Avril 2017

ORGANISATION DES SOINS DANS LA RÉGION FRANÇAISE DE L'OCÉAN INDIEN

LA RÉUNION ET MAYOTTE

RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

TABLE DES MATIERES

LETTRE DE MISSION…… ……5

OBJECTIFS DE LA MISSION, COMPOSITION ET CALENDRIER ……7-8

CADRE DE LA MISSION ET OBSERVATIONS GÉNÉRALES PRÉLIMINAIRES……10

OBSERVATIONS DE LA MISSION ET RECOMMANDATIONS DU CNOM POUR LA RÉUNION …..13

UFR sante la Réunion - Mayotte (UFR sante LRM)……15

CHU……..18

Territoire de soins numériques (TSN)……18

OBSERVATIONS DE LA MISSION ET RECOMMANDATIONS DU CNOM POUR MAYOTTE……23

Démographie de la population et tensions pour l'accès aux soins……..26

Structures de soins et moyens dont elles disposent……28

Prévention, dépistage et éducation à Mayotte ……30

Un danger sanitaire majeur en puissance……33

Démographie médicale et pistes à explorer pour son amélioration par l'attractivité de l'ile..33

OBSERVATIONS DE LA MISSION ET RECOMMANDATIONS DU CNOM SUR LES RELATIONS INTERDÉPARTEMENTALES……39

Mayotte est le dernier hôpital de France à ne pas fonctionner à la TAA, contrairement aux hôpitaux composant le CHU de la Réunion……41

GHT Réunion - Mayotte : le seul avec 1400km entre les structures le composant……41

CONCLUSION ET RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS DU CNOM……..47

ANNEXES……55

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Docteur Patrick BOUET

Président

Monsieur le Docteur Jacques LUCAS
Vice-président du CNOM

Paris, le 7 septembre 2016

PB/FD/Présidence
dossier suivi par Mme Frédérique DARMON
Tél : 01.53.89.32.61
e-mail : darmon.frederique@cn.medecin.fr

Objet : Lettre de mission

Monsieur le Vice-président et Cher ami,

Je vous confie la mission de conduire la délégation du Conseil national qui se rendra dans la région de l'Océan indien du 11 au 19 novembre 2016.

L'objectif de cette mission est double :

- À l'écoute des médecins de cette région de reprendre avec les conseils départementaux de la Réunion et de Mayotte les travaux conjoints entrepris lors de la mission de février 2014, en tenant compte des résultats de la Grande consultation et des spécificités de la région de l'Océan indien et de faire le point de l'état d'avancement des recommandations que nous avions formulées vers la puissance publique dans le rapport adopté par le Conseil national le 3 avril 2014.

- Connaitre l'état d'avancement de la mise en place du TSN sur cette région en recensant les difficultés rencontrées, relevant les impacts sur l'exercice médical dans le territoire concerné, prenant en compte les coopérations avec les autres professionnels de santé et examinant les interprétations de l'application des règles de déontologie médicale dans cet environnement numérique.

La délégation sera composée du :

- Docteur François ARNAULT, Délégué général aux relations internes.
- Professeur Stéphane OUSTRIC, Conseiller national en charge de la mission intersection « Territoires, démographie et accès aux soins » (ne sera pas présent lors du déplacement à Mayotte).
- Docteur Walter VORHAUER, Secrétaire Général.
- Madame Frédérique DARMON, Directrice des services administratifs.

Bien évidemment dans son déroulement, votre mission associera étroitement les Docteurs Jean-Michel BERAL et Aboobakar ABDULLA, Conseillers nationaux de l'inter région Réunion-Mayotte, le Conseil interrégional de La Réunion-Mayotte et les conseils départementaux et notamment dans les rencontres avec les médecins et les organisations qui les représentent, les autres professions de santé en tant que de besoin, les institutions de santé, les parlementaires et les élus politiques de la région, les industriels impliqués dans le TSN.

Vous aurez toute latitude pour inclure dans le déroulement de votre mission des points spécifiques qui auraient été soulevés par les conseils départementaux et le conseil interrégional, pour lesquels le Délégué général aux relations internes aura une attention toute particulière.

Un rapport de mission devra être présenté lors d'une prochaine session du Conseil national. Vous ne vous limiterez pas à y faire un simple compte rendu mais vous vous attacherez à formuler des recommandations préalablement partagées avec les autres membres de la délégation. Ce rapport de mission, une fois adopté, sera adressé aux ministres compétents, aux autorités que vous aurez rencontrées et sera rendu public.

Bien amicalement.

Docteur Patrick BOUET

Objectifs de la Mission

Le Conseil Interrégional Réunion-Mayotte de l'Ordre des médecins, le Conseil départemental de Mayotte et le Conseil départemental de La Réunion avaient fait part en 2014 au Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) de leurs très vives préoccupations relatives à l'exercice médical dans la Région française de l'Océan indien et avaient souhaité que le CNOM diligente une mission pour qu'il apprécie lui-même les problématiques auxquelles la profession faisait face dans ces deux départements.

C'est dans ce cadre que le Conseil national avait conduit une Mission dans la Région française de l'Océan Indien[1] entre le 10 et le 15 février 2014 et en avait fait rapport en Session du Conseil. Ce rapport avait été adressé aux instances nationales, régionales et départementales concernées, avec les préconisations contributives du Conseil national, avant d'être rendu public.

Deux ans se sont écoulés. Le CNOM a jugé utile de pouvoir apprécier les évolutions de la situation par rapport aux recommandations qu'il avait alors formulées.

Une nouvelle mission sur place a donc eu lieu du 12 au 19 novembre 2016. Elle avait pour objectifs principaux de produire une nouvelle analyse de la situation, et de formuler, en tant que de besoin, des recommandations actualisées concernant:

- **À LA RÉUNION**, le développement de l'UFR Santé et celui du CHU ainsi que le déroulement de l'expérimentation de Territoire de soins numérique ;

- **À MAYOTTE**, l'organisation territoriale de soins pour la population vivant sur l'île, les conditions d'exercice des médecins et la situation sanitaire sur le territoire ;

- **LES RELATIONS INTERDÉPARTEMENTALES AU SEIN DE LA RÉGION FRANÇAISE DE L'OCÉAN INDIEN**, en tenant compte de la spécificité unique dans la République qui est liée à la séparation de cette Région en deux îles distantes de deux heures d'avion l'une de l'autre.

Composition de la Mission

La Délégation du CNOM conduite par le Dr Jacques LUCAS, Vice-président, Délégué général aux Systèmes d'information en santé, était composée des Docteurs Walter VORHAUER, Secrétaire général, François ARNAULT, Délégué général aux relations internes, Stéphane OUSTRIC, chargé de mission « Territoires, démographie et accès aux soins ». Ils ont été accompagnés du Dr Jean-Michel BERAL, Conseiller national pour l'inter-région Réunion-Mayotte, du Dr Aboobakar ABDULLA, Conseiller national suppléant pour l'inter-région, et de Mme Frédérique DARMON, Directrice des Services Administratifs du CNOM.

[1] Dans l'organisation administrative territoriale de la République, La Réunion et Mayotte, exercent chacune des compétences départementales et régionales, confondues dans l'instance départementale de chaque Ile. Toutefois, l'organisation sanitaire sur ces deux territoires dépend d'une seule Agence Régionale de l'Océan Indien (ARS OI), compétente administrativement à la fois pour La Réunion et pour Mayotte. De même la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 instaurant les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) a prévu un seul GHT La Réunion-Mayotte. Sur le plan ordinal, le CIRRM exerce les attributions et compétences d'un Conseil régional de l'Ordre, de même que les sièges attribués à cette région au Conseil national de l'Ordre correspondront à un seul binôme (homme-femme) pour la région composée des deux départements. Dans ce rapport nous parlerons donc des Départements de La Réunion et de Mayotte et de la Région française de l'Océan Indien qui réunit les deux îles.

La Délégation du Conseil national remercie très vivement Mme le Dr Anne-Marie de MONTERA, Présidente du Conseil départemental de Mayotte, le Dr Chérif MOHAND-OUSSAID, Secrétaire général, le Dr Christian LEMBA, Président du Conseil départemental de La Réunion, le Dr Alain BESNARD, Secrétaire général, le Dr José GUISERIX, Président du Conseil Interrégional Réunion-Mayotte (CIRRM), le Dr Frédéric VASSAS, Secrétaire général, et le Dr Paul-Luc PASTOR, Trésorier, pour leur accueil et leur accompagnement dans le déroulement de la mission.

Nos remerciements s'adressent aussi à l'ensemble des responsables institutionnels figurant dans le programme officiel des rencontres ci-dessous, ainsi qu'à tous les médecins qui nous ont reçus très chaleureusement et avec lesquels nous avons pu avoir des échanges fructueux tout au long du déroulement de notre mission.

Calendrier et programme officiel des rendez-vous dans l'ordre chronologique

À Mayotte, les 14, 15 et 16 novembre 2016

Les Docteurs LUCAS, VORHAUER, ARNAULT, BERAL, ABDULLA, accompagnés de Mme le Docteur de MONTERA et du Docteur GUISERIX, avec le concours de Mme DARMON ont rencontré successivement :

- Le Bureau du Conseil Inter-Régional de l'Ordre Réunion-Mayotte,
- Monsieur Ibrahim ABOUBACAR, Député de Mayotte,
- Les membres du Conseil Départemental ainsi que les représentants des syndicats des médecins,
- Le Dr Mohamed AHMED ABDOU, Président de la CME du Centre Hospitalier de Mamoudzou (CHM),
- Monsieur Etienne MOREL, Directeur du CHM et Mme Catherine BARBESIAUX, Directrice des Affaires médicales,
- Monsieur Frédéric VEAU, Préfet de Mayotte,
- Madame Nathalie CONSTANTINI, Vice-Recteur de Mayotte,
- Une délégation de l'ARS à Mayotte représentée par Mme le Dr Catherine VAULA et M. François LODIEU, en charge de l'offre de soins, en visio-conférence avec, en l'absence de M. MAURY, Directeur général en réunion au Ministère, Mme Sandra DESMETTRE, Directrice adjointe, et M. Etienne BILLOT de l'ARS de l'Océan Indien (ARS-OI),
- Mme Dominique VOYNET, IGASS, chargée par la Ministre de la santé d'une mission sur l'accès aux soins à Mayotte.
- Une soixantaine de médecins exerçant à Mayotte, hospitaliers et libéraux, installés de façon durable sur l'Ile.
- Monsieur Mohamed Soilihi THANI, Sénateur de Mayotte,
- M. Said Omar OILI, Maire de Dzaoudzi-Labattoir et Président de l'Association des Maires de Mayotte,
- Mme Joëlle RASTAMI, Présidente du CISS à Mayotte.

À La Réunion, les 13, 14, 15 et 16 novembre 2016

- La Délégation a rencontré le Pr Jean Marc FRANCO, Directeur du Département de Médecine Générale Médecine,
- Le Professeur OUSTRIC accompagné des Docteurs VASSAS et PASTOR :

  - A préparé la visite sur site de la Délégation à « La Ruche » avec une journée de travail avec M. Antoine LERAT, directeur du GCS TESIS, et le Dr Denis LERAT, directeur d'OIIS Sante ;
  - A préparé l'entretien de la Délégation avec Mme Pascale GUIRAUD, Doyen de l'UFR ;
  - A rencontré la présidente de l'URPS-Médecins libéraux de l'Océan indien, le Dr Christine KOWALCZYK, afin de préparer la visite de la délégation au Data Center et à « La Ruche » dans le cadre du dossier TSN, ainsi qu'aux actions menées par l'URPS-ML ;
  - A rencontré les acteurs de formation en Médecine générale, outre le Pr Jean Marc FRANCO, le Dr Sébastien LERUSTE, et le collège des enseignants présidé par le Dr Alain DOMERCQ, avec l'ensemble des enseignants et maitres de stage universitaires de médecine générale tant de la Réunion que de Mayotte (45 présents) ;

  - A eu des entretiens avec les acteurs impliqués au sujet de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) à Saint Denis, le Dr Pierre MAGNIN en téléconférence avec ses équipes locales en face ;
  - A rencontré la responsable médicale du Centre de recherche CIC-EC auprès du CHU, le Dr Laetitia HUIART.

A La Réunion, les 17 et 18 novembre 2017

La Délégation du CNOM, accompagnée des Docteurs GUISERIX, VASSAS et PASTOR, a pu échanger et apporter ses observations et interrogations, avec les responsables de l'expérimentation Territoire de soins numériques (TSN) :

- À La Ruche : M Antoine LERAT, Directeur, et le Docteur Denis LERAT de l'ARS-OI,
- Sur le site du Datacenter à St Benoît, M Georges MAUGUIN,

La Délégation a également eu des réunions de travail avec :

- M. Lionel CALENGE, Directeur du CHU de La Réunion, et ses collaborateurs,
- Mme Sandra DESMETTRE, Directrice adjointe, MM. Etienne BILLOT et Dominique PARENT, de l'ARS-Océan Indien,
- Mme GUIRAUD, Doyen de l'UFR Santé,
- Mme Véronique MINATCHY, Présidente du CISS de La Réunion accompagnée de Mme Josette MAUNIER, Secrétaire général adjointe,

- M Jean-Raymond MONDON, Président du Comité d'Éthique Réunion "Technologies de l'information et Santé" (CERTIS),
- Les Conseillers départementaux et régionaux de l'Ordre des Médecins.

Cadre de la Mission

Cette mission a été conduite dans le cadre général des missions ordinales relatives à la formation médicale, à l'accès aux soins des populations et aux conditions de l'exercice professionnel des médecins, quels que soient leurs statuts. En effet, à tous les niveaux de son organisation territoriale, l'Ordre des médecins doit s'assurer des conditions d'exercice, des compétences et de la déontologie de ses membres. Cela justifie qu'il connaisse les réalités territoriales - et particulièrement celles qui soulèvent des difficultés spécifiques - en matière d'accès aux soins notamment lorsque l'offre de soins ne paraît pas en adéquation avec les besoins de la population.

L'Ordre se propose d'être un contributeur actif pour identifier les situations et participer à l'élaboration de solutions face aux difficultés rencontrées, dans le sens des préconisations contenues dans le Livre Blanc qu'il a rendu public en 2016[2] à l'issue de la Grande Consultation[3] à laquelle il avait procédé sur les évolutions du système de santé.
Ces préconisations du CNOM ont été synthétisées sous des angles concrets dans un rapport récent[4].

Observations générales préliminaires

Si la situation à La Réunion comporte certaines particularités, c'est essentiellement à Mayotte que la situation est toujours particulièrement critique, en dépit des actions mises en œuvre par l'État et/ou les collectivités, et de l'engagement personnel des médecins que les membres de la mission tiennent à saluer, à soutenir et à défendre pour leur forte implication dans des situations très difficiles et parfois éprouvantes.

La Délégation a ainsi pu constater que parmi les grands objectifs annoncés en matière de Stratégie Nationale de Santé[5] (SNS), certains semblent particulièrement difficiles à atteindre dans cette Région, et tout particulièrement à Mayotte, en l'état actuel de la situation :

- Nous citerons spécialement ceux qui visent à ce que *la démographie médicale permette un système de santé performant et équitable, que les obstacles financiers à l'accès aux soins soient levés, et que le premier recours soit centré sur un médecin traitant*. Ces difficultés et ces défis justifient une attention renforcée et des moyens appropriés à la situation, que la Mission évoquera dans ses propositions ;

- Certains des objectifs de politique publique peuvent paraitre prioritaires dans cette région :

- Améliorer la coopération ville-hôpital, oui mais sous réserve que les offres de soins dans ces deux secteurs soient suffisantes et complémentaires,
- Développer les coopérations interprofessionnelles, oui mais sous réserve que les démographies et les conditions d'exercice de tous les professionnels de santé le permettent,
- Donner plus de place aux nouvelles technologies, avec des équipements numériques, que l'expérimentation TSN permettra de mieux cerner, oui mais sous réserve de la fourniture d'un réseau dense de télécommunications ;

[2] **Livre blanc** : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_lb_grande_consultation.pdf
[3] **La Grande Consultation** : https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1671 et https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/resultatsdelagrandeconsultation_0.pdf
[4] **La réforme voulue par les médecins** : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/reformevouluepar lesmedecins.pdf

[5] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/mission_cnom_ocean_indien.pdf

- Une attention particulière doit être apportée pour Mayotte sur les conditions générales de vie sur le territoire mahorais en ce qui concerne, notamment, la sécurité des résidents, le développement économique de l'Ile, l'immigration en provenance principalement des autres îles de l'archipel des Comores, la qualité de l'enseignement primaire et secondaire, en ce que ces aspects ont un fort retentissement sur l'état sanitaire du département, l'accès aux soins de la population, l'attractivité de l'île et les conditions de l'exercice des médecins et professionnels de santé.
  De retour en métropole, la délégation a pris connaissance de l'absence intermittente de fourniture d'eau sur Grande Terre en raison d'une sécheresse durable et de l'absence de traitement de l'eau de mer sur cette île, ce qui précarise la vie quotidienne et n'est pas sans impact sur l'hygiène générale et la santé des résidents.

