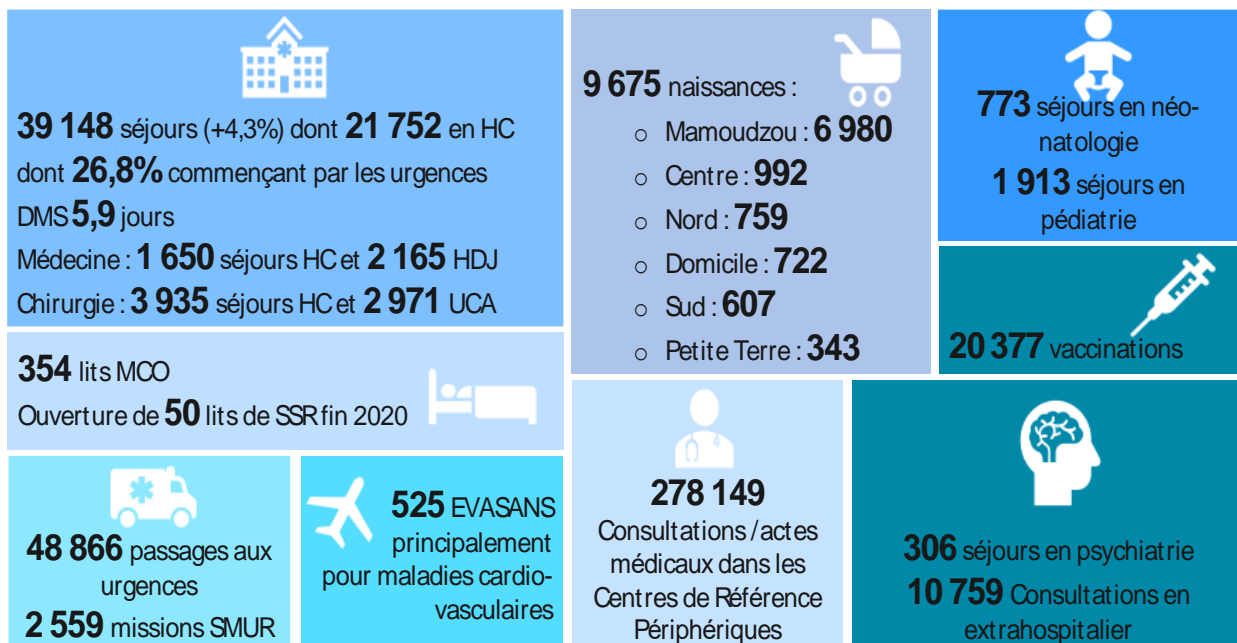
Entre 2019 et 2018, les Parts de Marché (PDM) du CHM en chirurgie ont progressé de 9% pour s'établir à 77% de la PDM de chirurgie. Sur la même période, l'activité nouveau-né a progressé de 3% alors que celle d'obstétrique est restée stable. Les PDM des séjours sans acte classant (médecine) ont progressé de 6%. Les techniques peu invasives progressent de 1% sur la même période.

Le CH de Mayotte présente une organisation originale basée sur le maillage territorial et la gradation des soins. Il est composé de :

- Un plateau technique situé à Mamoudzou,
- Quatre centres de soins et d'accouchement assurant une permanence H24 de médecine générale,
- Treize centres de consultations de proximité qui constituent le niveau de premier recours et dans lesquels sont réalisées des consultations médicales et infirmières,
- 418 lits et places pour l'ensemble du département.



Les chiffres clés du CHM en 2019 (*Rapport DIM – 2019*) :

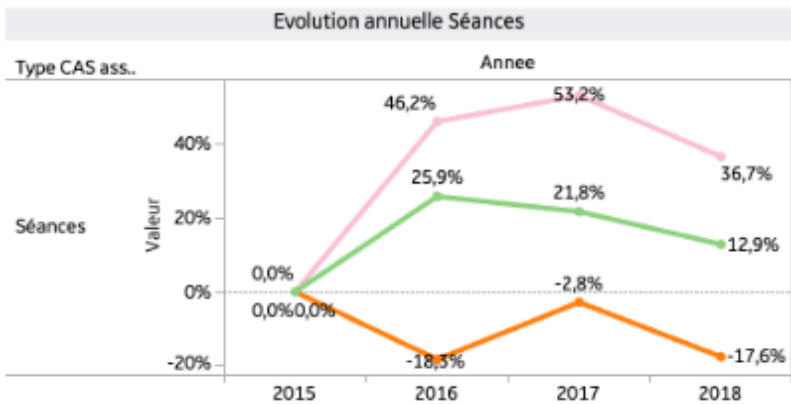
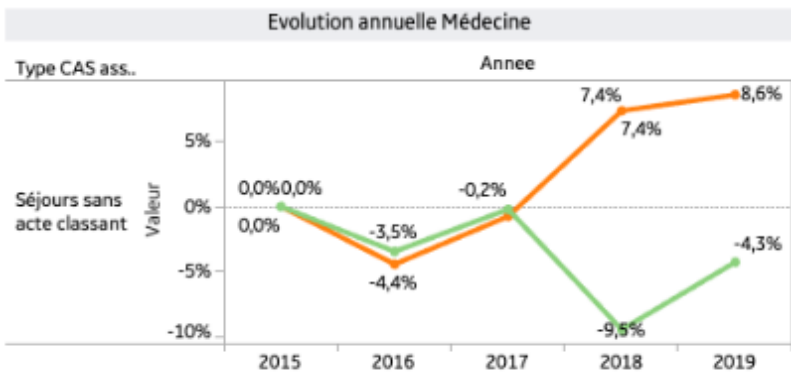
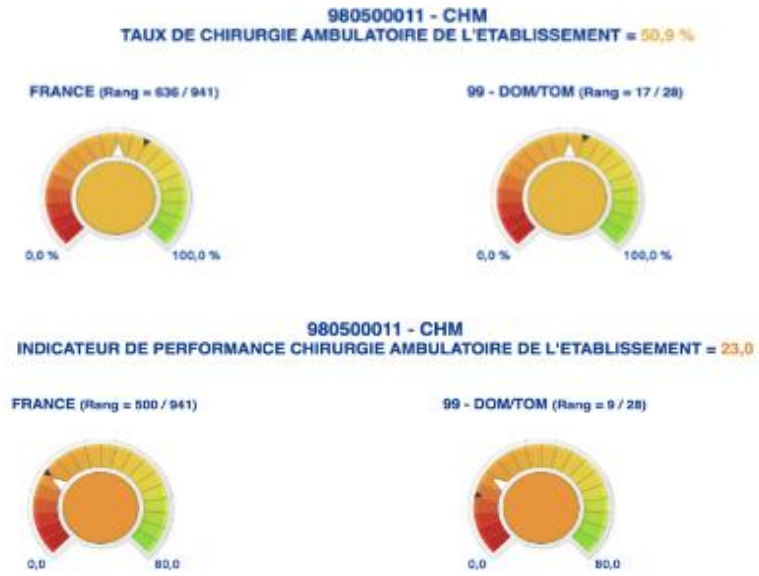


En chirurgie ambulatoire selon Visuchir 2019, le taux de chirurgie ambulatoire du CHM est de 50,9% ce qui le situe au-dessus du taux national de chirurgie ambulatoire ainsi que de celui des établissements ultramarins.

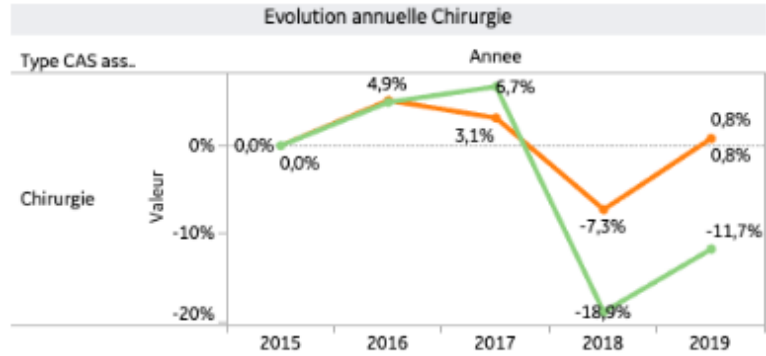
L'indice de performance (volume, organisation, innovation) est perfectible et le potentiel de développement paraît restreint.

En médecine, malgré une consommation de soins (graphe vert) en baisse, le nombre de séjours produits (graphe orange) par le CHM progresse entre 2015 et 2019. *(Source : ATIH PMSI 2019)*

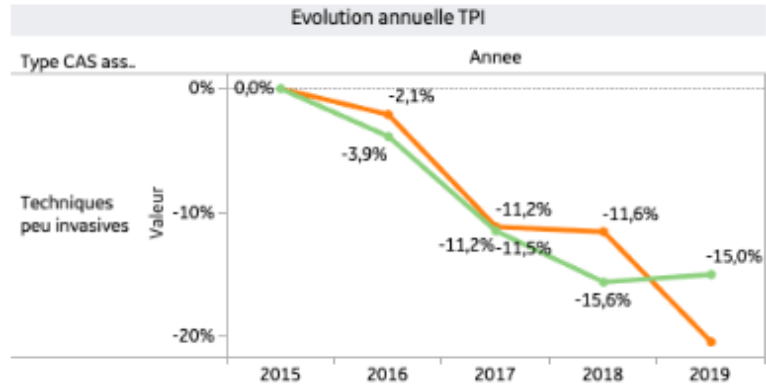
Pour les séances et l'arrivée d'un acteur privé (dialyse) en 2016 (graphe rose), la production de soins (graphe orange) au CHM est plutôt en décroissance entre 2015 et 2018. A noter qu'en 2019 les séances ne sont pas encore disponibles sur le site de l'ATIH. *(Source : ATIH PMSI 2019)*



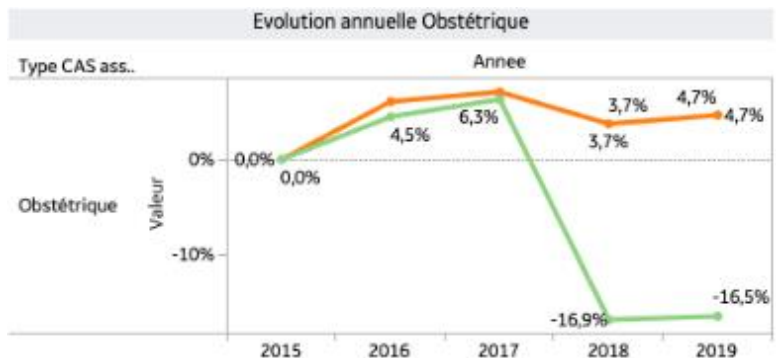
En chirurgie, entre 2018 et 2019, les séjours produits par le CHM (graphe orange) progressent malgré une baisse d'activité depuis 2016 et une consommation de soins chirurgicaux (vert) en baisse.   
 (Source : ATIH PMSI 2019)



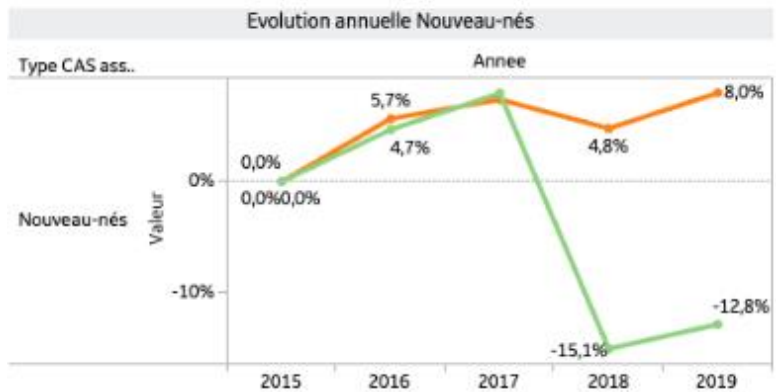
Pour les techniques peu invasives, depuis 2015 la consommation de soins (graphe vert) baisse avec une stabilisation en 2019 qui ne profite pas au CHM dont la production (graphe orange) continue de décroître.   
 (Source : ATIH PMSI 2019)



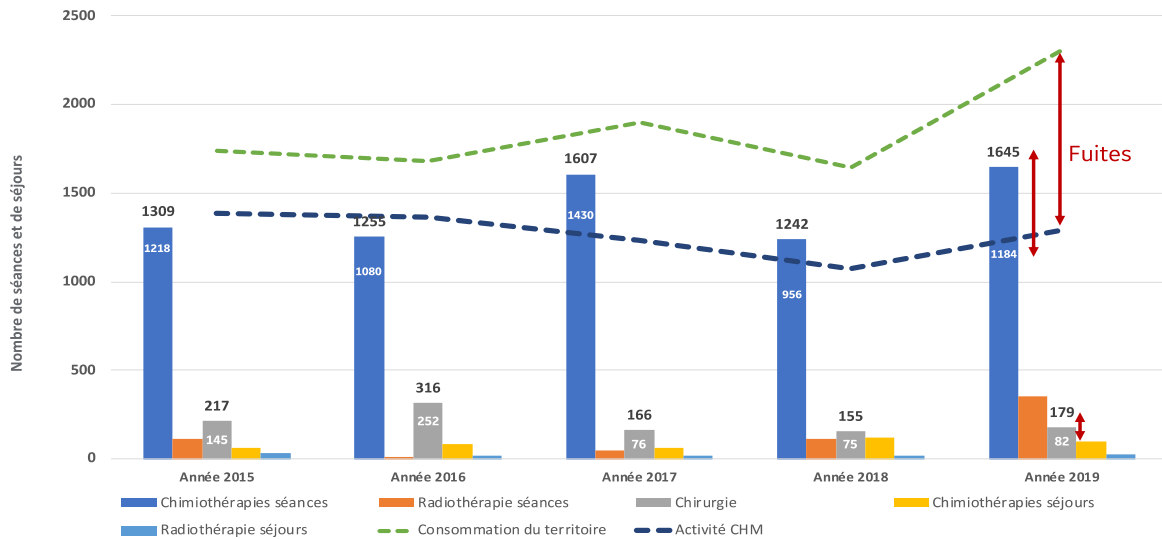
En Obstétrique, malgré une baisse de la consommation (graphe vert) depuis 2017, la production du CHM (graphe orange) se stabilise depuis 2016.   
 (Source : ATIH PMSI 2019)



Pour les nouveau-nés, la production de séjours (graphe orange) du CHM continue à progresser malgré une chute de la consommation (graphe vert) en 2018 avec un début de reprise en 2019.   
 (Source : ATIH PMSI 2019)



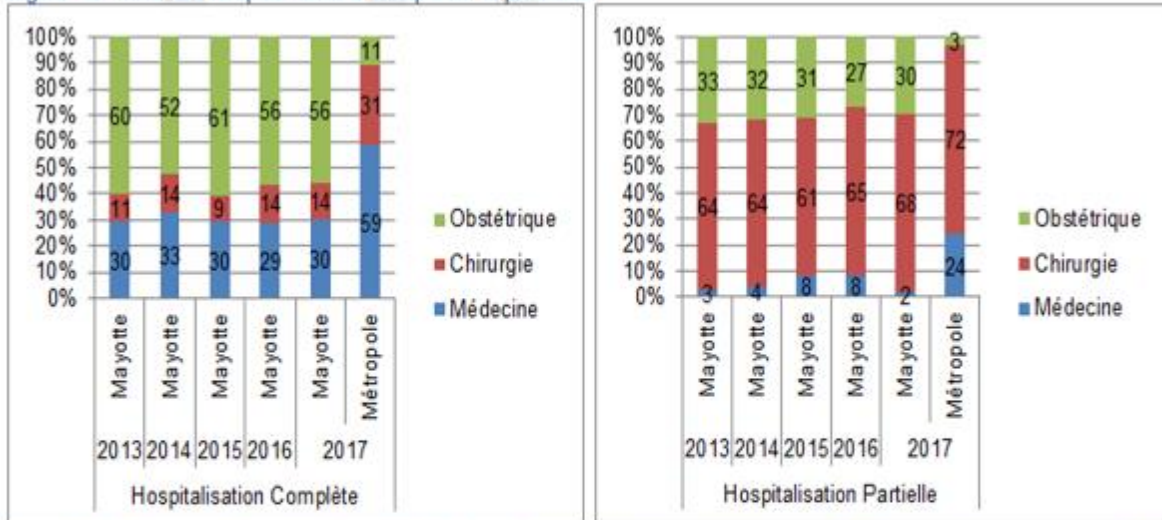
Concernant la prise en charge, on note une augmentation du recours aux soins avec une tendance à la baisse de l'activité du CHM malgré un rebond en 2019 (Scan santé 2019). 1 588 prises en charge du cancer en 2019 avec 1 453 séances de chimiothérapies pour tumeur (notamment sénologiques et gynécologiques, digestives et respiratoires), 24 chimiothérapies pour tumeur en HC et 111 actes de chirurgie pour cancer.



### Le profil d'activité

- 6 séjours sur 10 sont réalisés en hospitalisation complète dans le service d'obstétrique.

Figure 26: Parts des hospitalisations complètes et partielles



Hospitalisation complète : séjour hospitalier d'une durée généralement supérieure à 24 heures où la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients

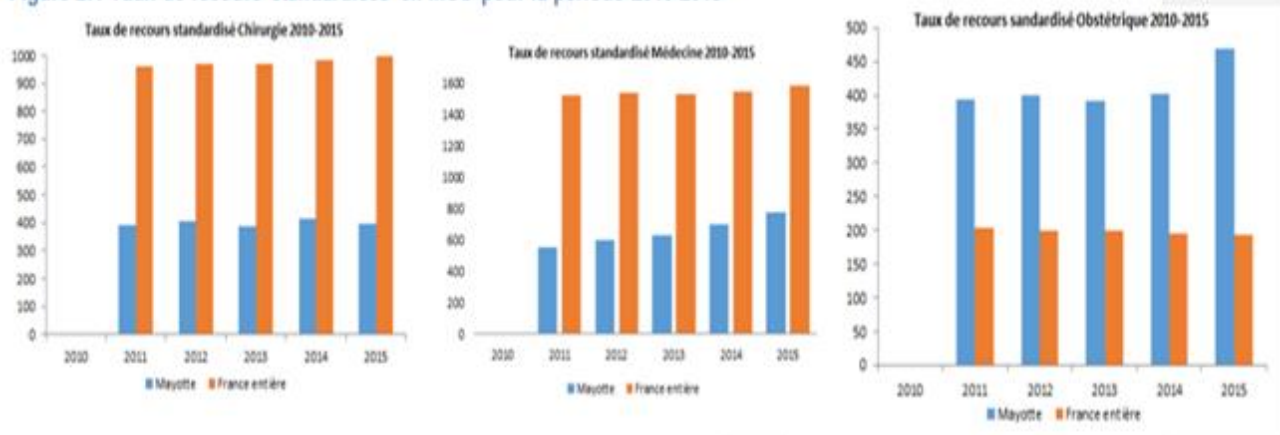
Hospitalisation partielle : séjour hospitalier qui mobilise une place d'hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire

Source: SAE

Exploitation : ARS OI – Service Etudes et Statistiques

- Taux standardisés : le recours à la chirurgie et à la médecine est deux fois inférieur à celui de la métropole. Le recours à l'obstétrique est deux fois supérieur à celui de la métropole.

Figure 27: Taux de recours standardisés en MCO pour la période 2010-2015



### Les patients en 2019 en MCO (source Rapport d'activité du DIM 2019)

- **Age moyen**
  - L'âge moyen est de 21.6 ans ;
  - Il est de 30.5 ans si on exclue les séjours des nouveau-nés, il est de 29.9 ans chez les femmes et de 31.7 ans chez les hommes.
- **Sex Ratio**
  - 65 % des séjours concernent des femmes (55.6% en France), elles représentent 48 % des séjours hors pathologie liée à la grossesse.
- **Gravité des séjours (20 920 séjours) :**
  - 9 % des séjours de sévérité 3 ou 4 en 2019 représentant 30% des journées d'hospitalisation (26% en 2018),
  - 12.7% des séjours de sévérité 2 en 2019.
- **Principales pathologies prises en charge (39 148 séjours) :**
  - Obstétrique et nouveaux nés représentent 58% de l'activité
  - Séances suivies des activités inter-spécialités.
- **Mode d'entrée au CHM hors nouveau-nés (29 396 séjours) :**
  - 72.8 % des patients entrent directement dans le service de soins
  - 26.8 % (25.5% en 2017) des patients sont entrés en passant par les urgences
  - 0,4% (121 patients) sont entrés par transfert
- **Mode de sortie du CHM**
  - 525 patients hospitalisés (426 en 2018) sont sortis du CHM par EVASAN :
    - Dont 40% sont représentés par les maladies cardio-vasculaires avec une DMS avant EVASAN qui diminue et s'établit à 12,3 jours.
    - En moyenne, 10 EVASAN sont réalisées par semaine
  - 400 patients sont décédés dont 141 morts fœtales

## 7.3 L'Analyse stratégique : partage des constats et éléments de prospective

Une analyse stratégique utilisant une matrice Forces – Faiblesses – Opportunités – Menaces (FFOM), réalisée par les membres du Directoire, a permis de partager les constats d'un établissement incontournable sur le territoire mahorais, avec des enjeux très spécifiques (population accueillie, mode de financement, offre de soins, insularité, isolement régional, turn-over des ressources humaines) et des opportunités de développement, transformation, innovation et ouverture vers l'extérieur.

Cette matrice n'est pas exhaustive mais constitue une base de réflexion permettant de mettre en exergue les orientations stratégiques comme autant de nouveaux défis à relever pour le CHM dans les cinq prochaines années.

### Matrice FFOM du CHM

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>• Croissance d'activité</li><li>• Capacités d'adaptation de l'établissement aux situations de crise</li><li>• Capacité à modifier ses organisations</li><li>• Polyvalence et adaptabilité des équipes médicales et paramédicales</li><li>• Collaborations médico-soignantes fortes</li><li>• Maillage territorial gradué avec une permanence médicale délocalisée : CDSA</li><li>• Services avec RH stables : réa, urgences, ... Facteurs de succès : dimension de management humain de proximité avec des projets de service attractifs et un équipement de qualité</li><li>• Equipe de direction renouvelée et au complet : organigramme finalisé et mis à jour régulièrement</li><li>• Nouvelles dynamiques dans les pôles</li><li>• Développement de l'HAD pendant la crise du COVID-19</li><li>• Installation d'un hélicoptère aux normes SAMU sur le CHM</li><li>• Développement des structures d'aval en cours sous la houlette de l'ARS</li><li>• Financement d'une Unité Médico Judiciaire en 2020</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RH : fragilité des organisations personnes-dépendantes, turn-over important, difficultés de recrutement et de fidélisation de certains professionnels</li><li>• Qualité et sécurité des soins à renforcer par la poursuite et la diffusion des protocoles existants</li><li>• Mauvaise compréhension de la population de la graduation des soins : dans quelle situation aller aux urgences de Mamoudzou ou dans un centre périphérique ? Confusion Urgences-Consultations</li><li>• Sous-dimensionnement capacitaire de certains services, exigüité des locaux</li><li>• Liens ville-hôpital : collaborations à développer</li><li>• Manque de lisibilité de l'offre de soins au CHM (à faire connaître à la population, aux partenaires et aux tutelles)</li><li>• Déficit d'image du CHM auprès des patients assurés-sociaux</li></ul>



Opportunités	Menaces
<p>Offres de soins et coopérations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopérations Réunion – Mayotte et autres CHU</li> <li>• Arrivée d'une clinique privée</li> </ul> <p>Activités médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande d'autorisations nouvelles (chirurgie carcinologique, chirurgie pédiatrique, 2<sup>ème</sup> scanner, coronarographie)</li> <li>• Perspectives de 2<sup>ème</sup> IRM sur le territoire</li> <li>• Développement et formalisation des approches en parcours : filière pédiatrique, urgences, cancérologie ...</li> <li>• Sécuriser l'activité obstétricale dans les CDR compte-tenu de l'évolution de l'offre de soins à venir</li> <li>• Développement de la télé médecine, expertise, diagnostic, consultations</li> <li>• Développement des coopérations interprofessionnelles et des transferts de compétence Médecins/IDE/AS (art 51)</li> <li>• Amélioration de l'accessibilité aux soins : prise de rdv,</li> <li>• Amélioration de l'image du CHM</li> </ul> <p>Travaux urgents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstruction des consultations externes en fonction des projets immobiliers</li> <li>• Création d'un bâtiment « technique et logistique tampon en périphérie de l'établissement afin de libérer des zones « nobles » dans l'hôpital de Mamoudzou pour y installer les activités ambulatoires et permettre une augmentation du capacitaire de certains services de soins</li> <li>• Déménagement de Jacaranda</li> </ul> <p>Projets immobiliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2<sup>ème</sup> hôpital à venir sur annonce présidentielle (dans le centre de l'île)</li> <li>• Reconstruction et augmentation du capacitaire de l'hospitalisation à temps complet de psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aléas climatiques, catastrophes naturelles</li> <li>• Climat social et sécuritaire</li> <li>• Offre privée : fuite et concurrence des RH</li> <li>• Persistance du déficit d'image de l'établissement lié à son histoire</li> <li>• Quelle place pour la médecine traditionnelle aux côtés de la médecine moderne ?</li> <li>• Comment répondre aux besoins de l'ensemble de la population dont le nombre augmente de façon exponentielle ?</li> </ul>

L'organisation du CHM en 8 pôles et la consultation de chacun d'eux a permis de partager des constats et de faire émerger des éléments de prospective par pôle.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle MPRU</li> <li>- Pôle Médecine de Secteurs</li> <li>- Pôle BACS</li> <li>- Pôle URSEC</li> <li>- Pôle Néo-nat et Pédiatrie</li> <li>- Pôle Gynécologie-Obstétrique</li> <li>- Pôle Santé publique</li> <li>- Pôle Médico-technique</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat du capacitaire</li> <li>- Chiffres clefs d'activité du pôle</li> <li>- Etat des ressources humaines</li> <li>- Matrice FFOM du pôle</li> <li>- Perspectives de projets pour le pôle</li> </ul> |
|--|---|--|

### 7.3.1 Le pôle MPRU

Le pôle MPRU est un pôle qui regroupe des activités très différentes, chacune avec leurs spécificités : Médecine, Psychiatrie, Rééducation et UCSA (médecine pénitentiaire).

En médecine, les activités sont diversifiées et comporte plusieurs spécialités : Oncologie, Cardiologie, Médecine (médecine interne, médecine polyvalente), Hématologie, Gastroentérologie, Maladie du globule rouge, Rhumatologie, Pneumologie.

#### Etat du capacitaire du pôle MPRU (Novembre 2020)

Unités	Capacitaire
Médecine A1	27 lits d'HC
Médecine A3	24 lits d'HC
Médecine de jour / ambulatoire	10 lits d'ambulatoire
Psychiatrie Hospitalisation	10 lits d'HC
Psychiatrie de liaison	
CMP	4 CMP répartis sur l'île
Rééducation et centre d'appareillage	MPR, kiné, ergothérapeute, psychomotricien SSR à partir de mars 2021
UCSA	Médecine pénitentiaire : 1 prison avec 330 détenus Service ambulatoire

#### Chiffres clés d'activités du pôle MPRU (source Rapport d'activité du DIM 2019)

- 1 650 séjours en 2019 contre 1 729 séjours en 2018, en hospitalisation complète (HC) Mamoudzou en (-4.6 %).
- 2 165 séjours en hôpital de jour (+14.9% %)

#### Sur le site de Mamoudzou :

- La durée de séjour passe de 10.4 jours en 2018 à 10.8 en 2019, l'IPDMS est à 1.44.
- 21.2 % de très longs séjours (15 jours ou plus)
- Le taux d'occupation en hospitalisation complète en médecine Mamoudzou est de 99 %
- 25 % des entrées sont directes, 66 patients sont entrés en retour d'évacuation sanitaire, 30 % par les urgences et 45 % en provenance d'un autre service (380 par l'UHCD, 272 par la réanimation/SI, 54 par la chirurgie et 12 patients en provenance de Dzaoudzi, 23 de maternité),
- 87 % des sorties se font directement sur le domicile des patients, 114 patients ont bénéficié d'une Evasan, 57 patients sont décédés et 6 % ont été mutés dans un autre service (70 en réanimation/SI, 16 en chirurgie, 2 patients sont partis à Dzaoudzi et 3 en maternité),
- 46.2 % des séjours sont facturables à l'assurance maladie contre 43.3% en 2018,

- La majorité des journées d'hospitalisation concernent les maladies cardio-vasculaires, respiratoires et neurologiques.
- 3 130 séances sont réalisées en 2019 avec 1 453 séances de chimiothérapies pour tumeur, 427 séances pour transfusions, 698 séances d'oxygénothérapie hyperbare et 552 séances pour des affections non tumorales.
- 1 588 prises en charge du cancer en 2019 avec 1 453 séances de chimiothérapies pour tumeur (notamment sénologiques et gynécologiques, digestives et respiratoires), 24 chimiothérapies pour tumeur en HC et 111 actes de chirurgie pour cancer.

**Sur le site de Dzaoudzi :**

- 419 séjours en 2019 contre 435 séjours en 2018 (-1.6 %) avec une durée de séjour de 10.7 jours
- Un taux d'occupation de 88 %
- 4 534 journées d'hospitalisation en 2019 (+6.3%)
- L'âge moyen est de 55 ans, 49 % des patients sont de sexe masculin.
- 12 patients ont strictement moins de 18 ans dont 4 patients moins de 15 ans (8,13,14 et14 ans).
- 33.5 % des patients ont plus de 65 ans contre 22% en 2017
- 181 entrées directes en 2019, 177 par les urgences de Mamoudzou et 65 par les services dont 53 par l UHCD, 2 par la médecine, 7 par la chirurgie, 1 par la réanimation et 2 par la maternité
- 88 % de sorties directement à domicile (368) ,12 décès, 5 transferts et 39 mutations à Mamoudzou (12 en médecine, 19 en chirurgie, 7 en réanimation, 1 en maternité)
- Les principales prises en charge sont dominées par les maladies infectieuses, maladies chroniques et cardio-vasculaires.

