

ars
Agence Régionale de Santé
Mayotte

PRS

Mayotte

PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ



Olivier Brahic

Directeur général de l'ARS Mayotte



EDITO

Le constat est simple : Mayotte ne dispose aujourd'hui pas d'un système de santé à la hauteur des exigences qui s'imposent à l'ensemble des territoires français. L'objectif qui en découle l'est tout autant : la population mahoraise doit pouvoir bénéficier des mêmes opportunités en matière de santé qui sont offertes à leurs compatriotes, afin que l'état de santé individuel et collectif dans le 101ème département n'apparaisse plus comme l'indélébile indicateur négatif du panorama sanitaire français.

Et c'est bien entre ces deux points que le premier projet régional de santé de Mayotte tente de tracer une ligne de crête ténue. Ténue, car tout à Mayotte apparaît prioritaire, mais qu'il convient d'aller vite. Ténue, car les difficultés que peut connaître le territoire ne constituent pas toujours des terrains favorables à la mise en œuvre et à l'aboutissement des projets. Ténue enfin, car aucune action prise de façon singulière ne permettra de relever cet immense défi.

Pour autant — et les longs travaux qui ont conduit à l'élaboration de ce document en attestent — j'ai l'intime conviction aujourd'hui qu'une énergie collective, assise sur des savoir-faire ancrés, se constitue et ne demande qu'à être convertie. Des professionnels de santé disposant d'une expertise toute particulière aux acteurs associatifs fins connaisseurs des problèmes quotidiens rencontrés par la population en passant par les professionnels du secteur médico-social fortement engagés auprès des publics les plus fragiles, je constate jour après jour cette volonté commune d'avancer dans une seule direction :

celle de bâtir ensemble des projets, petits ou grands, qui, mis bout à bout, sauront donner corps à ce document.

La satisfaction serait cependant maigre si l'on devait en rester là. Il s'agit dès à présent d'opérer la mise en œuvre effective de l'ensemble des actions du projet régional de santé que j'ai souhaitées concrètes et pragmatiques, afin d'engager un cercle vertueux dont le bénéfice doit s'opérer pour la population. C'est un impératif d'autant plus important que Mayotte évolue à grande vitesse, et que le système de santé doit non pas seulement accompagner ces changements, mais également les devancer, les impulser. Dans cette course folle qui débute, n'ayons pas peur d'être inventifs !

Ces défis, il faudra que nous les relevions ensemble. L'agence régionale de santé de Mayotte dispose aujourd'hui

d'une feuille de route claire qui, malgré les aléas, doit assurer la continuité d'action du service public.

Je sais pouvoir compter sur une équipe dynamique et motivée ; j'aurai besoin du soutien actif de l'ensemble des partenaires de l'île qui, à un moment ou un autre, trouveront une place légitime et indispensable dans les projets que nous porterons.

Ha wuvhumoja, nariwundré wunono watru !

Table des matières

6-13	116-177
10	116
11	120
12	122
13	124
13	128
14-115	130
	132
18	134
44	138
48-115	140
48	142
52	146
	150
54	152
56	154
58	156
60	160
64	162
	164
66	166
68	168
70	172
74	174
76	176
78	
80	178-241
84	180
88	186
	187
90	240
94	
96	
98	242-267
102	244
104	262
106	
108	
112	
114	



Cadre d'orientation stratégique

2023 - 2033

INTRODUCTION

Le projet régional de santé (PRS) constitue la feuille de route de la politique de santé conduite par l'agence régionale de santé (ARS) de Mayotte pour les dix années à venir. Elaboré en cohérence avec la Stratégie nationale de santé (SNS), le PRS sert de référence à l'ensemble des partenaires en santé de l'île et a pour objectif principal l'amélioration de la santé de la population mahoraise et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le Cadre d'orientation stratégique (COS) est une feuille de route stratégique pour l'ARS. A partir des attentes exprimées par les acteurs de santé durant les phases d'élaboration du PRS, il définit des objectifs à atteindre d'ici 2033 et énonce les priorités pour y répondre.