- Si des mesures spécifiques ou temporaires, notamment de nature réglementaire, sont indispensables pour Mayotte, elles ne sauraient perdurer dans le temps, car elles retarderaient alors le processus engagé vers le plein statut de Département de la République, avec les allocations qui y sont attachés à la fois pour l'État, la Région et les collectivités territoriales.

C'est en ce sens que sont produites, dans le fil du rapport qui suit, les recommandations adoptées par le Conseil national de l'Ordre des médecins, lors de sa Session des 2 et 3 février 2017.

OBSERVATIONS DE LA MISSION ET RECOMMANDATIONS DU CNOM POUR LA RÉUNION

Dans ce département, la démographie médicale globale est meilleure que dans les autres départements des Outre-mer. On relève cependant un différentiel négatif d'environ 30% pour la population de spécialistes libéraux, alors qu'en revanche il existe une densité de généralistes légèrement meilleure qu'en France métropolitaine[6]. Le département est également très avancé pour le tiers payant généralisé.

Les enjeux actuels à La Réunion, tels qu'ils ont été présentés à notre Délégation, semblent se concentrer sur :

- Le développement du CHU de la Réunion et de l'UFR de Santé,
- Les orientations du Schéma Régional de Santé par rapport à Mayotte, notamment par la mise en place d'un GHT La Réunion-Mayotte,
- Le développement des nouvelles technologies, notamment la télémédecine,
- Les coopérations 1nterprofessionnelles.

Les deux premiers enjeux sont spécifiques, les deux autres ne se distinguent pas foncièrement des problématiques nationales mais nécessiteraient une volonté politique particulièrement attentive.

UFR Santé La Réunion-Mayotte (UFR Santé LRM)

La Délégation a pu constater avec satisfaction que l'UFR Santé LRM s'est développée selon une montée en charge modérée mais volontariste depuis la mission de 2014.

Le Numerus Clausus pour les postes de médecine en PACES à l'UFR Santé LRM est en constante augmentation : 81 en 2014, 95 en 2015 et 108 en 2016.

Actuellement, l'UFR Santé LRM comporte deux sites, avec un nombre croissant d'enseignants :

- 13 PU-PH et 2 MCU-PH (Nutrition, Santé Publique, Néphrologie, Gynécologie-Obstétrique, Chirurgie Urologique, Chirurgie Infantile, Pédiatrie, Anesthésie Réanimation et Urgences, Génétique, Biologie, Immunologie, Pharmacie, Virologie, Biochimie) ;
- 2 Professeurs Associés-PH (Pneumologie, Cardiologie-Chirurgie Thoracique) ;
- 1 PU, 1 MCU et 4 enseignants associés en Médecine générale.

Actuellement les étudiants de l'UFR Santé LRM, une fois la PACES réussie, doivent encore aller en France hexagonale après leur troisième année d'étude (DFGSM3) afin de poursuivre leur cursus. Ils ont le choix entre 25 universités, mais une relation partenariale reste plus fortement établie avec l'UFR de Médecine de Bordeaux, partenaire historique, lié à l'UFR Santé LRM par une Convention.

Il n'y a pas encore à ce jour d'enseignement théorique et pratique autonome pour le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) au sein de la subdivision Océan Indien de l'Inter-Région Sud-Ouest dont l'UFR LRM fait partie. Cependant, à la demande de l'étudiant, un stage en DFASM est dorénavant possible, tant au sein du CHU de la Réunion qu'en ambulatoire en médecine générale. Cela concerne en moyenne entre 20 et 30 étudiants en ambulatoire et 200 pour les stages au CHU.

Le CNOM salue ce dynamisme de l'UFR Santé LRM dont le développement est régulier.

La filière d'internat de médecine générale, à l'issue de l'Examen Classant National, propose des stages tant hospitaliers qu'ambulatoires, à La Réunion et à Mayotte. Les espoirs sont forts de voir sortir de cette filière les

[6] Rapport 20140612 de la cour des comptes sur la santé outre-mer.

praticiens du premier recours qui renouvelleront les générations à La Réunion et les créeront durablement à Mayotte. Ils reposent sur une adéquation entre les postes proposés et le nombre d'internes.
À ce titre, la Délégation s'est émue en apprenant, à son retour en métropole, que sur les 28 postes d'internes proposés en médecine générale au Centre Hospitalier de Mamoudzou seuls 7 ont été pourvus pour le prochain semestre de mai à octobre 2017.

Sur ces constats, la Délégation fait observer que des solutions simples mais structurantes et innovantes, doivent être analysées et mises en application pour garder actif le lien entre les futurs médecins en cours de formation et leur Région d'origine.

Recommandations du CNOM :

- *Continuer de soutenir et développer activement l'UFR Santé La Réunion – Mayotte, tant sur le fonctionnement administratif qu'au niveau du recrutement des enseignants chercheurs titulaires.*

- *Soutenir la création d'un enseignement spécifique de DFASM au sein de l'UFR Santé La Réunion. Cette création impose dans un laps de temps cohérent et progressif, la nomination de nouveaux enseignants chercheurs universitaires de spécialités médicales et chirurgicales. Ces derniers devront encadrer l'ensemble des étudiants de DFASM et développer une pédagogie interactive notamment grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) en partenariat avec l'université virtuelle française et d'autres universités.*

- *Créer immédiatement au sein de la subdivision Océan indien de l'Inter-Région Sud-Ouest, des stages pratiques d'étudiants, tant au CHU de la Réunion qu'en médecine générale ou d'autres spécialités ambulatoires, proposés en priorité aux étudiants en DFASM issus de la faculté de la Réunion.*

- *Développer des terrains de stages pratiques en médecine générale et/ou autres spécialités spécifiques à Mayotte, à temps partagé entre les deux départements. Un schéma organisationnel doit être proposé entre des regroupements de professionnels (établissement type, dispensaires, cabinet de groupe, MSP ou autres) avec des moyens et allocations spécifiques notamment par des prises en charge des transports pour les étudiants, leur hébergement et, pour ce qui concerne les médecins qui les accueillent, une compensation financière adaptée selon la structure d'accueil et le praticien.*

- *Établir une dérogation règlementaire d'adéquation des postes d'internes de Médecine Générale. Cette adéquation doit être totale et stricte sur Mayotte et le Nord Est de La Réunion. Cette adéquation signifie que pour un poste ouvert au choix des internes, ce poste sera pourvu par ces derniers. Cette adéquation relève d'une dérogation aux textes règlementaires en vigueur et est déjà réalisée par de nombreuses subdivisions selon une demande commune ARS – CHU – UFR. Cette dérogation doit pouvoir concerner toutes les spécialités médicales.*

- *Amplifier le développement d'une offre d'équipes de recherche scientifiques structurées autour de thématiques tant fondamentales que médicales (Santé publique, Sciences Humaines, …), avec l'appui et le soutien de structures labellisées type INSERM, CNRS, CIC, …*

CHU

Les PU-PH de l'UFR Santé LRM occupent des postes dont les missions recouvrent tant La Réunion que Mayotte, incluant des temps présences obligatoires et équilibrés entre les îles. Dans les faits, selon des praticiens hospitaliers du CHM, cette présence n'est ni régulière ni suffisamment équilibrée.

À cet égard, le développement de postes d'Assistants partagés était porteur de forts espoirs en 2014 pour que les deux Centres hospitaliers puissent bénéficier des compétences de ces praticiens. Mais il a été rapporté à la Délégation que si le nombre de postes proposés pour ce partage a été renforcé pour atteindre le nombre de 12, celui des postes réellement pourvus avec une présence physique effectivement partagée est à ce jour de 2.

Recommandations du CNOM :

- *Faire connaitre et améliorer encore des conditions sécurisées d'accueil qui ont été développées par le CHM, afin de lever les craintes de praticiens du CHU de la Réunion à propos de leurs séjours, même de courte durée, à Mayotte.*

- *Faire respecter strictement les obligations de service des assistants partagés entre le CHU de La Réunion et le CHM et impliquer les PU-PH dans des engagements de fonctions d'organisation, de soins et d'enseignement entre les deux établissements qui deviendraient membres d'un même GHT (voir infra sur le GHT de l'Océan Indien).*

- *Inclure dans tous les contrats de recrutement de praticien pour le CHU de La Réunion une présence planifiée à Mayotte.*

Territoire de Soins Numériques (TSN)

La région française de l'Océan Indien a été sélectionnée par la DGOS comme une des cinq Régions pilote de la mise en place des expérimentations « Territoire de soins numérique »[7].

Cet enjeu est essentiel pour l'ensemble de la Région même si, à ce jour et en phase expérimentale, il n'est décliné que sur une zone géographique à La Réunion, préfigurant une offre numérique exemplaire car complète, intégrée, ouverte et participative.

L'expérimentation Océan Indien Innovation Santé (O.I.I.S) est innovante et dynamique, offrant ainsi un véritable laboratoire numérique construit de manière collaborative[8] au service du parcours en santé du patient atteint de maladie chronique. L'expérimentation consiste à mettre en œuvre et à évaluer les bénéfices qui seraient apportés par l'intégration de dispositifs numériques dans les parcours de soins et de prise en charge afin de répondre à l'un des plus grands défis sanitaires auquel est confronté la région. Cela concerne, à ce stade, 4 maladies chroniques : le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance cardiaque chronique et les suites d'AVC. L'objectif est d'apporter de

[7] Voir en annexe

[8] Voir Annexe

l'information aux patients et aux professionnels de santé, de mieux coordonner les coopérations de ces professionnels autour du patient, de faciliter leurs conditions d'exercices et d'améliorer la connaissance de l'état de santé des populations. En d'autres termes, il s'agit d'imaginer puis d'évaluer un projet organisationnel numérique au service de la coordination des parcours de soins.

L'expérimentation inclut :

Pour les patients :

- Des innovations technologiques en e-santé pour améliorer leur santé et leur qualité de vie ;
- Des informations et des services personnalisés en ligne ;
- Une coordination de leur parcours de santé.

Pour les professionnels de santé :

- Une aide à la coordination pour faciliter les échanges entre professionnels de santé ;
- Des outils performants en e-santé accessibles en temps réel et en mobilité ;
- Un accès sécurisé et tracé aux informations des patients.

Ceci est organisé, dans le cadre expérimental, par le « Bureau Virtuel OIIS 360» qui est une interface de type intranet, sécurisée, accessible en mode web qui centralise différents services proposés aux utilisateurs afin d'y permettre un accès rapide.

On y retrouvera une gestion électronique des documents, une messagerie sécurisée, un annuaire des professionnels et structures, des accès à des espaces collaboratifs, des sites dédiés, etc. il s'agit des services du « LIEN », du déploiement de l'Espace des messageries sécurisées en santé (MSSanté), du « portail PRO », du serveur d'identito-vigilance, de l'interopérabilité des logiciels professionnels, de « KIMESUI », du référentiel « ODS », de stockage de l'imagerie « PANORAMA », d'une plateforme d'ETP.

Pour la Région française de l'Océan Indien :

- Un programme e-santé élaboré avec les acteurs locaux : La Délégation a ainsi rencontré un Groupe Numérique de l'URPS comportant un médecin, un pharmacien et une infirmière très investis sur le sujet ;
- Un financement Investissement d'Avenir de 19 millions d'euros ;
- Un déploiement jusqu'en 2017, puisque l'évaluation de l'ensemble des solutions qui émergeront sur les cinq régions expérimentales permettra de sélectionner celles qui pourraient être généralisées à l'ensemble de régions françaises.

Le programme expérimental du TSN Océan indien est piloté par :

- L'ARS-OI : Elle met en œuvre la politique de santé à La Réunion et à Mayotte, avec les différents acteurs, pour améliorer la santé de la population et le système de santé. Pilote du programme OIIS, elle est chargée de la maîtrise d'ouvrage stratégique et du suivi des différents chantiers ;
- Le GCS TESIS : Partenaire de l'ARS-OI, le GCS TESIS (Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine Echanges, Systèmes d'Information Santé) accompagne, sur le plan des systèmes d'information (SI) et de la télémédecine, la mise en œuvre de la politique régionale de santé et des directives nationales dans l'Océan Indien. Il a la maîtrise d'ouvrage régionale en matière de systèmes d'information de santé. C'est à ce titre, que l'ARS lui a délégué le pilotage opérationnel du programme OIIS ;

- CAPGEMINI / IDO-IN : L'ARS OI et le GCS TESIS ont décidé au terme de 6 mois de sélection, et sur appel d'offre, de confier le développement des solutions techniques à ce groupement d'entreprises qui s'est aussi entouré d'entreprises réunionnaises : Orange Réunion, Isodom et le Groupe Austral Assistance. Deux autres entreprises locales accompagnent la mise en œuvre du programme : Verso consulting pour l'assistance à maîtrise d'ouvrage et l'Agence Zoorit pour la communication.

Recommandations du CNOM :

- *Faire en sorte qu'au-delà de l'expérimentation TSN à La Réunion, le déploiement du numérique en santé dans la Région soit également conçu pour répondre aux besoins majeurs de Mayotte, afin d'apporter sur l'Île les ressources d'expertise médicale dont elle ne dispose pas, en y intégrant de façon volontariste des outils de télémédecine reliant les dispensaires avec le CHM, les regroupements de professionnels de premier recours avec des centres de référence, publics ou privés, y compris pour le secteur libéral ce qui suppose de définir le modèle financier de prise en charge, une fois l'expérimentation évaluée.*

- *Développer la télémédecine entre Mayotte et La Réunion pour qu'elle soit un moyen d'appui dans toutes les situations qui le nécessitent et notamment en ce qui concerne les évacuations sanitaires (voir infra au Chapitre consacré à Mayotte) tant pour les contacts entre les médecins dans la prise de décision, que pour le suivi des patients revenus à Mayotte après les soins reçus à La Réunion.*

- *Prévoir une vigilance renforcée sur le maintien des règles de sécurité et de protection des données personnelles de santé mises en application actuellement dans le Data Center, du fait de l'extension des échanges entre les deux Départements séparés dans l'Océan Indien.*

- *Le CNOM rappelle la demande faite par la Délégation au DG ARS-OI pour que le Comité d'éthique mis en place pour TSN ne soit pas composé intuitu personae, mais qu'il soit totalement recomposé dans le cadre de l'Espace éthique régional prévu par la réglementation[9], avec une représentation ordinale institutionnelle officielle.*

- *Le CNOM recommande le renforcement de la coordination entre les conseils ordinaux de la Région, afin d'exprimer des avis concordants tenant compte du caractère expérimental de TSN et du fait que les résultats seront évalués, y compris dans les dimensions éthiques ou déontologiques qui auraient pu apparaître. À cet égard, les conseils ordinaux de la région française de l'Océan indien prendront appui sur les publications officielles du Conseil national, consacrées au sujet, et pourront le solliciter en tant que de besoin.*

- *Le CNOM demande un accompagnement des médecins et autres professionnels, en particulier du premier recours, pour qu'ils intègrent les avantages des outils numériques pour leurs patients et pour eux-mêmes dans les prises en charge coordonnées (dans le cadre de l'équipe de soins définie par la loi[10]), notamment pour ce qui concerne les pathologies au long cours, une fois le modèle économique proposé connu.*

---

[9] Arrêté du 4 janvier 2012 (JORF N°0024 du 28 janvier 2012)
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/1/4/ETSH1200330A/jo/texte
[10] Article L.1110-4 et L.1110-12 du code de la santé publique.

OBSERVATIONS DE LA MISSION ET RECOMMANDATIONS DU CNOM POUR MAYOTTE

Un département français sous très forte tension en matière d'accès aux soins.