## Matrice FFOM du pôle MPRU (hors psychiatrie)

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attractivité « intellectuelle » médicales : pathologies historiques, démarches diagnostiques passionnantes...</li> <li>• PEC en infectiologie variées (infections bactériennes, virales, parasitaires et fongiques), équipe mobile dynamique, existence d'un livret d'antibiothérapie au CHM et une activité de consultations en infectiologie sur site et « hors les murs » en croissance</li> <li>• Qualité de PEC malgré les conditions logistiques, RH...</li> <li>• Satisfaction du personnel dans le travail réalisé</li> <li>• Dynamisme des RH : force de proposition, disponibilité et flexibilité des équipes, capacité d'adaptation des agents au changement</li> <li>• Adaptabilité et polyvalence</li> <li>• Situation de crise permanente</li> <li>• Mise en place de consultation IDE d'éducation HTA/diabète/insuffisance cardiaque/ AVC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation de crise permanente</li> <li>• Locaux inadaptés, trop petits</li> <li>• Pas assez d'attractivité pour le personnel médical : pas d'accès au plateau technique, aux techniques d'endoscopie, d'échographie...</li> <li>• Accessibilité très insuffisante à l'endoscopie sous AG (pulmonaire et digestive), pas de salle d'endoscopie dédiée en endoscopie au bloc.</li> <li>• Problématiques organisationnelles et logistiques</li> <li>• Parcours patients programmés dysfonctionnel avec perdus de vue donc perte de chance</li> <li>• Pas de soins de prévention primaire</li> <li>• Perte de chance : dans toutes les pathologies, dans les délais pour accéder aux soins et certains les examens complémentaires non dispo au CHM et délais de rendus histologiques</li> <li>• Manque de traducteurs pour comprendre/informer les patients</li> <li>• Manque de lisibilité sur les formations institutionnelles pour le personnel soignant</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une culture de la traduction</li> <li>• Développer des spécialités médicales, la cardio interventionnelle, les ponctions et autres gestes radioguidées</li> <li>• Adapter le capacitaire et sécuriser les sorties</li> <li>• Renforcer les prises en charge en HAD et en soins palliatifs</li> <li>• Développer un Hôpital de Jour pour suivi des pathologies chroniques : bilan annuel diabétiques, ins rénaux, PVVIH, drépanocytaires</li> <li>• Renforcer les appuis institutionnels de la direction et des tutelles pour porter le projet médico-soignant du pôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitaire limité : sorties non sécurisées</li> <li>• Perte de vue des patients : manque de visibilité sur le suivi au long cours pour des pathologies chroniques</li> </ul>

## Focus sur l'activité de santé mentale

### Périmètre de l'activité de santé mentale et état des ressources humaines

Unités	Capacitaire et Activités	PM	PNM
<b>HC</b>	10 lits (sur le site du CHM à Mamoudzou)	Fonctionnement avec 5 médecins (1 pédopsychiatre, 4 psychiatres adulte (dont 2 en arrêt longue maladie) et 2 contractuels) sur les 12 postes prévus pour l'ensemble de l'activité de psychiatrie adulte et enfant	15 IDE 6 AS 4 ASH
<b>Urgences et post-crise</b>	1 équipe de liaison au SAU		5 IDE 5 AMP
	PEC familiale en consultations ou en V&D		
<b>CMP Adulte Mamoudzou</b>	Sur le site de l'hôpital à Mamoudzou Avec 1 équipe de santé communautaire		8 IDE 1 AMP ou AS 5 ASH Santé communautaire : 1 IDE et 1 AS
<b>CMP de Chirongui</b>	3 jours d'activités adulte 2 jours d'activités de pédopsychiatrie		3 IDE 1 AS 1 ASH
<b>CMP de pédopsychiatrie de Mamoudzou</b>	+ 1 CATTP		3 IDE 1 AP 1 AMP 1 ASH
<b>CDR périphériques</b>	Consultations 8jrs/sem.		
<b>CMP Dzaoudzi</b>	Projet d'ouverture début 2021		

### Chiffres clés d'activités du service de psychiatrie (source Rapport d'activité du DIM 2019)

#### Intra-hospitalier :

- 306 séjours pour 172 patients en 2019 (299 séjours en 2018 pour 157 patients)
- Un taux d'occupation de 74% en 2019 (84.5% en 2018).
- La durée moyenne de séjour est de 8.8 jours contre 10.3 jours en 2018
- Une file active de 172 patients (118 hommes et 54 femmes), 31.7 ans d'âge moyen (33.3 ans pour les femmes et 31.1 ans pour les hommes)

#### Extrahospitalier :

- 10 759 consultations en psychiatrie en 2019 contre 10 239 en 2018
- 5024 consultations au CMP en 2019 pour les 16 ans et plus et 1896 pour les moins de 16 ans répartis comme ci-dessous :
  - o La file active pour les 16 ans et plus, est de 1316 patients en 2019 contre 1352 patients en 2018, 671 femmes âgées de 34.2 ans en moyenne et 645 hommes âgés de 32.8 ans,

- La file active pour les moins de 16 ans est de 629 patients contre 511 en 2018, dont 248 filles âgées de 9.6 ans en moyenne et de 381 garçons âgés de 8.8 ans.
- 3005 consultations en 2019 contre 2852 consultations en 2018 en secteur :
  - La file active pour les 16 ans et plus, est de 995 patients en 2019, 460 femmes âgées de 31.8 ans en moyenne et 535 hommes âgés de 28.7 ans
  - La file active pour les moins de 16 ans est de 224 patients, dont 75 filles âgées de 9.3 ans en moyenne et de 149 garçons âgés de 8.8 ans.
- 834 consultations en 2019 contre 760 consultations en 2018 par l'équipe mobile de crise et de liaison :
  - La file active pour les 16 ans et plus, est de 323 patients en 2019, 153 femmes âgées de 28.6 ans en moyenne et 170 hommes âgés de 29.7 ans
  - La file active pour les moins de 16 ans est de 39 patients, dont 28 filles âgées de 13.9 ans en moyenne et de 11 garçons âgés de 14.4 ans.

### Matrice FFOM de l'activité de santé mentale

Forces	Faiblesses
Seule offre en psychiatrie à Mayotte Dynamisme des équipes à mener des projets, créativité et capacité de s'adapter Offre de santé communautaire	Faible offre de psychiatrie pour la population Manque de lits d'HC Services situés sur le site de l'hôpital (à vocation MCO) Manque d'effectif médical et turn-over des équipes paramédicales freine les organisations et les projets Pas d'offre de ville ni privée Manque de suivi des patients : risque de décompensation des patients perdus de vue
Opportunités	Menaces
Projet de PEC des adolescents Reconstruction du service d'hospitalisation à temps complet Eléments culturels à intégrer dans les PEC Valoriser les PEC en santé mentale dans un établissement à vocation MCO Perspectives positives de déploiement de projets innovants et de développement d'activité	Climat social

## Eléments de prospective pour le pôle MPRU

En termes de ...	Changements à venir
Demande de patients	De la prévention au traitement pour les pathologies chroniques : <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEC complète en diabétologie</li> <li>• PEC des insuffisances rénales (notamment terminales)</li> <li>• PEC HTA et cardiovasculaire et cardiopathies</li> <li>• PEC oncologie</li> <li>• PEC soins palliatifs</li> <li>• PEC des Maladies auto –immunes dont MICI et</li> </ul>
Offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrivée d’acteurs privés</li> <li>• Développement de l’infectiologie</li> <li>• Poursuite des missions éducatives en cardiologie avec consultations IDE et films d’éducation en shimaoré</li> </ul>
Innovations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Télémédecine, téléexpertise (Prérequis : RH et temps dédié)</li> <li>• ETP en langues locales (shimaoré et comorien)</li> </ul>

## Perspectives de projet pour le pôle MPRU

Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi des patients chroniques : réduire les perdus de vue, améliorer l’observance</li> <li>- Développer la traduction +++</li> <li>- Compréhension du parcours patient</li> <li>- Optimiser le circuit oncologie avec               <ul style="list-style-type: none"> <li>o RDV rapides/facilité EVASAN pour examens complémentaires</li> <li>o Rapidité des résultats histologiques</li> </ul> </li> <li>- Films d’éducation en shimaoré (déjà fait en cardiologie, à développer pour oncologie/drépanocytose, ...)</li> <li>- Poursuite et augmentations des consultations paramédicales</li> <li>- Service social dynamique et efficient</li> <li>- Développer l’activité de médecine ambulatoire (notamment suivi des PVVIH)</li> <li>- Développer ETP (PVVIH et Hépatites virales)</li> <li>- Projet de renforcement HAD et ouverture SSR</li> </ul> <p>En psychiatrie, développement de l’offre de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CMP de Petite Terre</li> <li>- Augmentation capacitaire de l’HC de psychiatrie</li> <li>- Partenariats avec les associations du médico-social</li> <li>- Structures de PEC alternatives : appartement thérapeutique, ...</li> </ul>

### **Prendre soin et développer les compétences des professionnels**

- Développer une stratégie et un catalogue de formation interne comme levier de fidélisation
- EPU
- Publications/participation à des études cliniques/
- Encadrements de thèses
- Coopérations avec les services du pôle de santé publique pour offrir un package complet de formation aux futurs DES d'infectiologie
- En psychiatrie, formation des IPA

### **Développer les projets institutionnels**

- ETP en transversalité
- Formaliser les avis spécialisés des médecins du pôle
- Promotion de la prévention primaire et de dépistage
- Poursuite des missions de spécialités manquantes au CHM avec redynamisation coopération CHM/CHU
- Service social dynamique et efficient



### 7.3.2 Le Pôle Secteurs

Le pôle Médecine des Secteurs (MEDSEC) est un pôle constitué de quatre centres de consultation et d'accouchement, du centre de Jacaranda et de onze centres de consultations de proximité rattachés par zone aux centres de consultation et d'accouchement. Hors l'obstétrique, les activités essentielles de ces sites sont la consultation et les soins de médecine générale, l'odontologie et la prise en charge des pathologies chroniques. Une permanence des soins est assurée 24h/24h 7 j/7j. Ils accueillent des adultes et des enfants présentant des pathologies très variées : médicales, chirurgicales, traumatologiques et psychiatriques.

#### Périmètre du pôle Secteurs

L'organisation actuelle de la médecine de secteur est basée sur un maillage territorial original :

- 4 centres de soins et d'accouchement assurent une permanence de soins H24
- 11 centres de proximité assurent une prise en charge de 7 à 14h les jours de semaine.

A ce jour, seules des consultations de médecine générale avec ou sans rendez-vous sont assurées dans ces centres. Les délais d'attente sont longs du fait de la saturation de la demande.

Ces centres sont répartis sur 5 secteurs géographiques :

- Centre de soins et d'accouchements du NORD – Dzoumogné + 2 centres de proximité
- Centre de Soins et d'Accouchement du SUD – M'Ramadoudoud + 3 centres de proximité
- Centre de Soins et d'Accouchement du CENTRE – Kahani + 1 centres de proximité
- Centre de Soins et d'Accouchement de Petite-Terre – DZAOUZDI + 2 centres de proximité + 14 lits de médecine HC + 1 centre de rétention + 1 centre administratif
- Secteur Grand Mamoudzou – JACARANDA + 3 centres de proximité

## Matrice FFOM du Pôle Secteurs

Forces	Faiblesses
<p>Le plus gros pôle du CHM en nombre d'agents, de services et d'UF.</p> <p>Proximité de la population, activité « hors les murs » du CHM : compense l'absence de la médecine de ville</p> <p>Reconnaissance de la population</p> <p>Triage des patients avant leur admission au CHM</p> <p>Activités de prévention primaire et secondaire</p> <p>Diversité des pathologies rencontrées</p> <p>Sympathie, disponibilité et dynamisme des équipes</p> <p>Maillage territorial</p>	<p>Eloignement avec le CHM : éloignement de la communauté médicale et de l'accès aux avis spécialisés</p> <p>Manque de valorisation du travail réalisé dans les centres périphériques</p> <p>Turn-over des RH</p> <p>Taux d'absentéisme élevé des PNM : personnel reclassé, moyenne d'âge des PNM plus élevée que celle de Mamoudzou</p> <p>Locaux exigus et en nombre insuffisant</p> <p>Délais pour des consultations sur rdv : 2 semaines</p>
Opportunités	Menaces
<p>Améliorer les PEC : fonds FIR, IAO, possibilité de former les agents IDE en IPA</p> <p>Améliorer la coordination et la mutualisation de moyens entre le secteur médecine et le secteur obstétrique</p> <p>Améliorer les capacités diagnostiques et d'explorations des CDSA : mini-laboratoire, TDR, radiologie (permettrait aussi de désengorger les SAU, labo et radio de Mamoudzou)</p> <p>Renforcer l'offre HAD</p> <p>Adapter les locaux et les moyens humains aux plages d'ouverture des consultations</p>	<p>Manque d'offre de médecine libérale</p> <p>Climat social et sécurité des biens et des personnes</p>

## Perspectives de projet pour le pôle Secteurs

### Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge

- Améliorer les prises de RDV de consultations médicales et notamment des patients chroniques pour fluidifier le parcours patient
- Développer l'éducation aux patients (Spots vidéo dans les salles d'attente)
- Allonger la présence de l'IDE d'accueil sur toute la plage d'ouverture des CDR

### Prendre soin et développer les compétences des professionnels

- Former des IPA
- Former le personnel au DU plaies et cicatrisation

### Développer les projets institutionnels

Améliorer les capacités diagnostiques et de triage afin de mieux orienter les patients et réduire les demandes de transfert vers les urgences de Mamoudzou par l'acquisition de certains types de matériels :

- Appareil de mini-laboratoire
- Appareil portatif de radio osseuse
- Des tests de diagnostic rapide (TDR) et notamment l'Automesure de l'INR (COAGUCHEK INR ange)

### 7.3.3 Le Pôle BACS

Le Pôle BACS regroupe les activités de consultations externes de chirurgie, de bloc opératoire, d'anesthésie et d'hospitalisation complète et l'activité ambulatoire de chirurgie.

#### Périmètre du pôle BACS

Unités	Capacitaire
Bloc Opératoire	4 salles, une cinquième salle pour les deuxièmes codes rouges en chirurgie obstétricale
Anesthésie	1 SSPI de 9 places au bloc central et 3 places au bloc « mater »
Chirurgie d'Hospitalisation	50 lits d'HC sur 2 services (chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale) <b>Possibilité de monter à 55 lits si besoin</b>
Chirurgie Ambulatoire	34 places HA <b>avec possibilité de rotations sur chaque place</b>
Consultations spécialisées	ORL, Ophtalmo, orthopédie, Viscérale, Urologie et Anesthésie, chirurgie réparatrice Service d'Odontologie Médecine Bucco-Dentaire et de chirurgie Orale intégrant 9 cabinets dentaires répartis sur l'ensemble du territoire mahorais <b>et le centre pénitentiaire</b>
Soins externes	

#### Chiffres clefs d'activités du pôle BACS (source Rapport d'activité du DIM 2019)

- 6 935 entrées hors orthogénie en 2019 (+5.1%)
- 3 964 entrées en 2019 et 21 250 JH, (+7.8% notamment portés par la chirurgie générale et gynécologique)
- 2 971 entrées en ambulatoire hors orthogénie (+1.6%)
- Le taux d'occupation globale en hospitalisation complète est de 97% (+1.5%). Il est de 77.9%, en chirurgie générale (+14%), de 97.5 % en gynécologie (+5.5%) et de 113% en orthopédie (-12%)
- L IPDMS est de : 1.97 en HC orthopédie, 1.56 en HC générale et de 1.25 en HC gynécologie
- Le taux d'occupation des lits d'ambulatoire en chirurgie hors orthogénie et brûlés est de 57.6 % (+1.6%)
- Mode de sortie des services de chirurgie complète en 2019 : 94% domicile, 4,8% mutation, ,0,8% EVASAN.
- 4 988 séjours chirurgicaux en 2019 hors IVG et obstétrique, pour 23 711 journées d'hospitalisation.
- 51,9% de l'activité chirurgicale en 2019 est réalisée en ambulatoire dominée par la chirurgie gynécologique et générale.

## Matrice FFOM du pôle BACS

Forces	Faiblesses
<p>Dynamisme et collaboration efficace du binôme chef / cadre de pôle</p> <p>Formalisation d'un projet de pôle et suivi des actions assuré par le cadre de pôle et chef de pôle. Points d'étape avec l'encadrement et prochainement en conseils de pôle</p> <p>Existence des projets de service et gestion des projets (Gantt) pour tous les services du pôle</p> <p>Rapports d'activité et tableaux de suivi des indicateurs disponibles</p> <p>Informatisation achevée dans les consultations et finalisation sur tout le reste du pôle</p> <p>CREX de pôle avec Analyse Approfondie des Causes régulières</p> <p>Ensemble des IDE et IADE formés au e-learning transfusion sanguine</p> <p>Stratégie de formation IBODE et IADE très importante avec réalisation des préparations au concours sur le CHM</p> <p>Effectifs attribués et dotation en matériel conséquent, Démarches projets suivies par notre Direction,</p> <p>Présence, écoute et soutien de notre Direction et de notre DG. Management responsable développé sur le pôle avec mise en place d'objectifs évalués, de référents, d'audits.</p> <p>Responsabilisation des acteurs avec valorisation du travail effectué et sanction des comportements déviants.</p> <p><b>Bloc opératoire :</b></p> <p>Présence d'un cadre de Bloc diplômé IBODE et CSP (changement en Janvier 2021)</p> <p>Fidélisation et stabilisation des Circulants : contrat minimum d'un an, (voir CDI à compter de Janvier 2021)</p> <p>Régulation du bloc par les AS (A compter d'Octobre 2020)</p> <p>Équipe de brancardage dédiée</p> <p>Réalisation d'un acte délégué par les IADE : pose de Picc Lines</p> <p>Parcours décrits : chambre implantable, IRM pédiatrique</p>	<p>IADE : 40% de contrats courts</p> <p>Equipes médicales et paramédicales (IADE, IBODE) incomplètes et turn-over important des équipes (IADE et MAR notamment)</p> <p>Insuffisance des vacations de bloc opératoire par rapport aux besoins réels</p> <p>Attente des solutions d'aval à venir (SSR et pérennisation de l'HAD) pour la chirurgie</p> <p>Délais de consultation longs dans certaines spécialités (Ophtalmologie, Odontologie)</p> <p>Absence de service de chirurgie pédiatrique malgré la structure populationnelle très jeune dans le département</p> <p>Activité non-programmée (en consultation, hospitalisation ou bloc) prenant le pas sur l'activité programmée</p> <p>Dynamique RMM à sponsoriser</p>
Opportunités	Menaces
<p>Poursuivre l'informatisation du pôle : anesthésie</p> <p>Stabiliser les équipes (bloc, anesthésie, ...) par une amélioration des conditions de travail et extra professionnelles</p> <p>Poursuivre le développement de l'ambulatoire et des circuits patients</p> <p>Développer l'anesthésie pédiatrique et la chirurgie infantile</p> <p>Augmenter l'activité chirurgicale : consultations, bloc opératoire</p> <p>Développer les consultations avancées dans les centres périphériques</p>	<p>Instabilité des effectifs PM et PNM</p> <p>Manque de spécialistes</p> <p>Création prochaine d'une clinique privée avec bloc opératoire</p>

## Perspectives de projet pour le pôle BACS

Les ambitions du pôle sont de produire une offre de soins humaine et la plus efficiente possible et de mettre en place :

- Des organisations innovantes capables de répondre aux contraintes liées à l'environnement d'exercice à Mayotte. Cette perspective devra se décliner à court et moyen termes mais surtout se pérenniser afin de proposer des prises en charges variées,

- De nouvelles structures et de nouvelles prises en charge afin de répondre au mieux aux besoins du terrain,

- Une augmentation de l'activité de consultations, mais aussi ambulatoire et chirurgicale,

- Des organisations où il fait bon « travailler », où la reconnaissance, la valorisation et les possibilités d'évolutions professionnelles sont des notions partagées et encouragées.

Les perspectives de projet pour le pôle sont les suivantes :

### **Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge**

- Développer la chirurgie pédiatrique
- Optimiser les parcours de soins (parcours abcès, salle de petite chirurgie,
- Développer l'activité « générale » du pôle : extension des horaires de l'UCA et des centres de consultations, augmentation des vacations opératoires,
- Développer certaines spécialités (carcinologie intestinale, sein et prostate)

### **Prendre soin et développer les compétences des professionnels**

- Augmenter et garantir les compétences et les effectifs médicaux et paramédicaux
- Valoriser à sa juste valeur le travail de chacun et sponsoriser l'évolution promotionnelle et professionnelle
- Poursuivre le développement des supports réglementaires et des temps de concertation
- Conforter le management responsable mis en place par la formation des CSP
- Poursuivre le développement d'une culture qualité au sein du pôle

### **Développer les projets institutionnels**

- Participer aux projets transversaux : travaux, équipement, déménagements
- Créer un service unique de chirurgie générale
- Mettre en valeur le pôle BACS comme un véritable « poumon de l'établissement »

### 7.3.4 Le Pôle URSEC

Le Pôle URSEC représente une activité conséquente du CHM avec le transport et la prise en charge en urgences et en réanimation des patients dont l'état de santé est grave. Il intervient sur tout le territoire et assure aussi l'activité d'EVASAN vers La Réunion et la métropole.

#### Périmètre du pôle URSEC

Services	Périmètre
Urgences	<p>SAU : 57000 passages par an            Seul service d'urgences de l'île            1 à 2 % de plus de 75 ans            20% des passages pour asthme (PEC assise avec rampe d'O2 sous surveillance d'un IDE)            1 IAO pour accueil adulte et pédiatrique            3 lits de déchocage : 1 adulte et 1 pédiatrique et 1 mixte            1 box de soins lourds : télé-AVC et thrombolyse            1 zone d'accueil et 2 box de consultations            Adultes : 5 box qui peuvent être doublés + 1 box seul            Enfants : 4 box qui peuvent être doublés            48% d'activité pédiatrique            UHCD 7 lits            UHCD Pédiatrique : 7 lits</p>
Réanimation	4 lits de soins continus 6 lits de réanimation pédiatrique et 6 lits de réa adulte
SAMU- SMUR - Transports sanitaires	<p>2 équipes de SMUR le jour            1 équipe la nuit (autorisation pour 2<sup>ème</sup> ligne de SMUR la nuit)            1 méd régulateur le jour, 1 la nuit (3 permanenciers le jour et 2 permanenciers la nuit)            2 VLM et 2 ARM (en théorie)            Possibilité d'intervenir en SMUR maritime            Transports sanitaires : aucune statistique sur les transports – transport inter-maternité ; transports urgents du grand Mamoudzou ; transports internes à l'hôpital</p>
EVASAN	<p>2 ambulances et 1 minibus            1 avion sanitaire            1 hélicoptère            Tous les jours une équipe composée d'un médecin et d'un IDE est postée pour les départs Evasan, et 1 équipe de coordination des EVASAN composée de 3 secrétaires et 1 IDE            1300 Evasan / an dont 350 médicalisées : 90% vers La Réunion et 10% en métropole</p>
Caisson hyperbare	Tourne 3jrs/sem. avec 3 séances par jour pour plaies et cicatrisation essentiellement
CESU	Formations assurées par les professionnels de l'établissement

## Chiffres clefs d'activités du pôle URSEC (source Rapport d'activité du DIM 2019)

### Urgences

- 48 866 venues enregistrées (133 patients par jour en moyenne, 47% de moins de 18 ans et 1,1% au-delà de 75 ans) en 2019 sur le site de Mamoudzou dont 7 896 hospitalisations après consultation (+ 2.9 %), avec une activité qui baisse depuis 2017.
- 10% de l'activité est réalisée entre 00h et 7h.
- 20% des patients sont hospitalisés après leur passage aux urgences dont 47% en UHCD. Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences continue à progresser depuis 2015.
- Par ailleurs, 30 % des hospitalisés présentent un ou plusieurs signes de gravité, 16% ont donné lieu à un séjour de gravité 3 / 4.
- L'activité de l'UHCD, dont la capacité est de 16 lits, a progressé de 8,7% en 2019 avec 3 867 patients pris en charge avec une DMS de 1,65 jours en légère diminution.
- 43% des patients ont une DMS de 2 jours et plus qui peuvent être expliqués par une embolisation ou un manque de disponibilités de lits d'aval.
- 20.2% des patients ont été hospitalisés à l'issue de leur séjour en UHCD (31.1% en 2017) notamment en médecine et en pédiatrie et 88 patients transférés par EVASAN.

### SMUR

- 2 559 missions SMUR sont réalisées en 2019 (1 363 primaires, 525 EVASANS, 612 périphériques et 59 jonctions).

A cette activité se rajoute :

- 427 aides au sein de l'hôpital
- 123 retours d'EVASAN
- 57 interventions, réalisées uniquement par des infirmiers (TIIH).

### Activité du caisson hyperbare

- 699 séances ont été réalisées en 2019, pour un montant total de 195 565€.

### Réanimation et soins intensifs

- 766 séjours en 2019 (731 en 2018) pour 4 703 journées d'hospitalisation
- Une IPDMS à 1.35 (1.49 en 2017), un IGS médian pour les 18 ans et plus, de 32
- Un taux de décès de 16.8% chez les 18 ans et plus et de 9.7% chez les moins de 18 ans.
- Le taux d'occupation global est de 86%, très variable dans l'année.
- Il est de 104% chez les plus de 18 ans (10 lits) et de 53% chez les moins de 18 ans (6 lits)
- 120 patients dont 17 de moins de 18 ans sont sortis du CHM par EVASAN.
- Les suppléments de réanimation/SI sont valorisés en sus du GHS, ils sont fonction des actes et de la pathologie, après en baisse en 2018, s'établissent à 5 570 forfaits (Réa, SI et USC confondus).



## Matrice FFOM du pôle URSEC

Forces	Faiblesses
<p>Porte d'entrée et vitrine du CHM            Bonne dynamique médicale            Diversité des pathologies et des PEC            Valorisation des travaux : recherche et publications            Matériel et équipement attractif            Filière de traumatologie existante et filière de médecine générale            Capacité à gérer deux circuits : adulte et pédiatrique dans une même unité de lieu            Bonne organisation avec les chirurgiens orthopédistes et la réanimation            Organisation des EVASAN performante (sert le bassin de population de l'Archipel des Comores) et perfectible (très chronophage administrativement, meilleure organisation à trouver avec les autres services) : sait s'adapter, premier pont aérien, coordination avec la PAF, ...            Réanimation pointue : ECMO, dialyse, avec des soins de qualité (patients jeunes, avec des retards de PEC), équipe jeune, mature, dynamique, performante (un mois de temps doublé pour les nouveaux arrivants paramédicaux)            Activité URSEC importante : risques infectieux, tsunami, tremblement de terre, épidémie, dans un contexte d'absence de culture de l'organisation de la réponse aux catastrophes</p>	<p>Pas de filière pédiatrique créée            Turn-over du personnel : PM, PNM, Direction : impact sur la continuité des projets            Transports sanitaires : peu de moyens pompiers et peu d'ambulanciers privés            Parc ambulances et véhicules à étoffer et adapter            Pas assez d'aval des urgences en hospitalisation aux urgences            Peu de possibilités d'hospitalisation en médecine et en psychiatrie depuis les urgences            Logistique lourde            Temps de formation et de compagnonnage des IDE jeunes diplômés dans les services d'urgence</p>
Opportunités	Menaces
<p>Fidélisation des compétences            Projet de filière pédiatrique dédiée aux urgences            Projet de filières à monter et développer avec la médecine            Développer les entrées directes en médecine            Formaliser les avis de médecine au SAU et UHCD            Informatiser les EVASAN avec un logiciel dédié            Faire monter en compétences les Centres périphériques avec radio labo délocalisée et téléexpertise            Projets immobiliers : préau, agrandir la régulation médicale, garage pour les véhicules SMUR</p>	<p>Turn-over RH            Instabilité sociale impacte les RH</p>

## Perspectives de projet pour le pôle URSEC

### Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge

- Développer une filière pédiatrique
- Développer les PEC en amont du CHM dans les centres de référence
- Changer le caisson hyperbare et développer les avis sur la cicatrisation
- Développer la filière de médecine
- Développer la filière cardio-coronarographie
- Renforcer les CDR périphériques

### Prendre soin et développer les compétences des professionnels

- Faire mieux connaître le service d'EVASAN, formaliser les procédures et informatiser
- Développer l'attractivité des recrutements et fidéliser le personnel : mixer les équipes métropolitaines et mahoraises dans les services
- Développer les formations et faire monter en compétences : ARM, IOA et urgences vitales, néonatal...

### Développer les projets institutionnels

- Évolution du CESU en centre de simulation
- Projet SAMU-Maternité : mise en place d'une régulation spécifique par les sages-femmes
- Développer la recherche : hyperbarisme et drépanocytose, ...

### 7.3.5 Le Pôle Néonatalogie et Pédiatrie

Le CHM étant le seul établissement de santé de l'île, le pôle néonatalogie - pédiatrie est axé sur le maintien de son rôle de service public dans la santé de l'enfant à Mayotte.

La sécurisation de l'enfant instable ou défaillant, nouveau-né (réanimation néonatale) ou plus grand (surveillance continue pédiatrique) sont ses principales priorités.

Le pôle Néonatalogie – pédiatrie a pour mission d'accueillir, dans le secteur "nourrissons" : les nourrissons, de la sortie de la maternité jusqu'au 36ème mois de vie et au-delà au secteur "Pédiatrie Grand Enfants" jusqu'à 15 ans et 3 mois.

Le pôle prend en charge toutes les pathologies pédiatriques (drépanocytoses, diabète, maladies infectieuses...) et a pour objectif d'adapter ses services pour accueillir les enfants de la lune.

En l'absence de service de chirurgie infantile, le service de pédiatrie peut héberger des enfants relevant d'un service de chirurgie (orthopédique, brûlés...).

#### Périmètre du pôle Néonatalogie et Pédiatrie

	<b>Périmètre</b>
HC de pédiatrie	1 aile nourrisson de 16 lits d'HC, 4 lits d'USC 1 aile grands enfants, 18 lits d'HC, 4 places d'HdJ  De janvier à avril : 8 lits d'HC
Unité temporaire de bronchiolite	
HC de néonatalogie	6 lits de réanimation 8 lits de soins intensifs 16 lits d'HC
Unité de consultations externes	
Centre de référence des maladies rares	
Pédiatrie de maternité	
HAD	Cf. section HAD p. 90 75 lits adultes et enfants
Equipes mobiles de soins palliatifs adultes et enfants : EMASP, EADSP, ERSPP	Tout le territoire en intra ou extrahospitalier

## Chiffres clés d'activités du pôle Néonatalogie et Pédiatrie (source Rapport d'activité du DIM 2019)

### Néonatalogie

- 773 séjours en 2019, chiffre en augmentation depuis 2015.
- Le nombre d'entrées est de 415 en réanimation néonatale, 238 en SI néonatales et de 625 en hospitalisation complète de néonatalogie.
- Le taux global d'occupation en 2019 est de 146% (+17%) (131% pour la néonatalogie, 44 % pour les soins intensifs et 320 % pour la réanimation).
- Le taux d'occupation de la réanimation à travers les forfaits journaliers de réanimation confirme ce niveau de réanimation des nourrissons hospitalisés, 6942 forfaits de réanimation pour 7029 journées d'hospitalisation).
- Mode d'entrée en néonatalogie :
  - o 548 entrées directes de la salle de naissance de Mamoudzou (375 directement en réanimation, 133 en soins intensifs et 40 en médecine)
  - o 8 en retour EVASAN,
  - o 3 par les urgences
  - o 5 du domicile directement
  - o 3 des services (2 de pédiatrie et 1 de réanimation)
  - o 206 après passage en pouponnière (114 de Mamoudzou et 92 des périphéries)
- 92 entrées en provenance des maternités périphériques (107 en 2018) dont 22 en réanimation (3 de PT, 6 du sud, 5 du centre, 8 du nord), 37 en SI (10 de PT, 7 du sud, 12 du centre, 8 du nord), 533 en médecine (5 de PT, 10 du sud, 6 du centre, 12 du nord)
- Mode de sortie en néonatalogie
  - o 46 nourrissons sont décédés à l'issue de leur séjour de naissance en 2019 dont 29 après hospitalisation en néonatalogie, 15 en pouponnière de Mamoudzou, 1 dans le sud et 1 dans le Nord)
- Nombre de forfaits en néonatalogie
  - o Ils sont de 15 490 forfaits en 2019 : 6 942 de réanimation, 1 227 de soins intensifs et de 7 321 de médecine pour un montant de 7 146 775€, avec 51% de séjours de gravité 2, 3 ou 4.