5

ENJEUX MAJEURS

Les travaux effectués dans le cadre de l'élaboration du PRS ont conduit à retenir cinq enjeux majeurs pour les dix prochaines années :



Tendre vers une autonomie des prises en charge sanitaires des patients sur le territoire ;



Réduire les inégalités de santé avec le reste de la France ;



Accompagner le développement du territoire dans une perspective favorable à la santé ;



Renforcer la qualité de vie et la santé des personnes en situation de vulnérabilité ;



Adapter les politiques de santé aux spécificités démographiques, sociologiques et culturelles de l'île.

1 Tendre vers une autonomie des prises en charge sanitaires des patients sur le territoire

Du fait de son développement récent et de son insularité, le système de santé de Mayotte dépend de l'offre de soins disponible sur le territoire mais aussi des partenariats noués avec les établissements de santé de la Réunion et de l'Hexagone.

Un travail a été effectué afin de décloisonner l'offre de santé de ville, hospitalière, sanitaire et médico-sociale. C'est un enjeu majeur pour les prochaines années afin de garantir une prise en charge structurée et graduée des soins.

En sus, afin de répondre à la demande et aux enjeux démographiques à venir, de pouvoir proposer des nouvelles prises en charge, d'améliorer les conditions d'accueil des patients et les conditions de travail du personnel, une restructuration du Centre hospitalier de Mayotte (CHM) a été engagée. Elle se traduira dans un premier temps par la réorganisation du site de Mamoudzou afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, tout en améliorant les conditions de travail des professionnels hospitaliers. Cela se poursuivra ensuite

par la construction d'un second site hospitalier à Combani, d'une taille similaire au site de Mamoudzou, permettant d'augmenter le capacitaire du CHM et de structurer ces nouvelles filières de soins correspondant aux pathologies les plus prévalentes à Mayotte. Cette construction constituera par ailleurs une opportunité particulière d'amorcer une universitarisation du système hospitalier, avec la constitution de filières d'excellence sur la zone océan Indien.

L'implantation de structures et cliniques privées viendra par ailleurs consolider le développement de ces nouvelles filières de soins sur le territoire, en complémentarité avec l'activité portée par le CHM. Le fonctionnement du futur système de santé devra être assuré par l'augmentation significative du nombre et de la densité de professionnels de santé — hospitaliers et libéraux — en exercice sur le territoire. Cet objectif se structurera à la fois par une amélioration de l'attractivité, de l'installation et de la pérennisation des professionnels de santé à Mayotte, mais aussi d'une structuration de filières de formation en santé sur le territoire, afin de favoriser l'engagement des jeunes mahorais dans l'intégration de cursus en santé et leur exercice au service de la population mahoraise.

2 Réduire les inégalités de santé avec le reste de la France

Les indicateurs en santé observés à Mayotte apparaissent substantiellement dégradés par rapport aux moyennes observées au niveau national, que ce soit en termes de prévalence de maladies chroniques, de couverture vaccinale, ou d'espérance de vie.

Le renforcement de la prévention constitue à cet égard un enjeu majeur pour les prochaines années. Avec une prévalence croissante de l'obésité et des maladies chroniques associées, le renforcement de la stratégie de prévention et des capacités de dépistage dès le plus jeune âge est une démarche indispensable pour améliorer la qualité de vie mahoraise et réduire les comorbidités associées à ces maladies.

La prévention doit être étendue à l'ensemble des pathologies fréquentes sur le territoire, telles que les maladies tropicales, la drépanocytose, le cancer (deuxième cause de décès après les maladies de l'appareil circulatoire) et l'ensemble des maladies infectieuses et sexuellement transmissibles. En ce sens, la prévention est un élément majeur qui ne doit pas constituer un axe à part mais être transverse à l'ensemble des champs de la santé et leurs interventions. La prévention doit s'ancrer dans la vie quotidienne de la population et s'exercer en complémentarité des soins, en privilégiant le principe d'«aller-vers».



3 Accompagner le développement du territoire dans une perspective favorable à la santé

La croissance démographique importante observée à Mayotte induit à la fois une augmentation des besoins de santé pour la population, mais aussi un développement rapide de l'île et de ses infrastructures.