Dans son rapport[11], *« La Départementalisation de Mayotte : une réforme mal préparée, des actions prioritaires à mener »*, la Cour des comptes écrit qu'elle a constaté, en 2016, *« un processus de Départementalisation de Mayotte qui s'est déroulé sans véritable pilotage, tant au plan central que local. Les changements fréquents de titulaires, qui ont affecté les postes de Préfet et de Secrétaire général, n'ont fait qu'accroître les conséquences problématiques de cette situation ».*

À ce jour, le ressenti de beaucoup de mahorais est que cette départementalisation a apporté beaucoup de contraintes (impôts, charges sociales, ...) et pas assez d'accès à des nouveaux droits (notamment sociaux). Par ailleurs, des médecins estiment que les retards pris dans l'instauration des mesures facilitant ou incitant à l'exercice médical, hospitalier et plus encore libéral, sont responsables de son affaiblissement.

Cela n'est pas sans conséquences sur la situation du secteur sanitaire. Il est apparu à la Délégation que la Préfecture de Mayotte en lien avec l'ARS-OI en a parfaitement conscience et développe les moyens qui sont les siens pour tenter d'y remédier. Ces moyens, alloués par l'État, paraissent encore insuffisants à la Délégation, qu'il s'agisse de moyens proprement financiers, d'équipements, de sécurité sur le territoire, de dispositions statutaires adaptées pour les médecins, ou du besoin de solutions spécifiques à l'état sanitaire du territoire qui ne sauraient être des solutions dégradées.

Ainsi, l'action publique veut permettre une évolution de l'offre en santé « progressive et adaptée », concept qui ne satisfait pas les élus de Mayotte, comme nous l'a indiqué le député ABOUBACAR devant l'analyse des besoins locaux. Le sénateur Mohamed Soilihi THANI déplore pour sa part que l'ARS-OI consacre annuellement, pour ses compétences Santé, trois fois moins d'argent par habitant à Mayotte qu'à La Réunion. La Cour des comptes relevait aussi dans son rapport sur la santé outre-mer que l'effort budgétaire de l'Etat en 2014 par habitant était inférieur de 30 à 60% pour un mahorais par rapport à un habitant de La Réunion, de Guadeloupe, de Martinique ou de Guyane.

Effectivement, la situation est apparue préoccupante à la Délégation, notamment parce que :

- Les missions de santé publique, comme la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé, qui relèvent de l'État et des collectivités territoriales, restent embryonnaires alors qu'elles représentent un moyen essentiel d'amélioration de l'état sanitaire de la population ;

- Le service public hospitalier ou en dispensaires est dimensionné pour une population bien moins nombreuse que la réalité. Il tente de fonctionner au mieux au service des résidents malgré des équipes médicales dont les deux-tiers cependant ne viennent à Mayotte que par le biais de recrutements de très courte durée ;
- Le secteur de l'exercice libéral se réduit régulièrement et se limite actuellement à 15 médecins généralistes libéraux et 7 autres spécialistes. Cela tient en partie à sa non-attractivité pour les médecins ainsi que de sa non-accessibilité pour la majorité des mahorais qui ne bénéficient pas des droits à la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou à l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) ;

- La mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Océan Indien génère de fortes inquiétudes. Elles se nourrissent :

[11] Rapport 201601013 de la Cour des Comptes.

- De la distance entre les deux îles (1400km), d'où une situation compliquée pour les évacuations sanitaires (EVASAN) et les retours sur Mayotte en soins de suite, l'ouverture d'un Service de soins de suite de 50 lits à Mayotte n'étant prévue qu'en 2019,
- De la persistance d'un sous-équipement du CHM en dépit des efforts déjà accomplis, des modes différents de financement des établissements (TAA à la Réunion, enveloppe globale à Mayotte),
- Des problèmes générés par l'absence de couverture sociale de nombreux patients en l'absence du dispositif de l'Aide Médicale d'Etat (AME) à Mayotte,
- De l'insuffisance d'offres opérationnelles sur La Réunion (par exemple EEG pédiatrique, chirurgie des fentes palatines, etc.), ce qui pose des questions importantes sur les conventions actuelles qui ont été passées entre le CHM et d'autres établissements que le CHU de La Réunion.
- De tensions pouvant naître entre les établissements réunionnais qui composent le CHU comme entité hospitalière.
- De perplexités pour parvenir à élaborer un projet médical partagé, tant les besoins sanitaires sur les deux îles sont éloignés pour parvenir à assurer *« un égal accès aux soins pour l'ensemble du territoire en pérennisant ou en développant l'offre de soins de proximité et de qualité ».*

Nous y reviendrons dans notre troisième chapitre pour formuler des recommandations quant à l'organisation sanitaire coordonnée entre La Réunion et Mayotte.

Démographie de la population et tensions pour l'accès aux soins

Le nombre d'habitants à Mayotte est officiellement de 212.000 selon le dernier recensement de 2013. Il était de 23.000 en 1958 et devrait atteindre 500.000 en 2050.

Une part importante de cet accroissement, sans qu'il puisse être exactement mesuré, est liée à une immigration illégale depuis les Comores voisines. Cette immigration tient à des raisons économiques générales mais aussi à des raisons de santé, l'ensemble des soins dans le système public étant resté gratuit jusqu'en 2004, sans condition de nationalité ou de ressources.

Le nombre d'habitants sur l'île non assurés sociaux est incertain. Il est estimé entre 100 et 200.000 selon les sources, en se basant notamment sur le nombre de sacs de riz consommés. Parmi eux, il y a un grand nombre de « réfugiés sanitaires », de parturientes désireuses que leur enfant naisse sur le sol français, de migration d'enfants encore très jeunes.

Les estimations sur la population actuelle réelle varient donc entre 300 et 400.000 habitants, dont 40 à 50% d'immigrés clandestins, et parmi eux 3 à 5.000 enfants des rues livrés à eux-mêmes après l'expulsion de leurs parents, ou qui avaient immigré sans famille, envoyés à Mayotte par celle-ci dans l'espoir d'une vie meilleure.

Après une longue et problématique période de mise en place de l'État Civil, la Sécurité Sociale a recensé 180.000 assurés sociaux et ayant droits, dont environ 50.000 ressortissants étrangers, payant des cotisations sociales.

Leur accès à des soins de premier recours est cependant souvent difficile. En effet, les 13 dispensaires du secteur public

doivent faire face aux demandes de soins des immigrés en situation irrégulière. Ceux-ci représentent d'ailleurs environ les deux tiers des patients pris en charge au CHM. Pour obtenir une consultation, des files d'attente s'organisent parfois dès minuit, et seuls ceux qui ont le temps de se consacrer à cette attente pourront en bénéficier dans le courant de la journée, au détriment de ceux qui, ayant des activités professionnelles, ne le peuvent que bien plus difficilement. Cela crée des tensions sociales croissantes sur le territoire.

Quant à pouvoir consulter dans le secteur libéral, cela n'est envisageable que pour les assurés sociaux bénéficiant d'une mutuelle permettant le tiers payant, ou pour ceux qui ont les moyens de régler le reste à charge. Ceci n'est le cas que pour une faible partie de la population mahoraise - la plus pauvre de France - qui ne peut pas avoir accès à la CMU-C ou à l'ACS, ces dispositifs n'étant pas applicables à Mayotte. Promise par le Président de la République Française lors de sa visite sur place en 2014, annoncée par l'ancienne Directrice Générale de l'ARS-OI pour 2017, la CMU-C n'est désormais envisagée que dans le plan progressif « Mayotte 2025 ». Le Député ABOUBACAR a indiqué à la Délégation qu'il avait défendu un amendement devant l'Assemblée Nationale permettant d'instaurer cette CMU-C, mais que la demande du Gouvernement de le codifier n'avait pas permis sa mise en place.

Système public débordé et système libéral financièrement inaccessible pour une très large part de la population, ce ne sont donc que les situations cliniques médicales sévères ou urgentes qui permettent aux assurés sociaux une prise en charge rapide via les Urgences du CHM. La Délégation fait ici observer que la limitation des possibilités de prise en charge par le CHM, en amont de l'urgence, en raison des qualifications des médecins qui y exercent ou du niveau d'équipement, voire de normes réglementaires, perturbe le fonctionnement de l'ensemble du système de soins et alourdit notablement son coût puisqu'il conduit à de nombreuses EVASAN vers le CHU de La Réunion. La détresse vitale prend alors le pas sur la prise en charge des maladies aiguës ou chroniques. À titre d'exemple, un hématome sous-dural sera évacué en priorité par rapport à un syndrome coronarien aigu, lui-même prioritaire par rapport à un patient cancéreux devant démarrer sa prise en charge au CHU. La présidente du CISS Mayotte a indiqué à la Délégation qu'elle avait connaissance d'une exaspération des cotisants à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) lorsque cette priorité d'évacuation sanitaire était donnée à un immigré en situation irrégulière par rapport à un assuré (ou ayant droit). Selon elle, cette situation pourrait devenir explosive.

Recommandations du CNOM :

- *Accélérer la mise en place de la CMU-C et de l'ACS afin que les assurés sociaux de Mayotte puissent accéder aux soins dans de meilleures conditions.*

- *Envisager l'instauration d'une AME contrôlée, ce qui permettrait de mieux évaluer l'importance de la population en situation irrégulière sur l'Île de Mayotte pour des raisons sanitaires, et de définir ainsi les besoins financiers du secteur public (CHM et ses Dispensaires) pour y répondre par des moyens adaptés. Le CNOM recommande donc que cette voie soit activement explorée.*

- *Poursuivre, en prolongement de la recommandation précédente, les efforts des pouvoirs publics pour limiter les arrivées de clandestins afin de réduire la vague qui submerge les moyens humains et techniques tant au CHM que dans les Dispensaires. À cet égard, outre les moyens déjà opérants et mis en œuvre par la Préfecture, le CNOM appuie le renforcement des coopérations françaises et internationales pour développer les équipements sanitaires, matériels et humains, dans l'archipel des Comores et Madagascar.*

- *Renforcer la médecine générale de premier recours, sur les deux iles composant Mayotte, dans toutes leurs formes d'exercice.*

Structures de soins et moyens dont elles disposent.

Le CHM fait état en 2015 de 37.000 séjours au CHM et de 50.000 passages aux Urgences, tandis que les dispensaires assurent quant à eux 400.000 consultations de médecine générale par an, tout cela avec 200 praticiens[12]. La Délagation a appris, après son retour en métropole, que depuis quelques mois le nombre des séjours est en baisse, ce qui semble traduire le début d'efficacité des actions préfectorales visant à réduire la présence sur l'Île d'immigrés clandestins.

Le CHM ne dispose actuellement que de 362 lits et 49 places en ambulatoire, alors que 500 lits avaient été annoncés par le Ministère des affaires sociales et de la santé en 2010, afin de rapprocher Mayotte des ratios moyens des Outre-mer.

Cela représente encore une densité 3 fois plus faible qu'à La Réunion[13]. En conséquence, les durées de certains séjours doivent souvent être réduites pour libérer des places. Mais les retours à domicile des patients ne satisfont alors pas aux besoins de suivis. Cela est directement lié d'une part au déficit de ressources humaines dans le secteur ambulatoire et, d'autre part, à la précarité des conditions de vie d'une grande partie de la population.

[12] Source DIM du CHM.

[13] Elle est 6 fois plus faible qu'en Auvergne, pour faire une référence sur une donnée métropolitaine. Ces calculs sont effectués sur la base d'une population mahoraise de 212.000 habitants. Comme ce chiffre est possiblement deux fois plus élevé, en tenant compte des résidents clandestins, les densités réelles seraient 2 fois plus faibles.

En psychiatrie, l'offre de lits reste limitée à 12, bien au-dessous des besoins, ce qui conduit à des suivis en ambulatoire inadaptés aux situations et aux troubles présentés, ce qui ne peut être qu'un facteur associé à l'insécurité des populations.

Les blocs opératoires du CHM ne permettent, le plus souvent, que d'assurer les urgences, qui les occupent en quasi-totalité. Le développement de la chirurgie programmée en souffre. Par ailleurs, des problèmes d'agrément, calqués sur les modèles métropolitains, rendent impossible, par exemple, la chirurgie pédiatrique réglée. Cela expose personnellement les chirurgiens à engager leur responsabilité civile lors d'une situation d'urgence, alors que leur abstention exposerait les enfants à une situation de péril imminent.
De même, des problèmes de non-conformité des blocs aux standards empêchent des prises en charge orthopédiques, concernant la mise en place de prothèses notamment.

Au dehors du CHM et des Dispensaires, il n'existe pas à Mayotte d'offre d'hospitalisation privée, pas de système d'hospitalisation à domicile (HAD), pas d'équipes mobiles de soins palliatifs, et très peu de structures médico-sociales. Il n'existe que trois réseaux de soins : ils se consacrent à la périnatalité, aux patients diabétiques et au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Comme rappelé par la Présidente du CISS Mayotte, pour la population, les transports sanitaires se limitent à 6 ambulances privées et quelques taxis conventionnés dans la journée, sans aucune offre la nuit. Il n'existe pas non plus de réseau de transports en commun sur l'Ile.

Recommandations du CNOM :

- *Réduire les écarts entre besoins et offres de soins en augmentant progressivement le nombre de lits dans les spécialités sous-dotées. En ce sens, la Délégation salue la création d'un nouvel Hôpital dont la construction est en cours sur Petite Terre. Dédié aux soins de suite, y compris pour le retour des EVASAN, la Délégation se demande si sa vocation ne pourrait pas être élargie, en complémentarité avec les activités du CHM.*

- *Par ailleurs, le projet d'extension du CHM augmentant le nombre de lits de MCO de près de 25% semble à même de combler une partie de l'insuffisance structurelle de l'île. Le CNOM souhaite qu'un choix rapide entre les options envisagées (restructuration ou relocalisation) soit fait, afin que ce projet prenne vie au plus vite.*

- *Permettre le développement de la chirurgie programmée par la mise aux normes des blocs opératoires et en augmenter leur nombre, ce qui aura d'ailleurs un impact direct sur la capacité à recruter des praticiens, notamment de jeunes chirurgiens. Cela représentera également un point rassurant pour tous les corps de métiers, ce qui réduira les causes de non attractivité de l'île et contribuera à son développement économique.*

- *Prendre une mesure une mesure dérogatoire d'agrément administratif, afin que les chirurgiens puissent exercer sereinement leurs activités pédiatriques, tant dans les situations d'urgence qu'en chirurgie programmée, lorsque l'évacuation sanitaire n'est pas impérative.*

Prévention, dépistage et éducation à Mayotte

Une Ordonnance[14] a étendu à Mayotte, une disposition du droit national et international qui précise que *« les frais concernant les mineurs et ceux destinés à préserver la santé de l'enfant à naître sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures à »* un montant à déterminer. Cette disposition incluait les étrangers en situation irrégulière, y compris en affection grave et durable.

Malheureusement, la Délégation constate que, quatre ans après sa promulgation, cette Ordonnance ne produit pas les effets attendus, en raison de moyens de financement entre autres.

Politique de prévention

L'objectif affiché en 2009 de réduction de la mortalité maternelle et infantile demeure hors de portée, le conseil départemental jugeant insuffisant le financement reçu de l'État et limitant en conséquence ses interventions pour remplir ces missions concernant les grossesses, les vaccins et la contraception.

[14] Ordonnance 2012-785 du 31 mai 2012

La PMI est également dans une situation hautement préoccupante. Elle accueille dans ses antennes, outres les mahorais assurés sociaux, 70% de personnes sans couverture sociale. Devant le déficit numérique de généralistes en ambulatoire et le frein pour la population que représente le reste à charge chez les libéraux, les actions de PMI sont loin de permettre un taux de vaccination de 95% chez les enfants de moins de 6 ans. Une large proportion des grossesses chez des femmes sans couverture sociale échappe aussi à un suivi normal.

Le déficit de la vaccination en PMI tient aussi à un manque de soignants habilités à vacciner et parfois de vaccins. Ce sont les Dispensaires qui tentent de se substituer à la PMI, sans parvenir à couvrir toute la population cible, pourtant la plus fragile et la plus exposée aux risques sanitaires. Au-delà de 6 ans, c'est la médecine scolaire qui devrait succéder à la PMI, mais il est dénombré trois médecins scolaires sur l'Île et 41 infirmières pour 89.000 élèves, dont 52.000 dans le premier degré. Le Vice-Rectorat déplore lui-même ne pas pouvoir assurer la visite des 6 ans.