### Pédiatrie

- 1 913 séjours en 2019 contre 1 969 séjours en 2018 en hospitalisation complète de pédiatrie (moins 2.8 %)
- Une durée moyenne de séjour de 6 jours (5.7j en 2018)
- 336 entrées en surveillance continue (moins 5.6%) pour 1236 journées d'hospitalisation.
- 674 séjours d'ambulatoire (moins 11%)
- Un taux d'occupation globale de 102%. DMS de 6 jours en 2019.
- 906 journées de soins continus ont donné lieu à un forfait.
  
- En HC Pédiatrie :
  - o 61.3% des entrées (1238) se font par les urgences dont l'UHCD comme en 2018
  - o 24 entrées ont été des retours d'EVASAN

- 148 sorties vers les soins continus pédiatriques
  - 20 sont sorties vers la réanimation
  - 57 patients sont sortis par EVASAN
  - 1 patient est décédé
  - En HC Soins Continus de pédiatrie :
    - 45% des entrées se font via les urgences dont 1 UHCD
    - 55 % sont en provenance de HC pédiatrique
    - 22 sont partis en EVASAN
    - 1 patient est décédé
  - Les principales pathologies prises en charge sont respiratoires et digestives.
  - 300 séjours en 2019 (274 en 2018) sont considérés comme chirurgicaux.
  - Hospitalisation de jour : 70 séances d'érythrophérèse, 152 transfusions, 190 explorations fonctionnelles endocrinologiques, 189 actes d'imagerie avec sédation ou AG
  - EMASP :
    - Début de l'activité sur le dernier trimestre 2019 : entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre 2019
    - Nombre de demandes sur la période : 69 nouvelles demandes de prises en charge par l'EMASP dont 26 émanent du service de médecine, 25 du secteur libéral, 4 des services de pédiatrie et réanimation, et 10 des autres services.
    - 115 interventions au total téléphoniques, physiques intra et extrahospitalières.
- 50 % des pathologies prises en charge relèvent de l'oncologie.

## Matrice FFOM du pôle Néonatalogie et Pédiatrie

Forces	Faiblesses
<p>Diversité des pathologies, services de plusieurs spécialités pédiatriques : en néonatalogie et en pédiatrie : très formateur pour PM et PNM</p> <p>Relance des réunions mensuelles néonatalogie -pédiatrie-PMI</p> <p>Télémédecine existante en chirurgie pédiatrique</p> <p>Coopérations réussies avec le CHU de la Réunion : assistants partagés, filière oncohématologie, EVASAN sur toutes les spécialités, et missions médicales spécialisées (sauf pneumologie, rhumatologie et pédopsychiatrie)</p> <p>Coopérations avec les établissements de métropole (conventions à formaliser) :</p> <p style="padding-left: 20px;">Cardiologie : Marie Lannelongue</p> <p style="padding-left: 20px;">Hépatogastro-entérologie : Necker</p>	<p>Grandes difficultés en termes de recrutement et turn-over, pour les RH paramédicales et médicales</p> <p>Les locaux ne sont pas adaptés autant en hospitalisation qu'en consultations : sous-dimensionnés (en termes capacitaire), locaux de consultations vétustes et hors normes sécuritaire et hygiène pour la population pédiatrique</p> <p>Délais de rdv en consultations pédiatrique : 3 à 4 mois</p> <p>Bcp de perdus de vue par mauvaise reprogrammation</p> <p>Manque de traducteurs</p> <p>Manque de PEC sociales (besoin de 5 postes Assistants sociaux pour couvrir les besoins de tout le pôle néonatalogie-pédiatrie)</p> <p>Pas de pédiatrie libérale ni d'offre paramédicale libérale (orthophonie, psychomotricien et ergothérapeute) relative à la PEC des enfants</p>
Opportunités	Menaces
<p>Néonatalogie : développer le suivi des prématurés par les néonatalogues en lien avec les PMI</p> <p>Développer la filière cardiologique</p> <p>Développer l'approche NIDCAP : pour améliorer les PEC et maintenir l'attractivité du service néonatalogie pour les RH</p> <p>Renforcer le temps psychologue et assistant sociale pour la pédiatrie et créer un poste de psychologue pour la néonatalogie</p> <p>Redynamiser les équipes avec un projet de pôle moteur</p> <p>Développer les coopérations Comores-Mayotte en général avec une première approche sur la filière des maladies du globule rouge</p> <p>Valoriser l'activité des maternités et néonatalogie par la mise à niveau 3 au lieu de 2B actuel</p>	<p>Epuisement professionnel et démotivation de l'équipe</p> <p>Fermeture d'unité par manque de personnels compétents</p> <p>Départs anticipés des personnels en fin de contrat (dû au nombre d'heures supplémentaires cumulées) mettent en péril les organisations</p>

## Perspectives de projet pour le pôle Néonatalogie et Pédiatrie

<p><b>Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place le NIDCAP</li> <li>- Mettre en place le suivi des prématurés</li> <li>- Améliorer l'accès aux consultations pédiatriques et réduire les délais</li> <li>- Créer et décrire les filières pédiatriques : depuis les urgences, en consultations, ...</li> <li>- Augmenter le capacitaire d'HdJ (+2 places) pour réaliser les erythraphères</li> <li>- Faire évoluer le CRMRGR vers un centre intégré pédiatrique et adulte</li> </ul>
<p><b>Prendre soin et développer les compétences des professionnels</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire reconnaître la maternité en niveau 3 pour ajuster le dimensionnement en RH</li> <li>- Identifier des référents pour les surspécialités pédiatriques</li> <li>- Agrandir les locaux</li> <li>- Développer l'accompagnement social pour PEC globales des enfants</li> <li>- Augmenter l'accessibilité des consultations pour le suivi</li> </ul>

- Développer l'ETP : diabète, drépanocytose, asthme

### **Développer les projets institutionnels**

Collaborer avec les autres pôles de l'établissement :

- Créer une unité d'urgences pédiatriques distincte du SAU adulte.
- Développer l'orthopédie pédiatrique et la chirurgie pédiatrique
- Développer le réseau de prise en charge du handicap à Mayotte, à la sortie du CHM
- Développer et consolider l'EMASP et l'offre de soins palliatifs : EADSP, ERSSPP, lits de soins palliatifs.

### 7.3.6 Le Pôle Gynécologie-Obstétrique

#### Périmètre du pôle Gynécologie-Obstétrique

L'activité du pôle repose sur plusieurs missions de soins :

##### En obstétrique :

- Suivi des grossesses physiologiques (à partir du 9ème mois)
- Suivi des grossesses à haut risque (quel que soit le terme)
- Echographie de dépistage
- Diagnostic anténatal
- Accouchement et ses suites
- Suivi des nouveau-nés jusqu'au 12ème jour de vie
- Consultations post-natales

##### En gynécologie :

- Consultations
- Chirurgie
- Orthogénie

#### Les infrastructures

L'offre s'organise à ce jour sur cinq sites :

- Un site central situé à Mamoudzou qui assure notamment la prise en charge des grossesses à risques avec un centre d'orthogénie contigu à la structure de Mamoudzou
- Quatre maternités périphériques : trois de 20 lits (Nord, Centre, Sud) et un de 8 lits (Petite-Terre) où sont pratiqués des accouchements physiologiques et les consultations en urgences obstétricales et de gynécologie.

#### Le capacitaire

SERVICES	LITS-PLACES AUTORISES	CAPACITE MAXIMALE
Chirurgie gynécologique	10	13
Maternité suites de couches	43	48
Grossesses pathologiques	18	26
Secteur naissance – Urgences obstétricales		
Maternité de Kahani	20	22
Maternité de Dzoumogné	20	22
Maternité de Mramadoudou	20	22
Maternité de Dzaoudzi	8	9
Total Pôle Gynéco-Obstétrique	139	162
Total Mamoudzou	71	87

#### La répartition des activités sur les sites :



	Site de Mamoudzou	Site de Dzoumogné	Site de Kahani	Site de M'Ramadoud	Site de Dzaoudzi	Site de Koungou	Site de M'Tsapéré
Salle de naissance	X	X	X	X	X		
Suites de couche	X	X	X	X	X		
Grossesse à Haut Risque	X						
Gynécologie	X						
Consultations externes de GO	X	X	X	X	X	X	
Consultations externes post-natales et suivi des nouveau-nés		X	X	X	X	X	X
Diagnostic anténatal	X						
Orthogénie	X						
Suivi post-opératoire en externe						X	X

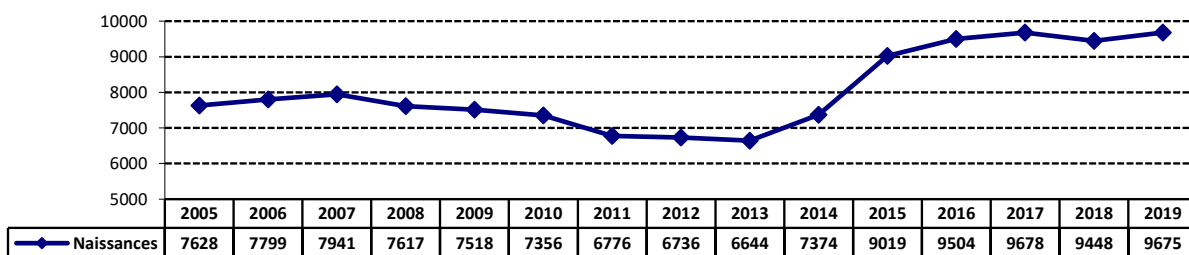
### Chiffres clés d'activités du pôle Gynécologie-Obstétrique (source Rapport d'activité du DIM 2019)

#### Orthogénie

- 1 109 séjours pour interruption de grossesse en 2019 (1291 en 2018) au CHM et 59 séjours pour échecs de RU
- Les IVG médicamenteuses sont pratiquées par les médecins libéraux et depuis la fin de l'année 2017 par des sages-femmes. Elles peuvent aussi être réalisées dans les CDR.
- Les praticiens sont conventionnés avec le service d'orthogénie du CHM.
- 689 IVG faites au CHM sont médicamenteuses (+12.9% par rapport à 2017), 472 sont chirurgicales dont 52 échecs de RU.
- L'âge moyen des patientes est de 25.9 ans
- 34 patientes ont strictement moins de 15 ans.
- 217 implants et 36 dispositifs intra-utérins ont été posés.
- 4,6 patientes par jour ouvrable sont prises en charge pour une IVG au CHM, dont 1.9 pour une IVG chirurgicale.
- 372 séjours (215 IVG médicamenteuses et 127 IVG chirurgicale) sont facturables à l'assurance maladie soit 32% des séjours.

## Obstétrique

- **9 675 naissances** en 2019 dont 9 534 vivantes et 141 mort-nés (14.8 ‰).
- Évolution du nombre de naissances



- 11 048 séjours tous types confondus (+2.5%) sur l'ensemble des maternités avec une DMS globale de 3.9 jours qui rejoint la durée de séjour de 2017 (3.9) après le passage à 4.2 jours en 2018.
- 42 797 journées d'hospitalisation complète soit un taux d'occupation global de 91%, la maternité centrale a un taux de 108% signant le manque de lits connus sur le site central qui comprend le plateau technique.
- L'IPDMS global des séjours de maternité pour l'ensemble des sites est de 0.97
- Les maternités périphériques transfèrent **2 398 patientes** sur la maternité de Mamoudzou pour des accouchements difficiles, des grossesses pathologiques ou des complications du post-partum.
- La maternité centrale de Mamoudzou qui manque de lits de suite de couche, adresse les patientes sur les sites périphériques, ainsi 4 484 mutations sont faites.
- 961 mutations de patientes ont été faites en 2019 entre la maternité centrale et les maternités de secteurs dans les deux sens ce qui mobilise de nombreux moyens humains et matériels

Répartition de l'ensemble des naissances par secteur en 2019 :

- Mamoudzou 6 980,
  - Centre 992,
  - Nord 753,
  - Domicile 722,
  - Sud 607,
  - Petite Terre 343.
- Il existe une légère augmentation des naissances à domicile sur l'île.
  - Il existe une diminution significative des naissances des prématurés en périphérie, 49 sont nés dans le centre, 15 sur petite terre, 35 dans le nord et 34 dans le sud
  - **548 nourrissons (530 nourrissons en 2018) nés à Mamoudzou ont été admis directement en néonatalogie dont 375 (325 en 2018) directement en réanimation néonatale, 133 en soins intensifs et 40 en service de néonatalogie**
  - Le taux de mortinatalité, malgré une baisse entre 2015 et 2018, est à la hausse en 2019 (14,8 pour 1000 naissances, ce taux est de 9,2 en Métropole).

### **Les parturientes**

- 9 474 séjours d'accouchements (+1.8%) dont 1391 césariennes (9 308 séjours d'accouchements en 2018 dont 1 380 césariennes).
- L'âge moyen des femmes est stable, il est de 28.4 ans, 4,58% avaient moins de 18 ans.

### **Les accouchements**

- La DMS des séjours d'accouchements est de 3.95 jours (5 jours en Métropole), 3.5 jours par voie basse (4.3 jours en Métropole) et 6.4 jours pour les césariennes (6.7 jours en métropole en secteur public).
- Les grossesses multiples : 163 grossesses multiples (1.7 % contre 1.8% en Métropole), la PMA étant peu développée sur Mayotte et les parturientes plus jeunes dont 2 grossesses pour triplés.

### **Les accouchements par voie basse**

- **8 083 séjours** d'accouchements en 2019 par voie basse (7 928 en 2018)
- Les accouchements par voie basse ont donné lieu à 28 528 journées d'hospitalisation complètes correspondant à l'occupation de 78 lits
- La durée moyenne de séjour est de 3.5 jours, elle est nettement plus basse sur les maternités périphériques que sur la maternité centrale
- 91 % des parturientes du centre, 95 % du sud, 92% du Nord et 89% de petite terre font la totalité de leur séjour sur le lieu de leur accouchement.
- 7.8 % des accouchements par voie basse ont eu lieu à domicile, ils représentent 0.5% des accouchements en France
- La durée de séjour des accouchements à domicile est plus basse, elle est de 3.2 jours contre 3.95

### **Les accouchements par césarienne**

- **1 391 césariennes en 2019**, 14.7 % de l'ensemble des accouchements et 15.9 % des accouchements hors domicile, +0.8 % par rapport à 2018
- Le taux de césarienne est de 20.1 % en métropole dont 33% de programmés (17.7 % à Mayotte) et 67% en urgence avant ou pendant le travail
- Les césariennes programmées représentent 6.7% de l'ensemble des accouchements en Métropole contre 2.6% à Mayotte
- 19.3 % des césariennes concernent des enfants prématurés
- La DMS est de 6.4 jours avec un IPDMS à 0.99, elle est variable en fonction du type de césariennes
  - o Césariennes urgentes en dehors du travail est de 7.8 jours contre 7.9 jours en 2018
  - o Césariennes programmées est de 5.7 jours contre 6.4 jours en 2018
  - o Césarienne urgente pendant le travail est de 6.2 jours contre 6.4 jours en 2018
- 25.9 % des césariennes présentent un facteur de gravité

### **Les péridurales**

- Seulement 17,9% des accouchements se font sous péridurales.

### **Les hémorragies de la délivrance**

- 9,1% des accouchements présentant une hémorragie de la délivrance.

### Ante-partum

- 1 542 Séjours en relation avec la grossesse mais n'ayant pas donné lieu à un accouchement

### Post-partum

- 494 révisions utérines après délivrance au bloc opératoire sous anesthésie

## Matrice FFOM du pôle Gynéco-Obstétrique

Forces	Faiblesses
<p>7000 naissances effectuées par an sur le site de Mamoudzou</p> <p>Mobilité inter service à l'intérieur du pôle pour assurer la continuité des soins en cas d'absences</p> <p>Attractivité des SF améliorée en 2019 : valorisation du travail à Mayotte</p> <p>PEC des patientes en chirurgie gynécologique s'est développé en 2018-2019</p> <p>Salle de césarienne code rouge attenante au bloc maternité (et deuxième salle code rouge au bloc central)</p> <p>Présence d'internes de gynécologie chaque semestre, accueil des élèves sage-femme au CHM – Mamoudzou et sites périphériques</p> <p>Formations internes des SF par les GO sur les gestes d'urgence dans les maternités périphériques</p> <p>Consultations délocalisées de gynécologie programmées dans les maternités périphériques</p> <p>Matériel suffisant et de qualité</p> <p>Diversité des prises en charge</p> <p>Staff quotidien d'équipe : revue des dossiers du service et décisions collégiales sur les prises en charge</p> <p>Mobilisation, motivation et implication des équipes</p> <p>Organisation du dépistage du cancer du col – collaboration REDECA</p> <p>Protocoles de soins élaborés, disponibles, accessibles et mis à jour</p> <p>Grâce à l'hélicoptère et à l'avion sanitaire, les EVASAN sont mieux organisées et plus efficaces</p> <p>Disponibilité des données d'activités du pôle</p> <p>Collaboration avec le REPEMA pour une PEC coordonnée des patientes</p>	<p>Effectif insuffisant (GO, Pédiatres, SF, AP/AS et secrétaires médicales)</p> <p>Turn-over (50%) et absentéisme (9%) élevés dans le Pôle</p> <p>Manque d'unité kangourou et d'IDE puéricultrices</p> <p>Locaux vétustes et insuffisants en surface</p> <p>Manque d'ambulanciers dans les maternités périphériques pour assurer les transports de nuit</p> <p>Manque de PEC spécialisée des diabètes gestationnels</p> <p>Service de DAN : Manque RH pour répondre à la demande</p> <p>Anatomopathologie : délais de rendu de résultat longs – pas de possibilité d'autopsie sur place pour les morts fœtales</p> <p>Manque de traducteurs formés</p> <p>Délais de RDV longs</p> <p>Insuffisance de PEC sociale</p> <p>Informatisation du dossier patient en cours de développement</p> <p>PEC non individualisée : une patiente peut être prise en charge par plusieurs Médecins au cours de son parcours</p>
Opportunités	Menaces
<p>Travaux urgents</p> <p>Reconnaissance de maternité de niveau 3</p> <p>Renforcement de l'équipe d'encadrement : adapter les RH à l'activité Mamoudzou</p> <p>Demande d'autorisation en chirurgie gynécologie carcinologique</p> <p>Informatisation du dossier patient</p> <p>Organiser le dépistage du cancer du sein</p>	<p>Démotivation et épuisement du personnel médical et paramédical</p>

## Perspectives de projet pour le pôle Gynécologie-Obstétrique

### Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge

Assurer la sécurité de la mère et de l'enfant :

- Améliorer le parcours patient
- Améliorer la qualité et la sécurité de l'accouchement
- Dépister précocement les vulnérabilités du nouveau-né

Développer l'offre de soins en gynécologie :

- Orthogénie
- Cancérologie
- PMA
- Chirurgie gynécologique
- Parcours des patientes victimes de violences sexuelles

Participer activement à la prévention et la promotion de la santé

- Travail en réseau pour le suivi des pathologies chroniques
- Favoriser l'allaitement maternel

### Prendre soin et développer les compétences des professionnels

Favoriser la formation du personnel :

- Partenariats avec l'UFR de La Réunion
- Développer les formations visant à sécuriser les prises en charge

### Développer les projets institutionnels

- Obtenir la reconnaissance d'une maternité de niveau 3
- Obtenir les autorisations de chirurgie gynécologique carcinologique
- Développer les coopérations régionales : aider au développement des soins in situ

### 7.3.7 Le Pôle Santé Publique

#### Périmètre du pôle Santé Publique

Services	Détails
Actions de Santé	Lèpre, tuberculose, CGID, centre de vaccinations, conseils aux voyageurs, addictologie
DIM	Dont gestion du dossier patient (y compris informatisé) et évaluations
Hygiène hospitalière	Dont CLIN
Coordination des vigilances et GDR	Gestionnaire médical des risques
Médecine de prévention de l'Etat	Médecine préventive pour 3000 employés fonctionnaires d'Etat (préfecture, PAF, gardiens de la prison, ARS, justice, finances, gens de mer, ...) : aptitudes, inaptitudes, port d'armes, gestion de crises
Nettoyage central	Toutes les surfaces communes à l'hôpital en interne
Archives	Médicales et administratives
Gestion des plaintes	Et médiation, en commun avec la DQRU

#### Chiffres clés d'activités du pôle Santé Publique (source Rapport d'activité du DIM 2019)

##### La vaccination

- 20 377 consultations vaccinales ont eu lieu en 2019 dont 2525 hors les murs (36 sorties),
- 21 218 vaccinations recommandées dont :
  - o 1012 BCG
  - o 4 235 ROR
  - o 8 695 DTCP+/-H
  - o 3565 injections de Prevenar®
  - o 1076 vaccins contre la grippe
  - o 854 vaccins contre la méningite ACYW135
  - o 1 564 vaccins contre la fièvre jaune
- Les enfants de 6 ans et moins représentent 46.7 % des consultants

##### Le CeGIDD

- 6 605 consultations dont 1 878 anonymes et 4 727 non anonymes
  - o 66 % ont moins de 30 ans et 6 % plus de 50 ans et 51% sont des hommes.
  - o 161 patients ont été dépistés porteurs du virus de l'hépatite B (125 en 2018) (4 %) ; 85 sont des femmes et 76 des hommes
  - o 47 % des consultants n'ont pas été vaccinés pour l'hépatite B, 33 % ont été vaccinés, 16 % présentent une cicatrice sérologique
  - o La PCR chlamydiae est positive (14% des prélèvements faits) chez 183 femmes et 199 hommes

- 6 femmes et 13 hommes ont été dépistées porteurs du VIH, 13 sont originaires de l’Afrique, 5 des Comores et 1 de Mayotte

### Addictologie

- 138 nouveaux patients (69 pour consommation d'alcool, 37 de tabac, 11 de chimique et 11 de cannabis, 10 d'autres produits)
- Groupes de parole et Actions de prévention : Groupe de parole au centre pénitentiaire, poursuite du projet Mayotte sans tabac, rencontres avec les partenaires...
- Médecine du travail Etat
- 1115 agents reçus, 635 consultations médicales et 920 consultations infirmières
- 31 dossiers et 97 entretiens sur les risques psycho-sociaux (RPS)
- 14 CHSCT, 14 réunions de la cellule de veille RPS, 2 visites de site et 10 réunions de travail avec les administrations/DRH

### Service des archives

- 5 622 dossiers sortis des archives vers les services
- 30 783 dossiers traités en retour de service dont 7 656 créations de dossiers aux archives
- 6 327 modifications de dossiers
- 62 demandes d’usagers d’extrait d’acte de naissance traitées

### Gestion des risques

- 3036 déclarations d’EI concernant (2003 en 2018) dont 2074 déclarations du DIM
- Nombres d’EI associés aux soins - 962– englobant (PEC Clinique, TS, IDV, HH, PEC Méd...)
- Les déclarations du DIM portent essentiellement sur les erreurs d’affectation, de date d’entrée et de sortie ainsi que du mode d’entrée et sortie
- 23 analyses systémiques d’évènements indésirables à forte criticité ont eu lieu :
- 12 CREX liés aux secteurs à risque (bloc, endoscopie, prise en charge médicamenteuse, urgences...)

### Hémovigilance

- 5967 produits sanguins labiles ont été distribués en 2018
  - 603 Plasmas
  - 176 plaquettes
  - 5188 Culots globulaires rouges

### Hygiène

La politique de prévention du risque infectieux est un enjeu majeur de santé publique tout au long du parcours de prise en charge du patient

Indicateurs de suivi de la LIN :

- ICSHA en 2018 : Cotation B
- ICATB en 2017 : 62/100

Indicateurs du CLIN en 2019 :

- 3 réunions avec 85% de participants
- Surveillances bactériennes : 512 patients hospitalisés porteurs de BMR ou BHR, 409 précautions contact mises en place
- Investigations d’une épidémie de rougeole

- Formation de 611 agents
- 40 signalements externes
- Réalisation de différents audits

### Gestion des plaintes, réclamations et accès DPA

- En 2019, 14 dossiers ont été donnés sous réquisition judiciaire et 9 médiations ont été faites
- 155 dossiers médicaux demandés par les patients en 2019 (90 en 2018), 16 non trouvés (8 en 2018)
- 113 dossiers moins de 5 ans remis aux patients dans un délai moyen de 3 jours, 69 dossiers remis sous moins de 8 jours, 17 dossiers remis entre 8 et 30 jours, 7 dossiers remis après 30 jours et 1 remis à plus de 100 jours, 19 fois le patient n'est pas venu chercher son dossier
- 26 dossiers de plus de 5 ans remis dans un délai moyen de 3 jours dont 15 dossiers rendus sous moins de 8 jours, 4 dossiers rendus entre 9 jours et 60 jours, 1 dossier rendu à 97 jours et 6 dossiers non récupérés

### Matrice FFOM du pôle Santé Publique

Forces	Faiblesses
<p>Bonne ambiance de travail : trio chef de pôle/cadre de pôle/cadre de service</p> <p>Activités transversales à tous les pôles avec le DIM</p> <p>Actions de santé publique qui répond aux besoins de la population (mais de manière insuffisante) sur les maladies infectieuses : lèpre, Tuberculose,</p> <p>Jacaranda : Espace dédié (distinct des secteurs « curatifs ») et regroupé mais exigüe</p> <p>RH polyvalentes avec une activité diversifiée sur la médecine de prévention</p> <p>Equipe du DIM stable et diplômée</p> <p>Personnel paramédical stable</p> <p><b>EOHH :</b></p> <p>Activités transversales de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène : prévention, surveillance, signalement, et investigations des infections associées aux soins et de l'environnement</p>	<p>Manque de personnel : manque de poste de médecins et IDE</p> <p>Manque de médecins titulaires aux Actions de santé pour envisager des actions pérennes</p> <p>Manque de locaux (archives, DIM, salles d'attente) : exigüité des locaux, manque de rayonnage pour les archives</p> <p>Manque de valorisation des actions de prévention</p> <p>Difficultés de réaliser des enquêtes de santé publique</p> <p>Difficulté de suivre les patients</p> <p>Projets des actions de santé « hors les murs » : implique de fermer le site principal par manque de personnel</p> <p><b>DIM :</b></p> <p>Augmentation de l'activité et développement de nouvelles offres (HAD) à moyens constants (RH, locaux)</p> <p>Manque d'interopérabilité entre les logiciels (dépendance au service informatique eu bureau des entrées ainsi qu'aux divers prestataires de logiciel)</p> <p>Codage : délai à 2-3 mois (manque d'implication des médecins dans le codage CCAM des actes)</p>
Opportunités	Menaces



Repenser les organisations spatiales en adéquation avec les besoins du pôle

Valoriser le télétravail pour le secteur DIM

Renforcer les services en temps psychologue et psychiatre

Rendre les actions de prévention plus mobiles : camion pour dépistage (financement ARS)

Art 51 de la loi HPST pour permettre aux paramédicaux de vacciner en PMI (de 2 mois à 6 ans) : étendre aux IDE des centres de vaccination (voire étendre aux adultes)

DIM : rendre plus visible et lisible l'activité information médicale du CHM par la présence d'un statisticien au DIM

Soutenir par une politique institutionnelle forte : le codage des actes par les praticiens, la rédaction des CRO par les chirurgiens au bloc, la délégation de tâches aux secrétaires, la fiabilité de l'information collectée par le BDE

**EOHH :**

Formations pour renforcer les connaissances, les compétences, les attitudes et les pratiques d'hygiène des professionnels de santé des différents secteurs

Évaluation des actions mises en œuvre

Turn-over du personnel

Augmentation des contentieux : plaintes, demandes de dossier

Facturation « minimaliste »

Continuité des services dans les unités où les RH sont seules pour assurer les missions (hygiène, actions de prévention de l'Etat, DIM, GDR)

Risque épidémique majeur sur l'île par défaut de vaccination de la population générale pour les maladies infectieuses prévenues par un vaccin

## Perspectives de projet pour le pôle Santé Publique

### Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge

- Favoriser les actions de santé de proximité et hors les murs de l'hôpital
- Mettre en route les équipes mobiles de soins ambulatoires en addictologie
- Promouvoir les vaccinations obligatoires (méningites C) et recommandées (HPV)
- Promouvoir les enquêtes autour des cas et le dépistage de la tuberculose telles que prévues dans le plan national 2019-2023
- Développer le temps psychologue/psychiatre (en particulier pour le CeGGID, l'addictologie et la médecine de prévention)
- Développer une coopération pour les Actions de Santé avec les îles avoisinantes (70% de nos patients)
- Intégrer aux Actions de Santé une assistante sociale
- Permettre aux patients et aux médecins d'avoir l'exhaustivité des antécédents pour une meilleure prise en charge
- EOHH/CLIN : Informer le patient de tous événements iatrogènes le concernant

### Prendre soin et développer les compétences des professionnels

- Améliorer l'accessibilité aux examens complémentaires (radio, biologie)
- Améliorer les espaces de travail adaptés au fonctionnement de l'ensemble des services
- Formaliser le télétravail
- Augmenter les compétences et la formation des TIM
- Poursuivre la formation et la mobilisation de tous les professionnels de santé en hygiène hospitalière
- Développer l'évaluation des dossiers par les professionnels des services
- Former les agents à l'utilisation des appareils de nettoyage
- EOHH/CLIN : Renforcer la formation des soignants sur la lutte contre les Infections Associées aux Soins (IAS), les Bactéries Hautement Résistantes (BHRe) et sur le bon usage des antibiotiques

### Développer les projets institutionnels

- Déploiement du DPI : poursuivre l'informatisation et y affecter les ressources humaines nécessaires à l'atteinte de l'objectif
- Atteindre l'objectif 0 papier au CHM
- Uniformiser les logiciels pour permettre l'interopérabilité
- Développer les outils statistiques par l'affectation des ressources humaines nécessaires pour rendre accessible et lisible l'activité du CHM
- Fiabiliser les données du BDE pour réduire les séjours en erreur
- Mettre à jour les conventions (FIR) pour adapter les moyens (notamment RH) aux besoins (actions de santé)

EEOH/CLIN :

- Organiser la lutte contre les infections associées aux soins
- Organiser la prévention : recommandations de bonnes pratiques
- Renforcer la politique institutionnelle du signalement par les cliniciens en particulier pour le risque infectieux.
- Organiser la surveillance des infections, de l'environnement et des situations à risque infectieux
- Organiser l'évaluation des moyens mis en œuvre et de l'efficacité du programme d'actions
- Être associé au suivi des travaux du nouvel Hôpital

### 7.3.8 Le Pôle Médico-technique

L'activité de ce pôle vient en soutien de l'ensemble des projets médicaux et de Santé Publique et participe de fait à la prise en charge globale du patient.