Considérant la superficie limitée du département, il apparaît important de sanctuariser dès à présent des emprises foncières, en lien avec l'ensemble des décideurs publics, afin de permettre le développement à venir de structures de soins ou médico-sociales, mais aussi de faciliter l'installation de professionnels libéraux. La construction de ces nouveaux établissements devra par ailleurs tenir pleinement compte des enjeux environnementaux et de développement durable et de la nécessité de préserver la biodiversité de l'île, qui constitue l'une de ses richesses.

Au-delà de l'implantation de nouvelles structures, l'un des enjeux majeurs à Mayotte sera de garantir un développement source d'amélioration de la santé des populations. La préservation de l'environnement naturel et urbain constitue à cet égard un enjeu particulièrement important, qui doit notamment permettre de réduire les sources de pollutions atmosphérique, terrestre et marine qui impactent négativement la santé des populations. La sanctuarisation d'espaces verts ou de lieux permettant la pratique d'une activité physique sécurisée, l'amélioration des conditions d'habitat, ou le développement de modalités de transport plus écoresponsables apparaissent ainsi comme les facteurs d'une « santé unique » sur le territoire, préservant à la fois la santé humaine, animale et environnementale.

4 Renforcer la qualité de vie et la santé des personnes en situation de vulnérabilité

Si la population à Mayotte est globalement très précaire, certaines personnes connaissent par ailleurs des difficultés supplémentaires qui les rendent davantage vulnérables.

L'augmentation croissante — corollaire de la croissance démographique — du nombre de personnes en situation du handicap, le vieillissement progressif d'une partie de la population, l'évolution des modèles familiaux, l'intensité des flux de migrations sont autant de facteurs qui viennent fragiliser la santé des populations qui y sont confrontées.

Dans cette optique, il apparaît nécessaire que le projet régional de santé contribue au développement d'une offre de prise en charge répondant à la fois aux besoins des populations en perte d'autonomie, mais aussi à celles connaissant des difficultés spécifiques ou celles en situation de vulnérabilité particulière. Au-delà des structures dédiées, il convient ici de rechercher un engagement collectif avec l'ensemble des partenaires compétents, afin de construire des parcours de prise en charge adaptés aux situations et problématiques singulières rencontrés par ces personnes.

5 Adapter les politiques de santé aux spécificités démographiques, sociologiques et culturelles de l'île

La pyramide des âges de la population de Mayotte présente certaines singularités par rapport à celle constatée dans les autres départements français.

Considérant le taux de natalité très élevé et la part importante de la population mineure vivant sur le territoire, une attention particulière à la santé des jeunes devra être portée au cours des prochaines années, avec l'ambition que les nouvelles générations voient leur état de santé s'améliorer par rapport à leurs aînés. Il apparaît également nécessaire d'anticiper dès à présent l'inversion de la pyramide des âges qui se profilera dans quelques années. En ce sens, l'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale actuellement en développement devra tenir compte de l'allongement de

l'espérance de vie, l'augmentation du nombre de seniors, l'augmentation des situations de dépendance lourde, le cumul de fragilités sociales et médicales ainsi que l'augmentation des maladies chroniques et des troubles psychiques.

Le développement de la politique de santé devra par ailleurs tenir compte des spécificités socio-culturelles propres à Mayotte afin de diminuer certaines formes de non-recours aux soins. Les recours courants aux médecines traditionnelles doivent ainsi pouvoir être articulés plus fortement avec les usages conventionnels. En ce sens, le projet régional de santé devra se décliner en lien étroit avec les acteurs locaux, dans une logique de santé communautaire afin de renforcer l'adhésion des populations aux dispositifs qui seront déployés.