Pour les autres actions de prévention organisées, la population de Mayotte reste en dehors du champ de celles qui sont financées par la CNAMTS dans tous les autres départements français, cette dernière estimant ne pas pouvoir intervenir en raison de la règlementation en vigueur à Mayotte.

Actions de dépistage

Il a été porté à la connaissance de la Mission que les actions de dépistage sont elles aussi insuffisantes, que ce soit au sujet de la dénutrition infantile fortement présente dans certaines couches de la population, ou de celui des troubles sensoriels, générant des pertes de chance pour toute une génération d'enfants.

Les établissements scolaires ont décidé de se mobiliser sur ces sujets, malgré le sous-effectif important en médecine scolaire. En effet, selon ce que nous a indiqué Mme le Vice-Recteur, alors que 7% des enfants métropolitains portent des lunettes correctrices, ils ne sont que 1% à Mayotte. En partenariat avec le Rotary et une Mutuelle proche de l'éducation nationale, le Vice-rectorat de Mayotte veut organiser une opération s'adressant aux 7 200 écoliers de CP afin de pouvoir les prendre en charge entièrement, du dépistage à la fourniture des verres correcteurs. Outre d'importants problèmes logistiques pour mener à bien une telle action, la présence d'un seul ophtalmologue sur l'île et d'un seul orthoptiste, tous deux au CHM, avec le départ récent du seul médecin libéral à compétence ophtalmologique, va nécessiter d'implémenter des idées originales auxquelles le Conseil de l'Ordre des médecins apportera toute ses contributions.

Le Vice-rectorat s'implique aussi sur la dénutrition. La scolarisation apporte l'assurance que les enfants reçoivent au moins un repas par jour, alors même que les conditions de vie précaires des résidents clandestins (50% des élèves sont sans papier) dans des habitats de fortune et le manque de ressources d'une large frange de la population mahoraise, y compris pour ses besoins vitaux élémentaires[15], touchent fortement les enfants.

[15] Rapport de la Cour des comptes 2014 sur la Santé Outre-Mer.

Recommandations du CNOM :

- *Permettre de façon prioritaire au département de Mayotte de mettre en place les missions qui sont les siennes en matière de PMI et d'Aide Sociale à l'Enfance avec, pour ce faire, une dotation budgétaire suffisante. Et soutenir administrativement toutes les initiatives concrètes, fussent-elles dérogatoires, en attendant que les collectivités locales puissent assumer leurs missions de prévention et de dépistage.*

- *Déléguer, dans le cadre de protocoles adaptés au territoire et comportant un arbre décisionnel, des actions de vaccination aux personnels infirmiers formés.*

- *Impliquer fortement les sages-femmes dans leur rôle de vaccination de la femme enceinte, de son entourage et de l'enfant à naître.*

- *Déléguer des actions de repérage des troubles visuels chez l'enfant à des professionnels formés sur place dans l'objectif d'équiper en verres correcteurs les enfants qui en ont besoin parmi les 7 000 enfants qui entrent en CP annuellement. A cet effet, le CNOM a pris l'attache au plan national avec le Conseil National Professionnel de l'Ophtalmologie, le Syndicat National des Ophtalmologistes de France et le Service d'ophtalmologie pédiatrique de l'Hôpital Necker-Enfants malades. Toutes ces parties prenantes se sont accordées pour la mise en place rapide d'une formation des personnels nécessaires[16] par « e-learning », première étape d'un processus plus ambitieux. Cela suppose une dotation financière spécifique, du Ministère, de l'ARS-OI et des acteurs locaux, pour que cette formation à distance puisse être mise en œuvre et supervisée localement.*

[16] Voir en annexe.

Un danger sanitaire majeur en puissance

Le risque sanitaire de propagation d'épidémies ou de maladies infectieuses recensées à Mayotte ou dans la région, comme la tuberculose, la fièvre de la vallée du Rift, la leptospirose, la fièvre jaune, les dengues, mais aussi des maladies qu'on pensait ne plus voir en France, comme la lèpre, la typhoïde, le choléra, dont la dernière épidémie à Mayotte a eu lieu en 2 000, est devenu une préoccupation majeure ces dernières années, que ce soit au niveau d'une menace locale, mais aussi d'un risque de projection vers La Réunion ou la métropole.

Démographie médicale et pistes à explorer pour son amélioration par l'attractivité de l'Ile.

Conditions générales d'exercice tous secteurs confondus et conditions de vie des médecins et de leur famille.

Le coût de la vie élevé, l'insécurité par atteintes aux biens et aux personnes, la difficulté à trouver un travail pour le conjoint du médecin, et un niveau qui reste moyen dans l'enseignement au-delà du primaire sont des facteurs à prendre en compte quand on s'intéresse à l'attractivité du territoire au-delà du seul regard qui concernerait l'exercice professionnels des médecins et des autres professionnels de santé. La Délégation a reçu l'écho que les actions de la préfecture de Mayotte commencent à porter leurs fruits en matière de sécurité et forme le vœu que cette amélioration, essentielle pour la qualité de la vie des résidents, se renforcera encore plus rapidement. La Délégation connait aussi les actions menées par le Vice-Rectorat pour accroître la qualité de l'enseignement primaire et secondaire sur l'Île ainsi que sur le recrutement des enseignants.

Pour les professionnels de santé, des tensions psychologiques fortes et la surcharge permanente des demandes de soins, que ce soit en dispensaire, en cabinet libéral, ou à l'hôpital ne sont pas de nature à construire l'attractivité de l'Ile, alors même que la Délégation a constaté elle-même et tient à saluer leurs forts investissements personnels dans l'exercice de leurs métiers au bénéfice des populations, ainsi que leur attachement à Mayotte.

Nous exprimons ici notre vive sympathie aux internes, parfois insuffisamment encadrés en raison de l'affluence des patients, et fréquemment confrontés à des situations humainement éprouvantes liées aux conditions de précarité de vie des populations, et à l'insuffisance de l'offre de soins des secteurs de soins d'aval qui peuvent les marquer durablement et ne pas contribuer à la réputation des stages sur l'Ile, quand bien même ils auraient ainsi l'occasion de se confronter à des situations pathologiques qu'ils ne rencontreraient pas ailleurs, puisque cet argument a été évoqué devant la Délégation.

Nous n'oublions pas non plus les médecins requis devant l'afflux des migrants pour déterminer ceux d'entre eux qui, en raison de leur état de santé constaté, pourront rester sur le territoire et avoir les soins que leur état immédiat requière et ne sont donc pas en situation de pouvoir être expulsé d'emblée. En 2014, 9.991 étrangers en situation irrégulière - soit plus de 50 par jour - ont été expulsés après avoir été interpellés, que ce soit sur terre ou en mer, sans que leur état de santé l'interdise.

Recommandations du CNOM :

- *Le CNOM considère que la prise en charge sanitaire globale des populations sur le département ne peut être dissociée des conditions beaucoup plus générales sur l'équipement de l'île et ses infrastructures. Il a conscience des moyens déjà mis en œuvre mais s'interroge sur le point de savoir si un statut temporaire de zone franche, non seulement dans le secteur médical et sanitaire, mais dans tous les domaines économiques ne serait pas de nature à accélérer le développement et le processus de départementalisation de l'Ile.*

- *Dans la prise en charge sanitaire des populations, et en attente du déploiement des équipements et des moyens humains tant dans le secteur public que dans le secteur privé, le CNOM s'interroge sur une solution additionnelle qui serait de s'appuyer sur les expertises, les moyens et les contributions du Service de Santé des Armées (SSA) dans les spécialités faisant cruellement défaut à Mayotte, telle l'ophtalmologie par exemple.*

L'amélioration du niveau sanitaire de l'île passe par l'accroissement de son attractivité. Cette attractivité sera évidemment liée au développement économique général de l'Île joint à la maîtrise de sa démographie et de sa sécurité intérieure. Ces sujets, majeurs, ne relèvent pas des compétences de la Délégation, mais nous ne pouvions pas les occulter.

En matière de densification de la présence médicale, la Délégation a bien noté de la part de tous ses interlocuteurs que l'accroissement de l'attractivité peut aussi passer par diverses mesures organisationnelles et/ou financières d'effets plus immédiats.

Démographie dans le secteur public hospitalier et ambulatoire

Le CHM et les Dispensaires proposent 211 postes équivalents temps plein (ETP) de praticiens. Actuellement, il n'y a que 30% de ces postes (66 ETP) qui sont occupés par des médecins établis de façon pérenne à Mayotte, alors que ce ratio était de près de 50% en 2014.

Les médecins n'ayant qu'une activité à durée déterminée au CHM sont donc de plus en plus nombreux. Ils bénéficient d'un salaire élevé et pendant 6 mois d'une voiture et d'un logement gratuits. Le CHM a dû pallier au plus pressé pour faire face au déficit des médecins qui s'y établissent de façon stable. Pourtant des mesures propres à régler cette stabilité seraient seules à même de construire, avec la Direction du CHM, un projet médical d'établissement à moyen ou long terme, et le développement de projets de recherche.

Il a été rapporté également à la Délégation que le quota élevé de ces praticiens à activité temporaire génère des tensions au sein de la communauté médicale hospitalière, pour des raisons extra médicales. En effet, il devient plus intéressant financièrement pour un médecin d'être praticien contractuel, ou pluri-contractuel si l'on revient régulièrement pour quelques mois, que titulaire.

Les médecins hospitaliers rapportent que la mise en place d'une l'Indemnité Particulière d'Exercice (IPE), compensant partiellement la diminution du pouvoir d'achat des médecins du fait de la

fiscalisation de leur traitement, ne les satisfait pas car elle leur impose, en contrepartie, un engagement au CHM pour quatre ans avec obligation pour le praticien de rembourser la totalité de cet avantage si, quelle qu'en soit la raison, il n'achève pas son engagement de quatre années.

Ces conditions draconiennes et sans équivalent dans la fonction publique sont apparues contre-productives à la Délégation : ainsi, alors 83 praticiens avaient signé cet engagement en 2014, et ne sont plus que 75 fin 2016.

Recommandations du CNOM :

- *Rendre attractifs les recrutements pérennes en activant des mesures incitatives comme une évolution de carrière améliorée pour ces praticiens, des possibilités de retour dans leur poste d'origine, ou des avantages sociaux en matière points de retraite, par exemple.*

- *Rendre le CHM plus attractif en améliorant encore son plateau technique et en développant les champs de ses possibilités de prises en charge, notamment chirurgicales.*

- *Redéfinir les avantages, notamment fiscaux et les conditions de durée de l'IPE. Le contrat pourrait instaurer un temps incompressible de séjour professionnel pour bénéficier de l'IPE mais permettre aussi qu'au-delà d'un seuil, ou en fonction de certaines circonstances indépendantes de la volonté du médecin, s'appliquerait une règle de prorata temporis, si le contrat était rompu par le médecin avant son terme.*

Démographie dans le secteur de la médecine libérale

Dans le secteur libéral, la densité[17] de généralistes est de 7/100.000 habitants soit environ 16 fois plus faible qu'à La Réunion et 15 fois plus faible qu'en métropole. Celle des spécialistes est de 3/100.000 habitants soit environ 20 fois plus faible qu'à La Réunion et 30 fois plus faible qu'en métropole. Plus préoccupant encore, les effectifs déjà faméliques sont en décroissance constante : le nombre total de généralistes est ainsi passé de 27 en 2012 à 15 fin 2016, celui des spécialistes de 12 à 7 sur la même période.

Bien qu'il n'y ait que 22 médecins d'exercice libéral inscrits au Tableau du département de Mayotte (15 généralistes et 7 spécialistes), les dispositifs concernant les zones dites en sous-effectif ne sont pas proposés aux médecins libéraux, alors que Mayotte est indéniablement un désert médical. La zone franche médico-sociale espérée, dispositif dont on a pu constater l'efficacité partout à l'époque de l'instauration des Zones Franches Urbaines (ZFU), n'a pas été mise en œuvre, alors que le secteur du BTP peut en bénéficier.

[17] Ces calculs sont effectués sur la base d'une population mahoraise de 212.000 habitants. Comme ce chiffre est possiblement deux fois plus élevé, en tenant compte des résidents clandestins, les densités réelles seraient 2 fois plus faibles.

Au-delà de ces mesures, les rares médecins libéraux de secteur I qui sont encore installés sur l'Île ne bénéficient pas des avantages conventionnels auxquels les médecins exerçant dans les autres départements français ont droit, comme la participation de l'assurance-maladie à leurs cotisations Urssaf et de retraite, et la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. De plus, l'impôt sur leurs BNC est de même niveau qu'en métropole alors que l'explosion du montant des loyers, les frais spécifiques de sécurisation d'une structure et d'embauche d'un traducteur pour l'importante part de la patientèle non francophone, génèrent des charges plus importantes qu'ailleurs.

Dix des dix-sept communes de l'île ne disposent pas de médecin généraliste. Un pôle de santé est en cours d'organisation, avec le soutien de l'ARS. Il n'existe à ce jour aucune maison de santé pluridisciplinaire regroupant des praticiens sur un territoire de soins.

La Délégation a noté avec intérêt que si l'intercommunalité est difficile à mettre en place, il existe une entité prête à fonctionner sur Petite Terre et que, si elle ne permet pas encore d'envisager la création de structures de soins, un projet immobilier de 240 logements prévoit pour la première fois des locaux pour des professionnels de santé libéraux. Les élus locaux aimeraient que des porteurs de projet viennent les solliciter. `

Il est à noter que le directeur du CHM était prêt lui aussi à proposer des locaux pour l'installation de médecins libéraux.

Recommandations du CNOM :

- *Assurer l'adéquation entre les terrains de stage mahorais proposés aux internes en médecine générale et ceux pourvus, en espérant ainsi générer des implantations sur l'Ile. Déjà en place dans les dispensaires, on a assisté en 2016 à l'ouverture sur Mayotte de terrains de stage ambulatoire chez des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) libéraux. Un premier MSU, médecin généraliste libéral, a ainsi accueilli en novembre son premier interne stagiaire. Cette voie doit être fortement soutenue.*

- *Soutenir l'initiative du Vice-Rectorat visant à la création d'une « filière mahoraise » pour identifier des lycéens prédisposés à réussir dans un cursus universitaire, notamment en PACES, et les préparer à la réussite de leur venue en métropole dans des régions où ils pourraient être soutenus et encadrés, grâce à des partenariats les concernant avec des UFR Santé. Ainsi cette initiative organisée avec Amiens et Angers devrait être soutenue pour s'étendre.*

- *Faire appliquer à Mayotte la Convention nationale établissant les relations des médecins libéraux avec l'Assurance maladie.*

- *Permettre aux assurés sociaux d'avoir recours au secteur libéral en instaurant la dispense du reste à charge pour ceux qui réunissent les conditions d'attribution de la CMU-C et de l'ACS.*

- *Soutenir les collectivités locales pour qu'elles aient les moyens d'assurer leur compétence en santé et sociales, car, comme le rappelle la Cour des comptes en 2016, « Département et communes sont à Mayotte en situation financière proche de l'impasse avec des perspectives préoccupantes du fait du renoncement de l'Etat à réaliser son engagement de leur assurer le maintien de leur ressources au même niveau qu'en 2012 ».*

- *Impliquer le Conseil départemental de Mayotte et le conseil Interrégional Réunion-Mayotte dans une politique volontariste pour construire l'offre de soins libérale et publique à Mayotte. Cette approche territoriale est indispensable en partenariat avec les collectivités territoriales et les organes de l'Etat. Au niveau des collectivités territoriales, le meilleur interlocuteur nous semble être l'association des maires de Mayotte qui, lors d'un entretien avec son président, a montré des dispositions très favorables pour s'attaquer à la démographie médicale. L'Ordre doit être un promoteur de cette politique territoriale en incitant l'association des maires à entreprendre un programme immobilier qui permettrait à la fois de sécuriser les cabinets médicaux et le logement personnel des médecins. Un projet est en cours de réalisation sur Petite Terre. Il est absolument indispensable que le conseil départemental profite de cette opportunité immobilière pour organiser une offre de soins à ce niveau.*

- *Associer le Conseil départemental de Mayotte de l'Ordre des médecins à la formation et la mise en place de l'enseignement de la médecine générale, sur le territoire de l'Ile. Cette même réflexion s'applique à la médecine de deuxième recours. L'Ordre devra également s'attacher à favoriser les coopérations publiques/privées avec le centre hospitalier de Mayotte. L'Ordre, dans ses composantes départementale et régionale doit s'approprier cette démarche et s'investir pour la réalisation de structures de soins.*

OBSERVATIONS DE LA MISSION ET RECOMMANDATIONS DU CNOM SUR LES RELATIONS INTERDÉPARTEMENTALES AU SEIN DE LA RÉGION FRANÇAISE DE L'OCÉAN INDIEN

La région française de l'Océan indien est scindée en deux départements sans contiguïté où la communication se réalise exclusivement par voie aérienne sur un temps de deux heures de vol, ce qui, en matière sanitaire, suppose des mesures spécifiques, d'autant plus que les niveaux des équipements des établissements ainsi que les démographies des professionnels de santé sont fortement différents. Ce sont donc à la fois des mesures spécifiques pour Mayotte qu'il faut prendre d'urgence et des mesures d'organisations structurées et coordonnées entre les deux départements de la Région.