#### Périmètre du pôle Médico-Technique

	<b>Equipements</b>
<b>Radiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 3 salles de radio (bientôt que 2 car projet de placer le 2<sup>ème</sup> scanner dans la salle 3)</li><li>- 1 scanner</li><li>- 2 salles d'écho doppler</li><li>- 1 IRM en GIE</li><li>- 4 radios mobiles pour radios au lit</li><li>- 1 salles de radio à l'UCSA (prison) et un panorama dentaire</li><li>- 1 panorama dentaire</li><li>- 1 salle de sénologie : 1 mammographe et 1 échographe</li></ul>
<b>Pharmacie</b>	PUI avec une unité de cytotoxiques, une unité de nutrition parentérale, une stérilisation Une antenne pharmaceutique dans chaque centre de référence et sur le site de Jacaranda
<b>Laboratoire</b>	1 laboratoire sur le site de Mamoudzou 1 laboratoire privé à Kawéni

## Matrice FFOM du pôle Médico-Technique

Forces	Faiblesses
<p><b>Radiologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Équipement régulièrement mis à niveau et polyvalent</li> </ul> <p><b>Laboratoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Accréditation COFRAC pour Biochimie, Hématologie et Sérologie</li> <li>Acquisition du logiciel KALILAB en cours de déploiement</li> </ul> <p><b>Pharmacie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe soudée</li> <li>Fourniture de 80% des médicaments sur l'île</li> <li>Continuité de l'activité assurée</li> <li>Equipements mis à jour</li> <li>Projets innovants à grande valeur ajoutée :</li> <li>Informatisation du circuit des médicaments, adaptation de l'outil pour alerte et veille,</li> <li>Projet de préparations hospitalières en lot pédiatriques notamment pour le pôle Néonatal-Pédiatrie</li> <li>Production de l'O2 médical (80% des besoins de l'hôpital sont produits localement)</li> <li>Production d'azote liquide</li> <li>Activité « Non assurés Sociaux » : 1200 patients / Jour dans les 5 CDSA, mais hors cadre réglementaire</li> </ul>	<p><b>Radiologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Effectif médical sous-doté</li> <li>Faible nombre d'équipements</li> <li>Concentration des équipements à Mamoudzou</li> <li>GIE IRM : collaboration peu favorable au CHM</li> <li>Faible attractivité des postes notamment en radiologie</li> </ul> <p><b>Laboratoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activité en progression soutenue et constante avec une insuffisance de moyens humains</li> <li>Absence de structures capables de suppléer en cas de défaillance majeure du laboratoire (coupure d'électricité, tremblement de terre, incendie, inondation, cyclone) ou de besoins massifs (épidémie)</li> <li>Rareté de la ressource en biologiste médicale</li> <li>Locaux exigus avec les exigences de la norme 15189, des nouvelles technologies et conditions de sécurité du personnel</li> </ul> <p><b>Pharmacie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manque d'effectifs</li> <li>Difficultés de recrutement et de fidélisation</li> <li>Turn-over du personnel</li> <li>Locaux exigus, non conformes</li> <li>UCSA : DIN hebdo ou mensuelle (pour 330 prisonniers) non informatisée</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<p><b>Radiologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Développer la PEC des urgences</li> <li>Augmenter l'offre de soins : au CHM</li> <li>Diversifier l'offre</li> <li>Développer l'attractivité des postes d'imageur à Mayotte pour le recrutement de PH</li> <li>Mettre en place le transfert de tâches (interprétation des radiographies standards par les médecins cliniciens en attendant la télé radiologie)</li> <li>Partenariat de télé radiologie avec Imadis pour les urgences scanners plus rarement IRM (en dehors des horaires du GIE pour l'IRM), Imarun (Réunion) et Connect (Paris) pour les scanners programmés</li> <li>Développer la téléexpertise et de la télé radiologie notamment la télé radiologie des radiographies standards et la Télé sénologie</li> </ul> <p><b>Laboratoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En cours de poursuite d'accréditation : ajout dans familles accréditées et extension à famille microbiologie, immunohématologie, biologie moléculaire</li> <li>Mettre aux normes le parc : chaine complète pré-ana, analytiques et post-analytiques</li> <li>Poursuivre la formation du personnel</li> <li>Créer un laboratoire P3</li> <li>Renforcer la biologie délocalisée.</li> <li>Créer un laboratoire d'hygiène hospitalière</li> <li>Rattacher un centre de prélèvement au laboratoire</li> </ul> <p><b>Pharmacie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Robotiser la PDA (préparation des doses à administrer (PDA) des piluliers pour l'UCSA ; le SSR et la psychiatrie</li> <li>Robotiser le stockage des médicaments et DMS à la pharmacie centrale</li> <li>Adapter le système d'information pour permettre la réalisation de pharmacie clinique et les obligations réglementaires (sérialisation).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RH : turn-over et difficulté à les stabiliser</li> <li>Privé et GIE : risques pour le CHM – conventions à actualiser</li> <li>Fonctionnement dégradé de la pharmacie régulé du fait e l'absentéisme</li> <li>Système d'information désuet</li> <li>DIN : retard dans la mise en œuvre pour ouverture du SSR de Petite Terre</li> </ul>

## Perspectives de projet pour le pôle Médico-Technique

### **PUI**

- Informatiser au CHM la totalité du circuit du médicament, robotiser la préparation des doses à administrer, robotiser les stockages
- Renforcer l'organisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles (à la PUI et dans les antennes pharmaceutiques périphériques)
- Répondre aux besoins des unités de soins et aux patients hospitalisés (fabrication de préparation hospitalière, production de fluides médicaux, unité d'essais cliniques, refonte du circuit de stockage et d'approvisionnement en DM, mettre aux normes le circuit de stérilisation...)
- Structurer, réorganiser, formaliser et allouer les moyens pour l'activité des Pharmacies à destination des non assurés sociaux dans les CDSA (sur le modèle de l'AME) – besoin d'un cadre réglementaire.

### **LABORATOIRE**

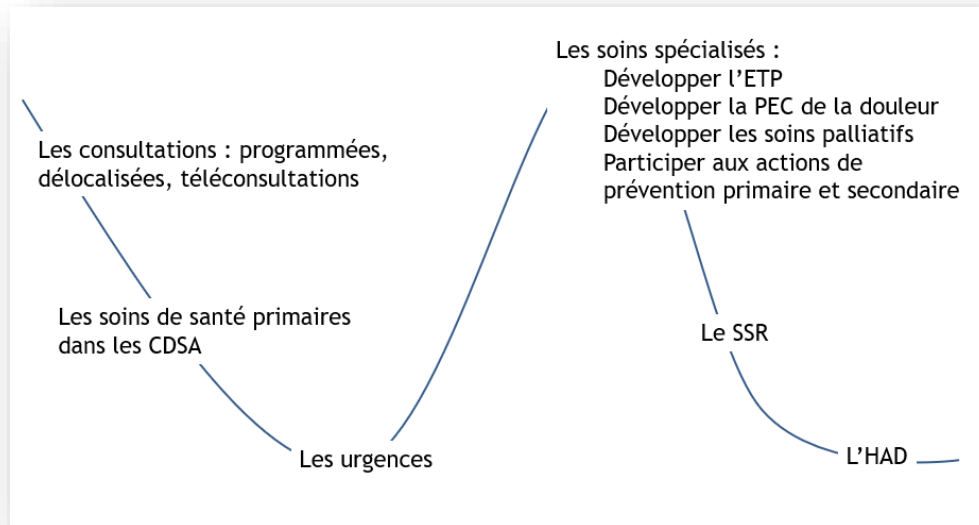
- Renforcer la gestion du système d'informations générale du laboratoire
- Harmoniser la gestion globale du système de management de la qualité et optimisation de la gestion des stocks avec un logiciel métier polyvalent connecté au logiciel de gestion du CHM
- Sécuriser les RH PM et PNM
- Assurer la gestion globale du parc matériel de laboratoire
- Assurer la gestion globale des locaux : ajout d'espace pour secrétariat, bureau, salle de réunion, transfert échantillon par pneumatique plateau technique unique, ... Besoin impérieux d'un espace aux normes de sécurité P3
- Poursuivre la juste prescription des examens

### **RADIOLOGIE**

- « Projet redondance » disposer de deux appareils pour chaque modalité (scanner, IRM, échodoppler, table de radiologie) pour une disponibilité H24 et 365 jours par an incluant les gestions de crises.
- Renforcer l'équipe médicale directement par les recrutements et indirectement par la télé radiologie en particulier la télé sénologie et la télé radiologie des radiographies standards, celle des scanners étant déjà en place, et les possibilités d'expertise distante,
- Promouvoir l'offre en sénologie pour améliorer la détection des cancers du sein par la télé sénologie et la formation d'un praticien du service
- Moderniser le système d'information.
- Réactualiser la formation du personnel.
- Développer l'interventionnel : prévoir à plus long terme la radiologie interventionnelle vasculaire et non vasculaire (recrutement ou partenariat).

## 7.4 Orientation stratégique n° 1 : Répondre aux besoins des patients et optimiser les prises en charge

### Objectif n° 1.1 : Améliorer l'accès aux soins



#### Les consultations

##### Le contexte

##### Consultations programmées

Les plages de consultation ne sont aujourd'hui pas entièrement occupées.

Actuellement, des consultations existent dans les disciplines médicales suivantes : médecine interne, hypertension artérielle, oncologie, cardiologie, médecine post-urgences, pneumologie, hématologie, hypnose, infectiologie, rhumatologie, gastroentérologie.

Il manque des spécialistes dans les spécialités suivantes : endocrinologie, neurologie, néphrologie.

Toutes les spécialités chirurgicales consultent au CHM : ORL, orthopédie, digestif, gynécologie, ophtalmologie, chirurgie de la face et du cou, ...

##### Consultations programmées de pédiatrie

Offre existante : La consultation de pédiatrie (seule structure d'avis spécialisé pédiatrique de l'île et de recours) est nettement en sous-dotation capacitaire en locaux et personnel. Elle réalise les consultations de suivi des maladies chroniques, les consultations de recours. Elle accueille les missions de surspécialité du CHM (Centre de Référence, néonatalogie, cardiopédiatrie, assistants spécialistes...), du CHU (missions hémato-oncologie, néphropédiatrie, dermatologie, ...) ainsi que de la télémédecine.

Il s'agit du seul service de recours spécialisé, proposant une offre de soin de haut niveau avec une possibilité de télé-expertise rapide.

Les locaux sont vétustes et ne répondent aux normes d'accueil d'un public pédiatrique, ni aux normes d'hygiène pour des soins.

Les délais des rendez-vous sont anormalement longs et les causes sont multifactorielles en rapport avec les ressources du pôle, la politique d'accueil et l'adhésion de la population au suivi et respect des rendez-vous.

L'offre de service est aussi inconstante du fait du turn-over du personnel médical qui priorise leur présence dans les services d'hospitalisation

### **Consultations délocalisées :**

Les actions de santé réalisent actuellement des consultations vaccinales dans les villages de l'île, ils font des enquêtes dans les domiciles dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et dépistent les IST hors les murs dans les CDSA mais aussi au RSMA.

Cette activité de consultations doit être pérennisée et renforcée afin de toucher toutes les populations dont les plus précaires et ainsi aboutir à une couverture vaccinale optimale sur l'île, de suivre et/ou de traiter précocement les patients porteurs du VIH, VHB, de lutter efficacement contre la tuberculose et la lèpre

En anesthésie : les consultations avancées sont uniquement organisées pour l'obstétrique.

La prise en charge souvent en urgence des transferts de patientes avec des pathologies médicales associées et le nombre élevé de rendez-vous de consultations d'anesthésie souvent manqués par les femmes suivies dans les maternités périphériques ont nécessité l'adaptation de l'offre de soins du service afin d'optimiser la prise en charge des toutes les grossesses.

Le service d'anesthésie en accord avec le service de gynécologie obstétriques a mis en place des consultations d'anesthésie obstétricale dans les maternités périphériques depuis six ans.

Ces consultations sont réalisées tous les mardi, jeudi et vendredi lorsque l'effectif de MAR le permet. Trois consultations sont programmées chaque semaine respectivement à Dzoumogné, Mramadoudou, et Kahani et 20 à 25 patientes sont en moyenne vues pour chaque consultation.

Le Centre de Référence Maladies Rares du Globule Rouge organise des consultations délocalisées (consultations de proximité) depuis 2018 (mais suspendue en 2020 à cause de la crise sanitaire), proposées dans les quatre centres de références.

L'organisation de ces consultations est gérée par le CRMR (chargée de projet, coordinatrice) l'encadrement du pôle Néonatalogie - Pédiatrie et l'encadrement des secteurs.

Les consultations de proximité sont très bien accueillies par le public (en particulier au sud). Il convient de pérenniser et d'améliorer la coordination pour l'utilisation des locaux, la pharmacie (vaccination des enfants), l'accès aux ressources matérielles (PC et imprimantes) et immatérielles (session et DPI).

### **La téléconsultation**

Pédiatrie :

Afin de permettre l'accès aux soins pédiatriques de plusieurs spécialités, la création de consultations de télé-médecine a été instaurée le 11 mars 2019 sous l'impulsion du CHM et du



CHU de La Réunion (Dr Jean-Luc Michel, chirurgien viscéral pédiatrique du CHU de La Réunion). Ce projet a été validé par l'ARS. Il a débuté sur le mode expérimental pour une durée de 18 mois. Une infirmière mahoraise parlant la langue a été recrutée et formée pour réaliser ces consultations de télé-médecine avec des spécialistes du CHU de la Réunion et exceptionnellement avec l'Hôpital Necker Enfants Malades.

Tous les enfants ayant besoin d'un avis, à la demande d'un médecin sont pris en charge par Téléconsultation Médicale, ainsi que les enfants ayant bénéficié d'une chirurgie hors Mayotte et nécessitant un suivi post-opératoire. La situation sanitaire 2020 ayant conduit à l'annulation de nombreuses missions de spécialistes, la téléconsultation a permis d'assurer le suivi et la prise en charge des patients en attente.

#### → Les actions à mener

- Recruter les médecins dans les spécialités manquantes
- Dédier du personnel aux prélèvements
- Disposer de traducteurs professionnels
- Développer les consultations d'IPA et renforcer la délégation de tâches aux IDE et AS.

#### Consultations programmées

- Améliorer la lisibilité de l'offre de consultations externes disponibles au CHM
- Améliorer la prise de rendez-vous
- Réduire les délais
- Réduire les annulations

#### Consultations délocalisées

- Pérenniser les consultations avancées d'anesthésie pour l'obstétrique
- Développer l'offre dans les CDR :
  - Le service d'infectiologie se propose d'effectuer des consultations avancées notamment pour le dépistage et la prise en charge des hépatites B chroniques en s'aidant de tests de dépistage rapide et en effectuant si besoin une élastométrie impulsionnelle avec un appareil portatif.
  - Soins palliatifs
  - Actions de santé :
    - Renforcer les effectifs médicaux des actions de santé afin de leur permettre de réaliser toutes ces actions
    - Créer des postes IPA dans chaque action
    - Doter le service d'un camion de consultations
  - CRMGRGR :
    - Pérenniser la coordination pour les locaux sur place

- Pérenniser la pharmacie (vaccination des enfants), l'accès aux ressources matérielles (PC et imprimantes) et immatérielles (session et DPI). Poursuivre et pérenniser les consultations délocalisées de proximité.
- Fluidifier la coordination entre le CRMR et le pôle Secteurs

### **Développer la téléconsultation partout où cela est possible**

- UCSA : Poursuivre le déploiement en cours de téléconsultations
- Développer la téléconsultation au sein du pôle BACS :
  - Donner un avis expert dans les CDR
  - Recevoir un avis expert de la métropole ou de La Réunion vers le CHM, notamment lors d'un déficit de chirurgien (ex : ophtalmo, neurochirurgie, etc.)
- Renforcer les spécialités existantes avec les :
  - Téléconsultations Viscérales/Urologiques : suivi post chirurgical, évaluation diagnostique avant EVASAN ou mission

- Téléconsultations d'Orthopédie : suivi post chirurgical, évaluation diagnostique avant EVASAN ou mission
- Téléconsultations Anesthésiques : évaluation avant EVASAN ou mission
- Téléconsultations Onco-Pédiatriques
- Téléconsultations de Génétique
- Augmenter les créneaux de téléconsultations en pédiatrie

## Soins de santé primaires dans les CDSA

### Le contexte

L'organisation actuelle de la médecine de secteur est basée sur un maillage territorial original :

- 4 centres de soins et d'accouchement assurent une permanence de soins h24
- 13 dispensaires assurent une prise en charge de 7 à 14h les jours de semaine

Le seul service d'urgence se trouve à Mamoudzou avec un plateau technique attendant. A ce jour, seuls des rendez-vous de consultations de médecine générale et des consultations avancées de gynécologie-obstétrique sont assurés dans les centres de référence. L'attente est souvent longue et les consultations saturées.

Des consultations sur rendez-vous ont été généralisées dans l'ensemble des centres de référence depuis un an.

### → Les actions à mener

- Renforcer l'offre de soins par :
  - L'élargissement des plages de consultations sur rendez vous
  - Le développement de la biologie et de la radiologie délocalisée
  - La mise en place de consultations spécialisées délocalisées notamment en cardiologie, diabétologie, infectiologie et éducation thérapeutique
  - L'organisation de la télémédecine
  - Equipement d'un bloc utilisable hors crise pour de la petite chirurgie dans les CDSA
  - Adapter les locaux des CDSA dans le cadre du SDI
- Sécuriser la ligne de permanence H24 :
  - Le renforcement du lien avec le service central des urgences de Mamoudzou et le SAMU 976
  - La création d'hélicoptères dans chacun des centres de référence
  - La pérennisation de l'hélicoptère sanitaire H24 afin d'améliorer les délais d'acheminement des urgences ne pouvant être prises en charge sur les centres de référence
- Sécuriser le fonctionnement en situation de crise sociale et de risque naturel et climatique permettant une diversification de l'activité également par l'équipement en matériels d'imagerie et d'échographie.

## Les urgences

### Les urgences adultes

#### Le contexte

Le département dispose d'un seul service d'urgence situé à Mamoudzou.

Une permanence de soins généralistes est assurée H24 dans les 4 centres de référence répartis sur l'île. L'organisation actuelle est source de confusion pour la population qui s'oriente vers ces centres de référence croyant y trouver une offre complète de prise en charge en urgence.

La configuration actuelle des locaux d'accueil des Urgences ne permet pas un accueil, un tri et une orientation des patients dans les règles de confidentialité, de sécurité et de qualité des soins.

La zone d'aval a été réaménagée afin de désengorger les couloirs et la ZAO et de faire patienter les patients dans de conditions moins dégradées. Il s'agit de travaux temporaires qui, bien qu'apportant une amélioration, n'ont pas permis de répondre totalement aux critères de qualité et de sécurité de soins nécessaires.

Les faits d'agressivité, de violences et d'incivilités sont en augmentation.

L'activité du service d'urgence est soutenue. Elle a régulièrement augmenté au cours des dernières années.

- 2014 : 48 0432 passages aux urgences
- 2016 : 52 682 passages aux urgences soit une augmentation de 10% par rapport à l'année précédente
- 2019 : plus de 55 000 passages.

Les liens avec l'aval (sortie, hospitalisation) sont insuffisamment structurés.

Il n'existe pas de Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) même si celle-ci est en cours de réflexion par l'ARS.

Comme dans l'ensemble des hôpitaux, beaucoup d'arrivées aux urgences concernent des patients qui nécessiteraient seulement une consultation de médecin généraliste. Afin de désengorger le service, une ligne « circuit court » a été créée et fonctionne chaque jour jusqu'à 23 h. Par ailleurs les horaires d'ouverture de Jacaranda se situant à proximité, ont été étendus.

La traumatologie représente une part importante des patients adressés aux urgences. Une ligne est désormais dédiée à cette activité.

Un troisième poste de déchoquage a été installé.

Les délais de passage en SAU (1 heure selon les recommandations SFMU) peuvent être beaucoup plus élevés notamment du fait du manque de place en réanimation.

18 % des patients hospitalisés en UHCD présentent un ou plusieurs signes de gravité.

Entre 2015 et 2018, 5% des patients de l'UHCD en moyenne ont été transférés en réanimation ; soit un patient sur 20 dans une UHCD de 17 lits (DMS 1.7 jours / taux d'occupation proche de 100%).

Une étude (2015 -2017) sur la prise en charge des Syndrome coronariens aigus au CHM pour lesquels une surveillance en soins continus supérieure à 24 heures et ce jusqu'à la revascularisation est recommandée, objective que :

- 29% des SCA ST + n'ont pas été admis en réanimation /USC
- 83% des SCA ST - n'ont pas été admis en USC alors que 87 % de ces patients ont été médicalisés pour une Evasan.

## → Les actions à mener

- Améliorer l'accès aux soins urgents par :
  - L'aboutissement du projet d'Hélismur
  - Le développement d'hélicoptère dans chaque centre de référence
  - L'adaptation des locaux
  - L'identification et le renforcement des lignes de garde spécialisées (traumato, déchoquage)
  - L'augmentation de la capacité de l'UHCD
  - La création de parcours dédiés : pédiatrique, urgences obstétricales et psychiatrie
  - Renforcer les lignes de garde spécialisées (traumato, déchoquage, caisson hyperbare)
  
- Améliorer la coordination entre les acteurs de la filière et l'aval par :
  - La protocolisation des transferts vers la médecine
  - La protocolisation des transferts vers la chirurgie
  - La participation à la campagne d'information et de sensibilisation de la population aux modalités d'accès au 15 et 18 qu'il serait nécessaire que l'ARS porte.
  
- Améliorer les prises en charges de l'urgence vitale par :
  - L'individualisation d'une unité neuro-vasculaire au CHM
  - L'amélioration de la prise en charge neurochirurgicale
  - La formation du personnel paramédical via le CESU.
  
- Renforcer le lien ville hôpital dans le cadre du dispositif PSAD en cours de construction par l'ARS.

## Les urgences pédiatriques

### Le contexte

Il n'existe pas d'unité d'urgences pédiatriques à Mayotte alors que :

- 50% des patients accueillis aux Urgences sont mineurs.
- 20% d'entre eux sont dans leur première année de vie, dans un contexte de précarité socioéconomique et d'insuffisance d'éducation à la santé, d'offre de soins primaires et d'accès à la vaccination malgré une amélioration sur ce dernier point.

Selon le réseau OSCOUR, le CHM se situe en deuxième position pour l'accueil des enfants au service des urgences dans l'Océan Indien tant sur le plan du nombre de passages que de la gravité des patients.

Malgré les préconisations anciennes (rapport mission CHU 2014 Dr Samperiz), les recommandations de bonnes pratiques, et les efforts réalisés par les urgentistes et les pédiatres du CHM, la filière pédiatrique des Urgences n'est pas formalisée comme elle le devrait, faute de moyens humains et logistiques (locaux) adéquats.

Des protocoles communs sont validés.

Les pédiatres sont présents dès que nécessaire, pour un travail en collaboration.

Des recrutements ciblés ont été effectués mais non pérennes.

Une absence de personnel paramédical dédié à la pédiatrie avec un nombre insuffisant d'AP et d'Infirmières puéricultrices.

Lors des épisodes épidémiques annuels (bronchiolite) l'UHCD est sur occupée (taux d'occupation > 100 %) et les prises en charge dégradées en couloir des urgences pour des nourrissons à risque évolutif important.

### → Les actions à mener

- Renforcer la présence pédiatrique aux urgences :
  - o Poursuivre l'effort de recrutement de pédiatres
  - o Développer l'assistantat partagé
  - o Former les équipes médicales et paramédicales aux prises en charge pédiatriques d'urgence.
- Individualiser le parcours des jeunes patients au sein du service
  - o Mettre en place un circuit patient individualisé dès l'accueil
  - o Acquérir des véhicules SMUR dédiés aux prises en charges pédiatriques.
- Pérenniser le dispositif bronchiolite en lien avec le service de pédiatrie.

## Les urgences psychiatriques

### Le contexte

L'équipe mobile de péri-crise intervient aux urgences sur demande de l'équipe.

Les chambres d'isolement de l'UHCD sont non conformes et dégradées.

Leur taux d'occupation est élevé malgré les efforts apportés par l'équipe de crise qui est présente au quotidien aux urgences.

Leur utilisation par excès en attente d'une place de psychiatrie en secteur fermé sans isolement va à l'encontre des règles de déontologie et de prise en charge en psychiatrie.

### → Les actions à mener

- Adapter les locaux et le personnel.
- Mettre aux normes les chambres existantes.
- Faire évoluer des locaux afin d'augmenter le nombre de chambres d'isolement.
- Mettre en place des lits d'UHCD dédié aux prises en charge psychiatrique pour fluidifier l'accueil aux urgences.
- Mettre en place du personnel paramédical dédié à l'activité d'accueil d'urgences psychiatriques H24.

## **La filière courte**

### **Le contexte**

La consultation de médecine générale est en place au sein des Urgences depuis 2011.

Elle permet de libérer les Urgentistes, entre 10h et 23 h, de cette activité de consultation qui ne relève pas de leurs compétences et qui représente environ 25% des admissions.

Cette activité continue, malgré le dispositif en place, à altérer la qualité de l'accueil car les délais d'attente sont plus élevés pour ces patients que pour ceux présentant une vraie situation d'urgence provoquant des problèmes d'agressivité.

### **→ Les actions à mener**

Structurer la permanence des soins sur le grand Mamoudzou :

- Elargir les horaires de consultations non programmées à Jacaranda
- Adapter l'organisation à l'activité saisonnière en contexte épidémique
- Renforcer la collaboration entre les équipes des urgences et des dispensaires du Grand Mamoudzou.



## Le SAMU

### Le contexte

Le SAMU a été informatisé en février 2018.

L'activité du SAMU est croissante, l'informatisation a pu mettre en évidence dès les premières semaines de 2018 un taux de décroché des Appels entrants nettement en deçà des recommandations nationales (55 % vs 95%).

Le taux de charge des agents (taux d'occupation des lignes) est lui aussi significativement supérieur à celui des SAMU métropolitains et non conforme aux recommandations, du fait d'un temps incompressible de traduction, et du mésusage fait du 15 par la population.

Les locaux sont exigus, mal insonorisés, et non compatibles à la gestion de crise à laquelle les SAMU doivent pouvoir répondre en cas de Situation Sanitaire Exceptionnelle.

### → Les actions à mener

- Adapter les locaux à l'activité.
- Mettre en place les référentiels relatifs au taux d'encadrement par du personnel médical et soignant.
- Poursuivre le développement d'un plan de formation des ARM afin de répondre aux obligations réglementaires.
- Mettre en place une cellule périnatale au SAMU afin de réguler les flux de parturientes dans les lieux de consultation non programmée et de sécuriser leur prise en charge.
- Participer à la campagne d'information pour le recours aux services de secours (à l'initiative de l'ARS).

## Les transports intersites

### Le contexte

Compte-tenu de la difficulté de recours aux transports sanitaires privés en urgence, et dans un contexte de limitation des carences SDIS, les véhicules de transport sanitaire du CHM sont surutilisés et accusent de nombreuses pannes et indisponibilités.

La traçabilité de l'activité des équipes de transport sanitaire est complexe ainsi que leur gestion.

Ce secteur d'activité accuse de nombreux événements indésirables.

Le recours à l'hélicoptère de la Section Aérienne de la Gendarmerie (SAG) permet de diminuer les délais de prise en charge et d'accéder par hélitreuillage aux lieux isolés. La disponibilité de la SAG est cependant discontinuée, et n'est soumise à aucune convention.

### → Les actions à mener

- Mettre en place une cellule spécifique de gestion des Transports sanitaires en lien avec l'ATSU et le SAMU tout comme dans tous les départements français.
- Mettre en place une convention SAG / CHM afin de sécuriser le transport des équipes soignantes.
- Installer une Héli zone en différents points de l'île afin d'améliorer les délais d'intervention des SMUR secondaires.
- Créer un Hélistur conformément aux préconisations de l'équipe du SAMU zonal.

## Les évacuations sanitaires (EVASAN)

### Le contexte

L'activité du service Evasan est en augmentation continue (1500 dossiers traités en 2019).

L'absence d'ajustement des effectifs paramédicaux à l'activité réelle pénalise les autres secteurs des Urgences et de fait l'organisation des soins.

Bien que la logistique médicale et administrative soit rodée par des années d'expérience les procédures, complexes, sont mal perçues par les correspondants médicaux, administratifs et les usagers.

La gestion d'une Evasan nécessite des contacts répétitifs avec un grand nombre d'intervenants, les saisies manuelles sont répétitives, sources d'erreur et chronophages. La traçabilité est de fait perfectible.

L'absence d'un véritable outil informatique de gestion des dossiers, outil collaboratif de communication entre les différentes institutions concernées, n'offre pas la facilité et l'exhaustivité d'une gestion moderne, ni de vision transversale et harmonisée de l'activité.

Les locaux du service Evasan sont sous dimensionnés, ne permettent pas d'accueillir les partenaires extérieurs et les patients en attente de départ ou d'évaluation médicale. Ils sont un lieu de passages incessants pour les professionnels du SMUR et du SAMU puisque unique point de passage possible.

Le temps médical de gestion de l'UF est insuffisant.

En l'absence de vecteur aérien dédié, il existait de nombreux retards de prise en charge liés aux difficultés d'adaptation de l'urgence médicale aux horaires et nombreux aléas des vols commerciaux ce qui constitue une perte de chance pour les patients. La mise en place d'un avion sanitaire à Mayotte a apporté une amélioration notable. Il paraît essentiel que le dispositif soit pérennisé.

### → Les actions à mener

- Informer de la régulation des EVASANS.
- Adapter les locaux
- Pérenniser le vecteur aérien sanitaire dédié installé à Mayotte.

## Répondre aux situations exceptionnelles

### Le contexte

La situation insulaire du CHM, seul établissement sanitaire du département, en fait un acteur central de la réponse sanitaire aux situations exceptionnelles. La particularité du territoire soumis aux risques climatiques, épidémiques et sismiques notamment doit être prise en compte dans les plans d'urgences.

Le SAMU s'est doté en 2018 d'un PSM pédiatrique pour répondre aux impératifs nationaux.

Pendant les différentes crises sociales, sanitaires et climatiques traversées, le SAMU 976 a tenu son rôle dans la limite de ses moyens.

Ces crises successives ont mis en évidence des points de faiblesse :

- L'isolement des Centres de références
- La nécessité de vecteurs aérien et hélicoptère autonomes
- La gestion SSE insuffisante en l'absence d'équipe dédiée/ formée / équipée
- Un dispositif REB (Ebola notamment) insuffisant.
- Les locaux du PSM et du stock NRBC sont exigus.
- Le SAMU ne dispose ni de temps agent dédié, ni d'encadrement spécifique pour cette activité.
- Les stocks Ebola ne sont pas gérés par le SAMU.

Le SAMU zonal apporte son soutien bi-annuel à l'occasion de missions de conseil.

Sur ses recommandations le lot PSM de Petite Terre a été rapatrié sur le site du SAMU.

Des aménagements ont été réalisés pour améliorer les stockages du matériel (PSM pédiatrique notamment), dans la limite offerte par les locaux et le nombre d'agents formés et disponibles.

Concernant le risque biologique, il est indispensable de préciser et de sécuriser le circuit patient.

### → Les actions à mener

- Elaborer un plan ORSAN
- Faire évoluer le stock EBOLA
- Pérenniser le dispositif PSM DOM
- Promouvoir des RETEX à la suite des exercices réels et simulés.

## Soins spécialisés

### L'éducation thérapeutique

#### Le contexte

Des programmes d'éducation thérapeutique sont déjà en cours (réalisation de films en shimaoré sur le diabète, l'insuffisance cardiaque, les AVC, le tabac, l'hypertension artérielle, l'angor et douleur thoracique, et les pacemakers).

L'EMET (Equipe Mobile en Education Thérapeutique) a pour mission de mettre en place deux programmes d'ETP autorisés par l'ARS, l'ETP obésité et l'ETP diabète.

Ces deux programmes sont proposés en demande initiale, de suivi et de reprise.

Ils ont pour but d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie.