Schéma régional de **santé**



2023 - 2028

INTRODUCTION

Les axes et actions du Schéma régional de santé (SRS) ont été construits en réponse aux besoins exprimés par les habitants de Mayotte, dont les conditions de vie et l'état de santé apparaissent globalement très précaires. A cet égard, et considérant que près de huit habitants sur dix vivent sous le seuil de pauvreté nationale, il est apparu que le schéma régional de santé répondait également aux objectifs normalement assignés au programme régional relatif à l'accès à la prévention des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le schéma régional de santé et le programme régional relatif à l'accès à la prévention des personnes les plus démunies sont donc rassemblés dans un seul et même document, présenté ci-après.



CONTEXTE

Un département récent au développement rapide

Mayotte est un petit archipel volcanique de 374 km² situé dans l'hémisphère sud, à l'entrée du canal du Mozambique et à mi-chemin entre Madagascar et le continent africain. Géographiquement située dans l'archipel des Comores, Mayotte est composée de deux îles principales et d'un ensemble d'îlots qui s'étendent dans un lagon de 1500km² délimité par une barrière de corail longue de plus de 160km.¹

Avec un climat tropical humide,

Mayotte connaît deux saisons :



La saison des pluies, d'octobre à mars, où les températures sont élevées et le taux d'humidité important.



La saison sèche, d'avril à septembre, où les températures et le taux d'humidité sont moins importants.

101^{ème} département

Depuis le 31 mars 2011, Mayotte est officiellement le cent-unième département de France et le cinquième, et plus petit, département d'outre-mer.

Malgré une croissance économique rapide au cours de la dernière décennie et un alignement de plus en plus récurrent sur les normes nationales, Mayotte accuse un retard en matière de santé. Il existe, en effet, des disparités importantes dans l'accès aux soins ; des pathologies quasi-disparues ailleurs en France continuent de circuler sur le territoire. Le département souffre également d'un déficit d'infrastructures de santé dont le dévelop-

pement est un des objectifs ambitieux en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Le défi pour Mayotte est de créer un modèle original de développement de l'offre de santé qui prend en compte l'environnement particulier de l'île et son tissu urbain spécifique. L'arrivée prochaine de nouvelles infrastructures de santé doit ainsi s'inscrire dans le paysage environnemental en veillant à sa conservation et être répartie de manière réfléchie sur l'île afin de permettre à chacun d'être au plus près d'une structure de soins.

Un territoire à la dynamique démographique très spécifique

1 Une croissance démographique particulièrement soutenue

La population de Mayotte a connu une augmentation considérable entre 1989 et 2017. Celle-ci a été multipliée par quatre sur cette période, passant de 67 200 habitants à 256 518 habitants selon le dernier recensement complet de l'Insee. Le taux de croissance moyen de la population depuis 2012 est de 3,8 % par an.

Il en découle une densité populationnelle sur l'île élevée avec 686 habitants par km² (figure 1), plaçant le territoire au 8ème rang des départements les plus densément peuplés de France².

L'impressionnante croissance de la population s'explique par deux facteurs principaux :

Une immigration importante, avec 48% des résidents de nationalité étrangère et un solde migratoire positif bien que relativement faible³ ;

Un taux de natalité élevé : le taux de fécondité avant 20 ans à Mayotte est quatre fois supérieur à celui de l'Hexagone, avec un pic des naissances à 24 ans contre 30 ans dans l'Hexagone en 2017. Le taux de natalité en 2018 représentait ainsi 34,4 naissances domiciliées pour 1000 habitants contre 11 naissances domiciliées en France hexagonale⁴. De plus, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) s'élève à 5 enfants par femme.

L'INSEE estime par ailleurs que la population continuera de croître dans les années à venir, avec des scénarios à horizon 2050 compris entre 440 000 et 760 000 habitants.