Mayotte est le dernier hôpital de France à ne pas fonctionner à la TAA, contrairement aux hôpitaux composant le CHU de La Réunion

Le choix du maintien d'un système de dotation globale pour le CHM pose des interrogations importantes, même si la situation locale le rendait pour un temps nécessaire. Plus de la moitié du budget du CHM sert à prendre en charge des patients non-assurés sociaux. Ses prestations de soins incluent consultations, examens complémentaires, hospitalisations mais aussi la délivrance de tous les médicaments aux patients quittant les services, ou examinés en consultations externes. L'État a fait un effort considérable, mais encore insuffisant compte tenu de l'augmentation de l'activité de plus de 25% en 3 ans. Le CHM dispose d'une enveloppe globale, avec des réajustements en général trois fois par an. Il se trouve actuellement en déficit d'environ 7 millions d'Euros, pour un budget de 220 millions. Celui-ci pourrait encore s'aggraver. Au vu des besoins de la population, la Délégation se demande comment et sur quels postes budgétaires l'ARS Océan Indien pourrait imposer un plan de redressement.

La Délégation a pris connaissance des informations qui lui ont été dites. Au niveau de la région Océan Indien, la différence des modes d'allocation de budget (TAA à La Réunion, Dotation globale à Mayotte) va créer des difficultés entre des établissements qui seraient liés entre eux au sein d'un même GHT, dont le projet médical commun ne semble pas avoir été non plus suffisamment partagé et construit avec l'implication des praticiens des deux entités.

GHT Réunion-Mayotte : le seul avec 1 400km entre les structures le composant

Il n'y a pas d'autre exemple d'une telle distance entre deux établissements d'un même GHT piloté par une même ARS. Ainsi, la Guyane qui n'est pas plus peuplée que Mayotte et est aussi éloignée de son hôpital de référence dispose d'une ARS indépendante.

Les problématiques liées à la seule distance sont déjà difficilement gérables, ne serait-ce que par la rareté des liaisons aériennes (une seule rotation quotidienne). Mais de plus, comment assurer les consultations de suivi post-chirurgical si les compétences n'existent pas à Mayotte et que les chirurgiens du CHU de La Réunion ne sont pas astreints à des séjours réguliers à Mayotte ?

Par ailleurs, la palette des interventions chirurgicales réalisables au CHM est réduite, ce qui génère de lourds besoins d'EVASAN (1100 cas en 2016, contre 600 en 2014).

Or, un écueil est lié à la prise en charge et au devenir des patients mahorais évacués vers La Réunion. Ces patients ne disposent souvent pas de possibilité d'hébergement sur place et n'ont pas les moyens d'y subvenir. Comme en parallèle, le nombre de foyers ou autres structures d'accueil est très limité à ce jour et qu'il n'y a pas encore de structure d'aval à Mayotte, les durées de séjour des patients évacués sont en moyenne quatre fois plus longues que celle des réunionnais pour le même motif, en raison aussi de l'état de santé souvent précaire des évacués. Cela rend plus complexe le fonctionnement des services du CHU et inquiète les praticiens. Ceux-ci peuvent devenir réticents à accueillir des patients venant d'un territoire dont le CHU de La Réunion est pourtant l'établissement de référence et de second recours. Pour illustration, chaque année, une trentaine d'enfants comoriens sont évacués pour des soins spécialisés à La Réunion, où, ne bénéficiant pas de l'Aide Sociale à l'Enfance ni donc de possibilité d'être placés en familles d'accueil, ils demeurent longuement hospitalisés au CHU, développant parfois de ce fait des troubles psychologiques.

La construction d'une unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 50 lits est en cours à Mayotte, ce qui est une heureuse nouvelle. Mais les problèmes pourraient devenir les mêmes car cet hôpital pourrait être très rapidement occupé par des séjours de durée prolongée en raison de l'absence de possibilité de prise en charge ambulatoire du fait de l'insuffisance de services et structures médico-sociales.

L'absence de l'AME à Mayotte fait naître d'autres tensions sur l'accueil des patients évacués sanitaires, lorsqu'ils ils ne sont pas assurés sociaux inscrits à la CSSM du fait que le CHU redoute de devoir fournir des soins au patient hospitalisé, pour des durées parfois plus longues que ce qui serait nécessaire, et que ces actions ne lui soient pas valorisées dans le cadre de sa TAA. La Cour des comptes relativise l'impact financier réel des évacués de Mayotte pour le CHU de la Réunion. Elle relève des insuffisances du CHU en termes d'organisation, de comptabilisation, de gestion des dossiers de remboursements et surtout de l'absence d'un circuit de retour à Mayotte des évacués sanitaires (le patient attendant dans un lit hospitalier la rotation d'une équipe d'évacuation depuis Mayotte, pour être ramené par cette équipe du CHM). Elle demande aussi au CHU de mieux différencier les pertes liées aux EVASAN et celles liées aux autres patients originaires de la zone Océan Indien (Maurice, Madagascar, Seychelles) et qui se présentent au CHU.

Dans les faits, si l'EVASAN est liée à une situation d'urgence, l'absence d'AME n'empêche pas la rétribution du CHU. Idem en ce qui concerne les soins prodigués aux mineurs ou pour la santé des enfants à naître (incluant les femmes enceintes). Pour les évacuations non urgentes, le patient pourra faire valoir ses droits à l'AME dès son 91ème jour de présence sur le territoire national. La demande d'admission à l'AME est faite par le CHM, ce qui commence à faire courir le délai des 90 jours, le CHU prenant la suite du dossier une fois le patient arrivé au CHU. Les longs délais d'attente pour ce type d'évacuations, couplés avec une possible rétroactivité de 30 jours pour l'ouverture des droits, réduisent les conséquences budgétaires du CHU. Et même en cas de rejet de la demande d'AME, une prise en charge des frais est prévue ; elle relève de la Direction Régionale de le Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale.

Par crainte de ce genre de problèmes, il n'est pas rare que le CHU ait du mal à accepter d'accueillir des patients du CHM. C'est notamment le cas pour la neurochirurgie, y compris traumatique et les AVC alors qu'il n'existe pas d'unité neuro-vasculaire au CHM. Et c'est entre les médecins de ces deux établissements que des tensions liées à des arbitrages de

disponibilités d'accueil, dont ils devraient être exempts, vont alors s'exercer.

Les médecins du CHM estiment que tant que ce CHU de La Réunion n'aura pas atteint un niveau de développement suffisant pour accueillir les patients en évacuation sanitaire de Mayotte et pouvoir leur proposer des hébergements temporaires en attendant le moment où leur état leur permettrait de rentrer à Mayotte, il faudrait élargir les possibilités du comité d'EVASAN mahorais lorsque le CHU de La Réunion décline une demande d'évacuation.

La situation médicale entre les hôpitaux composant le CHU de La Réunion, le CHM de Mayotte, les dispensaires sur Mayotte et les secteurs libéraux de La Réunion comme de Mayotte devrait imposer des engagements bilatéraux dans l'optique du fonctionnement des Territoires pour les soins de proximité dans la Région[18].

[18] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/initiativesreussiesdanslesterritoires.pdf

Recommandations du CNOM :

- *Créer les conditions d'une collaboration optimisée entre CHU et CHM au sein du GHT : si la Délégation ne peut se prononcer sur la différence d'allocation budgétaire et les arbitrages sur les priorités parfois antagonistes des deux entités, elle estime que seule une vision harmonieuse du projet médical partagé mettant en avant les compétences des équipes de chaque établissement permettra une bonne mutualisation des services généraux et des équipements.*

- *Assurer une meilleure présence des chirurgiens du CHU à Mayotte, par spécialité et par rotation, en créant de nouveaux schémas d'organisation, incluant la télémédecine entre les deux établissements, pour rendre cette organisation attractive et dynamique, comme, par exemple, en permettant dans certaines situations, qu'un praticien du CHM puisse être le référent et assurer une consultation post-chirurgicale en lien dématérialisé avec le chirurgien du CHU.*

- *Soutenir le projet du CHU de créer un « parcours du patient mahorais au CHU» pour désamorcer des conflits n'ayant pas lieu d'être au regard de l'éthique médicale, du dévouement dû aux patients, de la compétence des médecins et de la déontologie des soignants. On peut citer le développement de structures d'hébergement à la Réunion pour les patients mahorais, une réduction des tensions concernant le statut des évacués au regard de l'AME, et le développement des prises en charge d'aval à Mayotte permettant le retour et le suivi.*

- *Élargir les possibilités du comité d'EVASAN mahorais afin qu'il puisse solliciter d'autres centres hospitaliers en métropole pour l'accueil de patients que le CHU de La Réunion ne pourrait accueillir.*

- *Définir dans le cadre de l'organisation régionale des soins et de la santé un schéma qui permette à chaque acteur de répondre au mieux aux besoins de la population de son île. L'idée d'une allocation à la Délégation Territoriale de Mayotte de dotations financières fléchées pour réaliser ces investissements prioritaires est soutenue par la Délégation.*

CONCLUSION ET RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS DU CNOM

La Délégation espère que son analyse de la situation, au travers de ses propres constats et de ce qui lui a été rapporté, permettra d'engager des actions pour le développement d'offres de soins harmonieusement reparties et complémentaires sur l'ensemble du territoire de la Région française de l'Océan Indien ainsi que le renforcement des moyens de formation.

Le CNOM est parfaitement conscient que les engagements de l'État et des collectivités territoriales conduisent à des améliorations régulières. Les décisions prises pour résoudre les difficultés suscitent parfois de nouvelles interrogations. À tous les niveaux de son organisation, l'Ordre des médecins apportera toutes ses contributions pour participer à leurs solutions.

C'est dans cet espoir que la Délégation, au terme de sa Mission, récapitule ici les recommandations qui ont été approuvées par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Ces recommandations suivent l'ordre de leur insertion dans le corps du rapport, sans que leur numérotation désigne un ordre prioritaire :

Recommandations concernant la formation médicale initiale à l'UFR Santé de La Réunion :

1. *Continuer de soutenir et développer activement l'UFR Santé La Réunion – Mayotte, tant sur le fonctionnement administratif qu'au niveau du recrutement des enseignants chercheurs titulaires.*

2. *Soutenir la création d'un enseignement spécifique de DFASM au sein de l'UFR Santé La Réunion. Cette création impose dans un laps de temps cohérent et progressif, la nomination de nouveaux enseignants chercheurs universitaires de spécialités médicales et chirurgicales. Ces derniers devront encadrer l'ensemble des étudiants de DFASM et développer une pédagogie interactive notamment grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) en partenariat avec l'université virtuelle française et d'autres universités.*
3. *Créer immédiatement au sein de la subdivision Océan indien de l'Inter-Région Sud-Ouest, des stages pratiques d'étudiants, tant au CHU de la Réunion qu'en médecine générale ou d'autres spécialités ambulatoires, proposés en priorité aux étudiants en DFASM issus de la faculté de la Réunion.*

4. *Développer des terrains de stages pratiques en médecine générale et/ou autres spécialités spécifiques à Mayotte, à temps partagé entre les deux départements. Un schéma organisationnel doit être proposé entre des regroupements de professionnels (type établissement, dispensaires, cabinet de groupe, MSP ou autres) avec des moyens et allocations spécifiques notamment par des prises en charge des transports pour les étudiants, leur hébergement et, pour ce qui concerne les médecins qui les accueillent, une compensation financière adaptée selon la structure d'accueil et le praticien.*

5. *Établir une dérogation règlementaire d'adéquation des postes d'internes de Médecine Générale. Cette adéquation doit être totale et stricte sur Mayotte et le Nord Est de La Réunion. Cette adéquation signifie que pour un poste ouvert au choix des internes, ce poste sera pourvu par ces derniers. Cette adéquation relève d'une dérogation aux textes règlementaires en vigueur et est déjà réalisée par de nombreuses subdivisions selon une demande commune ARS – CHU – UFR. Cette dérogation doit pouvoir concerner toutes les spécialités médicales.*

6. *Amplifier le développement d'une offre d'équipes de recherche scientifiques structurées autour de thématiques tant fondamentales que médicales (Santé publique, Sciences Humaines, …), avec l'appui et le soutien de structures labellisées type INSERM, CNRS, CIC, …*

Recommandations concernant le CHU de La Réunion :

7. *Faire connaitre et améliorer encore des conditions sécurisées d'accueil qui ont été développées par le Centre Hospitalier de Mamoudzou, afin de lever les craintes de praticiens du CHU de la Réunion à propos de leurs séjours, même de courte durée, à Mayotte.*

8. *Faire respecter strictement les obligations de service des assistants partagés entre le CHU de La Réunion et le CHM et impliquer les PU-PH dans des engagements de fonctions d'organisation, de soins et d'enseignement entre les deux établissements qui deviendraient membres d'un même GHT (voir infra sur le GHT de l'Océan Indien).*

9. *Inclure dans tous les contrats de recrutement de praticien pour le CHU de La Réunion une présence planifiée à Mayotte.*

Recommandations concernant TSN et le déploiement des moyens numériques dans la Région française de l'Océan indien :

10. *Faire en sorte qu'au-delà de l'expérimentation TSN à La Réunion, le déploiement du numérique en santé dans la Région soit également conçu pour répondre aux besoins majeurs de Mayotte, afin d'apporter sur l'Île les ressources d'expertise médicale dont elle ne dispose pas, en y intégrant de façon volontariste des outils de télémédecine reliant les dispensaires avec le CHM, les regroupements de professionnels de premier recours avec des centres de référence, publics ou privés, y compris pour le secteur libéral ce qui suppose de définir le modèle financier de prise en charge, une fois l'expérimentation évaluée.*

11. *Développer la télémédecine entre Mayotte et La Réunion pour qu'elle soit un moyen d'appui dans toutes les situations qui le nécessitent et notamment en ce qui concerne au les évacuations sanitaires (voir infra au Chapitre consacré à Mayotte) tant pour les contacts entre les médecins dans la prise de décision, que pour le suivi des patients revenus à Mayotte après les soins reçus à La Réunion.*

12. *Prévoir une vigilance renforcée sur le maintien des règles de sécurité et de protection des données personnelles de santé mises en application actuellement dans le Data Center, du fait de l'extension des échanges entre les deux Départements séparés dans l'Océan Indien.*

13. *Le CNOM rappelle la demande de la Délégation près l'ARS-OI pour que le Comité d'éthique mis en place pour TSN ne soit pas composé intuitu personae, mais qu'il soit totalement recomposé dans le cadre de l'Espace éthique régional prévu par la réglementation[19], avec une représentation ordinale institutionnelle officielle.*

14. *Le CNOM recommande le renforcement de la coordination entre les conseils ordinaux de la Région, afin d'exprimer des avis concordants tenant compte du caractère expérimental de TSN et du fait que les résultats seront évalués, y compris dans les dimensions éthiques ou déontologiques qui auraient pu apparaître. À cet égard, les conseils ordinaux de la région française de l'Océan indien prendront appui sur les publications officielles du Conseil national et pourront le solliciter en tant que de besoin.*

15. *Le CNOM demande un accompagnement des médecins et autres professionnels, en particulier du premier recours, pour qu'ils intègrent les avantages des outils numériques pour leurs patients et pour eux-mêmes dans les prises en charge coordonnées (dans le cadre de l'équipe de soins définie par la loi[20]), notamment pour ce qui concerne les pathologies au long cours, une fois le modèle économique proposé connu.*

Recommandations concernant Mayotte :

16. *Accélérer la mise en place de la CMU-C et de l'ACS afin que les assurés sociaux de Mayotte puissent accéder aux soins dans de meilleures conditions.*

17. *Envisager l'instauration d'une AME contrôlée, ce qui permettrait de mieux évaluer l'importance de la population en situation irrégulière sur l'Île de Mayotte pour des raisons sanitaires, et de définir ainsi les besoins financiers du secteur public (CHM et ses Dispensaires) pour y répondre par des moyens adaptés. Le CNOM recommande donc que cette voie soit activement explorée.*

18. *Poursuivre, en prolongement de la recommandation précédente, les efforts des pouvoirs publics pour limiter les arrivées de clandestins afin de réduire la vague qui submerge les moyens humains et techniques tant au CHM que dans les Dispensaires. À cet égard, outre les moyens déjà opérants et mis en œuvre par la Préfecture, le CNOM appuie le renforcement des coopérations françaises et internationales pour développer les équipements sanitaires, matériels et humains, dans l'archipel des Comores et Madagascar.*

19. *Renforcer la médecine générale de premier recours, sur les deux îles composant Mayotte, dans toutes leurs formes d'exercice.*

---

[19] Référence juridique sur la création des Espaces éthiques régionaux.
[20] Référence de la loi et du décret.