Des ateliers d'apprentissage en collectif et en individuel sont proposés et sont dispensés par une équipe pluri professionnelle ayant des compétences différentes (Médecin, IDE, diététicienne, Kinésithérapeute, secrétaire)

L'équipe mobile se rend au plus près du lieu de vie des patients inclus et s'appuie sur les secteurs hospitaliers périphériques de l'île pour la mise en place des ateliers d'apprentissage (SAVOIR et SAVOIR FAIRE)

A l'issue du programme, un suivi est proposé à chaque patient, permettant de connaître les changements de comportement de vie mis en place par rapport à l'apprentissage reçu (SAVOIR FAIRE et SAVOIR DEVENIR) et de l'accompagner dans ses difficultés, en lui proposant d'autres apprentissages.

#### - Programme d'Obésité

Ce programme est proposé à une population adulte, ayant un IMC  $\geq 30$ , et a pour but d'éviter les complications liées à l'Obésité en stoppant la prise de poids.

La file active en 2019 était de 166 patients.

#### - Programme Diabète

Ce programme est proposé à une population adulte DT1 et DT2, et a pour but de rendre le patient autonome dans la prise en charge de ses divers traitements (Médicaments, Diététique et Activité Physique), afin qu'il vive au mieux avec sa maladie et qu'il évite les complications.

La file active en 2019 était de 138 patients.

#### → Les actions à mener

- Ajouter d'autres ateliers dans les programmes existants pour les patients polyopathologiques : HTA
- Mettre en place un ETP Diabète (DT1 et DT2 adulte) en hospitalisation (individuel et collectif) sur les services de Médecine et ensuite sur les autres services du CHM
- Ajouter d'autres ateliers dans le programme Obésité, pour la préparation et le suivi de la chirurgie bariatrique
- Lancer un programme d'éducation thérapeutique pour les enfants atteints de drépanocytose en collaboration avec le centre de référence des maladies du globule rouge, porteur de ce programme

## LA PEC de la douleur

### Le contexte

Le CHM s'engage, en lien avec les recommandations HAS (critères 12 A), à la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002.

Le CLUD du CHM reste fragile et le turn-over médical et para médical est un frein à la pérennisation de ses actions.

### → Les actions à mener en lien avec les recommandations HAS

- Elaborer une stratégie de prise en charge de la douleur formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD
- Elaborer des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type d'activité, à la pathologie donnée, aux types de patients ainsi qu'à la douleur induite par les soins, opérationnels.
- Former les professionnels à la prise en charge de la douleur.
- Mettre à disposition et utiliser les moyens d'évaluation de la douleur connus, adaptés aux patients non communicants.
- Elaborer des actions d'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.
- Tracer les évaluations et le soulagement de la douleur dans le dossier du patient.
- Evaluer périodiquement la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur, notamment à l'aide d'indicateurs.
- Proposer des actions d'amélioration et de partages d'expérience sur les organisations et actions de prise en charge de la douleur.
- Inviter les représentants des usagers aux séances du CLUD

## Les soins palliatifs

### Le contexte

L'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP) aux missions élargies compte tenu du contexte local vient d'être créée.

L'équipe mobile exerce une activité transversale au sein du CHM. Elle a un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services, et participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de la structure.

L'équipe mobile peut intervenir au domicile ou en institution médico-sociale, a vocation à participer à la dynamique des réseaux de santé et a pour but de faciliter la mise en place de la démarche palliative et d'accompagner les services d'hospitalisation.

Elle a pour vocation d'assurer le soutien psychologique et/ou social des proches pendant la maladie ou après le décès.

Elle peut mettre en œuvre des actions de conseil, de soutien, et de concertation auprès des professionnels et équipes référents au bénéfice du patient.

Elle a vocation à assurer des actions de formation

Elle contribue au développement de la recherche en soins palliatifs.

Au terme de l'étude menée sur le territoire sur l'évaluation des besoins en soins palliatifs, il est essentiel d'étendre les fonctions de l'équipe mobile :

- Pour pallier le manque de professionnels de santé sur le territoire
- Pour prendre en compte l'importance de la filière pédiatrique
- Pour prendre en compte la spécificité culturelle et linguistique
- Pour décloisonner les relations ville/hôpital

### → Les actions à mener

Devront être déployées à terme :

- Une EMASP basée au CHM à Mamoudzou, intra et extrahospitalière (secteur Grand-Mamoudzou)
- Une Equipe d'Appui Départemental de Soins Palliatifs (EADSP), présente dans les 4 autres secteurs pour se déployer facilement à domicile sur tout le territoire
- Une Equipe Ressource en Soins Palliatifs Pédiatriques (ERSPP) afin de renforcer l'accompagnement en fin de vie conformément à la loi Claeys-Leonetti de février 2016

En termes de prise en charge hospitalière :

- Créer un lit dédié dans le service de médecine évoluant à terme vers 4 lits de soins palliatifs.
- Renforcer l'équipe médicale afin de répondre aux principaux enjeux :
- Identifier précocement les patients relevant de soins palliatifs et organiser des staffs multidisciplinaires dans la prise de décision d'arrêt de soins curatifs.
- Améliorer les transmissions d'informations dans l'urgence
- Protocoliser des prises en charge palliatives avant le retour à domicile et au domicile
- Former aux soins palliatifs et aux traitements de la douleur

## Participation aux actions de prévention primaire et secondaire

### Le contexte

Le service des actions de santé a été dimensionné en 2009 lors de sa création pour 180 000 habitants et n'a jamais depuis bénéficié de réajustement de ses effectifs et de ses moyens.

L'incidence de la lèpre et de la tuberculose sur l'île de Mayotte est une des plus élevée de France. En 2019, seuls 13% des patients tuberculeux sont originaires de Mayotte ou de la Métropole, 70% des cas de lèpre sont importés. Sur les îles avoisinantes en particulier l'île d'Anjouan, les programmes internationaux de lutte contre la tuberculose et la lèpre sont peu ou pas appliqués, l'approvisionnement en médicament aléatoire.

La couverture vaccinale de l'île est notoirement insuffisante, aggravée elle aussi par le flux migratoire d'une population n'ayant pour la plupart, pas eu accès à un programme de vaccination. Dans cette population très précaire des îles avoisinantes, on ne trouve bien souvent aucune trace d'immunité y compris contre le tétanos. L'immigration en provenance de l'Afrique montre cependant une bonne couverture vaccinale en dehors de l'hépatite B (En 2019, au CEGIDD, 65% des découvertes de portage d'AgHbs sont d'origine africaine).

L'absence d'AME sur Mayotte interdit à ces primo-arrivants l'accès au système de santé libéral. Dans le secteur public, les CDSA et les dispensaires peinent à assumer les traitements curatifs et n'ont souvent pas le temps de prendre en charge le volet prévention pour leurs patients.

La PMI est en cours de restructuration mais ne peut toujours pas, à ce jour accomplir la totalité des missions qui lui incombent. Bien souvent, la population des moins de 6 ans se tourne vers les actions de santé pour accéder à la vaccination, d'autant plus que le CLAT va les dépister aussi pour la tuberculose et les vacciner pour le BCG, les PMI n'ayant pas accès à la vaccination par le BCG et aux moyens de dépistage de la tuberculose.

L'image de la campagne ARH des années 2010, de la mère venant avec ses enfants de tous âges pour faire vacciner toute la famille et se dépister elle-même contre les maladies sexuellement transmissibles reste d'actualité et permet au CEGIDD de toucher cette partie de la population. Le CEGIDD compte tenu de son dimensionnement, n'arrive à accomplir que cette action de dépistage.

### → Les actions à mener

Le service action de santé veut s'inscrire comme un acteur, voire un coordonnateur, essentiel de la prévention en santé sur le territoire.

Pour cela, il souhaite :

- Permettre, de manière concomitante, l'ouverture du centre de Mamoudzou et mener des actions de dépistage, de vaccination, d'enquêtes, d'éducation et de formation au plus proche des populations de Mayotte tels que prévus dans les plans nationaux.
- Contribuer aux actions de santé (dépistage hors cancérologie, vaccination, santé sexuelle, ELSA)
- S'inscrire à travers son centre de vaccination et son CEGIDD dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus par la vaccination contre le HPV.
- Via le CEGIDD, participer au développement de la santé sexuelle sur Mayotte, mettre en route de réelles consultations PREP et optimiser la prise en charge et le dépistage des violences sexuelles.
- Créer une ELSA afin de permettre la prise en charge des addictions dès le service de soins et le suivi des patients en milieu fermé dont le milieu carcéral.



- Créer des postes d'IPA dans chaque action de santé.
- Renforcer ou développer des liens avec ses partenaires naturels que sont l'éducation nationale, les PMI, les associations, les mairies...
- A travers les actions d'addictologie, promouvoir un « CHM sans tabac » et participer à la formation initiale et continue des infirmiers et des élèves de l'IFSI (formations sur le dépistage des addictions via différents outils disponibles et aide à la prise en charge de ces patients afin d'élargir l'offre de soins), l'accès aux diverses thérapeutiques doit être facilité et possible pour tous.

Pour mener à bien ces actions, le service action de santé a besoin :

- D'être renforcé en effectifs médicaux, IDE, AS, psychologues et assistante sociale.
- De locaux adaptés à ses missions et des moyens de locomotion pour permettre de se rendre au plus proche des populations.
- De former son personnel avec des formations adaptées à chaque mission en particulier en santé sexuelle
- De participer à minima aux journées nationales sur ces différentes thématiques.

## Les Soins de Suite et de Réadaptation

### Le contexte

Il n'existe à Mayotte aucune structure d'aval au Centre Hospitalier. Le retour à domicile est la seule solution. Sur le plan des soins de suite et des soins de suite en réadaptation, les besoins de la population mahoraise sont majeurs.

L'hôpital actuel étant trop petit pour accueillir un nouveau service, il a été décidé de créer un nouvel établissement dont une partie sera dédiée à la rééducation et à la réadaptation des usagers. Celui-ci sera localisé à Petite Terre. Il est en cours de construction et la livraison est prévue en 2021.

### → Les actions à mener

#### Ouverture du Service SSR prévue en 2021

- Le service sera organisé en 3 ailes : 49 lits d'hospitalisation à temps complet
  - o La MPR : Médecine Physique et de Réadaptation : 19 lits
    - 10 lits orientés sur la rééducation neurologique
    - 9 lits orientés sur la rééducation de l'appareil locomoteur (orthopédie-traumatologie)
  - o Le SSR polyvalent adulte : 20 lits dédiés aux soins de suite polyvalents
  - o Le SSR pédiatrique : 10 lits dédiés à la rééducation des enfants
- Sont proposées en plus 5 places en hospitalisation de jour.

#### Renforcer et améliorer l'accès aux soins de rééducation à Mayotte

- Compétences nouvelles prévus au SSR pour améliorer l'accès aux soins de rééducation et de réadaptation à Mayotte :
  - o Réalisation de bilan urodynamique pour les patients avec des troubles vésico-sphinctériens notamment d'origine neurologique. Et éducation thérapeutique à l'auto-sondage chez les patients avec une vessie neurologique +/- rééducation périnéale.
  - o Recrutement (attendu) de neuropsychologue pour permettre la réalisation de bilan neuropsychologique avec évaluation des troubles cognitifs, que cela soit chez le patient avec une pathologie neurologique aiguë ou chez le patient avec une pathologie neurodégénérative.
  - o Recrutement (attendu) d'une orthophoniste pour l'évaluation et la prise en charge rééducative des troubles du langage, des troubles de la déglutition ou encore les troubles cognitifs en rapport avec le domaine de compétences des orthophonistes.
  - o Nouveau plateau technique de rééducation au sein d'une nouvelle structure permettant d'optimiser les soins de kinésithérapie et d'ergothérapie.
- Prévoir une coopération et une continuité de soins entre le service de médecine/rééducation de Mamoudzou (Grande Terre) et le futur SSR à Pamandzi (Petite Terre) :
  - o Demande de prise en charge en SSR à standardiser (fiche dédiée, outils type « trajectoire » ...)
  - o Evaluation des patients en amont par les médecins du SSR (à prévoir)

## Hospitalisation à Domicile (HAD)

### Le contexte

Par décision de l'Agence Régionale de Santé en date du 20 Mai 2020, le CHM, a été autorisé, à titre dérogatoire et pour une durée de 6 mois, à créer une activité de soins de médecine sous la forme d'hospitalisation à domicile sur le territoire de santé de Mayotte. Cette autorisation exceptionnelle a été prorogée en novembre 2020. Cette HAD couvre l'ensemble du territoire de Mayotte. Cette structure permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Au 1er septembre 2020, l'activité de l'HAD correspond à l'équivalent d'environ 40 places. Celle-ci a augmenté rapidement au cours de la période et dès son ouverture : au mois de juin, 85 journées d'hospitalisation ont été enregistrées, contre 626 en juillet (+636%) et 1113 en août (+77,8%). Au cours des six mois d'autorisation, l'HAD prévoit au total de réaliser 5024 journées d'hospitalisation<sup>1</sup> et environ 10 000 actes infirmiers. L'HAD du centre hospitalier de Mayotte a été opérationnelle très rapidement. La période entre le début du projet et l'accueil du premier patient a été exceptionnellement courte. Comme indiqué dans diverses études<sup>2</sup>, « pour mettre en place une structure d'HAD, plus de deux ans et demi sont nécessaires en moyenne. » contre quelques mois au centre hospitalier de Mayotte.

Tous les patients proviennent à ce jour du Centre hospitalier de Mayotte et plus précisément des services de médecine en majorité. Les autres patients proviennent des services de pédiatrie, de centres médicaux de référence, de chirurgie et de soins palliatifs.

Les patients ont été admis à l'HAD à la demande des médecins des services hospitaliers dans l'objectif de libérer des lits dans leurs services alors qu'ils avaient un état clinique ne permettant pas une fin d'hospitalisation. Les critères d'inclusion des patients dans l'HAD correspondent à des soins relevant de l'hospitalisation – il ne s'agit pas d'un simple Maintien à Domicile (MAD) ni d'un SSIAD qui relèvent essentiellement des soins de nursing.

Les dossiers de demande d'HAD ont été travaillés avec les médecins hospitaliers afin de répondre à la fois à la demande elle-même et au motif de prise en charge : les documents ont été conçus de telle sorte que le projet thérapeutique y soit inclus (en particulier pour le diabète, la cardiologie, l'oncologie et les soins palliatifs). La validation de prise en charge est réalisée par le médecin coordonnateur qui reçoit les documents de demande et compte-rendu médicaux nécessaires à la décision de validation selon les critères d'admission en HAD selon le guide de Méthodologie des HAD.

L'HAD prend en charge les patients quelle que soit leur situation sociale (assurés et non-assurés sociaux).

---

<sup>1</sup> 1200 en septembre, 1200 en octobre et 800 en novembre

<sup>2</sup> L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation, Anissa Afrite, Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud

## → Les actions à mener

- **Pérenniser la structure en obtenant une nouvelle autorisation d'activité dans le cadre de la procédure habituelle (demande déposée en Octobre 2020 à l'ARS de Mayotte) et déployer les étapes du plan de développement de l'HAD 2020-2022** au CHM pour arriver au capacitaire cible de 75 places d'HAD en 2023 pour 27000 journées d'hospitalisation :
  - Expérimentation de l'HAD (Juin à Novembre 2020) : cette étape est déjà réalisée et a fait l'objet d'un bilan détaillé
  - Pérennisation de l'HAD (Décembre 2020)
  - Extension de l'HAD à l'obstétrique et augmentation capacitaire (Janvier 2021)
  - Ouverture aux patients de psychiatrie, extension capacitaire et décentralisation de l'HAD (Janvier 2022)

- **Développer les conventions de partenariats**

Des conventions ont été mises en place avec les partenaires de l'HAD (infirmiers libéraux, kinésithérapeutes libéraux, pharmaciens de ville, l'ONG ASF et le SSIAD de la Croix-Rouge française.

D'autres relations sont prévues, notamment avec la médecine de ville. Dans ce cadre, une campagne de communication est prévue afin de faire la promotion du service d'HAD.

Par ailleurs, à terme, des interventions en établissement social et médico-social pourront être réalisées, après conventionnement avec le service d'HAD.

- **Développer des tournées par des équipes internes du CHM**

- Janvier 2021 : Lancement tournée polyvalente pour les patients les plus lourds à proximité de Mamoudzou
- Février 2021 : Lancement tournée de nature obstétricale à proximité de Mamoudzou
- Janvier 2022 : Lancement 2<sup>ème</sup> tournée polyvalente pour les patients au centre et au sud de l'île

## Objectif n° 1.2 : Développer la télémédecine

### Le contexte

Compte tenu de la faible densité de médecins à Mayotte, de la rareté des spécialistes, de l'éclatement des structures composant le CHM sur le territoire et des progrès médicaux permettant une prise en charge de nombreuses pathologies à distance, l'utilisation des progrès technologiques dans le domaine de la communication médicale s'inscrit naturellement dans le présent projet afin d'améliorer l'accessibilité aux soins.

S'inscrivant pleinement dans la dynamique du Projet Régional de Santé de La Réunion et de Mayotte, l'utilisation des progrès technologiques dans le domaine de la communication médicale s'est inscrite naturellement au CHM.

Les objectifs de la télémédecine sont multiples :

- Faciliter le décloisonnement et les coopérations entre acteurs de santé grâce au partage d'information
- Améliorer l'efficacité du système de santé en optimisant l'utilisation des ressources et du parcours de soins
- Réduire les inégalités d'accès aux soins
- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

La télémédecine et télé imagerie est actuellement utilisée pour :

- L'interprétation à distance pour les actes d'imagerie réalisés en urgences la nuit et les week-ends
- L'interprétation à distance des scanners programmés sur la tranche horaire 8h-14h
- L'interprétation à distance des EEG pédiatriques et adulte
- La prise en charge de l'AVC
- La chirurgie pédiatrique.

### Les actions à mener :

- Déployer les collaborations avec les ETS de La Réunion dans le cadre conventionnel (DAN, myélogramme, imagerie, ...).
- Participer au déploiement et à l'organisation de la télémédecine.
- Mettre en place la télé-expertise et les téléconsultations en obstétrique entre les centres de référence et la maternité centrale afin de sécuriser l'exercice des sages-femmes dans ces centres.
- Mettre en place un pilotage de cette activité afin d'en accélérer le déploiement et l'organisation en partenariat avec les établissements et structures de recours.
- Renforcer la sécurisation des transmissions de données.
- Développer les coopérations avec les médecins de ville.

## 7.5 Orientation stratégique n° 2 : Fluidifier les parcours et les rendre lisibles, réduire les délais

Cinq parcours ont été identifiés comme prioritaires et les perspectives de développement pour chacun d'eux sont détaillés ci-après :

### Améliorer la santé de la femme, du couple et de l'enfant

- a- Sécuriser le parcours de la mère et de l'enfant
- b- Renforcer le partenariat avec les PMI
- c- Développer et structurer l'offre de soins en gynécologie carcinologique
- d- Sécuriser la prise en charge en pédiatrie et néonatalogie
- e- Adapter le capacitaire

### La prise en charge en cancérologie

- a- Renforcer la coordination en cancérologie (3C et ONCORUN)
- b- Améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers
- c- Renforcer la coordination avec les professionnels libéraux
- d- Renforcer la prévention sur les facteurs de risque de cancer

### La promotion et la protection de la santé mentale

- a- Développer l'offre de soins
- b- Développer le maillage territorial en ambulatoire
- c- Augmenter le capacitaire en hospitalisation complète, reconstruire les bâtiments
- d- Développer les partenariats et coopérations régionales et nationales

### La prévention et la prise en charge des maladies chroniques

- a- La cardiologie
- b- La diabétologie
- c- Les accidents vasculaires cérébraux
- d- L'insuffisance rénale
- e- La drépanocytose et les maladies du sang
- f- La neurologie

Poursuivre le virage ambulatoire en médecine et en chirurgie

## Objectif 2.1 : Améliorer la santé de la femme, du couple et de l'enfant

### Améliorer la santé de la femme, du couple et de l'enfant

- a- Sécuriser le parcours de la mère et de l'enfant
- b- Renforcer le partenariat avec les PMI
- c- Développer et structurer l'offre de soins en gynécologie carcinologique
- d- Sécuriser la prise en charge en pédiatrie et néonatalogie
- e- Adapter le capacitaire

- Indice conjoncturel de fécondité : 4.1 enfants par femme
- Age moyen des primipares : 22.6 ans et taux de primipares parmi les accouchements par voie basse 16.0%
- Mères mineures : 5.1% dont 0.7% moins de 15 ans et 0.3% de plus de 44 ans
- Taux de couverture sociale des mères : 38.7%

#### Les infrastructures

L'offre de prévention et de soins en matière de périnatalité repose sur 3 secteurs :

- L'offre libérale
- Le secteur des PMI
- L'offre du CHM

Le CHM dispose de 5 maternités dont 4 maternités périphériques dans lesquelles n'exercent que des sages-femmes, en l'absence de gynécologues et d'anesthésiste.

La maternité centrale de Mamoudzou constituée de 71 lits et de 4 places assure notamment la prise en charge de l'ensemble des grossesses à risque du territoire. Un centre d'orthogénie et une activité de diagnostic anténatal complètent le dispositif.

Dans les quatre maternités périphériques (trois de 20 lits (Nord, Centre, Sud) et une de 8 lits (Petite-Terre)) sont pratiqués des accouchements physiologiques et les consultations en urgences obstétricales et de gynécologie. Des consultations pré anesthésiques sont également réalisées dans ces structures.

#### L'offre de soins

Le CHM est le seul établissement qui assure les accouchements et les interventions chirurgicales de gynécologie dans le département.

Les IVG instrumentales relèvent de la chirurgie ambulatoire.

L'activité d'obstétrique représente un important volume avec près de 10.000 accouchements annuels.

## Les objectifs stratégiques

Conformément au PRS2 2018-2023, dans la continuité du CPOM 2013-2017 et du projet d'établissement précédent, le CHM doit poursuivre son engagement dans l'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant, et cela à travers plusieurs objectifs stratégiques.

### a. Sécuriser le parcours de la mère et de l'enfant

A ce jour, plus de 2000 naissances se font en périphérie. Plusieurs questions font débat. L'absence d'accès à la péridurale pour les parturientes admises dans ces structures. La problématique des transferts intersites et de leur sécurité compte tenu des conditions de circulation à Mayotte. Un consensus se dégage au cours des réunions de travail préparatoires sur la nécessité de réduire le nombre de maternités à deux structures auxquelles une maison de naissance serait adossée. Cette nouvelle situation permettrait de bénéficier d'une autorisation de maternité de niveau 3.

#### Le contexte

- De nombreuses grossesses ne sont pas datées et bénéficient d'un suivi tardif.
- La prise en charge du suivi des grossesses pathologiques représente un volume d'activité important.
- Peu de personnel est formé au diagnostic prénatal et les examens fœtopathologiques ne sont pas réalisés de manière exhaustive.
- La préparation à la parentalité, l'entretien précoce de la grossesse sont peu développés.
- La contraception est initiée en post-partum immédiat du fait des difficultés rencontrées par les PMI. La rééducation périnéale est peu développée.
- La présence médicale est inexistante dans les maternités délocalisées.
- L'établissement ne dispose pas d'unité Kangourou.
- Il n'y a pas de radiologie interventionnelle dans l'établissement.
- La proportion d'accouchements réalisés à la maternité de Mamoudzou augmente d'année en année comme le montre le tableau ci-dessous :

	2018	% des naissances totales	2017	% des naissances totales	2016	% des naissances totales	2015	% des naissances totales
Mamoudzou	6847	72.5	7001	72.6	6595	69.3	5455	68.2
Nord (Dzoumogné)	725	7.7	728	7.6	819	8.6	700	8.7
Centre (Kahani)	866	9.2	927	9.6	948	10.0	863	10.8
Sud (M'ramadoudou)	626	6.6	639	6.6	738	7.8	607	7.6



Petite-Terre (Dzaoudzi)	377	4	347	3.6	414	4.3	372	4.7
Total	9441	100	9642	100	9514	100	7997	100

De nombreux transferts (+ de 2650) sont réalisés des maternités périphériques vers Mamoudzou en raison des facteurs de risque associés à la naissance. Par ailleurs un nombre encore important d'accouchements sont réalisés à domicile (7%).

Les indicateurs de morbi mortalité infantile sont supérieurs à la moyenne nationale (11.3% de naissances prématurées et 2.2% de nouveau-nés de moins de 1 500g, 13.3% de mortinatalité et 4.8% de mortalité néonatale).

### → Les actions à mener

#### A court terme : 1<sup>er</sup> semestre 2021

- Informatiser le dossier patient.
- Améliorer l'organisation territoriale de la prise en charge des patientes et renforcement du partenariat avec les PMI et le secteur libéral
- Améliorer le suivi échographique des patientes et développement des consultations spécialisées de grossesses pathologiques par les obstétriciens sur l'ensemble des sites

#### A moyen terme : 2022

- Adapter le capacitaire à l'activité du service : augmentation des salles de naissances, des salles de bloc dédiées aux césariennes, agrandissement des locaux et des salles d'attente des différentes consultations. Objectif : 1<sup>er</sup> semestre 2022
- Développer l'activité du DAN et la formation des professionnels sous la responsabilité d'un obstétricien référent ainsi que la création d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) à Mayotte. Objectif : 2<sup>ème</sup> semestre 2022
- Sécuriser les transferts de et vers les maternités périphériques : amélioration des modalités et de l'organisation des transferts (cf. protocoles)

#### A long terme :

- Développer l'accompagnement à la parentalité en tenant compte des spécificités culturelles locales.
- Créer une unité kangourou fonctionnant H24.
- Mettre en place un plateau technique intégrant la radiologie interventionnelle pour la prise en charge des hémorragies du post partum.
- Disposer d'une reconnaissance d'une maternité de niveau 3 et la diversification de l'offre de soins par la création de maisons de naissance à proximité du plateau technique. Les actuels locaux de maternités périphériques resteraient des centres de

- périnatalité au plus près de la population. Les accouchements seraient regroupés au sein du pôle mère-enfant afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins.
- Développer le dépistage précoce des vulnérabilités du nouveau-né en lien avec le CAMPS.

## b. Renforcer le partenariat avec les PMI

### **Le contexte**

Le taux de natalité est très élevé compte tenu de l'insuffisance des centres de planning familial. Les plages d'orthogénie sont insuffisantes face à un taux élevé de recours (plus de 1600 IVG recensées) notamment chez les mineures (22.4‰ IVG réalisées chez des femmes âgées de 15 à 17 ans) représentant le plus fort taux au niveau national.

La couverture vaccinale est insatisfaisante chez les mères et les enfants.

Les PMI rencontrent des difficultés de fonctionnement récurrentes mais sont en pleine restructuration et devraient voir leur activité reprendre dans des conditions adaptées au cours des prochaines années.

34% des femmes n'ont jamais eu recours à la contraception (enquête périnatal 2016) ; la contraception orale est la première contraception utilisée devant l'implant et le stérilet.

### **→ Les actions à mener**

#### **A court terme :**

- Adapter les moyens humains et le capacitaire à la demande en orthogénie chirurgicale
- Renforcer les conventions avec sages-femmes et médecins libéraux désirant réaliser des IVG médicamenteuses

#### **A moyen terme :**

- Participer au développement de l'accès à la contraception au CHM
- Garantir l'accès des femmes et des hommes à la contraception de leur choix
- Faciliter l'accès à la contraception
- Promouvoir le choix du contraceptif adapté

#### **A long terme :**

- Renforcer le partenariat CHM/PMI/REPEMA/Rectorat avec les autres associations pour effectuer des actions de sensibilisations dans les établissements scolaires
- Améliorer l'exhaustivité de la couverture vaccinale de la mère et du nouveau-né

## c. Développer et structurer l'offre de soins en gynécologie carcinologique

### **Le contexte**

- Le dépistage des cancers gynécologiques est insuffisant.
- La coordination entre les différents acteurs du territoire est à améliorer.
- Il existe des retards de prise en charge en petite chirurgie gynécologique du fait de l'insuffisance du nombre de salles de bloc opératoire disponibles.
- L'offre de soins actuelle est parcellaire et mal organisée.

### **→ Les actions à mener**

#### **A court terme :**

- Développer le dépistage en partenariat avec le tissu associatif existant et notamment REDECA en améliorant la communication entre partenaires et le suivi des patients.
- Structurer la filière EVASAN avec les établissements partenaires afin de diminuer les délais de prise en charge pour éviter les pertes de chance.

#### **A moyen terme :**

- Obtenir les autorisations pour la chirurgie carcinologique du col de l'utérus et la sénologie.
- Améliorer la prise en charge des cancers à travers la mise en place de consultations spécialisées et de missions par les équipes du CHU de La Réunion.
- Adapter les locaux aux besoins de petite chirurgie gynécologique.

#### **A long terme :**

- Faire adhérer le CHM à un Centre de Coordination en Cancérologie (3C).

## d. Sécuriser la prise en charge en pédiatrie et néonatalogie

### **Le contexte**

La création d'une véritable filière pédiatrique permet un parcours de soins cohérent au sein de l'hôpital avec notamment des procédures et protocoles communs à toutes les unités qui sont susceptibles de recevoir des enfants de 0 à 18 ans.

Les trois piliers de ce projet sont :

- La création d'une UF de pédiatrie en maternité assurant notamment une ligne de garde de pédiatres au bloc obstétrical (fait en 2019)
- L'extension du service de néonatalogie afin de diminuer le taux d'occupation du service
- Une réforme de l'organisation des consultations qui doit passer par de nouveaux locaux qui ne répondent plus aux besoins.

Le CHM est le seul établissement offrant des lits d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur le département. Par ailleurs aucun pédiatre n'est installé en libéral sur le territoire. Les taux de morbi mortalité infantile sont nettement supérieurs à la moyenne nationale.

L'ouverture d'une unité de SSR pédiatrique de 10 lits et 2 places est prévue en 2021.

Le CHM dispose d'un Centre de Références des Maladies Rares du Globule Rouge (CRMRGR) labellisé. La pathologie du Globule Rouge est une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation : 500 séjours chez les moins de 18 ans dont 282 séjours en HDJ, avec 208 séances d'échanges transfusionnels et 218 séjours en hospitalisation complète.

Cela concernait 374 séjours pour syndrome drépanocytaire majeur :

- 95 séjours pour bêta-thalassémie
- 31 séjours pour anémie aigüe sur déficit en G6PD

La file active du CRMRGR concernant l'enfant comprend :

- 184 enfants atteints de Syndrome Drépanocytaire Majeur : SS et S bêta-thalassémie.
- 4 enfants atteints de Bêta-thalassémie
- 11 enfants atteints d'Alpha-thalassémie
- 91 enfants diagnostiqués à ce jour en déficit en G6PD, effectif en croissance rapide
- 1 enfant atteint de sphérocytose héréditaire
- 1 enfant atteinte d'anémie dysérythropoïétique congénitale

La file active des adultes comprend 113 personnes atteintes de maladie du Globule Rouge.

La coopération entre médecins prenant en charge les enfants et ceux qui prennent en charge les adultes doit être améliorée.

Le service de néonatalogie comprend 6 lits de réanimation, 8 lits de soins intensifs et 16 lits d'hospitalisation classique. Son niveau de soins défini par l'ARS est 2B. En 2018, il a été pris en charge en néonatalogie 765 nouveau-nés sur les 9448 naissances (8%) dont 169 grands prématurés (terme<32SA). Seuls 50 enfants ont été transférés hors département. Ces chiffres montrent que la maternité et le service de néonatalogie fonctionnent actuellement comme des niveaux 3.