20. *Réduire les écarts entre besoins et offres de soins en augmentant progressivement le nombre de lits dans les spécialités sous-dotées. En ce sens, la Délégation salue la création d'un nouvel Hôpital dont la construction est en cours sur Petite Terre. Dédié aux soins de suite, y compris pour le retour des EVASAN, la Délégation se demande si sa vocation ne pourrait pas être élargie, en complémentarité avec les activités du CHM.*

21. *Faire un choix rapide entre les options de restructuration ou de relocalisation du CHM, compte tenu de son projet d'extension car ce projet d'extension en augmentant le nombre de lits de MCO de près de 25% semble à même de combler une partie de l'insuffisance hospitalière structurelle de l'Ile.*

22. *Permettre le développement de la chirurgie programmée par la mise aux normes des blocs opératoires et en augmenter leur nombre, ce qui aura d'ailleurs un impact direct sur la capacité à recruter des praticiens, notamment de jeunes chirurgiens.*

23. *La Délégation a pris connaissance qu'un certain nombre d'enfants mahorais bénéficient à juste titre d'interventions chirurgicales d'urgence au CHM, alors que celui-ci n'a pas l'agrément administratif. Cela expose personnellement les chirurgiens à engager leur responsabilité civile alors que leur abstention exposerait les enfants à une situation de péril imminent. Le CNOM demande à l'ARS une mesure dérogatoire afin que ces chirurgiens puissent exercer sereinement leurs activités, tant dans cette situation d'urgence qu'en matière de chirurgie pédiatrique programmée lorsque l'évacuation sanitaire n'est pas impérative.*

24. *Permettre de façon prioritaire au Département de Mayotte de mettre en place les missions qui sont les siennes en matière de PMI et d'Aide Sociale à l'Enfance avec, pour ce faire, une dotation budgétaire suffisante. Et soutenir administrativement toutes les initiatives concrètes, fussent-elles dérogatoires, en attendant que les collectivités locales puissent assumer leurs missions de prévention et de dépistage.*

25. *Déléguer, dans le cadre de protocoles adaptés au territoire et comportant un arbre décisionnel, des actions de vaccination aux personnels infirmiers formés, et Impliquer fortement les sages-femmes dans leur rôle de vaccination de la femme enceinte, de son entourage et de l'enfant à naître.*

26. *Déléguer des actions de repérage des troubles visuels chez l'enfant à des professionnels formés sur place dans l'objectif d'équiper en verres correcteurs les enfants qui en ont besoin parmi les 7 000 enfants qui entrent en CP annuellement. A cet effet, le CNOM a pris l'attache au plan national avec le Conseil National Professionnel de l'Ophtalmologie, le Syndicat National des Ophtalmologistes de France et le Service d'ophtalmologie pédiatrique de l'Hôpital Necker-Enfants malades. Toutes ces parties prenantes se sont accordées pour la mise en place rapide d'une formation des personnels nécessaires[21] par « e-learning », première étape d'un processus plus ambitieux. Cela suppose une dotation financière spécifique, du Ministère, de l'ARS-OI et des acteurs locaux, pour que cette formation à distance puisse être mise en œuvre et supervisée localement.*

[21] Voir en annexe.

27. *Le CNOM considère que la prise en charge sanitaire globale des populations sur le département ne peut être dissociée des conditions beaucoup plus générales sur l'équipement de l'île et ses infrastructures. Il a conscience des moyens déjà mis en œuvre mais s'interroge sur le point de savoir si un statut temporaire de zone franche, non seulement dans le secteur médical et sanitaire, mais dans tous les domaines économiques ne serait pas de nature à accélérer le développement et le processus de départementalisation de l'Ile.*

28. *Dans la prise en charge sanitaire des populations, et en attente du déploiement des équipements et des moyens humains tant dans le secteur public que dans le secteur privé, le CNOM s'interroge sur une solution additionnelle qui serait de s'appuyer sur les expertises, les moyens et les contributions du Service de Santé des Armées (SSA) dans les spécialités faisant cruellement défaut à Mayotte, telle l'ophtalmologie par exemple.*

29. *Rendre attractifs les recrutements pérennes au CHM en activant des mesures incitatives comme une évolution de carrière améliorée pour ces praticiens, des possibilités de retour dans leur poste d'origine, ou des avantages sociaux par l'acquisition bonifiée de points de retraite.*

30. *Rendre le CHM plus attractif en améliorant encore son plateau technique et en développant les champs de ses possibilités de prises en charge, notamment chirurgicales, ce que son extension devrait permettre.*

31. *Redéfinir les conditions de durée de l'IPE et instaurer un temps incompressible de séjour professionnel après lequel s'appliquerait un prorata temporis, si le contrat était rompu par le médecin avant son terme.*

32. *Assurer l'adéquation entre les terrains de stage mahorais proposés aux internes en médecine générale et ceux pourvus, en espérant ainsi générer des implantations sur l'Ile. Déjà en place dans les dispensaires, on a assisté en 2016 à l'ouverture sur Mayotte de terrains de stage ambulatoire chez des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) libéraux. Un premier MSU, médecin généraliste libéral, a ainsi accueilli en novembre son premier interne stagiaire. Cette voie doit être fortement soutenue.*

33. *Soutenir l'initiative du Vice-Rectorat visant à la création d'une « filière mahoraise » pour identifier des lycéens prédisposés à réussir dans un cursus universitaire, notamment en PACES, et les préparer à la réussite de leur venue en métropole dans des régions où ils pourraient être soutenus et encadrés, grâce à des partenariats les concernant avec des UFR Santé. Ainsi cette initiative organisée avec Amiens et Angers devrait être soutenue pour s'étendre.*

34. *Faire appliquer à Mayotte la Convention nationale établissant les relations des médecins libéraux avec l'Assurance maladie.*

35. *Permettre aux assurés sociaux d'avoir recours au secteur libéral en instaurant la dispense du reste à charge pour ceux qui réunissent les conditions d'attribution de la CMU-C et de l'ACS.*

36. *Soutenir les collectivités locales pour qu'elles aient les moyens d'assurer leur compétence en santé et sociales, car, comme le rappelle la Cour des comptes en 2016, « Département et communes sont à Mayotte en situation financière proche de l'impasse avec des perspectives préoccupantes du fait du renoncement de l'État à réaliser son engagement de leur assurer le maintien de leur ressources au même niveau qu'en 2012 ».*

37. *Impliquer le Conseil départemental de Mayotte et le Conseil inter régional Réunion-Mayotte dans une politique volontariste pour construire l'offre de soins libérale et publique à Mayotte. Cette approche territoriale est indispensable en partenariat avec les collectivités territoriales et les organes de l'État. Au niveau des collectivités territoriales, le meilleur interlocuteur nous semble être l'association des maires de Mayotte qui, lors d'un entretien avec son président, a montré des dispositions très favorables pour s'attaquer à la démographie médicale. L'Ordre doit être un promoteur de cette politique territoriale en incitant l'association des maires à entreprendre un programme immobilier qui permettrait à la fois de sécuriser les cabinets médicaux et le logement personnel des médecins. Un projet est en cours de réalisation sur Petite Terre. Il est absolument indispensable que le conseil départemental profite de cette opportunité immobilière pour organiser une offre de soins à ce niveau.*

38. *Associer le Conseil départemental de Mayotte de l'Ordre des médecins à la formation et la mise en place de l'enseignement de la médecine générale, sur le territoire de l'Ile. Cette même réflexion s'applique à la médecine de deuxième recours. L'Ordre devra également s'attacher à favoriser les coopérations publiques/privées avec le centre hospitalier de Mayotte. L'Ordre, dans ses composantes départementale et régionale doit s'approprier cette démarche et s'investir pour la réalisation de structures de soins.*

Recommandations concernant les relations entre les départements de La Réunion et de Mayotte constituant la Région française de l'Océan Indien et recommandations concernant le GHT de l'Océan Indien :

39. *Créer les conditions d'une collaboration optimisée entre CHU et CHM au sein du GHT : si la Délégation ne peut se prononcer sur la différence d'allocation budgétaire et les arbitrages sur les priorités parfois antagonistes des deux entités, elle estime que seule une vision harmonieuse du projet médical partagé mettant en avant les compétences des équipes de chaque établissement permettra une bonne mutualisation des services généraux et des équipements.*

40. *Assurer une meilleure présence des chirurgiens du CHU à Mayotte, par spécialité et par rotation, en créant de nouveaux schémas d'organisation, incluant la télémédecine entre les deux établissements, pour rendre cette organisation attractive et dynamique, comme, par exemple, en permettant dans certaines situations, qu'un praticien du CHM puisse être le référent et assurer une consultation post-chirurgicale en lien dématérialisé avec le chirurgien du CHU.*

41. *Soutenir le projet du CHU de créer un « parcours du patient mahorais au CHU» pour désamorcer des conflits n'ayant pas lieu d'être au regard de l'éthique médicale, du dévouement dû aux patients, de la compétence des médecins et de la déontologie des soignants. On peut citer le développement de structures d'hébergement à la Réunion pour les patients mahorais, une réduction des tensions concernant le statut des évacués au regard de l'AME, et le développement des prises en charge d'aval à Mayotte permettant le retour et le suivi.*

42. *Élargir les possibilités du comité d'EVASAN mahorais afin qu'il puisse solliciter d'autres centres hospitaliers en métropole pour l'accueil de patients que le CHU de La Réunion ne pourrait accueillir.*

43. *Définir dans le cadre de l'organisation régionale des soins et de la santé un schéma qui permette à chaque acteur de répondre au mieux aux besoins de la population de son île. L'idée d'une allocation à la Délégation Territoriale de Mayotte de dotations financières fléchées pour réaliser ces investissements prioritaires est soutenue par la Délégation.*

ANNEXES

ANNEXE 1

Le programme TSN est un programme bénéficiant de 80 millions d'€ dans le cadre du programme investissements d'avenir (PIA) sur la période 2014-17.

Avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, le programme « Territoire de soins numérique » vise à faire émerger, dans des territoires pilotes, des organisations innovantes de prise en charge des patients renforcées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients.
Concrètement, il s'agit de tirer tous les bénéfices des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour aider le patient à s'orienter dans le système de santé et pour renforcer la coordination entre les professionnels de santé.

En lien avec les grandes orientations de la Stratégie Nationale de Santé, ce programme permettra d'expérimenter les services et les technologies les plus innovants pour garantir, sur un territoire, une coordination optimale de tous les acteurs de santé.
Cette coordination sera centrée sur la prise en charge du patient : prise de rendez-vous dématérialisée, géolocalisation des équipes mobiles, gestion et disponibilité des lits…
Le programme TSN constitue un volet important de la feuille de route du gouvernement sur le numérique, présentée par le Premier ministre le 28 février 2013.
En pratique, il s'appuie sur un nombre réduit de projets lauréats, ciblés sur quelques territoires et portés par les Agences Régionales de Santé.
Au terme de ce programme en 2017, les solutions organisationnelles et technologiques qui auront montré leur efficacité pourront être proposées à la généralisation.

L'accompagnement du programme

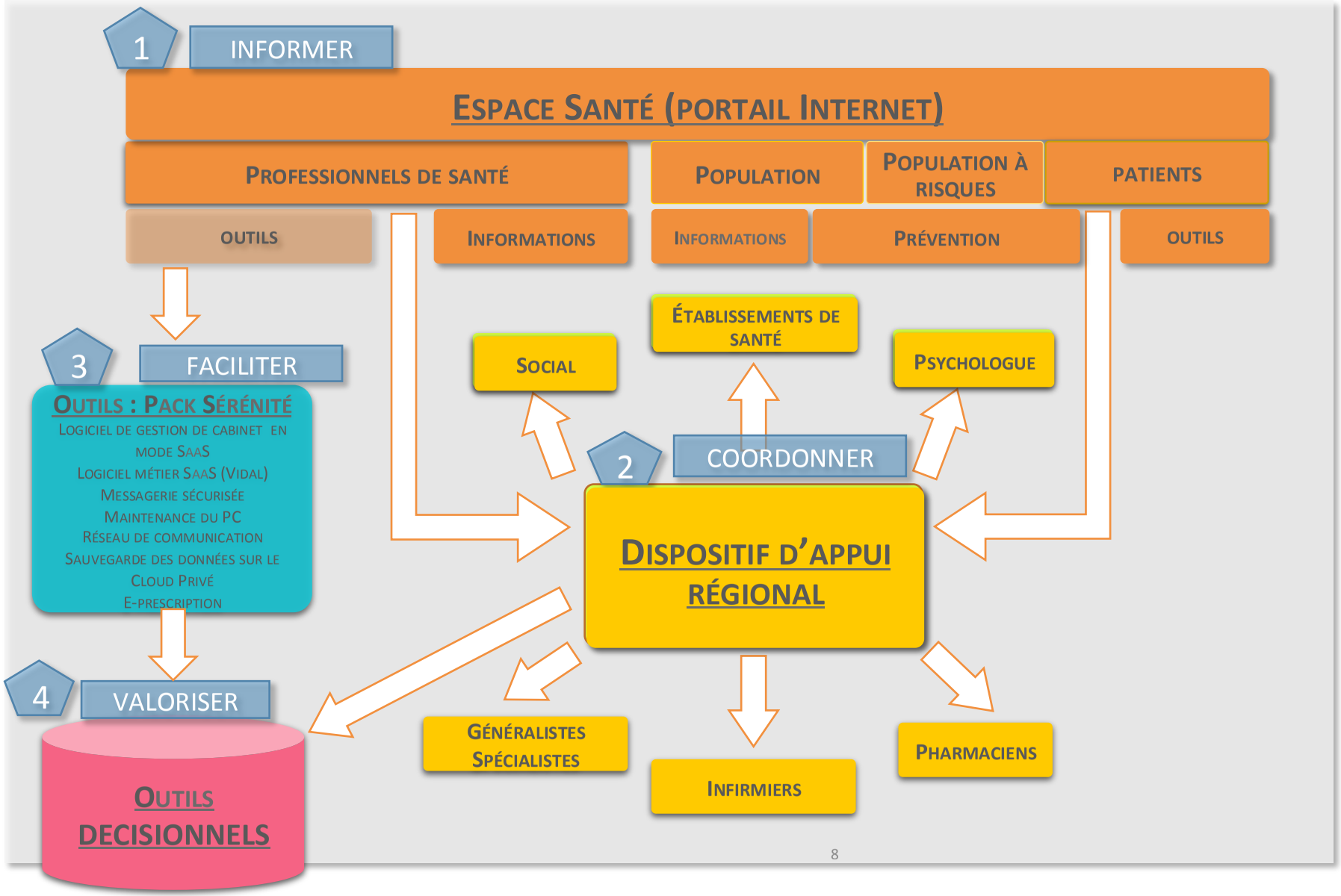
Le programme TSN est financé par le commissariat général à l'investissement (CGI) dans le cadre du PIA (programme Investissements d'Avenir) et piloté au niveau national par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).
Celle-ci a missionné l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pour l'appuyer dans le pilotage du programme et mener l'accompagnement des projets retenus. L'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP Santé) et la Haute Autorité de Santé (HAS) sont également missionnées pour intervenir sur certains axes d'accompagnement.

L'évaluation du programme

Le programme est évalué dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système des soins (PREPS). Un appel d'offres a été lancé en juillet 2014 (Instruction DGOS/PF4/PF52014/234 du 23 juillet 2014).
Le projet lauréat est coordonné par le CHU de Bordeaux et l'ISPED.

Pour l'Océan indien : **OIIS** (Océan Indien Innovation Santé) ➔ + *de 1 Million de personnes.*

TSN


1
INFORMER
ESPACE SANTÉ (PORTAIL INTERNET)
PROFESSIONNELS DE SANTÉ
POPULATION
POPULATION À RISQUES
PATIENTS
OUTILS
INFORMATIONS
INFORMATIONS
PRÉVENTION
OUTILS
3
FACILITER
OUTILS : PACK SÉRÉNITÉ
LOGICIEL DE GESTION DE CABINET EN MODE SAAS
LOGICIEL MÉTIER SAAS (VIDAL)
MESSAGERIE SÉCURISÉE
MAINTENANCE DU PC
RÉSEAU DE COMMUNICATION
SAUVEGARDE DES DONNÉES SUR LE CLOUD PRIVÉ
E-PRESCRIPTION
4
VALORISER
OUTILS DECISIONNELS
SOCIAL
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
PSYCHOLOGUE
2
COORDONNER
DISPOSITIF D'APPUI RÉGIONAL
GÉNÉRALISTES SPÉCIALISTES
INFIRMIERS
PHARMACIENS

OCÉAN INDIEN INNOVATION SANTÉ

Evolution des travaux OIIS

Questionnements CNOM

03/02/2017

Agence de Santé Océan Indien

e-santé TESIS Réunion / Mayotte

INVESTISSEMENTS D'AVENIR

TERRITOIRE DE SOINS NUMÉRIQUE

Table des matières

1 Plateforme Territoriale d'appui et coordination 2
2 Solutions numériques TSN 3
2.1 Les services en production 3
2.2 Les prochains jalons 3
3 Déploiement des usages 4
3.1 La co-construction 5
3.2 L'expérimentation 5
3.3 La préparation vers la généralisation 6
4 La suite d'OIIS après TSN 7
4.1 Description des projets soumis au financement FEDER 7
4.1.1 Gecoplaies 7
4.1.2 Stratégie jeunes 8
4.1.3 Kimesui 9
4.1.4 Panorama 9
4.2 Evaluation médico-économique et de l'impact social : Pour un pilotage des investissements réalisés et la démonstration auprès des partenaires de l'efficience des services 10
4.3 Autres financements 11
4.4 La mise en place du CPOM du GCS TESIS 2018 – 2020 11

1 Plateforme Territoriale d'appui et coordination

Pour rappel, la PTA s'appuie sur les composantes (réseaux, association et acteurs de Santé) du territoire et sur une instance de coordination transverse OIIS APPUI composée de 4 Coordinatrices Territoriale d'Appui (2 profils infirmiers, 2 profils travailleurs sociaux) et un Directeur Médical.

La PTA est en service depuis juillet 2016. À fin janvier la file active et de 56 patients essentiellement issue des travaux d'expérimentation menés avec 60 médecins généraliste

Le directeur médical de la PTA travaille en collaboration avec l'ARS, les réseaux de santé et les professionnels de santé à la définition de la place et des missions de la PTA dans l'écosystème territoriale ainsi qu'à la mise en place de la structure juridique et de la gouvernance de la structure. La création de la structure juridique de la PTA est prévue fin mars 2017.

Les travaux ont été lancés pour intégrer les différentes composantes de la PTA :

- Définition de leurs articulations – notamment avec OIIS APPUI – et, pour certaines, une redéfinition de leurs missions
- Intégration dans le SI de coordination régional (OIIS360)

Les composantes les plus avancées sur ces travaux sont : la MAIA, le réseau REUCARE (Réunion Cœur Artères Reins Education), Réseau Pédiatrie 974, Réseau SAOME (Addictions).

Développement du repérage des patients à risque dans un objectif de réintégration dans un parcours

Le programme intègre dans ses objectifs le développement de services favorisant l'identification des patients à risque. La première mise en œuvre significative porte sur un projet de dépistage mobile de la rétinopathie diabétique (démarche commune avec le RSI, la DRSM et la CGSS). 7 campagnes ont été menées sur le territoire. Elle concerne les patients de moins de 70 ans, diabétique n'ayant pas fait l'objet d'un examen ophtalmologique depuis plus de 2 ans. 1194 patients ont été conviés à se faire dépister, 124 patients ont été dépistés et 5 ont été intégrés dans la PTA compte tenu de l'urgence, 46 doivent consulter leur Médecin Traitant dans les 2 mois. En synthèse 46% des patients dépistés ont une pathologie qui nécessite de réintégrer un parcours. Compte tenu de ces résultats, la fréquence des dépistages seront augmentées pour atteindre un objectif de 750 patients dépistés à fin 2017.

Perspective de développement en matière de coordination :

- Intégration de nouveaux réseaux (VIF – Violence faites aux Femmes),
- Extension à la Santé Mentale,
- Intégration de nouvelles pathologies : BPCO, Périnatalité, Cancérologie, Addictions
- Intégration des structures hospitalières (des présentations en CME sont planifiées en février 2017 pour lancer la démarche) et médico-sociales dans le dispositif de coordination.

2 Solutions numériques TSN

2.1 Les services en production

- LIEN : dématérialisation des échanges ville hôpital - A ce jour, 750 000 Comptes rendus provenant du CHU
- Serveur d'identito-vigilance et serveur de rapprochement d'identité (par délégation). Charte régionale d'identité et charte régionale de rapprochement validées en octobre 2016. A ce jour, le référentiel d'identité comprend 1 Million d'identité patients validés.
- Portail PRO : Portail régional fédérant les services régionaux à destination des professionnels.
- Développement de l'interopérabilité :
  - Une première implémentation à un logiciel de gestion de cabinet a été réalisée avec la solution MLM
    - Échange LGC – plateforme régionale
    - Partage du référentiel d'identité
  - Les standards – amendés par l'ASIP et réalisé en concertation des industriels et des autres régions TSN – devraient être publiés en mars 2017 à destination des autres éditeurs de LGC.
  - Mise en production d'une appliquette sur les postes des MT qui constitue une solution d'attente pour les MT équipés de LGC non encore interopérable.
- Expérimentation KIMESUI : Outil porté par les URPS visant à répertorier et contacter l'équipe de prise en charge d'un patient

2.2 Les prochains jalons

- OIIS 360 : Une deuxième version mi-février intégrant des nouvelles évolutions et le retour des expérimentateurs. Une version 3 (juin 2017) apporte de nouveaux services visant à développer et simplifier la concertation interprofessionnelle (visioconférence sécurisée, planification des concertations et partage de document…) et suivi des plans de traitement.

En septembre 2017, un module de gestion des demandes permettant de favoriser le partage des files actives entre les acteurs de la coordination.

Développement de services mobiles à destination des professionnels de santé (septembre 2017).

- Déploiement de la MSSanté – 1er mars 2017
- Portail Grand public – Mise en production le 15 février 2017. Ouverture au grand public à l'issu des retours terrains (patients, citoyens et partenaires).
- Un ensemble d'évolutions sur les solutions déjà en place
- ODS – référentiel de l'Offre de Santé du territoire (offre de soins – structures et PS Libéraux, Associations, structures médico-sociales… A ce jour 19600 entrées ont été référencées hors offre ETP en cours de recensement). Ouverture et intégration dans le portail PRO, Portail Grand Public et OIIS 360 – 15 février 2017
- Interopérabilité :
    - Interopérabilité LGC Lot 2 : développement plus poussé des échanges LGC – plateformes régionales (équipe de prise en charge, actions liées au PPS, PPS dématérialisé…)
    - Connexion avec les autres structures hospitalières et clinique
- Services mobiles à destination des patients (début 2018)
- Services numériques à destination des Jeunes (financés sur des fonds FEDER cf. infra)
- Constitution de la CRIV (Cellule Régionale d'Identito-Vigilance)
- Industrialisation de l'outil KIMESUI et intégration des référentiels régionaux.
- PANORAMA : Marché en cours de négociation. Centralisation, partage et archivage de l'imagerie médicale (cf. infra)
- Plateforme d'ETP (opportunité en cours de validation) : plateforme permettant de préinscrire un patient sur une session d'ETP, de suivre les inscriptions en séance, les présences et l'évaluation à chaud - à froid de l'atteinte des objectifs par le patient
- Lancement du projet GECOPLAIE (suivi des plaies chroniques)

3 Déploiement des usages

Le déploiement des usages a été bâti sur une stratégie de communication qui définit 3 registres d'actions :

- REGISTRE INSTITUTIONNEL : la légitimité et de la confiance
    - Identifier les porteurs qui rendent le projet crédible et fiable
    - Installer la marque pour qu'elle véhicule l'expertise, le sérieux, l'efficience
    - Informer sur l'ambition et l'avancement du projet

- REGISTRE ORGANISATIONNEL : favoriser le développement des usages
  - Inclure les futurs utilisateurs dans le processus d'innovation et de construction des services
  - Animer cette communauté tout au long de l'évolution du projet pour que tous les participants se sentent embarqués et valorisés
- REGISTRE PROMOTIONNEL : faire adopter les services
  - Assurer la promotion des services OIIS pour développer les usages : connexions au portail, patients recrutés, pack sérénité

Deux leviers ont été mobilisés jusqu'à présent pour répondre à ces objectifs et toucher les acteurs cibles :

- La co-construction : concevoir avec les acteurs cibles (professionnels de santé et usagers) les services OIIS afin qu'ils répondent à leurs besoins. Les solutions sont conçues sur-mesure de manière agile avec l'ensemble des parties prenantes. Cette phase de co-construction permet de créer des ambassadeurs de nos solutions.

- L'expérimentation : s'assurer que les services proposés par OIIS répondent aux usages des professionnels de santé dans le suivi des pathologies chroniques telles que le diabète. Elle doit permettre d'éprouver les choix initiaux et les modalités d'utilisation du dispositif. Durant cette période les retours faits par les professionnels de santé permettent d'adapter le dispositif afin qu'il réponde aux besoins du terrain. En complément, cette phase du projet vise à renforcer le dispositif d'ambassadeurs et faciliter le déploiement à grande échelle.

3.1 La co-construction

La co-construction a fait l'objet de plusieurs ateliers avec des professionnels de santé et des représentants d'usagers. Une centaine d'ateliers ont eu lieu depuis 2014 notamment dans les locaux du GCS TESIS, La Ruche, qui offre des moyens innovants et créatifs d'intelligence collective.

Au total, ce sont 390 acteurs qui ont été embarqués dans cette dynamique collective. Parmi eux, nous comptons : des acteurs de la santé (personnel soignant et non soignant) et des représentants d'usagers.

3.2 L'expérimentation

Les premiers services OIIS à destination des professionnels de santé ont été expérimentés pendant trois mois – août à novembre 2016, par des médecins généralistes libéraux de toute l'île.

Des animateurs territoriaux e-Santé ont été mobilisés spécifiquement pour cette expérimentation. Ils ont sollicité 156 médecins généralistes pour participer à l'expérimentation. Au total, 62 d'entre eux sont devenus des expérimentateurs.

Ces expérimentateurs ont été répartis en deux lots :

- 1er lot constitué de 10 médecins généralistes ayant pour la plupart déjà participé à des ateliers de co-construction des services OIIS. C'était pour eux l'occasion d'utiliser et de faire améliorer les services pour lesquels ils avaient participé à la conception ;
- 2ème lot constitué de 52 médecins généralistes avec un regard neuf sur les services OIIS

Ces médecins généralistes ont pu utiliser les services d'appui à la coordination : la plateforme territoriale d'appui OIIS, OIIS Appui, et son outil numérique de coordination, OIIS 360. Ils ont eu accès également aux comptes rendus hospitaliers de leurs patients via la solution LIEN.

Pendant ces trois mois, des ateliers de formations collectives et d'espaces d'échanges ont été organisés (ateliers de lancement de l'expérimentation, ateliers intermédiaires et ateliers de clôture). Par ailleurs, des visites en cabinet ont été menées par les animateurs territoriaux e-Santé afin que les médecins généralistes soient accompagnés individuellement dans l'utilisation des services OIIS.

L'ensemble de leurs retours et de leurs remontées ont été prises en compte par les équipes projets OIIS afin de formuler les demandes d'évolution nécessaires auprès des industriels. Une nouvelle version corrective des services expérimentés sera mise en production dès le mois de février.

Depuis fin novembre 2016, ces expérimentateurs sont accompagnés individuellement à hauteur d'une fois par mois par les animateurs territoriaux e-Santé. L'équipe de prise en charge d'un patient inclus dans le dispositif de coordination fait également l'objet de formations aux services numériques OIIS.

3.3 La préparation vers la généralisation

La généralisation des services OIIS à destination des professionnels de santé mais également des usagers se fera de manière progressive. L'adaptation aux nouvelles solutions organisationnelles et numériques est un travail sur le long terme.

Aujourd'hui, l'objectif prioritaire est d'enrichir les adhésions des professionnels de santé libéraux aux services du programme OIIS. Il s'agit de fiabiliser les médecins généralistes expérimentateurs et de les inscrire en tant qu'ambassadeurs du programme OIIS auprès de leurs confrères. Par la suite, ce sont les autres professions libérales que nous souhaitons ciblés en fonction de leurs besoins. Sur

l'ensemble de ces actions, les URPS nous soutiennent et sensibilisent leurs confrères. Des ateliers de présentation, des retours d'expérience et des formations collectives et individuelles sont prévus.

En parallèle, nous souhaitons sensibiliser les établissements de santé aux services OIIS qui les intéressent. Ces services seront présentés en Commission médicale d'établissement (CME) ou en Directoire. Par la suite, les équipes de prise en charge hospitalières seront sensibilisés et formés aux services OIIS concernés.

Pour les usagers, des actions de communication et de sensibilisation sont prévus pour présenter le Portail d'informations à destination du grand public.

4 La suite d'OIIS après TSN

Outre la stratégie portée par l'ARS en lien avec la réalisation du PRS2, la suite d'OIIS après TSN s'apprécie sur le développement de capacités à soutenir l'innovation au travers du numérique et de définir de nouveaux modèles économiques permettant de pérenniser les investissements réalisés. La démarche d'évaluation portée par le programme OIIS contribue à soutenir ces nouvelles perspectives.

4.1 Description des projets soumis au financement FEDER

Des dossiers de demande de fonds Européens ont été déposés mi-décembre 2016 afin d'accompagner le développement de nouveaux projets, en lien avec la stratégie développée par l'ARS et mise en œuvre au travers du programme OIIS.

4.1.1 Gecoplaies

A la Réunion, l'incidence des amputations est particulièrement élevée atteignant 6% chez les hommes diabétiques de plus de 70 ans. Le nombre de ces amputations est un sujet de préoccupation d'importance sur le territoire au regard même de l'épidémiologie de la maladie (10% de la population est touchée par le diabète de type 2) avec des projections d'augmentation du poids de la maladie dans les années futures, du fait du vieillissement de la population, d'une amélioration de l'espérance de vie et d'un dépistage de plus en plus efficient.

Face à ce problème de santé publique, l'ARS OI avec le concours de l'association GECOPLAIES[1], porte la mise en place d'un projet de prise en charge des plaies en ambulatoire par recours à **une solution télémédecine.** Ce dispositif « GECOPLAIES » constitue une composante du chantier Télémédecine du programme Océan Indien Innovation Santé (OIIS).

Ce projet est conçu dans l'optique d'éviter l'errance thérapeutique des patients atteints de plaies chroniques en rationalisant et en coordonnant le parcours de soins des plaies.

L'enjeu majeur du projet est de permettre aux acteurs du terrain de suivre et de faire remonter des données médicales (images et comptes rendus) directement depuis le domicile des patients de manière sécurisée avec la possibilité de solliciter une télé-expertise auprès d'un expert inscrit au dispositif.

4.1.2 Stratégie jeunes

En comparaison avec la France métropolitaine, la transition démographique réunionnaise est relativement récente ce qui se traduit par une proportion plus importante de jeunes dans la pyramide des âges réunionnaise. Cette catégorie conséquente de la population est confrontée à des problématiques de santé publique s'articulant autour des comportements à risque.