Actuellement un seul médecin pédiatre-néonatalogiste, lors de sa garde, doit prendre en charge les nouveau-nés hospitalisés et les nouveau-nés nécessitant une réanimation au bloc obstétrical. Cette mission est difficile du fait du nombre d'appels à la fois en salle de naissance, bloc obstétrical, néonatalogie et réanimation néonatale. De plus, elle se situe en dehors de tout cadre légal. Les textes précisent en effet que toute maternité réalisant plus de 2000 naissances doit bénéficier d'une garde de médecin-pédiatre sur place.

Le nombre insuffisant de pédiatres en néonatalogie ne permet pas :

- Une prise en charge optimale des nouveau-nés à la maternité de Mamoudzou et dans les maternités périphériques,
- Le suivi structuré des enfants sortis d'hospitalisation et notamment des prématurés
- D'individualiser une UF de cardiologie pédiatrique, les malformations cardiaques congénitales sont un de principaux facteurs de la mortalité néonatale et infantile.

Les locaux de consultation sont très vétustes.

La pathologie cardiaque pédiatrique est une priorité de santé publique par sa fréquence, sa gravité et la lourdeur de sa prise en charge. La file active de la population pédiatrique atteinte de pathologie cardiaque est de 750 patients. Elle est une des toutes premières causes d'EVASAN vers la métropole.

Elle comprend essentiellement deux volets :

- Les cardiopathies congénitales
- Les cardiopathies rhumatismales

La prise en charge des enfants atteints de pathologie cardiaque (1ère maladie congénitale chez l'enfant et probable première cause de décès chez l'enfant à Mayotte) est complexe à Mayotte pour plusieurs raisons.

L'activité de cardiologie pédiatrique (0 à 18 ans) a fortement augmenté avec le nombre de naissances. Elle nécessite une restructuration du parcours du soin.

Plus de 60 enfants sont transférés annuellement directement à partir de Mayotte au Centre chirurgical Marie Lannelongue (Paris) pour des soins de chirurgie cardiaque. A leur retour d'EVASAN plus de 75% de ces enfants nécessitent un suivi au long cours.

Il est indispensable de structurer le parcours de soins pour répondre au mieux aux besoins des enfants et de leurs familles et d'éviter ainsi la forte morbi-mortalité engendrée par un parcours non coordonné.

L'HAD créée en mai 2020 doit pouvoir répondre à la nécessité de favoriser les sorties précoces et répondre au besoin de suivi au domicile des enfants porteurs de pathologies chroniques.

Le nombre insuffisant de personnel médical et paramédical en soins ambulatoires ne permet pas d'assurer cette demande sans cesse croissante.

Le passage par les Urgences est le principal mode d'entrée à l'hôpital ce qui nécessite un renforcement de l'expertise pédiatrique dans ce service afin d'éviter le recours à l'hospitalisation car il n'existe pas de service individualisé d'urgences pédiatriques.

La présence de pédiatre en salle d'accouchement mérite d'être renforcée afin d'atteindre les normes métropolitaines soit 1 pédiatre pour 2000 naissances.

Un nombre important d'enfants est atteint de pathologies chroniques.

Les surspécialités pédiatriques ne sont pas en prises en charge sur place. Des missions sont régulièrement organisées (chirurgie viscérale, neurologie, dermatologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, génétique) mais elles restent insuffisantes pour couvrir les besoins

Il n'existe pas d'agrément de chirurgie infantile sur le département alors que les moins de 18 ans représentent près de 50% de la population.

Des phénomènes d'épidémie saisonnière (bronchiolite et gastro entérite notamment) surviennent chaque année ce qui a pour effet d'emboliser les lits du service de pédiatrie.

#### → Les actions à mener

- Adapter le capacitaire en priorisant les besoins en néonatalogie dans l'attente de la mise en œuvre du projet COPERMO.
- Adapter les locaux de consultations externes notamment.
- Individualiser le Centre de Références des Maladies Rares du Globule Rouge (CRMRGR) et le développer la recherche dans ce cadre.
- Identifier une unité de cardiologie pédiatrique et l'amélioration du parcours patient des enfants atteints de cardiopathies congénitale ou rhumatismale.
- Développer et organiser les missions de surspécialité (neurologie, dermatologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, génétique notamment).
- Prioriser les EVASAN in utero afin d'éviter notamment la séparation mère-enfant.
- Renforcer la présence pédiatrique aux urgences comme préalable à la création ultérieure d'un service d'urgence pédiatrique.
- Créer une unité d'hospitalisation à domicile pédiatrique (HAD) permettant de pérenniser des soins en milieu familial afin d'éviter la rupture qu'entraîne une hospitalisation conventionnelle.
- Obtenir l'agrément du service de néonatalogie niveau 3.
- Développer la télémédecine et le recours aux plateformes d'interprétation pour les EEG.
- Pérenniser l'Unité épidémique pédiatrique « saisonnière ».
- Obtenir l'autorisation de chirurgie pédiatrique.

## e. Adapter le capacitaire

### → Les actions à mener

- Adapter le capacitaire de l'hospitalisation à temps complet et ambulatoire à l'activité et aux besoins en santé de la population.
- Créer un Pôle mère-enfant qui pourrait être délocalisé
- Mettre en conformité réglementaire le nombre de blocs obstétricaux et de salles de naissance au regard de l'activité.
- Renforcer le service de néonatalogie.
- Mettre à niveau les locaux de consultations externes de spécialité.

## Objectif 2.2 : La prise en charge en cancérologie

### La prise en charge en cancérologie

- a- Renforcer la coordination en cancérologie (3C et ONCORUN)
- b- Améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers
- c- Renforcer la coordination avec les professionnels libéraux
- d- Renforcer la prévention sur les facteurs de risque de cancer

Le cancer est la troisième cause de mortalité à Mayotte après les causes inconnues et les maladies de l'appareil circulatoire. Toutefois, du fait de la jeunesse de la population, l'incidence globale reste inférieure à celle de la métropole.

La distribution par localisation tumorale montre que les cancers de la prostate et du sang représentent près de la moitié des décès par cancers chez l'homme. Chez les femmes ce sont les cancers du col de l'utérus qui prédominent. La forte incidence du cancer de col de l'utérus est liée à la transmission de l'HPV. Le cancer du sein arrive en deuxième cause de décès par cancer chez la femme.

Il y a peu de praticiens spécialisés au regard du bassin de population (un oncologue général, un hématologue à mi-temps, un oncologue digestif).

L'offre territoriale est portée par le CHM mais seule une partie des diagnostics est réalisable à Mayotte, soit en raison de manque de moyen technique (pas de mammographie réalisable de manière pérenne, pas de radiologie interventionnelle, pas de biopsie sous scanner ou sous échographie pas de micro biopsie mammaire sous échographie) soit en raison de délai trop long par manque de place au bloc opératoire ou manque de personnel, IBODE notamment (coloscopie sous AG, biopsie prostatique, cystoscopie...). Les bilans d'extension à l'exception de la médecine nucléaire sont faits à Mayotte (CHM et structure privée) par scanner et IRM mais les délais d'obtention sont parfois très longs notamment pour les patients non affiliés. La pose de PAC et les chimiothérapies sont réalisées.

Le CHM est autorisé pour la réalisation des chimiothérapies.

Pour la réalisation des chimiothérapies, l'établissement dispose d'une unité de préparation des cytostatiques. Les activités sont réalisées en hôpital de jour. L'ensemble des médicaments est disponible (immunothérapie, thérapie ciblée, chimiothérapie).

Le CHM ne dispose pas de service d'anatomopathologie. Les prélèvements sont externalisés sur la métropole avec des délais de résultats pouvant aller jusqu'à quatre semaines.

Il n'existe pas de médecine nucléaire à Mayotte, obligeant à évacuer de nombreux patients à la Réunion dans le cadre notamment des scintigraphies osseuses. Il y a quelques indications pour les TEP scanner, notamment en hématologie. Il n'existe pas non plus d'accès au CHM à la mammographie et il n'existe pas d'appareil d'ostéodensitométrie ni en privé ni au CHM.



Le CHM ne dispose pas d'autorisation de chirurgie carcinologique. Les malades doivent donc être envoyés principalement à la Réunion et parfois en métropole pour tout acte chirurgical non urgent. Cette prise en charge est globalement rapide grâce au service EVASAN très réactif. Il y a parfois des difficultés avec les services receveurs qui tardent à prendre nos patients.

Le CHM n'a pas de service de radiothérapie et les patients qui en ont besoin sont évassés.

Jusqu'à récemment, il n'y avait pas de consultation d'oncogénétique à Mayotte, malgré l'impact préventif et thérapeutique qui en découle. Elles ont débuté en Mars 2020 avec l'aide de la conseillère en génétique.

La consultation d'annonce paramédicale a été mise en place et les IDE formées mais elle est peu réalisée par manque de temps des IDE et à cause de la barrière de la langue. Ces consultations, quand elles existent, ne sont pas tracées. Les documents édités par l'INCA ou par certains laboratoires ne sont pas adaptés à la population mahoraise.

Dans l'ensemble, les dossiers font l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Il existe depuis janvier 2020 une Equipe Mobile de soins palliatifs qui prennent en charge les patients avec une forme évoluée de leur cancer et depuis juin 2020 une HAD dont certains patients relèvent.

Le CHM est membre du réseau régional ONCORUN, réseau territorial des soins en cancérologie. Le réseau organise en partenariat avec la clinique Sainte Clothilde et le CHU de la Réunion les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

En dehors des RCP, aucune action organisée par le réseau à la Réunion (consultation gratuite de socio-esthétique, psychologue, podologue, sexologue...) n'a été transposée à Mayotte, malgré une ARS commune jusque-là. Il n'a eu également aucune action de prévention (formation des professionnels de santé au dépistage du cancer de la peau par exemple). Aucune évaluation des pratiques professionnelles n'a été réalisée. Le site internet n'est dédié qu'à la Réunion.

Il n'existe pas de centre de coordination en cancérologie (3C) et le CHM n'est rattaché à aucun 3C existant, pourtant obligatoire. Un centre de coordination est une structure mono ou pluri établissements autorisés pour le traitement des cancers qui garantit la prise en charge globale du patient, mais tous les établissements qui réalisent un traitement de cancer doivent appartenir à un de ces centres. Par exemple, la Guyane qui n'a pas de radiothérapie, possède son propre réseau de cancérologie et son 3C.

Le 3C est aussi une cellule qualité qui permet d'évaluer de manière qualitative la prise en charge des patients et pour l'instant aucun audit quantitatif et qualitatif sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques du CHM n'est malheureusement réalisé. Nous ne connaissons pas le taux de dossiers avec une RCP, le délai de prise en charge des patients, le nombre de consultations d'annonce médicale et paramédicales réalisées, les possibilités d'accès aux soins de support, accès aux essais cliniques et à l'innovation, satisfaction des patients et des équipes soignantes, la surveillance des traitements autorisés ou non....

Le dépistage à Mayotte n'existe que pour le cancer du col utérin et le taux de frottis pour la population cible est bien plus faible qu'en métropole. Le seul appareil de mammographie fonctionnant toute l'année à Mayotte est dans le privé, et les femmes non affiliées ont d'énormes difficultés à accéder aux mammographies, rendant le dépistage du sein encore plus difficile. Le dépistage du colon n'est pas organisé, mais s'il se développe, il faudra anticiper un nombre croissant de coloscopie, impossible pour l'instant et donc des EVASAN dans cette indication.

La vaccination HPV est payante et donc peu pratiquée. La vaccination contre l'hépatite B augmente dans la population.

### → Les actions à mener

#### **Créer un centre de coordination en cancérologie 3C en 2021, et adhésion au réseau ONCORUN**

##### **Court terme : 2021**

- Créer le centre de coordination en cancérologie 3C (plan cancer 1),
- Adhérer à ONCORUN en tant que 3C,
- Créer une filière oncologique au CHM, avec la participation de l'ensemble des acteurs (chirurgien, médecin, gynécologue, biologiste...) pour le suivi des patients et la réduction du nombre de perdus de vue.

##### **Moyen terme :**

- Fluidifier la filière oncologie avec la Réunion (CHU et Clinique Sainte-Clotilde)
- Participer aux programmes du réseau ONCORUN (soins de supports, congrès, dépistage).
- Création d'une filière « oncologie » avec les médecins traitants et les médecins de dispensaires pour les placer au centre de la prise en charge (plan cancer 3)

##### **Long terme :**

- Créer un réseau de cancérologie spécifique à Mayotte

#### **Améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers (dont dépistage)**

##### **Court terme :**

- Créer un ensemble de missions en lien avec les besoins diagnostique du CHM avec l'aide de nos correspondants à la Réunion (CHU ou Clinique Sainte-Clotilde) :
  - o Mission de sénologie (mammographie, biopsie mammaire, mammotome)
  - o Mission de radiologie (en particulier interventionnelle)
  - o Mission d'urologie (biopsie prostatique et RTUP, cystoscopie)
  - o Mission de gastro-entérologie (coloscopie et fibroscopie sous AG)
- Améliorer la vitesse de rendu des résultats d'anatomopathologie par création avec le laboratoire CERBA d'un référent pour Mayotte joignable au téléphone.
- Participer aux RCP d'organe ONCORUN (déjà fait pour l'hématologie, la gynécologie, l'hématologie mais manque le digestif, l'urologie, l'ORL, les tumeurs rares).
- Améliorer l'accès aux examens de médecine nucléaire à la Réunion avec diminution des délais de rendez-vous en particulier pour le TEP scanner.

**Moyen terme :**

- Faciliter l'accès au bloc opératoire ou aux salles d'examens spécifiques pour les actes diagnostiques : coloscopie fibroscopie gastrique et bronchique, colposcopie, conisation, RTUP, cystoscopie, biopsie prostatiques... avec un personnel paramédical dédié (IDE, IBODE, IADE) un personnel médical en nombre et des rendez-vous fixés non décalables.
- Réduire les délais pour la lecture anapath des biopsies avec renégociations des accords (laboratoire CERBA, CHU Réunion...)
- Atteindre l'objectif de 100% des patients avec une pathologie cancéreuse découverte à Mayotte doivent avoir une RCP valide.
- Développer la médecine nucléaire à Mayotte avec scintigraphie osseuse dans un premier temps et accès au ganglion sentinelle pour envisager la chirurgie mammaire carcinologique.

**Long terme :**

- Quand les actes diagnostiques et le personnel médical seront pérennisés et le bloc opératoire fonctionnel pour la cancérologie (salle et personnel paramédical dédiés), demander une autorisation d'opérer pour la cancérologie : sein et côlon en priorité
- Acquérir un Tep scanner
- Créer un service d'anatomopathologie au CHM
- Créer un service de radiothérapie au CHM

**Renforcer la coordination avec les professionnels libéraux**

- Développer l'articulation avec le réseau associatif et libéral afin de fluidifier le parcours patient
- Renforcer la coordination des parcours de soins en déployant une messagerie sécurisée
- Harmoniser les pratiques par la mise en place d'EPU.
- Participer au réseau gradué de soins de proximité et de recours sous l'égide de l'ARS.

**Renforcer la participation à la prévention**

- Développer la promotion de la santé nutritionnelle via les diététiciennes et l'Equipe Mobile d'Education à la Santé.
- Participer aux actions de prévention contre les addictions
- Participer aux campagnes de vaccination anti HPV et HVB
- Participer au dépistage précoce des cancers via le futur centre régional de dépistage REDECA
- Développer l'utilisation de la télémédecine pour certains types de cancers tels que les cancers de la peau

## Objectif 2.3 : La promotion et la protection de la santé mentale

### La promotion et la protection de la santé mentale

- a- Développer l'offre de soins
- b- Développer le maillage territorial en ambulatoire
- c- Augmenter le capacitaire en hospitalisation complète, reconstruire les bâtiments
- d- Développer les partenariats et coopérations régionales et nationales

#### Le contexte

Le service de psychiatrie existe depuis moins de 20 ans (CMP ouvert en 2001).

Le CHM est le seul offreur de soins dans cette discipline.

Celle-ci est constituée :

- D'unités fonctionnelles qui accompagnent les patients en phase aigüe
  - 10 lits d'hospitalisation « adultes » dont 2 chambres d'isolements
  - Une équipe mobile péri-crise dont les missions sont de :
    - Prendre en charge les patients arrivants aux urgences du CHM
    - S'occuper des patients et de leur famille en phase de crise psychiatrique ou psychologique en ambulatoire sur 4 à 6 semaines
    - Prendre en charge la psychiatrie de liaison pour les patients présentant des troubles - psychiatriques hospitalisés dans les services de MCO
- D'unités fonctionnelles qui accompagnent les patients au long cours
  - Un centre médico-psychologique adulte à Mamoudzou qui assure :
    - L'accueil ainsi que les consultations infirmières, médicales et psychologiques.
    - Des consultations de proximité et des visites à domicile (2 fois par semaine dans le Nord, le Centre et Petite Terre, 1 fois par semaine sur Koungou)
  - Un centre médico-psychologique enfant à Mamoudzou qui assure :
    - L'accueil ainsi que les consultations infirmières, médicales ou psychologiques
    - Des consultations en dispensaires
  - Un centre médico-psychologique à Chirongui (qui reçoit des adultes 3 jours par semaine et des enfants 2 jours par semaine)
  - Un CATTP ouvert en 2017 à Mamoudzou qui assure la prise en charge des enfants 3 jours par semaine et celle des adultes 2 fois par semaine. Il est actuellement non fonctionnel pour la partie adulte par carence de moyens humains.

Un psychiatre intervient à l'UCSA.

Il n'existe pas d'offre spécifique pour les adolescents malgré la structure populationnelle de l'île.

L'offre en pédiatrie est très restreinte.

## → Les actions à mener

L'enjeu principal est d'organiser un rattrapage de l'offre de soins en corrélation des besoins de la population en favorisant le développement de l'offre en santé mentale en intra-hospitalier et le développement du maillage territorial si possible les prises en charge ambulatoire avec notamment :

A court terme :

- Structurer et individualiser un **pôle de santé mentale** au sein du CHM devant participer à la déclinaison et à la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) en cours de finalisation actuellement.
- Mettre en place l'équipe d'urgences en psychiatrie.
- Créer une unité d'hospitalisation temps complet de plus grande capacité (30 lits) et des locaux plus adaptés.
- Créer une unité de soins intensifs psychiatriques à domicile qui devra être l'évolution naturelle de l'équipe mobile de crise. Ce projet est inscrit dans le projet HAD du CHM, pour une ouverture prévue fin 2021.
- Déployer l'offre de soin ambulatoire de proximité par la création de CMP/CATTP adulte et enfant sur l'ensemble du territoire afin de parfaire son maillage (Nord et Centre) :
  - A Petite-Terre, ouverture prochaine (projet porté par le service en 2019, validé et budgétisé en 2020, travaux en cours).
  - Projet d'ouverture d'une Maison de Santé Mentale Secteur Centre, présenté en 2020 aux tutelles, pour une ouverture souhaitée au 1<sup>er</sup> semestre 2021.
  - Pas de perspective sur le secteur Nord pour l'instant.
- Renforcer les partenariats au niveau régional avec l'EPSMR et le CHU de La Réunion (accessibilité à l'USIC notamment).

A moyen/long terme :

- Créer un hôpital de jour adulte.
- Créer un hôpital de jour à destination des enfants de 7 à 12 ans présentant des difficultés psychiques empêchant leur développement.

## Objectif 2.4 : La prévention et la prise en charge des maladies chroniques

### La prévention et la prise en charge des maladies chroniques

- a- La cardiologie
- b- La diabétologie
- c- Les accidents vasculaires cérébraux
- d- L'insuffisance rénale
- e- La drépanocytose et les maladies du sang
- f- La neurologie

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques appelle une amélioration du dépistage et de la précocité de la prise en charge, afin de contrôler au mieux les risques de complications altérant la qualité de vie des personnes, et consommatrices de ressources de santé. Souvent associées au vieillissement progressif de la population, la particularité à Mayotte est qu'elle touche aussi pour l'instant des patients plus jeunes. Ceux-ci sont pris en charge à un stade avancé avec complications multiples. La politique de prévention semble insuffisante. Les patients sont donc plus jeunes et plus graves.

Le vieillissement attendu de la population à Mayotte et la poursuite de l'occidentalisation des modes de vie annoncent un accroissement de la morbidité et de la mortalité par maladies cardiovasculaires. Il convient donc aussi de concentrer les efforts sur la prévention, le repérage, le dépistage et l'éducation.

#### a. La cardiologie

##### **Le contexte**

Les pathologies vasculaires et cardiaques à Mayotte sont fréquentes.

Les conséquences cardiologiques d'HTA sévères ou du diabète expliquent une incidence importante de maladies cardiovasculaires et de maladies coronaires.

Il n'y a pas de cardiologie interventionnelle. Tout syndrome coronarien aigu est transféré sur l'île de la Réunion.

L'unité de cardiologie comprend deux salles de cardiologie ayant chacune un appareil d'échographe, une salle d'explorations fonctionnelles avec réalisations d'ECG, Holter tensionnel et holter ECG, un tapis roulant et un vélo pour les épreuves d'effort.

Pour toute consultation de cardiologie sont réalisés un ECG, une consultation médicale avec échographie cardiaque, les autres examens selon les décisions du spécialiste.

Pour pallier la pénurie de cardiologue sur Mayotte et pour optimiser l'efficacité et la pertinence des consultations lors de la présence d'un cardiologue sur le territoire, une procédure d'avis

cardiologique ciblée est débutée, pour éviter la perte des demandes, offrir le meilleur délai aux patients nécessitant une prise en charge urgente, améliorer la transmission d'informations, programmer les examens complémentaires pour gain de temps et efficacité et débiter les traitements.

Des programmes d'éducation thérapeutique sont déjà en cours (réalisation de films en shimaoré sur le diabète, l'insuffisance cardiaque, les AVC, le tabac, l'hypertension artérielle, l'angor et douleur thoracique, et les pacemakers).

Des protocoles de prises en charge de l'HTA ont été réalisés (HTA de grade 3, HTA secondaires et prise en charge d'une HTA en dispensaire).

#### → Les actions à mener

- Pérenniser la présence d'un cardiologue à Mayotte.
- Renforcer les compétences de cardiologie et de l'accès aux consultations par la relance de missions de cardiologie notamment en rythmologie.
- Renforcer la prévention et notamment le dépistage des maladies cardiaques infantiles post infection à streptocoque B.
- Réaliser le transfert de compétences au travers de consultations paramédicales d'éducation à la santé en cardiologie.
- Mettre en place des programmes d'Education thérapeutique sur les maladies cardiovasculaires.
- Renforcer la télé expertise avec le développement de la cardio imagerie, en collaboration avec les professionnels de La Réunion pour les patients porteurs de défibrillateurs cardiaques et de pacemakers, ainsi que la lecture des MAPA et Holters ECG à distance.
- Améliorer l'accès aux soins avec la généralisation à toute l'île de la procédure d'avis cardiologique et de consultation d'HTA.
- Mettre en place une unité de coronarographie.

## b. La diabétologie

### Le contexte

A Mayotte en 2008 la prévalence du diabète était de 10,5%. En 2018 près d'une personne sur dix bénéficie d'un traitement contre le diabète, soit deux fois plus que le niveau national. Cette prévalence est en augmentation constante, allant de pair avec l'obésité galopante. Le mode de vie et les habitudes alimentaires ne font qu'aggraver cet état de fait. Nombreuses sont les personnes hospitalisées pour diabète décompensé cétosique, complications dégénératives micro et macro vasculaires évoluées et de manière « épidémique » des pieds diabétiques à la fois dans les services de médecine et de chirurgie. La présence d'un seul diabétologue sur l'île et seulement deux centres d'éducation thérapeutique du diabète (un privé et un public) ne sont pas suffisants pour trainer l'évolution de la maladie.

### → Les actions à mener

#### Renforcer l'offre :

- Développer les hospitalisations de jour d'explorations nutritionnelles et métaboliques
- Améliorer l'offre de prise en charge du diabète, et la filière avec la Réunion
- Elaborer le parcours patient avec un pied diabétique dès son arrivée aux urgences
- Développer les coopérations avec la chirurgie orthopédique
- Mettre en place une filière avec les services de chirurgie vasculaire de La Réunion
- Créer une filière en endocrinologie
- Uniformiser les protocoles de prise en charge et de traitements au niveau de l'établissement

#### Développer la prévention :

- Prévenir l'apparition du diabète de type II
- Développer un programme de santé communautaire en nutrition
- Repérer et dépister les maladies métaboliques
- Réaliser de la prévention ciblée vers les femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel
- Recruter et former les IDE en éducation thérapeutique en diabétologie
- Promouvoir des actions de dépistage de la rétinopathie diabétique

#### Le renforcement de la télé expertise :

- Favoriser le recours à la télé expertise et à la téléconsultation dans le cadre des filières élaborées



## c. Les accidents vasculaires cérébraux

### **Le contexte**

L'AVC est un problème de santé publique majeur à Mayotte avec une prévalence importante des pathologies liées au surpoids, au diabète, à l'hypertension.

Les AVC représentent la troisième cause de mortalité et la première cause de handicap non traumatique de l'adulte. Le coût socio-économique des AVC est très élevé et fortement lié à l'importance des séquelles neurologiques. On note une grande fréquence des AVC hémorragiques chez des sujets jeunes (moyenne 50 ans) dus à l'HTA non traitée ou sur mauvaise observance.

La filière est en place depuis fin 2016. La prise en charge en urgence est assurée par le CHM sur le plateau technique de Mamoudzou et le suivi dans les centres de référence en attendant l'ouverture prochaine du SSR.

Le circuit de prise en charge « alerte thrombolyse » est protocolisé et fonctionnel aux Urgences et en amont au SAMU.

Des urgentistes ont été formés aux Urgences Neurovasculaires.

Un dispositif de télé-AVC permet aux patients ciblés de bénéficier d'un traitement thrombolytique assuré par les urgentistes avec l'expertise des neurologues du CHU de la Réunion.

N'ayant pas de structure d'aval, les patients restent plus longtemps hospitalisés pour bénéficier de rééducation quotidienne.

Les principales difficultés sont liées à :

- L'aval par l'absence d'UNV et les difficultés d'admission en USC de réanimation. L'absence d'unité neuro vasculaire (UNV) ne permet pas de mettre en œuvre les recommandations de l'HAS. En l'absence de cette structure, le dispositif se limite aux services d'urgence et de médecine.
- Aucun médecin neurologue n'est installé à Mayotte.
- Une UHCD non sécuritaire pour la prise en charge post thrombolyse et des AVC en phase aigue
- L'absence d'IRM public disponible en urgence l'après-midi
- Des avis hétérogènes selon le neurovasculaire d'astreinte concerté
- L'absence de possibilité de thrombectomie, ce qui n'est pas conforme aux recommandations scientifiques

### **→ Les actions à mener**

L'amélioration de la prise en charge des AVC passe par l'organisation territoriale intégrant la prévention, les soins aigus ainsi que la réadaptation.

Il s'agira d'assurer une qualité de prise en charge neurochirurgicale en urgence équivalente sur Mayotte et La Réunion en améliorant les prises en charges de l'urgence vitale grâce notamment à :

- Former le personnel paramédical

- Autoriser les urgentistes à assurer dans un cadre réglementaire sécurisé la prise en charge des urgences neuro-traumatiques de type hématome extra dural ou sous dural
- Faciliter, pour tous les patients mahorais, la prise en charge au sein des services de neurochirurgie de la Réunion en protocolisant les transferts et en améliorant les possibilités de transfert sanitaire
- Renforcer les liens avec les équipes réunionnaises et les protocoliser afin d'obtenir des avis homogènes
- Pérenniser le « D.U Urgence-AVC » pour la formation des urgentistes
- Sécuriser l'aval de l'UHCD par la création de lits d'USC / UNV

#### Le renforcement de l'offre et du capacitaire

- Ouvrir le SSR pour transfert des patients déficitaires ayant présenté un AVC pour prise en charge en rééducation optimale et diminuer les pertes de chance et l'incidence des handicaps séquellaires.
- Mettre en place une consultation post AVC
- Identifier une UNV de 4 à 5 lits en lien avec le CHU de La Réunion
- Créer une équipe pluridisciplinaire formée à la PEC des AVC : neurologue, IDE, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, orthophoniste.
- Articuler avec les soins de ville avec la mise en place de programmes d'aide au retour à domicile.

#### La prévention à mettre en place consiste à :

- Participer aux campagnes de sensibilisation de la population sur les signes d'alerte de l'AVC pour respecter les délais de prise en charge
- Promouvoir la santé nutritionnelle et l'éducation à la santé

## d. L'insuffisance rénale

### **Le contexte**

L'insuffisance rénale avec dialyse représente l'un des premiers motifs d'hospitalisation dans les services de médecine et de réanimation du CHM.

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique parmi les patients hospitalisés et reçus en consultations est importante avec des étiologies variées.

La prise en charge de l'insuffisance rénale sur l'île mérite d'être améliorée. Les diagnostics sont souvent posés tardivement, les prises en charge thérapeutiques insuffisantes. La population n'est pas éduquée à cette pathologie.

En l'absence de néphrologue au CHM, deux médecins généralistes assurent la coordination de la néphrologie.

La dialyse est assurée par une structure privée en partenariat avec le CHM.

### **→ Les actions à mener**

- Poursuivre le partenariat avec Maydia pour la prise en charge des insuffisants rénaux terminaux en situation irrégulière.
- Accélérer la pose de fistules artério veineuses
- Protocoliser la prise en charge sociale afin d'accélérer l'accès aux droits.
- Recruter des néphrologues.

## e. La drépanocytose et les maladies du sang

### **Le contexte**

Le CHM est le centre de référence des maladies des globules rouges de l'océan indien.

Les ressources médicales sont insuffisantes pour prendre en charge l'ensemble de ces pathologies.

### **→ Les actions à mener**

- Recruter du personnel à former à l'éducation thérapeutique des drépanocytaires adultes.
- Développer la recherche.

## f. La neurologie

### **Le contexte**

Les pathologies neurologiques hors Accident Vasculaire Cérébral (AVC) sont fréquentes à Mayotte : neuropathies métaboliques, carencielles, inflammatoires, infectieuses ou héréditaires, épilepsie, migraine, syndromes dégénératifs.

Par ailleurs même si la population est encore jeune, on tend vers un vieillissement inéluctable de la population et le nombre de syndromes démentiels type Alzheimer et/ou vasculaire va tendre à s'accroître.

Les Electroencéphalogrammes (EEG) ne sont réalisés que pour les patients de réanimation et chez les enfants. Une filière privilégiée a été mise en place avec respectivement le CHU de La Réunion et le CHU de Toulouse.

Les patients épileptiques adultes en médecine ne peuvent en bénéficier par manque de personnel technique. Ce sont les médecins généralistes et les internistes qui pallient cette absence de neurologue jusqu'à maintenant.

### **→ Les actions à mener**

- Recruter des médecins spécialisés en neurologie avec expertise en neurovasculaire pour une éventuelle alerte thrombolyse
- Former des infirmiers afin de réaliser les actes
- Favoriser le recours à la télé expertise
- Développer l'éducation thérapeutique concernant l'épilepsie
- Mettre en place une Unité Neuro-Vasculaire

## g. Autres spécialités à développer

En plus des spécialités médicales détaillées ci-dessus, il apparaît aussi opportun de développer les activités de dermatologie et d'anticiper le développement des activités en gériatrie

## Objectif 2.5 : Poursuivre le virage ambulatoire en médecine et en chirurgie

### Le contexte

Le virage ambulatoire est bien amorcé au CHM. Pourtant les perspectives de développement de l'activité sont limitées car les rotations sur une même place d'hospitalisation sont très peu envisagées compte-tenu de l'insécurité et des problématiques de transport.

Une entrée échelonnée en fin de matinée ou début d'après-midi en ambulatoire paraît difficile, le service ambulatoire devant fermer à 18 heures au moment de la tombée de la nuit. Par ailleurs le pourcentage de logements insalubres à Mayotte constitue également un frein.

Il existe un service de médecine ambulatoire de 10 places permettant la prise en charge de bilans médicaux de pathologies chroniques (Diabète, HTA, PVVIH, IRC), la réalisation de séances de chimiothérapie, les prise en charge en maladies infectieuses, les PEC drépanocytoses (phase aiguë et suivi) et toutes les pathologies hématologiques.

Il existe un service de chirurgie ambulatoire de 34 places pour toutes les spécialités nécessitant une anesthésie générale (chirurgie viscérale et orthopédique, ORL, ophtalmo, endoscopie digestive et bronchoscopie, dentistes) et permettant une prise en charge ambulatoire.

Il n'y a pas de bloc dédié à la chirurgie ambulatoire.

Il n'y a aucune prise en charge de chirurgie gynécologique ambulatoire.

Tous les praticiens se plaignent d'une insuffisance d'accès au bloc opératoire.

### → Les actions à mener

#### Améliorer le parcours des patients en ambulatoire

- Améliorer le parcours du patient en médecine ambulatoire et en chirurgie ambulatoire, de la programmation à la sortie et au suivi post-opératoire.
- Remplir les feuilles de demande d'hospitalisation ambulatoire avec les bons d'examens
  - o Coopérer avec le service de radiologie pour obtenir des plages prioritaires en imagerie
  - o Réaliser le codage des actes et diagnostic
- Un hôtel hospitalier pourrait optimiser la prise en charge ambulatoire l'après-midi avec la possibilité pour les patients d'y séjourner la nuit post-opératoire. Cette réflexion est à mener à moyen terme.

#### Développer l'activité en médecine ambulatoire

- Faire la bascule de l'activité d'hospitalisation complète éligible à l'ambulatoire : Diminuer la DMS des hospitalisés en réalisant des consultations et examens complémentaires en HDJ sous la responsabilité du médecin prescripteur
- Développer le réseau ville-Hôpital et interservices pour la réalisation de bilans HDJ de médecine.

#### Développer l'activité de chirurgie ambulatoire

- Augmenter les capacités du bloc opératoire et y dédier une salle de bloc sont des leviers d'augmentation de l'activité ambulatoire.

#### Développer la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

## 7.6 Orientation stratégique n° 3 : Améliorer l'efficacité médico-économique

### Objectif 3.1 : Viser l'efficacité des fonctions supports

L'établissement doit résolument s'inscrire dans la mise en conformité concernant le recueil de l'information médicale et le suivi des dossiers médicaux même si sa situation particulière de financement par dotation globale ne l'a pas historiquement incité à être aussi attentif à ces questions qu'un établissement en T2A.

#### Renforcer les actions du département d'information médicale

##### Le contexte

Le CHM dispose des outils nécessaires au recueil et à l'analyse des informations médicales en interne. Les outils de stockage et de communication externe sont à développer.

Toutefois, la culture de traçabilité de l'activité reste largement perfectible notamment dans les structures délocalisées.

Il est difficile d'évaluer l'exhaustivité des données d'activité actuellement recueillies.

Le Département d'Information Médicale (DIM) assure le suivi des données PMSI de façon centralisée. L'ensemble des techniciens de l'information médicale (TIM) est rattaché à ce service. L'établissement peine à déposer les données réglementaires sur la plateforme ATIH dans les délais prescrits.

##### → Les actions à mener

- Faire évoluer les outils du système d'information de l'établissement afin d'assurer l'interopérabilité des différentes composantes, médicales, médicotechniques et administratives déversées dans le dossier patient informatisé (DPI) dans un objectif de fiabilisation et d'exhaustivité.
- Poursuivre le travail de mise en place du DPI et le généraliser
- Mettre en place la prescription médicamenteuse, biologique et radiologique informatisée dans tous les services.
- Améliorer la communication du DPI entre acteurs hospitaliers et correspondants externes.
- Réorganiser la fonction codage du PMSI afin de parvenir à l'exhaustivité, la qualité des données et le respect des délais réglementaires de transmission.
- Démarrer la mise en œuvre du recueil PMSI SSR, RIM-P et HAD.
- Finaliser l'informatisation des différents services (bloc opératoire, accouchement avec son partogramme, transfusion notamment) ainsi que la connexion des équipements biomédicaux.

## Améliorer la gestion des archives

### Le contexte

La responsabilité de la gestion de l'archivage des dossiers administratifs et des dossiers médicaux est assurée par le DIM.

Ce service réalise la mise à disposition des dossiers patients lors des demandes formulées par :

- Les praticiens pour la prise en charge des patients, pour la réalisation d'études type thèses et travaux de recherche notamment
- Les patients (dossier patient et registre de naissance)
- La justice
- La sécurité sociale lors des contrôles
- Le DIM lui-même pour l'optimisation du codage et lors des évaluations des dossiers QUALHAS
- Le médecin en charge de la gestion des risques.

Les délais de mise à disposition sont supérieurs à la moyenne attendue qui est de 8 jours. En 2019, le délai moyen de mise à disposition du dossier est de 13,3 jours au CHM.

### → Les actions à mener

- Améliorer la gestion et les procédures afin de respecter la réglementation (contenu, communication et conservation notamment) et les délais de mise à disposition.
- Améliorer la gestion des archives

## Optimiser le processus des transports terrestres et aériens

### → Les actions à mener

- Adapter les transports à l'état de santé des patients
- Renforcer l'appréciation des projets d'investissements en véhicules au sein du CHM
- Optimiser l'organisation de l'équipe interne de transporteurs
- Homogénéiser les pratiques organisationnelles entre services
- Développer et financer, avec le concours de l'ARS, des modes de transports innovants mais nécessaires pour Mayotte (avion sanitaire, hélicoptère)

## 7.7 Orientation stratégique n° 4 : Renforcer et développer les coopérations

### Objectif 4.1 : Améliorer la coordination avec les autres acteurs de santé de Mayotte

#### → Les actions à mener

##### - **Participer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

Les CPTS visent à garantir un accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population en facilitant les parcours de santé.

Le CHM a naturellement sa place dans ce dispositif pluri professionnel impulsé par l'ARS et notamment au travers de :

- L'adhésion aux outils de communication mis en place afin de mettre en relation tous les effecteurs de santé (médecins du secteur public et libéral, IDE, sage-femme etc.)
- Le partage des informations médicales dans l'objectif du DMP
- La participation aux indicateurs de suivi.

##### - **S'inscrire dans le projet « Territoire de Santé Numérique » (TSN)**

La région Océan Indien a été sélectionnée par la DGOS comme une des régions pilote pour la mise en place d'expérimentations « territoire de santé numérique ».

Ce projet intégrant la notion de parcours patients est essentiel.

Il s'agira :

- De parfaire la connexion entre les centres de référence et le(s) plateau(x) technique(s) spécialisé(s) du CHM
- De développer la télémédecine entre Mayotte et La Réunion voire la métropole

### Objectif 4.2 : Renforcer la coopération avec les CHUs (métropolitains et ultramarins)

#### **Le CHU de la Réunion**

##### **Le contexte**

Le CHU de La Réunion est l'établissement de recours régional pour de nombreuses spécialités (neurochirurgie, chirurgie cardiaque adulte, réanimation, oncologie pédiatrique...).

A ce titre une convention de coopération médicale a été mise en place depuis 2014. Une nouvelle version de cette convention, élargie aux autres établissements de santé publics de La Réunion, a été signée en septembre 2019.

Ces partenariats doivent être poursuivis dans un cadre équilibré et solidaire.



### → Les actions à mener

- Poursuivre et pérenniser le dispositif des assistants de spécialité partagés
- Poursuivre les missions de spécialité et de surspécialité à Mayotte
- Mettre en place des fédérations inter hospitalières (brûlés et ophtalmologie)
- Mettre en place les filières de soins et les parcours patients tels que priorisés dans le cadre conventionnel
- Aider à la mise en place de nouvelles activités à Mayotte

## Les CHUs métropolitains et le CHU de La Réunion

### → Les actions à mener

Autant que de besoin il sera fait appel aux partenariats avec des CHUs (métropolitains et La Réunion) afin de parfaire la mise en place :

- Du dispositif d'assistants partagés de spécialité
- D'activités de télé diagnostic et de télé médecine
- D'appui à l'organisation des services notamment.

## Objectif 4.3 : Poursuivre le partenariat avec les universités et renforcer l'attractivité pour les internes

### Le contexte

Le centre hospitalier de Mayotte accueille chaque semestre des internes de la subdivision Océan Indien venus suivre leur troisième cycle au sein de l'Université de la Réunion.

C'est un point essentiel pour l'établissement car si aujourd'hui il fait partie des éléments structurant des services par la dynamique qu'il entraîne, il pose également les jalons de la médecine de demain à Mayotte.

Depuis la précédente version du projet d'établissement, il est à noter que :

- A part les services de chirurgie et de radiologie, l'ensemble des services et des dispensaires du CHM sont détenteurs d'agrément R3C qui leur permettent recevoir les internes en formation. Ces agréments sont la reconnaissance par les coordinateurs régionaux de la qualité des terrains de stage, de leur intérêt dans la formation des jeunes médecins.
- Le nombre d'internes présents chaque semestre sur le territoire mahorais est maintenant stable. Il est en moyenne de 35 soit une augmentation de 30% par rapport à 2015.
- Le travail de fond autour de l'attractivité porte ses fruits puisque nombre d'internes restent à Mayotte plusieurs semestres ou reviennent après un stage à la Réunion. D'anciens internes se sont même installés de façon pérenne sur le territoire.

Le projet d'établissement s'articule naturellement aussi bien autour d'axes qualitatifs que quantitatifs en lien avec l'Université de la Réunion.

Mais au-delà de notre réseau régional nous devons travailler pour faire connaître la singularité de la pratique médicale à Mayotte et se servir de cet indéniable atout pour attirer des internes hors subdivision qui deviendront naturellement des ambassadeurs du CHM à leur retour dans leur CHU d'origine.

### → Les actions à mener

Renforcer l'attractivité des terrains de stage grâce à la qualité du projet pédagogique développé. Ces projets doivent coller au plus près des directives émanant du journal officiel et des attentes des internes. Il se fait en lien direct avec les coordinateurs régionaux de spécialité.

Les priorités sont de :

- S'assurer de la mise en place effective des projets pédagogiques sous la supervision d'un responsable senior dans chaque service
- Finaliser l'obtention de l'ensemble des agréments auxquels les services peuvent prétendre.

A moyen terme :

- Accroître la transversalité des coordonnateurs pédagogiques pour le suivi in situ de chaque interne
- Développer dans le cadre du CESU des méthodes pédagogiques innovantes et attractives.
- Compléter notre offre de formation notamment à l'égard de la médecine générale dans le domaine de la santé mère enfant et dans les Stages Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)
- Redynamiser le choix par les internes en filière de médecine générale au sein du service de gynécologie/ obstétrique du CHM afin de leur permettre d'y valider leur stage mère/ enfant.
- Offrir la possibilité de faire des stages couplés existant déjà à la Réunion associant mi-temps en pédiatrie et mi-temps en gynécologie/ obstétrique.
- Accroître les terrains de stage SASPAS couplant dispensaire et médecine de ville lors de la seconde année de la phase d'approfondissement, terrain de stage précédant l'installation
- Faire connaître l'exercice médical à Mayotte au-delà du cadre régional :
- Travail d'information, de présentation auprès des facultés, des coordinateurs nationaux et régionaux, des associations d'internes de spécialités et de Médecine Générale du CHM et de la médecine à Mayotte.
- Favoriser la venue d'internes hors subdivision
- Mettre en place une professionnalisation contractualisée du rôle de coordinateur pédagogique
- Mettre en place le statut de médecins juniors au CHM

Le même type de partenariat que pour les internes serait à envisager pour l'accueil d'étudiants paramédicaux au CHM

## Objectif 4.4 : Poursuivre et renforcer les coopérations régionales

### Le contexte

Le CHM absorbe un flux important de patients en situation irrégulière venant des îles voisines, dont la majorité est issue de l'archipel des Comores. Ces arrivées intempestives désorganisent les services et entraînent une saturation de l'établissement.

Depuis 10 ans, une coopération a été mise en place avec l'Union des Comores pour la prise en charge des grands brûlés. Cette coopération prend la forme d'un appui aux établissements partenaires aux Comores. Le premier volet est l'appui aux personnels avec la réception régulière de stagiaires des structures partenaires au CHM ainsi que des missions d'expertise de chirurgiens du CHM aux Comores, ainsi que d'un appui aux structures.

Le second volet est l'appui aux structures. Trois « SAS grands brûlés » fonctionnant H24, 7J/7 ont été ouverts et équipés. Le CHM fournit les consommables et petits matériels nécessaires à leur fonctionnement. Une procédure a été mise en place pour permettre un transfert rapide vers le CHM de patients reçus au sein des SAS et répondant aux critères pour une EVASAN, qui ont été définis conjointement par les équipes médicales du CHM et des établissements partenaires.

Cette coopération est une réussite. Les flux de patients arrivant des Comores pour la prise en charge de brûlures sont en constante diminution. Un parcours avec une gradation des soins a été mis en place et est respecté. Les missions régulières de contrôle des SAS permettent de s'assurer du respect des normes d'hygiène et du bon fonctionnement des équipements mis à disposition des établissements partenaires.

L'établissement souhaite s'appuyer sur ce succès afin de développer des coopérations avec l'Union des Comores sur le même modèle afin d'améliorer la prise en charge de la population sur place et ainsi désengorger le CHM.

Le CHM souhaite également s'engager dans un partenariat avec Madagascar, qui souffre d'un manque chronique de médecins. L'établissement a pour objectif de construire un partenariat avec les facultés malgaches afin de participer à la formation du personnel médical à travers l'accueil de stagiaires associés des facultés et CHU partenaires à Mayotte.

### → Les actions à mener

#### A court terme :

- Poursuivre la coopération pour la prise en charge des brûlés graves

#### A moyen terme :

- Déposer un dossier de financement européen pour dupliquer ce type de coopération et l'élargir à d'autres segments de prise en charge, notamment la traumatologie et la prise en charge des plaies du pied chez les patients diabétiques
- Formaliser un partenariat avec les facultés de médecine de Madagascar pour l'accueil et la formation de stagiaires associés au Centre Hospitalier de Mayotte.

- Mieux connaître les programmes de santé mis en route dans la région : meilleur information et échanges des programmes de santé et partenariats existants dans les pays voisins (Comores, Madagascar, ...) pour mieux se coordonner.

## 8. Le projet des usagers

---

### Le contexte

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement : Bienveillance, information du patient, évaluation de la satisfaction, prise en charge de la douleur, etc.).

Une évaluation « connaissances des professionnels en matière de Droit des patients » menée en 2017 puis en 2018 a montré que près de 68% des professionnels sont sensibilisés aux respects des droits et 90% souhaitent disposer de plus de d'informations et de formations concernant les droits des usagers.

La thématique ciblée sur la bienveillance a fait l'objet d'une étude en 2017(252 professionnels de santé participants).

Ces évaluations ont permis de décliner un certain nombre d'actions de promotion des droits des patients dans le plan d'action qualité et sécurité des soins (PAQSS).

Ainsi en 2019, 143 professionnels de santé (AS, ASH, IDE, SF, Secrétaires médicaux ; etc.) ont été sensibilisés aux droits des usagers.

### Objectif 8.1 : Améliorer l'accès aux soins pour les usagers

#### → Les actions à mener

- Disposer d'un stationnement de type « Aire de Déposes minutes »
- Faciliter l'accès aux personnes à mobilités réduites
- Disposer d'une signalétique simplifiée et adaptée
- Moderniser le service de l'accueil central et téléphonique
- Disposer de salles d'attente modernes en consultation externe (tous les sites)
- Sécuriser les accès jacaranda et entrée principales (sécurité routières)

### Objectif 8.2 : Améliorer l'accessibilité aux soins

#### → Les actions à mener

- Disposer d'un portail patient numérique permettant au patient l'accès à l'ensemble des informations sur l'hospitalisation ; RDV en ligne et préadmission, etc.
- Améliorer la fluidité des Parcours de soins types
- Réduire les délais d'attente pour la programmation d'un RDV
- Développer le dispositif de patient remarquable HAS

## Objectif 8.3 : Mieux informer les usagers

### → Les actions à mener

- Mieux informer les professionnels sur le fonctionnement des dispositifs existants au CHM (Evasan, Rdv programmés, l'accès...) ainsi que le fonctionnement des services et partenaires pour faciliter l'information des usagers ;
- Renforcer l'information des usagers sur l'ensemble des dispositifs et actions en place au CHM au travers de multiples supports (révision flyers, clips vidéo, écran tv, journée des usagers...)

## Objectif 8.4 : Promouvoir la place de l'accompagnant et de l'aidant

### → Les actions à mener

- Mettre en place un dispositif intégrant l'aidant familial dans la prise en soins (sans substitution des missions AS) ;
- Mettre en place un dispositif spécifique d'accompagnement (présence nuits d'accompagnants, ...) pour les populations vulnérables

## Objectif 8.5 : Assurer la continuité des soins (lien ville-hôpital)

### → Les actions à mener

- Renforcer le partenariat avec les professionnels libéraux pour améliorer l'échange d'informations

## Objectif 8.6 : Renforcer la visibilité des représentants des usagers et des associations

### → Les actions à mener

- Disposer d'une maison des usagers
- Mieux informer les usagers sur l'existence des RU et des associations ainsi que leurs missions

## 9. Le projet managérial

---

### Objectif 9.1 : Renforcer la gouvernance de l'hôpital dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement

#### → Les actions à mener

- Formaliser le règlement intérieur du Directoire
- Formaliser la gestion de crise : cellule de crise, composition élargie, gestion de l'urgence
- Organiser la communication interne
- Renforcer le dialogue social

### Objectif 9.2 : Organiser la gouvernance des pôles

#### → Les actions à mener

- Formaliser et mettre en place la gouvernance des pôles avec les trios de pôles (cadre administratif, chef de pôle et cadre de pôle) :
  - Définir la culture des pôles : descriptifs des postes, constituer les bureaux de pôle, conseil de pôles, faciliter l'expression du personnel, définir une Culture des pôles,
  - Elaborer des projets de pôle et contrats de pôle (objectifs qualitatifs et quantitatifs)
  - Renforcer les compétences managériales des trios de pôle : formation au management individuel, collectif, éthique professionnelle
- Renforcer la place du binôme chef de service-cadre de service

### Objectif 9.3 : Piloter l'activité au plus près des services

#### → Les actions à mener

- Mettre en place des tableaux de bord d'activité
- Créer une base de données
- Renforcer le lien entre les pôles, services et le DIM et CdG
- Mettre en place le dialogue de gestion interne

## Objectif 9.4 : Promouvoir l'innovation organisationnelle et comportementale

L'innovation constitue un élément essentiel de l'attractivité de notre établissement pour des jeunes professionnels qui ont envie d'une approche nouvelle de la santé.

Elle va bien au-delà de l'innovation médicale. L'innovation en santé concerne l'innovation des organisations, des prises en charge, des technologies et des comportements. Autant de domaines révolutionnés par la e-santé.

Notre établissement a la possibilité d'accéder à toutes les thérapeutiques, les équipements médicaux ainsi que le savoir-faire des établissements hospitaliers de France. Il est au service d'une population à l'aube de la transition épidémiologique avec des caractéristiques sociodémographiques défavorisées. Cette opportunité est un challenge qu'il faudra réussir en évitant les écueils du passé et en s'appuyant sur les succès déjà remportés.

### - **L'innovation organisationnelle et comportementale**

Nouveaux modes d'exercice et de prise en charge, parcours de soins coordonnés, dossier médical partagé, plateformes de suivi à distance, éducation thérapeutique, patient connecté, solutions de e-santé ayant un impact sur l'organisation et les comportements, coopérations interprofessionnelles (pose de PICC-Line par les IADE déjà réalisé au CHM), infirmières de pratique avancée (Santé mentale et maladies chroniques), éducation thérapeutique (EMET mais aussi les maladies rares telles que la Drépanocytose) : un panel d'actions à développer et renforcer au CHM pour assurer les prises en charge innovantes.

### - **L'innovation diagnostique et thérapeutique**

Thérapies géniques, biotechnologies, thérapies ciblées, solutions thérapeutiques d'e-santé, seront certainement à développer dans un premier temps avec les partenaires du CHM (CHU de la Réunion ou autres CHUs métropolitains).

### - **L'innovation technologique et numérique**

E-santé et objets de santé connectés dans le domaine de l'autonomie, du bien vivre, de l'information des patients, télémédecine (chirurgie viscérale infantile en place, à développer dans d'autres spécialités et entre le CHM et les CDSA notamment entre sages-femmes et gynécologues), intelligence artificielle en imagerie, partage des données de santé et open data, robotique chirurgicale, imagerie en 3D... Certaines de ces activités sont déjà en place au CHM, d'autres auront besoin d'être accompagnées techniquement pour poursuivre ce virage technologique et numérique indissociable aujourd'hui de l'exercice clinique en milieu hospitalier ou périphérique.



**→ Les actions à mener**

- Créer une commission « innovations - activités nouvelles »
- Lancer des appels à projets internes
- Promouvoir les nouveaux modes d'exercice, de prise en charge, en lien avec les nouvelles technologies

## 10. Le projet social

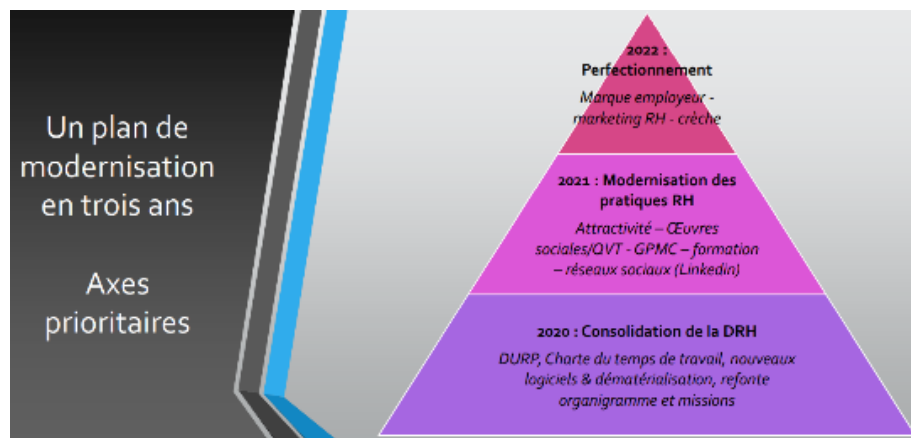
### Le contexte

Sur un territoire insulaire, éloigné de la métropole, l'attractivité des postes est un véritable challenge pour le CHM.

Seul établissement de santé sur le département, le CHM est le deuxième plus gros employeur du département (hors FPE). C'est un acteur économique majeur du territoire, avec un potentiel unique en France de développement et d'innovation en matière de gestion des Ressources Humaines.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une équipe RH autonome, soudée, motivée et investie</li> <li>- Des effectifs adéquats pour l'effectif géré et les difficultés géographiques</li> <li>- Nombre limité d'outils de performance et de pilotage RH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structuration limitée de la communication interne</li> <li>- Absence de politique de communication externe RH</li> <li>- Visibilité limitée sur la cartographie des postes</li> <li>- Nombre de salle de formation limité</li> <li>- D'un point de vue attractivité : territoire insulaire, éloigné de la métropole</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre du plan de modernisation e l'organisation des Ressources Humaines 2020-2022 du CHM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Turn-over supérieur à la moyenne</li> </ul>

La Direction des Ressources Humaines du CHM s'est engagée depuis Juin 2020 dans un plan de modernisation de l'organisation des Ressources Humaines (2020-2022) avec trois axes prioritaires.



Ces axes prioritaires sont déclinés ci-après en objectifs et actions à mener dans le cadre de ce projet d'établissement.

## Objectif 10.1 : Rendre attractif, recruter et fidéliser

### ➔ Les actions à mener

#### Augmenter l'attractivité :

##### Court terme :

- Valoriser le plateau technique et l'établissement
- Travailler et mettre à disposition des supports de communication dynamique

##### Moyen terme :

- Mettre en place une politique de visibilité sur les réseaux sociaux
- Renforcer la participation du CHM aux salons et congrès (définition et allocation d'un budget dédié en collaboration avec le Conseil Départemental)
- Rédiger et respecter la « Charte du recrutement » (tous les engagements du CHM)
- S'appuyer sur les témoignages de professionnels pour donner du sens à la politique de fidélisation (portraits)

##### Long terme :

- Développer une marque employeur

#### Améliorer le recrutement :

##### Court terme :

- Disposer d'un progiciel de recrutement pour une meilleure expérience candidat et une meilleure gestion pour le CHM
  - Automatisation du secrétariat : envoi de mails et de SMS automatisés
  - Multidiffusion des offres
  - Page web de recrutement, avec tri des offres pour le candidat
  - Bourse à l'emploi

##### Moyen terme :

- Revoir l'organisation du service recrutement et de la DRH afin d'augmenter la réactivité du service
- Attirer les mahorais travaillant en dehors de Mayotte

#### Développer la fidélisation :

##### Court terme :

- Proposer des CDI en fin de contrat CDD sur les postes vacants
- Définir un plan de pérennisation et de sécurisation de l'emploi sur les postes vacants (stagiérisation et titularisation) au sein de l'établissement avec l'ARS avec un processus transparent
- Mettre en place des réunions d'accueil mensuelles avec tous les nouveaux arrivants
- Mettre en place un parrainage des nouveaux arrivants PNM par des agents du CHM implantés à Mayotte
- Étendre le dispositif d'accueil à l'aéroport mis en place pour l'arrivée des médecins aux PNM

##### Moyen terme :

- Rédiger le guide du nouvel arrivant (envoyé à tous les nouveaux agents du CHM) sous format vidéo et écrit
- Individualiser l'accueil et la gestion des carrières

**Long terme :**

- Détecter les potentiels managers (promotion interne) en collaboration avec directeurs fonctionnels
- Faciliter l'expression des agents pour identifier les dysfonctionnements et proposer des solutions d'améliorations à l'échelle de leurs lieux d'exercice

## Objectif 10.2 : Améliorer la qualité de vie au travail

### → Les actions à mener

#### Créer un nouveau département spécialisé

##### A court-terme :

- Créer un département de l'action sociale, de la santé et de la qualité de vie au travail
- Revoir le DUERP et faire appel à un consultant

##### A moyen-terme :

- Former les agents de la médecine du travail
  - Unité médecine du travail :
    - o Rédaction des procédures liées à la médecine du travail,
    - o Formation de tous les agents de l'unité (PNM & PM)
  - Unité œuvres sociales :
    - o Retraites,
    - o QVT
- Rassembler le département sur un même lieu

#### Adhérer et respecter les règles du CGOS

##### A moyen-terme :

- Définir un calendrier de travail pour bénéficier de toutes les mêmes prestations qu'en métropole
- Mettre en place des partenariats avec des prestataires extérieurs pour les loisirs et activités extraprofessionnelles (plongée, randonnées, sorties en mer, ...)

#### Mettre en place la refonte de l'action sociale au CHM

##### A court-terme :

- Organiser la refonte des CDME
- Intégrer l'assistante sociale du personnel dans la DRH
- Développer le Plan de Déplacement en Entreprise (PDE) : transports en commun organisés pour les agents du CHM
- Développer le programme « Un trimestre, Une action » pour le bien-être du personnel (massage, sophrologie, hypnose) en partenariat avec la MNH

##### A Moyen-terme :

- Adhérer au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) au 1<sup>er</sup> janvier 2022

##### A long-terme :

- Disposer de places réservées de crèche pour les professionnels du CHM

## Objectif 10.3 : Développer les formations

### → Les actions à mener

#### **Créer une unité formation, développement professionnel et fidélisation au sein de la DRH**

##### **A court-terme :**

- Réorganiser le service formation et redéfinir ses missions, notamment sur la fidélisation

##### **A moyen-terme :**

- Identifier une salle de formation supplémentaire

#### **Mettre en place des conseillers en évolution professionnelle (CEP)**

##### **A court-terme :**

- Sélectionner et former des agents pour devenir conseiller en évolution professionnelle (CEP)

#### **Développer les compétences des agents du CHM**

##### **A court-terme :**

- Lancer le plan de développement des compétences à Mayotte
- Favoriser les études promotionnelles
- Reconnaître et créer le métier d'interprète notamment en se focalisant sur les aides-soignants qui demandent des aménagements de poste et leur proposer la formation d'interprète
- Renforcer les compétences des agents effectuant des tâches d'interprétariat avec des formations
- Rédiger un projet et solliciter les financements adaptés pour le renforcement du plan de formation de l'établissement et répondant aux besoins de formation

##### **A moyen-terme :**

- Développer la préparation aux concours pour les métiers paramédicaux AS-IDE
- Remettre à niveau en français/maths/culture numérique
- Lancer un DAEU « métier de l'hôpital »
- Reconnaître le métier d'interprète au sein du CHM

## 11. Le projet psychologique

---

### Contexte

Depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'article L6143-2 du Code de la Santé publique intègre le projet de psychologie comme partie intégrante du projet d'établissement.

Le projet de psychologie recouvre à la fois les relations **entre les psychologues, les professionnels, les patients et leur entourage** ainsi que la **reconnaissance des professionnels** dans l'exercice de leurs fonctions.

Il est fondé autour de 3 axes de travail :

- Un axe clinique,
- Un axe institutionnel,
- Et un axe de formation-information-recherche

Les appuis du projet de psychologie :

- Réglementation des projets de psychologie (2016)
- Guide à la rédaction du projet de psychologie du Syndicat National des Psychologues (SNP)
- Code de déontologie des psychologues
- Document sur la structuration du Collège de Psychologie au CHM (2015-2016)
- Rapports d'activités des différents psychologues de l'établissement
- Articulation avec le Projet médico-soignant 2020/21

Le collège de psychologie au CHM :

- Nombre d'ETP de psychologues au CHM : 19 postes autorisés pour 8,38 ETP pourvus (dont un congé maternité)
- Organisé en collège de psychologie depuis 2016, suite à des réflexions débutées en 2013
- Réunions mensuelles du collège
- Une journée trimestrielle d'auto-formation en interne entre psychologues
- L'organisation des psychologues est en cours de protocolisation dans l'établissement suite à un travail collaboratif entre le DRH et le collège de psychologie depuis 2019, concernant la hiérarchie, le recrutement ainsi que la place du psychologue dans l'établissement. Cette organisation doit être définie en 2021 sous la forme d'un règlement intérieur.