Dans ce cadre, la mise en place d'une stratégie de prévention et d'information dédiée aux jeunes réunionnais de 13 à 25 ans apparaît essentielle. Habitués à la rapidité et la gratuité d'accès aux contenus digitaux, les jeunes exigent aujourd'hui des contenus ludiques, déculpabilisant, instantanés et connectés, d'où la structuration d'une **Stratégie Santé Jeunes** numérique.

La Stratégie Santé Jeunes est conçue dans l'optique de maintenir un bon état de santé des jeunes et de réduire l'impact des comportements à risque sur leur santé.

Pour ce faire, la « Stratégie Santé Jeunes » comporte quatre chantiers opérationnels :

---

[1] *1L'association Geco Plaies régie par la loi 1091 a été créée le 22 août 2015. Elle est l'entité porteuse du besoin et représentante à ce titre des utilisateurs finaux. Elle a pour but de :*

- *Coordonner et d'harmoniser des actions pluridisciplinaires complémentaires pour la gestion des plaies chroniques et / ou complexes.*
- *Promouvoir une meilleure accessibilité possible à toute information ou tout recours techniques pouvant aider à la prévention ou aux soins de plaies difficiles,*
- *Favoriser des travaux de recherche en matière de prévention ou de cicatrisation des plaies et des analyses médico économique*
- *Assurer la formation des professionnels sur le thème « plaies et cicatrisation », l'approfondissement des connaissances et le perfectionnement des pratiques de soins prophylactiques ou curatifs des plaies.*

- Chantier 1 : un Portail Jeunes, concentrateur de l'ensemble des contenus et des outils déployés. Ce portail intègre des espaces privatifs pour chaque jeune permettant, s'ils le souhaitent, de partager et d'échanger avec des professionnels de santé.
- Chantier 2 : des outils numériques, jeux sérieux et contenus multimédia
- Chantier 3 : des services collaboratifs
- Chantier 4 : une plateforme d'écoute et d'orientation.

4.1.3 Kimesui

L'application KIMESUI est une solution dématérialisée de mise en relation des professionnels de santé autour d'un même patient, accessible via une application mobile ou sur le net. En facilitant les échanges d'informations, cette application répond à la volonté de renforcer la coopération entre les acteurs de santé pour une prise en charge coordonnée et de qualité.

KIMESUI est portée par les Unions des Représentants des Professionnels de Santé (URPS) et financée par les fonds « Territoire de Soins Numérique » dans le cadre du programme OIIS.

Cette application est développée aujourd'hui en dehors du périmètre des applications OIIS. Les finalités de cette application étant en adéquation avec les services de coordination OIIS, il convient d'industrialiser cet outil en vue d'une fiabilisation, d'une complémentarité et d'une compatibilité avec les outils OIIS.

4.1.4 Panorama

Il s'agit de mettre en place une solution informatique permettant :

- Une indexation régionale des examens radiologiques.
- Une mutualisation du stockage et de l'archivage des données relatives aux examens radiologiques (métadonnées, images et compte-rendu).
- L'échange et le partage de ces informations entre les parties prenantes (patients, médecine de ville, radiologues, cliniciens, équipe de prise en charge du patient dans le cadre d'un parcours de soin, …), via :
    - Les outils métier des professionnels (Systèmes d'Informations locaux) : radiologues, cliniciens.
    - Un outil de Télémédecine
    - Des plateformes dédiées d'échange / partage entre patients et Professionnels de Santé (PS) : Portail Professionnels de Santé, Portail Grand Public, OIIS360.

Plateforme informatique décisionnelle

Aujourd'hui, le secteur public revêt un intérêt certain notamment dans le domaine de la recherche pour les technologies décisionnelles : informatique décisionnelle ou Big Data. En France, en 2013, 11,5 millions d'euros issus des Investissements d'Avenir ont été alloués à de tels projets. De même, des appels d'offres tels que l'appel à manifestation d'intérêt du 29 octobre 2015 ont été lancés.

La Santé publique n'est plus indifférente à ces technologies. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016[1] facilite l'exploitation et le partage des données de santé, dans le respect de la vie privée, pour tout acteur porteur d'un projet d'intérêt public. La ministre a lancé dès 2015 une consultation sur les « usages du Big Data en santé ».

Dans ce contexte réglementaire, le programme Océan Indien Innovation Santé (OIIS) veut mettre en place une **plateforme informatique décisionnelle** pour palier à l'insuffisance d'observation sur le territoire réunionnais[2] et améliorer la connaissance sur l'état de santé de la population réunionnaise. L'ensemble des données récoltées seront anonymisées et pseudonymisées.

Le principe retenu pour OIIS est de déployer des usages en fonction de leur maturité et de la mise en œuvre des plateformes technologiques. **Le scénario admis par OIIS est de mettre en place une architecture décisionnelle évolutive vers un socle Big Data.** Ce service rendra possible le suivi, par les médecins de ville, de leur cohorte de patients. Les MT pourraient disposer d'un tableau de bord faisant apparaître :

- Le nombre de patients en écart aux soins
- Le nombre de patients qui n'a pas pris RDV avec un spécialiste
- …

4.2 Evaluation médico-économique et de l'impact social : Pour un pilotage des investissements réalisés et la démonstration auprès des partenaires de l'efficience des services

L'évaluation médico économique ainsi que la mesure de l'impact social qui ont été mises en place sur le programme OIIS doivent servir à démontrer ou pas, que les services et/ou les outils OIIS ont une incidence sur la qualité des prises en charge, la diminution du nombre d'actes redondants et sur la prévention et la promotion de la santé. Six chantiers ont été retenus pour cette

évaluation (portails PRO et GP, interopérabilité, BI, PTA, La Ruche et les services de télémédecine RETINO 974 et GECOPLAIE) ; l'évaluation exhaustive de tous les programme serait une entreprise trop longue et fastidieuse au regard des échéances. Il s'agit de tenter de démontrer aux financeurs qu'une meilleure coordination fait baisser les couts et qu'une partie des économies réalisées peuvent être réinvesties dans de nouveaux services à destination des MT et des populations.

Cette évaluation permet aussi de piloter les différents chantiers évalués et de les ajuster et les moduler au fur et à mesure, en fonction des analyses et résultats intermédiaires.

Pour ce faire, nous sommes accompagnés par deux économistes de l'ESSEC et Telecom Bretagne qui assurent un transfert de compétence aux équipes mobilisées et les accompagnent dans la définition et l'analyses des indicateurs. A l'instar de la co-construction des services du programme, l'évaluation intègre les différentes parties-prenantes du programme : porteurs du projet, bénéficiaires du service et financeurs.

4.3 Autres financements

Par ailleurs, il n'est pas impératif de trouver d'autres financements. Il peut être envisagé de réallouer des financements existants sur de nouveaux services.

Il s'agit plutôt de démontrer à un plus grand nombre de financeurs qu'il est opportun de se concentrer sur des actions à forte valeur ajoutée.

On peut tout à fait imaginer que le portail « grand public » puisse héberger du contenu en provenance de l'Assurance Maladie, de l'Education Nationale, du Conseil Départemental ou des CCAS…

4.4 La mise en place du CPOM du GCS TESIS 2018 – 2020

Les développements de la e-santé sur le territoire présupposent une mise en cohérence des actions et des objectifs des différents acteurs de la santé. La mise en place du CPOM du GCS TESIS 2018 – 2020 est un des leviers le permettant.

L'année 2017 est une année charnière. Il convient de donner de la cohérence à l'ensemble des actions menées en matière de développement des nouveaux services numériques en santé.

Les nouveaux services numériques doivent être au service d'une politique de santé. Cette politique touche tous les opérateurs du sanitaire et du médico-social dans une logique de parcours.

Ainsi, un Comité Stratégique Régional des Systèmes d'Information de Santé sera mis en place cette année. Il sera composé de l'ensemble des acteurs (Ets sanitaires publics et privés, Ets médico-sociaux, secteur libéral).

Ses travaux éclaireront :

- Le PRS II qui sera décliné de manière opérationnelle via des CPOM (Ets et GCS TESIS).
- Le schéma directeur du GHT
- Les schémas directeurs des Ets sanitaires et médico-sociaux.

Mayotte

Dépistage et prise en charge des déficits visuels des enfants scolarisés

Propositions du CNP d'Ophtalmologie

Composition du groupe de travail du CNP :

- Pr Cochener, Présidente
- Pr Bremond Gignac
- Dr Thierry Bour
- Dr jb Rottier

Le problème

- Il y a un rapport de 1 à 7 entre la fréquence du port de lunettes chez les enfants de Mayotte et ceux de la métropole.
- Ce sous équipement a un effet négatif sur les apprentissages scolaires
- Il existe 9000 enfants par classe d'âge donc environ 1800 nouveaux à équiper par an et 400 nouveaux à suivre pour strabisme.

Il faut à la fois :

- S'appuyer sur toutes les ressources externes acceptant d'aller sur place et
- S'appuyer sur les maigres ressources locales déjà très sollicitées : MG, IDE…
- Tout ceci ne suffira pas il faut donc créer ex nihilo des ressources locales. Un diplôme « d'orthoptiste de Mayotte » est à construire.

Diplôme d'orthoptiste

- Il faut former des orthoptistes à Mayotte
- Cela ne peut se faire qu'avec des télé enseignements et des stages pratiques à la Réunion.
- Il faut adapter la formation à la spécificité du territoire en le morcelant en briques, avec des niveaux : élève orthoptiste niveau 1-2 etc
- Ceci permettra déjà de répondre à la première demande des Autorités : équiper les enfants.

Les différentes étapes :

1. Dépister : examiner chaque classe d'âge pour dépister les 20% ayant besoin de lunettes
2. Équiper : pour les équiper il faut :
   1. Mettre de l'Atropine
   2. Faire la réfraction objective
   3. Prescrire
   4. Réaliser l'équipement et le payer
3. Suivre : on distinguera
   1. les enfants sans problème
   2. Les enfants strabiques

PREMIÈRE ÉTAPE : LE DÉPISTAGE

Formation au dépistage

- Notre proposition est de créer une « Attestation universitaire de dépistage visuel »
  - Par e-learning
  - Enseignements dirigés par le Pr Bremond-Gignac
- Formation ouverte largement :
  - Post bac
  - Opticien
  - Aide soignante
  - Infirmière
- Equivalent du niveau « élève orthoptiste 1 »

Le dépistage visuel

Examen comprenant

- Examen de la face de l'enfant, inspection
- Acuité visuelle loin / près
- Réflexe photo-moteur
- Reflets cornéens (test de Hirschberg)
- Reflets rétiniens
- Cover test (unilatéral ou alterné, dépistage amblyopie)
- Test de Lang
- Photoscreener sans dilatation avec clichés transmis

Dépistage visuel

Examen	Normal	Anomalie
Examen de la face		
AV loin OD/ OG	> 8/10ème	< 8/10ème
AV près OD/ OG	P2 ou R2	< P2 ou R2
Réflexe photo-moteur	Présent normal	Absent ou lent
Reflets cornéens	Centrés	Non centrés
Reflets rétiniens	Reflets rouge	Non transparence des milieux
Mouvements oculaires	Sans anomalie	Anomalies
Cover test (unilatéral ou alterné)		
Test de Lang	Positif	Négatif
Photoscreener	Seuils sphère et cylindre acceptables à déterminer	Anomalie

Les opticiens

- Pour être acteurs du dépistage doivent avoir suivi la formation
- Le dépistage se fait hors magasin

DEUXIÈME ÉTAPE : PRISE EN CHARGE DE 1800 ENFANTS PAR CLASSE D'ÂGE AYANT DES TROUBLES VISUELS

Les 4 étapes de la prise en charge des enfants dépistés :

- **Atropine**
- **Réfraction**
- **Prescription**
- **Suivi**

Les 7 acteurs théoriques

OPH local

MG

Opticien

OPH TLM

IDE

Orthoptiste

Elève Ortho 2

(On peut ajouter comme acteurs :

- Des assistants du CHU de la Réunion avec une semaine par mois à Mayotte +ou - astreinte de télémédecine à partir de la Réunion pour interpréter.
- Des médecins militaires)

Premièrement mettre l'Atropine

- Pas l'ophtalmo local car il n'y en a pas
- Pas le MG : déjà débordé
- Pas l'opticien : illégal
- Pas l'orthoptiste : il n'y en pas

~~OPH local~~ ~~MG~~ ~~Opticien~~

~~OPHTLM~~ IDE

Pour démarrer il ne reste que l'IDE et l'élève orthoptiste de niveau 2

~~Orthoptiste~~ Elève Ortho 2

Deuxièmement analyser la réfraction objective

- Pas l'ophtalmo local car il n'y en a pas
- Pas le MG : déjà débordé
- Pas l'orthoptiste : il n'y en pas

~~OPH local~~ ~~MG~~ Opticien

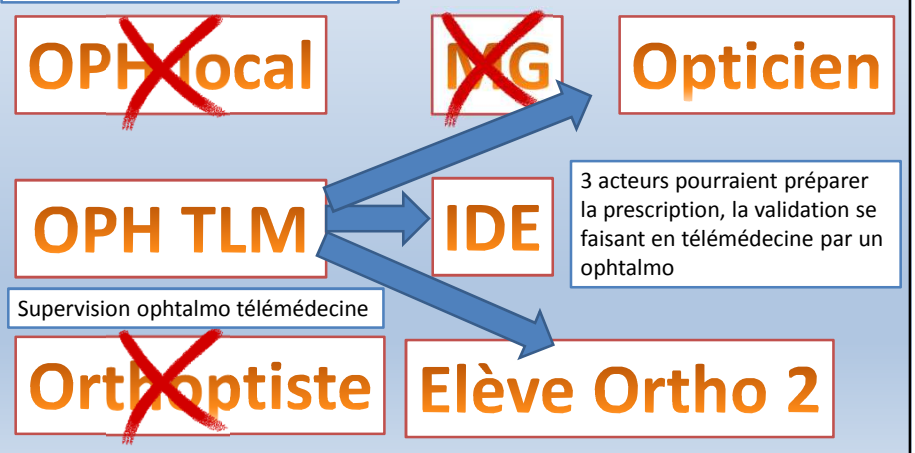
~~OPHTLM~~ IDE

3 acteurs potentiels

~~Orthoptiste~~ Elève Ortho 2

Troisièmement prescrire

- Pas l'ophtalmo local car il n'y en a pas
- Pas le MG : illégal
- Pas l'opticien : illégal
- Pas l'orthoptiste : il n'y en pas



En conclusion

- Lors de l'étape de prise en charge seuls 3 acteurs seraient disponibles sur le terrain :
  - Les opticiens
  - Les IDE : c'est loin d'être sûr qu'elles soient disponibles pour cette tache. Il semble y avoir peu d'infirmières en formation actuellement.
  - Les orthoptistes en formation.
- Ils doivent être supervisés par un ophtalmologiste

LE SUIVI

Dans le suivi, il faut différencier :

- Les enfants amétropes normaux (90%):
  - Pour lesquels le suivi n'est «que» optique
  - Concerne :
    - Les enfants au dessus de 6 ans
    - Les hypermétropes et astigmates ayant 10/10
    - Les petits myopes qui évoluent
- Les enfants strabiques, amblyopes, nystagmiques.

Qui suit les enfants amétropes normaux ?

- ~~OPH local~~
- ~~MG~~
- Opticien
- ~~OPH TLM~~
- IDE — Supervision ophtalmo
- ~~Orthoptiste~~
- Elève Ortho 2

Qui suit les enfants strabiques ou amblyopes ?

- OPH local
- ~~MG~~
- ~~Opticien~~
- OPH TLM
- ~~IDE~~
- Orthoptiste
- Elève Ortho 3

Parrainage

- Les ophtalmos qui acceptent de se déplacer à Mayotte peuvent évidement fournir une aide aux orthoptistes en formation pour tous les nombreux cas leur posant problème,
- Mais vu le nombre d'enfants concernés vu le niveau initial des élèves orthoptistes on pourrait envisager que des ophtalmos disponibles (retraités?) apportent un soutien technique aux acteurs de terrain via la télémédecine.
- Un ophtalmo pourrait être le tuteur d'un élève, avec analyse de sa pratique, aide de prise de décision etc…
- La télémédecine est un élément incontournable de ce dossier.

Conseil National de l'Ordre des Médecins
180 Boulevard Haussmann
75008 Paris
www.conseil-national.medecin.fr
@ordre_medecins