Les objectifs du collège de psychologie

- Prendre part à la vie et aux projets de l'établissement
- Développer l'apport de la psychologie dans les différents lieux d'exercice et auprès des usagers
- Contribuer au respect de l'exercice professionnel en conformité avec le Code de déontologie des psychologues et les textes qui régissent la profession
- Promouvoir une dynamique d'évolution de la profession de psychologue, de sa place institutionnelle et de son rôle clinique

- Travailler en collaboration avec d'autres partenaires (IES, inter collège de psychologie de Mayotte, ...)
- Participer à l'accueil de stagiaires dans l'établissement

## 11.1 Axe clinique : Déclinaison par pôle, actions à mener à destination des patients

Le psychologue accorde une grande importance à l'adaptation et à la création d'outils thérapeutiques pour répondre au mieux à la demande et aux besoins des patients de chacun des pôles en articulation avec le projet médico-soignant institutionnel. Il conviendra d'adapter les ressources humaines à ces activités.

### → Actions à mener

#### **Pôle MPRU :**

##### ***Médecine :***

- Poursuivre les psychothérapies et accompagnements individualisés
- Améliorer le dispositif de liaison avec le service social : création d'un poste de psychologue

##### ***Psychiatrie :***

- Mener des actions de prévention
- Améliorer la prise en charge des familles dans les situations post-traumatiques (en urgence et en ambulatoire) par la mise en place de groupes de parole
- Poursuivre les actions de psychothérapies individuelles et familiales selon différentes approches thérapeutiques (psychodynamique, analytique, systémique, cognitivo-comportementale, ...)
- Organiser des séminaires à thème pour les équipes pluridisciplinaires
- Développer des consultations à domicile dans le cadre de l'HAD de Psychiatrie

##### ***Rééducation :***

- Action à mener : Recruter un poste de neuropsychologue

##### ***UCSA :*** (poste vacant)

- Poursuivre les actions de psychothérapie et d'accompagnement des personnes en détention
- Poursuivre les ateliers thérapeutiques et groupes de parole

##### **Pôle MEDSEC :**

- Il n'existe pas de PEC actuellement pour les patients du pôle MEDSEC : Développer les PEC individuelles et familiales pour ces patients, par le recrutement d'un psychologue

##### **Pôle URSEC :**

- Il n'existe pas de PEC actuellement pour les patients du pôle URSEC : Développer les PEC individuelles et familiales pour ces patients, par le recrutement d'un psychologue en réanimation adulte et pédiatrique

##### **Pôle BACS :**

- Il n'existe pas de PEC actuellement pour les patients du pôle BACS, alors que les besoins sont importants (service des grands brûlés, PEC chirurgicales, ...) : Développer les PEC psychologiques des patients hospitalisés dans le pôle BACS : création de poste



### **Pôle GYNECO :**

- Améliorer les transmissions entre les différents acteurs de prise en charge : notes psychologiques spécifiques dans le DP dans les transmissions ciblées
- Pérenniser une réunion médico-sociale à la maternité pour discuter des PEC sociales et psychologiques des patientes
- Mener une réflexion sur l'adéquation entre le nombre de postes de psychologues et l'activité du service (recommandation du rapport des 1000 jours : 1 psychologue pour 2000 naissances)
- Favoriser le travail collaboratif entre les services (psychiatrie, néonatalogie/pédiatrie...)

### **Pôle Néonatal –péd :**

- Pédiatrie et néonatalogie :
  - Poursuivre les PEC individuelles et familiales
  - Mettre en place de groupe de parole, de relaxation/méditation avec la psychomotricienne
  - Créer des ateliers de soutien à la parentalité
  - Faire des suivis à domicile
  - Mener une réflexion sur l'adéquation entre le nombre de postes de psychologues et l'activité du service (néonatalogie à 200% d'activité): Recruter un psychologue en néonatalogie
- HAD : Participer à la prise en charge thérapeutique des patients suivis en HAD : Recruter un psychologue HAD
- Soins palliatifs : Participer à la PEC thérapeutique des patients : recruter un poste de psychologue

### **Pôle Santé Publique :**

- Poursuivre les PEC individuelles et familiales en addictologie, au CLAT, au CEGIDD
- Poursuivre les groupes de paroles et les actions de prévention en addictologie
- Participer à l'éducation thérapeutique des patients du CLAT
- Poursuivre les actions de prévention au CEGIDD

### **Unité médico-légale :**

- Mettre en place des consultations pour l'évaluation médico-légale des personnes victimes
- Mettre en place des consultations pour l'évaluation des familles et des proches, notamment en cas de décès de la victime
- Travailler un solide maillage avec les lieux de prises en charge de soins psychothérapeutiques pour orienter à bon escient les personnes victimes et leurs familles (CMP, pédopsychiatrie, ACFAV, Maison des Ados, ...)

## **11.2 Axe clinique : Projet psychologique à destination du personnel soignant**

### **→ Actions à mener**

- Améliorer la communication entre les soignants et les patients
  - Faire évoluer les compétences des traducteurs vers de l'interprétariat professionnel : revalorisation de cette qualification et cette mission spécifique

- Favoriser l'expression des problématiques managériales, organisationnelles des soignants auprès des instances du CHM
- Améliorer la PEC des soignants, individuelles et collectives, avec le maintien des groupes de parole, des debriefings psychologiques et entretiens individuels
- Diffuser les contacts de la psychologue du travail sur l'annuaire du CHM, dans le livret d'accueil du personnel et dans les services et mettre à jour/rediffuser régulièrement
- Participer à des actions de prévention et de formation sur la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux, en complément des actions du projet social (par exemple, prévention harcèlement au travail, stress au travail, burn-out,...). Préconisation : Faire intervenir une sophrologue dans les services
- Développer des formations à destination des soignants par les psychologues afin d'améliorer la PEC des patients : les inscrire dans le catalogue des formations du CHM
- Développer les formations collectives internes par les psychologues de santé mentale à destination du personnel travaillant en santé mentale

### 11.3 Axe de formation-recherche

#### → Actions à mener

- Accroître les collaborations du collège de psychologie avec des professionnels extérieurs
- Organiser la supervision du collège de psychologie par un professionnel extérieur
- Favoriser les formations des psychologues spécifiques aux différents services
- Pérenniser les interventions des psychologues à l'IES
- Renforcer et valoriser la recherche : lien avec les laboratoires de recherche des universités, mémoires de recherche, thèses...
- Accueillir des stagiaires étudiants en psychologie
- Organiser et préparer des journées de séminaires entre psychologues du collège de psychologie
- Pérenniser la participation aux réunions et échanges cliniques avec l'inter collège de psychologie de Mayotte

### 11.4 Axe institutionnel

#### → Actions à mener

Court terme :

- Mettre à jour le règlement intérieur du collège de psychologie
- Clarifier les modalités de gestion des psychologues : recrutement, temps de travail, hiérarchie, ...
- Participer aux entretiens de recrutement dans certains cas et à la demande des recruteurs pour une meilleure qualité de recrutement : Impact 2 et Faisa 4
  - Par le.la psychologue du travail pour les agents du CHM
  - Par un.e psychologue du collège de psychologie pour les recrutements de psychologues

Moyen terme :

- Recruter tous les postes autorisés

- Développer les créations de postes de psychologues dans l'hôpital en vue de l'augmentation croissante du nombre de patients et soignants.
- Favoriser et valoriser les transmissions psychologues-soignants dans les services.

## 12. Le projet qualité

---

### Le contexte

Le CHM s'est engagé dans une **politique d'amélioration continue de qualité**.

Une direction lui est consacrée et regroupe :

- Un service qualité, gestion des risques, évaluation
- Le standard téléphonique
- L'accueil physique et orientation des patients
- Un service des relations avec les usagers

La dernière certification date d'Avril 2019 et a certifié l'établissement en C avec trois thématiques à améliorer : la prise en charge en salle de naissance, la prise en charge médicamenteuse et le management des risques.

La **politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)** du CHM s'inscrit dans le cadre d'une démarche intégrée au projet d'établissement et à la politique Qualité et Gestion des risques. Elle vise à promouvoir l'efficacité, la pertinence et la sécurité des soins.

Les EPP sont réalisées dans les pôles à leur initiative, ou proposées par des commissions institutionnelles transversales. Ces EPP peuvent constituer le socle de programmes DPC élaborés dans l'établissement.

Un accompagnement méthodologique est fait par la Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers et, selon le thème choisi, par la Direction des soins.

Les actions d'améliorations issues des différentes analyses de risques ou identifiées au sein des instances permettront également d'alimenter le programme des thématiques EPP.

Le suivi de la politique EPP est assuré par la commission EPP qui se réunit de manière trimestrielle. Elle rend compte de ses activités et analyses dans un rapport annuel à la CME, à la CSIRMT et en réunion des cadres.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins apportés aux usagers du CHM, **la gestion des risques** prend une dimension essentielle.

Une commission d'analyse existe. Elle associe des représentants de la communauté médicale et se réunit régulièrement.

Un médecin vient d'être nommé « chargé de mission » auprès de la direction générale.

Il est en charge d'identifier et d'analyser les dysfonctionnements qui ont ou auraient pu causer des dommages à un usager. Il a également pour mission de proposer des plans d'actions correctives et d'en suivre les effets.

**L'identitovigilance** est un enjeu majeur de la qualité des prises en charge.

Le territoire de Mayotte a pour particularité une organisation tardive des services d'état civil et un grand nombre d'homonymies qui peuvent avoir un impact négatif sur la sécurité et la qualité des soins.

#### **L'hémovigilance :**

La délivrance des produits sanguins est sous la responsabilité de l'EFS de la Réunion. Une cellule d'hémovigilance existe au sein du CHM.

Il s'agira de mettre en place un réseau régional d'hémovigilance permettant d'améliorer la sécurité transfusionnelle de la région Réunion/Mayotte grâce au partage d'expérience et à la mise en place de procédures communes.

Ce projet initié il y a plusieurs années (Projet CURSUS) doit prendre son élan et permettre ce partage d'informations.

### **Objectif 12.1 Pérenniser le système de management de la qualité dans lequel tous les acteurs s'impliquent activement**

#### **→ Les actions à mener**

- Améliorer le pilotage global de la démarche qualité, de la sécurité et de la gestion des risques en lien avec les différents comités (COPIL qualité, etc.)
- Assurer le fonctionnement des vigilances sanitaires et réglementaires
- Disposer d'un système de gestion documentaire performant
- Mettre en œuvre les exercices de préparation aux situations exceptionnelles
- Améliorer l'organisation et les outils de la démarche qualité (FEI, etc.)

### **Objectif 12.2 Poursuivre la stratégie d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins**

#### **→ Les actions à mener**

- Développer les Evaluations des Pratiques professionnelles (EPP, RMM)
- Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence
- Poursuivre et déployer les audits « Patient traceur » et « parcours traceurs » en lien avec les nouvelles méthodologies d'évaluation de la HAS
- Conforter l'analyse de nos risques a priori et a postériori

## Objectif 12.3 Développer la culture qualité et gestion des risques

### → Les actions à mener

- Poursuivre les formations sur la thématique qualité et sécurité des soins
- Développer de nouveaux outils de formation (formation en ligne, VR, YouTube, etc)
- Optimiser les vecteurs d'information qualité et sécurité des soins (GED, intranet, revue qualité, passeport qualité, etc.)

## Objectif 12.4 : Renforcer la place de l'utilisateur

### → Les actions à mener

- Formaliser et fluidifier les parcours de prise en charge (perspective : projet des usagers)
- Développer de nouvelles modalités d'évaluation de la satisfaction des usagers

## Objectif 12.5 : Préparer et répondre aux exigences de la certification HAS

### → Les actions à mener

- Préparer et engager les actions et acteurs pour la certification v2020
- Suivre en priorité les actions engagées durant la procédure v2014 (PEC médicamenteuse, Dossier patient, Salle de Naissance, Droits des patients, Parcours patient, PEC urgences et soins non programmés)

## 13. Le projet de communication

---

### **Le contexte**

En termes de communication, l'enjeu principal pour le CHM est d'améliorer l'image de l'hôpital et la cohésion sociale. La direction de la Communication a établi un plan de communication, validé par les instances, à mettre en œuvre concomitamment et en appui à la mise en œuvre du PMS.

Le plan de communication du Centre Hospitalier de Mayotte a ainsi pour missions :

- Organiser la promotion de l'hôpital auprès du public, des patients, des membres du personnel, des médecins et des pouvoirs publics
- Assurer la communication interne de l'établissement en fluidifiant les informations et en fédérant la communauté hospitalière autour des valeurs de l'institution
- Développer et entretenir des relations avec les médias et les partenaires en vue de promouvoir l'image de l'hôpital.

### **Objectif 13.1 : Affirmer l'identité de l'établissement**

#### **→ Les actions à mener**

- Déployer la charte graphique du CHM
- Mettre la communication au service du dialogue social en réalisant des actions de communication auprès du personnel hospitalier (journée culturelle, arbre de Noël etc.)
- Créer une plaquette « chiffres clés »
- Créer une plaquette histoire du CHM, de l'hôpital ou de la santé à Mayotte, de manière générale
- Réaliser un film de présentation du Centre Hospitalier de Mayotte
- Reconstruire le site internet
- Relancer le journal interne
- Relancer la journée des nouveaux arrivants
- Renforcer la présence de l'établissement sur les réseaux sociaux
- Mener des actions de traduction (signalétique, documents de rdv, d'admission, éducation à la santé)
- Renforcer la communication ville-hôpital
- Harmoniser les moyens de communication entre médecins
- Améliorer les outils de visioconférence
- Installer des écrans d'information des patients
- Relancer les journées « portes ouvertes » au CHM
- Promouvoir les actions mises en œuvre au CHM avec une communication adaptée et renforcée permettant de rendre visibles les projets réalisés

## Objectif 13.2 : Entretenir les relations avec la presse locale et développer le réseau au niveau régional et national

### → Les actions à mener

- Organiser des points presse réguliers avec les médias locaux pour les informer des évolutions des projets
- Augmenter la fréquence des communiqués de presse informatifs
- Participer à des émissions (radio/TV)

## Objectif 13.3 : Valoriser la culture au sein de l'établissement

### → Les actions à mener

- Organiser des vernissages et concours de photos et dessins
- Relancer la journée culturelle du CHM
- Utiliser la culture au service de l'éducation en santé

## Objectif 13.4 : Inscrire le CHM dans une démarche de développement durable

### → Les actions à mener

- Lancer le marché « ordures ménagères »
- Sensibiliser le personnel des services de soins et le personnel administratif au tri sélectif

## 14. Le Schéma Directeur Informatique

### Le contexte

Le Centre Hospitalier de Mayotte a élaboré un Schéma Directeur SI pour la période 2018-2022. Il s'agit de la feuille de route de l'établissement en matière de systèmes d'informations, dont l'enjeu majeur est de définir une trajectoire qui soit compatible :

- Avec les objectifs opérationnels de l'établissement, eux-mêmes en adéquation avec le projet d'établissement
- Avec les ressources dont dispose l'établissement (ressources humaines, ressources financières).

Le CHM dispose d'un environnement de virtualisation de serveurs à la pointe de la technologie. Cet environnement reste le point névralgique de l'établissement et absorbe un parc informatique constitué de 320 serveurs, 1200 postes de travail, 1500 postes téléphoniques IP, 400 imprimantes et près de 300 équipements biomédicaux. En outre, l'établissement compte près de 150 applications de type métiers, bureautiques et biomédicales.

L'objectif est de faire évoluer cet environnement, sur l'aspect matériel et logiciel tout en garantissant un niveau de sécurité optimal en vue de répondre aux enjeux de l'établissement.

Les projets d'évolutions du Système d'Information Hospitalier ont fait l'objet d'un arbitrage entre les chefs de pôles et les directeurs support. Ces projets ont été collectés dans le cadre du recensement des besoins effectué essentiellement sur la base d'interviews auprès des différents pôles et des directions supports.

Ces entretiens ont permis d'identifier trois enjeux majeurs auxquels devra répondre le SDSI.

### Objectif 14.1 : Sécuriser l'existant et le rendre plus performant

#### → Les actions à mener

- Sécuriser le SI
  - o Mettre en place un SSO pour l'uniformisation des accès
  - o Déployer les pare-feux dans les sites distants
  - o Mettre en œuvre les recommandations de l'audit sécurité : correctifs, mises à jour, référent cyber-sécurité, sensibilisation des agents
  - o Poursuivre la couverture en caméra de surveillance (vidéoprotection)
- Renforcer les performances du SIH (capacités de stockage, mémoire et serveurs)
  - o Faire migrer les serveurs de Windows 2008 à Windows 2019
- Faciliter le quotidien : améliorer les accès aux serveurs, aux postes de travail, aux impressions, déploiement d'un environnement Citrix (en cours)
- Améliorer les accès avec les centres de références par la mise en place d'un réseau fibré
- Externaliser vers un Datacenter : construction d'un datacenter sur le territoire de Mayotte, externe au CHM, livraison prévue au 2<sup>ème</sup> sem 2022



## Objectif 14.2 : Aligner les applicatifs sur les besoins métiers

### → Les actions à mener

- Poursuivre l'évolution des applicatifs : mise à jour des applications, de manière régulière et continue sur le plan technique et fonctionnel
  - Sécuriser le circuit du médicament : mener un audit et remplacer l'outil actuel par un outil qui prendrait en charge le processus dans sa globalité
- Déployer des applications pour les métiers non couverts :
  - L'informatisation de l'activité des EVASAN (projet ministère des outre-mer)
  - Dématérialisation des archives
  - Poursuivre l'informatisation du dossier patient : serveurs, paramètres, en collaboration avec le DIM
  - Géolocalisation des transports sanitaires (internes et externes)
  - Gestion du parc automobile et informatisation du service
- Moderniser les services medicotechniques
  - Projet hématologie : envoi des lames en version numérique vers le CHU de la Réunion
  - Projet Viewpoint : envoi des échographies dans le PACS
  - Raccordement au PACS régional
  - Raccordement des équipements biomédicaux au SIH

## Objectif 14.3 : Fluidifier les échanges

### → Les actions à mener

- Moderniser le suivi et les liens en interne
  - Mettre en conformité l'infrastructure radio (télécommunication) du SAMU
  - Raccordement à la base Bamara (base nationale des maladies rares)
  - Déployer un portail patient : prise de rdv en ligne, pré-admission, paiement en ligne
  - Faire évoluer le site internet du CHM
  - Proposer des offres triplay aux usagers (téléphone, télévision, internet)
- Poursuivre le développement de la télémédecine (en cours)
  - Développer les partenariats externes
  - Développer la télémédecine en interne au CHM avec les centres de référence
- Professionnaliser les interfaces avec nos partenaires, nos patients (à venir) dans le cadre de la mise en place du DPI (Dossier Patient Informatisé)

## 15. Principes fondateurs du Schéma Directeur Immobilier

---

### Objectif 15.1 : Adapter le capacitaire actuel aux besoins en santé de la population

#### Le contexte

Les capacités d'accueil tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire ne permettent plus de faire face aux besoins en santé de la population du département qui est en augmentation exponentielle. Plusieurs services d'hospitalisation connaissent des taux d'occupation supérieurs à 100%.

Les projections d'augmentation de la population montrent que cette situation va s'aggraver.

À l'horizon 2050, entre 440 000 et 760 000 habitants vivraient à Mayotte selon différents scénarios étudiés. La croissance de la population serait alimentée en grande partie par la natalité. Elle serait plus ou moins importante selon les hypothèses sur les migrations, les femmes natives de l'étranger résidant à Mayotte ayant une fécondité bien plus élevée que les femmes natives de Mayotte. La totalité des locaux de l'établissement est utilisée au plus juste et ne permet pas la mise en œuvre des nouvelles activités appelées à être mises en œuvre dans le cadre du projet médico-soignant.<sup>3</sup>

Les capacités d'hospitalisation en psychiatrie, étant donné leur faiblesse (10 lits) est de nature à mettre en cause la sécurité des soins.

Les bâtiments actuels sont totalement obsolètes tant par leur taille que par leur fonctionnalité.

Par ailleurs, à la suite d'un mouvement social récent, la construction d'un second site hospitalier est annoncée par le Président de la République amenant les équipes médico-soignantes et administratives, dans le cadre de l'élaboration de ce projet d'établissement, à se projeter et à poser les principes généraux de leur offre de soins future.

#### Méthodologie

Un groupe projet ARS – CHM est mis en place. Après une visite ciblée de certains secteurs et d'échanges avec les acteurs sur le terrain, une feuille de route concernant les travaux urgents à réaliser à court et moyen termes est formalisée ainsi que les principes généraux de l'offre de soins de demain.

Un travail de priorisation des travaux urgents est réalisé selon une matrice **impact** (service rendu aux patients et amélioration des conditions de travail des professionnels de santé) et **faisabilité** (réalisation ou pas d'études préalables, nécessité d'opérations tiroirs, coûts), permettant de classer les projets en priorité 1 ou 2.

---

<sup>3</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4628193#consulter>

Pour chaque projet, un calendrier prévisionnel provisoire est établi avec une gouvernance en mode projet :

- **Cellule stratégique** : DG ARS et DG CHM et leurs équipes. Elle a un rôle d'arbitrage et de validation. Se réunit une fois tous les deux mois.
- **Cellule opérationnelle** : Groupe projet ARS-CHM. Elle permet la mobilisation des acteurs sur chacun des sujets et assure le suivi des actions. Se réunit une fois par mois.
- **Cellule de proximité** pour chaque projet : composée d'un médecin, un cadre de santé, un directeur et un technicien. Elle assure la déclinaison organisationnelle des projets. Se réunit une fois par semaine.

Un premier point d'étape essentiellement budgétaire sera réalisé en septembre 2021.

Une concertation avec les instances sera menée au fil de l'avancée des travaux du groupe projet.

### → Les actions à mener

#### **PRIORITE 1 :**

- Solliciter le rectorat pour disposer d'une salle de cours (pour accueillir 40 étudiants.es supplémentaires)
- Rencontre avec le Conseil Départemental pour l'ensemble des besoins (terrains et locaux)  
Pdt Conseil Départemental, DG ARS, DG CHM
- Solliciter la mairie de Mamoudzou pour la parcelle devant les urgences (ARS)
- Lancer un appel d'offre pour une mission de programmation pour accompagner les actions à court et moyen terme,
- Programmer le regroupement de certaines activités sur des nouveaux terrains à acquérir aux alentours de l'hôpital :
  - Terrain de « La Justice » : Consultations, HDJ médical +/- endoscopies sans AG
  - Terrain de « Batrolo » : Logements équipage Hélico, zone logistique, biomédical, médecine légale, morgue déplacement hélistation, Psychiatrie
- Mener une étude de faisabilité pour le transfert provisoire de l'activité de psychiatrie sur Dzaoudzi
- Bloc opératoire : Etudier la faisabilité d'agrandir le bloc in situ ou de rajouter un module depuis l'extérieur
- Aménager des hélisurfaces dans les CDSA

#### **PRIORITE 2 :**

- Délocaliser les consultations de Jacaranda, réaménager les locaux pour y installer le CMP/CATTP et l'ensemble des équipes mobiles du CHM,
- Démolir les bâtiments B1 et B4 pour construire à la place, dans des modulaires, les locaux du service de pédiatrie (consultations, HDJ et HC) ainsi que le bureau des entrées, permettant l'extension, dans les locaux libérés par la pédiatrie, des lits de néonatalogie et d'obstétrique.
- Aménager la cour actuelle des urgences pour SAS ambulances, filière infectieuse, et à l'étage SAMU-EVASAN-salle de crise, et aménager sur le patio une UHCD pédiatrique et USC pédiatrique)

- Création d'une USC de 8 lits à la place de la chirurgie ambulatoire qui emménage dans les bureaux médicaux libérés,
- Démolir les bâtiments D1 à D8, y créer un parking et des extensions futures.
- Réaliser une étude sur les coûts liés à l'hébergement du personnel hospitalier

### **Principes généraux de l'offre de soins sur deux sites d'hospitalisation :**

- Gradation des soins en périnatalogie avec deux blocs obstétricaux et arrêt des accouchements dans les CDSA à l'ouverture du deuxième site
- Soins critiques adulte pédiatrique et en néonatalogie et intensifs post opératoires et d'organe
- Des consultations spécialisées sur les deux sites
- Un plateau ambulatoire avec consultations, HDJ, explorations fonctionnelles et endoscopies sans anesthésie générale sur le site principal
- Des services de médecine spécialisée sur un site et polyvalente et gériatrique ainsi qu'un EHPAD sur l'autre site
- Des services de chirurgie ainsi qu'un parcours spécifique des patients porteurs d'un cancer,
- Une offre de soins complète en santé mentale, adulte et infanto-juvénile
- Un plateau technique de pointe avec Scanner, IRM, PUI ainsi que Laboratoire dont un P3
- Un caisson hyperbare
- Une offre de soins en dialyse sur les deux sites ainsi que la dialyse péritonéale dans les CDSA
- Deux services d'urgence avec des filières individualisés (adulte, pédiatrique et gynécologique)
- SAMU et SMUR (site à proximité de la Préfecture) et SMUR, CESU et EVASAN sur l'autre site
- Hélistances dans les CDSA et le site secondaire et une hélistation sur le site principal
- Une crèche hospitalière, une cité hospitalière, internat
- Une zone logistique
- Un hôpital de proximité à Petite Terre avec médecine et SSR (avec balnéothérapie)
- Des CDSA avec des consultations programmées & non programmées, une imagerie, une biologie délocalisée, la télémédecine, un Centre Périnatal de Proximité (CPP), la dialyse péritonéale, les actions de santé publique dont les vaccinations.

## Conclusion

---

Ce projet d'établissement reflète l'engagement et l'implication des personnels pour poursuivre, renforcer et développer l'offre sanitaire publique à Mayotte.

Ce projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique de l'établissement ; la direction du CHM, les commissions, les partenaires... s'engagent et s'impliquent pour poursuivre, renforcer et développer l'offre sanitaire publique à Mayotte.

La mise en œuvre de ce projet reste confrontée à des enjeux en termes de :

- Adaptation des infrastructures
- Stabilité des ressources humaines
- Stabilité du climat social
- Développement socio-éducatif
- Mise à niveau et développement de l'offre de soins selon les standards et la réglementation nationale

Le CHM aura besoin, dans cette perspective, d'un plan de modernisation de son outil de production avec un dimensionnement capacitaire adapté pour répondre aux besoins des patients, améliorer les conditions de travail des professionnels de santé et rendre les organisations plus efficaces.

## Liste des abréviations

---

AMA : Assistant Médico Administratif	CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
AME : Aide Médicale d'Etat	CRMGR : Centre de Référence des Maladies Rares du Globule Rouge
AMP : Aide Médico Psychologique	CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers de Rééducations et Médico-Techniques
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	CSSP : Cadre de Santé Supérieur de Pôle
AP : Auxiliaire de Puériculture	CVAGS : Cellule de Veille d'Alerte et Gestion Sanitaire
ARM : Agent de Régulation Médicale	DAEU : Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires
ARS : Agence Régionale de Santé	DAN : Diagnostic Ante Natal
ARS – OI : Agence Régionale de Santé – Océan Indien	DCC : Dossier Communiquant de Cancérologie
AS : Aide-Soignant	DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
ASH : Agent de Service Hospitalier	DGS : Directeur Général des Services
ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière	DIM : Département d'Information Médicale
ATSU : Association des Transports Sanitaires Urgents	DMS : Durée Moyenne des Séjours
AVC : Accident Vasculaire Cérébral	DPC : Développement Professionnel Continu
BDE : Bureau Des Entrées	DPI : Dossier Patient Informatisé
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	DQRU : Direction de la Qualité et de la Relations avec les Usagers
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	DRH : Direction des Ressources Humaines
CDR : Centre De Référence	DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
CDSA : Centre de Santé Avancé	ECG : Electro Cardio Gramme
CeGID : Centre Gratuit d'information et de Dépistage	EEAP : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence	EEG : Electro Encéphalo Gramme
CHM : Centre Hospitalier de Mayotte	EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	EFS : Etablissement Français du Sang
CME : Commission Médicale d'Etablissement	EMASP : Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
CMP : Centre Médico-Psychologique	EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
CMR : Centre Médical de Référence	EPSMR : Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion
CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal	EPU : Enseignement Post-Universitaire
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	

ERSPP : Equipe Ressource de Soins  
 Palliatifs Pédiatriques  
 ETP : Equivalent Temps Plein  
 FF : Faisant Fonction  
 FFOM : Forces Faiblesses Opportunités  
 Menaces  
 FIR : Fonds d'intervention Régional  
 FHF : Fédération Hospitalière de France  
 GHM : Groupe Homogène de Malade  
 GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
 GRH : Gestion des Ressources Humaines  
 HdD : Hospitalisation à Domicile  
 HC : Hospitalisation complète  
 HdJ : Hôpital de Jour  
 HPV : Human Papilloma Virus  
 HTA : Hyper Tension Artérielle  
 IAO : Infirmier(e) d'Accueil et  
 d'Orientation  
 IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire  
 Diplômé d'Etat  
 IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
 IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libérale  
 IME : Institut Médico Educatif  
 IPA : Infirmier(e) de Pratique Avancée  
 IRC : Insuffisance Rénale Chronique  
 IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
 IP-DMS HC : Indice Pondéré de Durée  
 Moyenne des Séjours par rapport à la durée  
 moyenne national du GHM de  
 l'hospitalisation conventionnelle  
 ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et  
 Pédagogique  
 IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
 MAS : Maison d'Accueil Spécialisée  
 MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
 MDO : Maladie à Déclaration Obligatoire  
 MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques  
 de l'Intestin  
 MK : Masseur-Kinésithérapeute  
 MPR : Médecine Physique et de  
 Réadaptation  
 NIDCAP : Neonatal Individualized  
 Development Care Assessment Program  
 PAC : Port à Cath  
 PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires  
 PEC : Prise En Charge  
 PH : Praticien Hospitalier  
 PHC : Praticien Hospitalier Contractuel  
 PM : Personnel médical  
 PMI : Protection Maternelle et Infantile  
 PMSI : Programme de Médicalisation des  
 Systèmes d'Information  
 PMSP : Projet Médico Soignant Partagé  
 PNM : Personnel Non Médical  
 PRS : Programme Régional de Santé  
 PSM : Poste Sanitaire Mobile  
 PUI : Pharmacie à Usage Interne  
 PVVIH : Personne Vivant avec le Virus  
 d'Immunodéficience Humaine  
 RCP : Réunion de Concertation  
 Pluridisciplinaire  
 RIM-P : Recueil d'Information Médicale en  
 Psychiatrie  
 SAG : Section Aérienne de la Gendarmerie  
 SAU : Service d'Accueil des Urgences  
 SCA ST – : Syndrome coronarien Aigu sans  
 sus-décalage du segment ST  
 SCA ST + : Syndrome coronarien Aigu avec  
 sus-décalage du segment ST  
 SESSAD : Service d'Education Spéciale et  
 Soins à Domicile  
 SF : Sage-Femme  
 SFMU : Société Française de Médecine  
 d'Urgence  
 SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle  
 SSPI : Salle de Soins Post-Interventionnelle  
 SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
 TDR : Test de Dépistage Rapide  
 TIM : Technicien d'Information Médicale  
 TSN : Territoire de Santé Numérique  
 UCSA : Unité de Consultation et de Soins  
 Ambulatoires en milieu pénitentiaire  
 UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte  
 Durée  
 UNV : Unité Neuro-Vasculaire  
 USC : Unité de Surveillance Continue  
 V&D : Visite à Domicile  
 VLM : Véhicule Léger Médicalisé  
 ZAO : Zone d'Accueil et d'Orientation