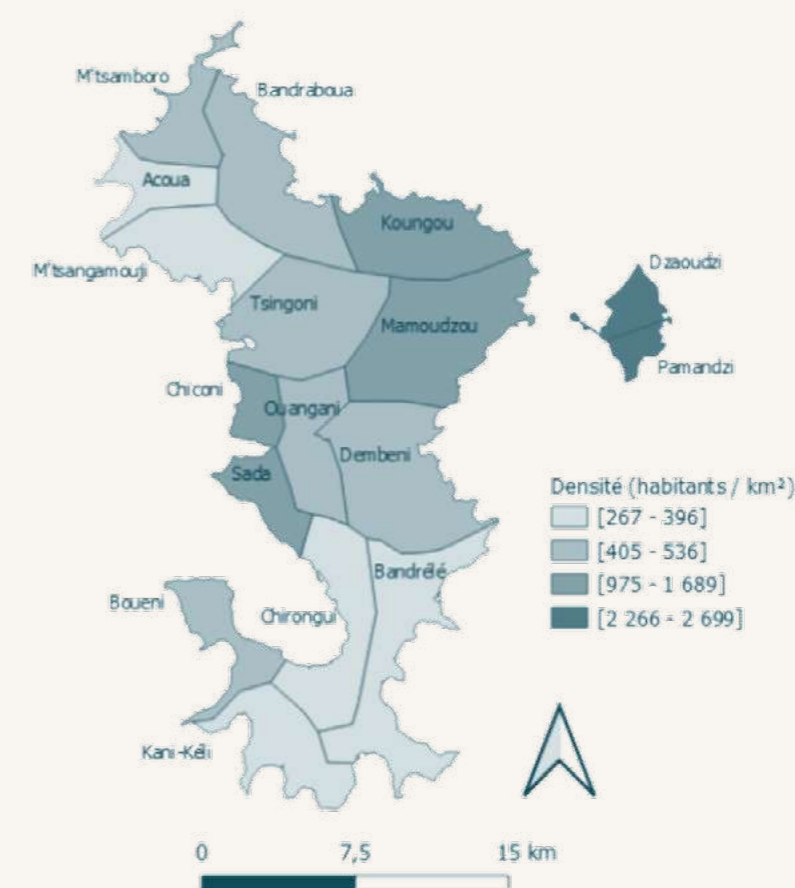


Figure 1 : Densité de population des communes de Mayotte en 2017 (source : Insee, 2017)

2 Un solde naturel à la hausse malgré les décès

Avec une mortalité infantile élevée (9 décès pour 1000 enfants nés vivants contre 3,6/1000 dans l'Hexagone)⁵ et une espérance de vie qui a reculé de deux ans en 2021 (figure 3), Mayotte a également fait face à une augmentation importante du nombre de ses décès en 2021.⁶

Selon l'Insee (2022), « en lien avec l'épidémie de Covid-19, les décès ont augmenté fortement à Mayotte. Ainsi, 1 140 personnes résidant sur l'île sont décédées en 2021, soit 370 de plus qu'en 2019 (+ 47 %). Cette hausse de la mortalité touche particulièrement les personnes âgées de 65 ans ou plus mais également les 50-64 ans. »

Malgré la hausse de la mortalité, le solde naturel (différence entre les naissances et les décès), s'élève à + 9 470 personnes en 2021 (tableau 1).



Figure 3 : L'espérance de vie à Mayotte, en 2021 (Source : l'étude, Insee Flash Mayotte n° 142, septembre 2022).

3 Des flux migratoires entrants et sortants en augmentation au cours des dernières années

Bien qu'il y ait un accroissement important de la population, une partie de la population de Mayotte quitte le territoire afin de s'installer dans l'Hexagone ou dans les autres DROM.

En 2017, 33% des natifs de Mayotte entre 15 et 64 ans ne vivaient pas dans leur région natale. Ces départs sont encore plus importants chez les natifs entre 21 et 29 ans parmi lesquels ce chiffre atteint 55% (Figure 4)⁷.

Deux raisons principales expliquent ces départs de Mayotte :

La poursuite des études : les étudiants à Mayotte sont de plus en plus nombreux considérant l'augmentation de la scolarisation des enfants. Cependant, le centre universitaire de Mayotte n'a pas la capacité d'admettre l'ensemble des titulaires d'un baccalauréat souhaitant poursuivre leurs études ;

La recherche d'un emploi.

Il y a davantage d'arrivées que de départs chez les enfants de moins de 15 ans et les adultes de 25 à 34 ans, en particulier pour les femmes. Les départs sont cependant plus nombreux que les arrivées chez les jeunes de 15 à 24 ans.

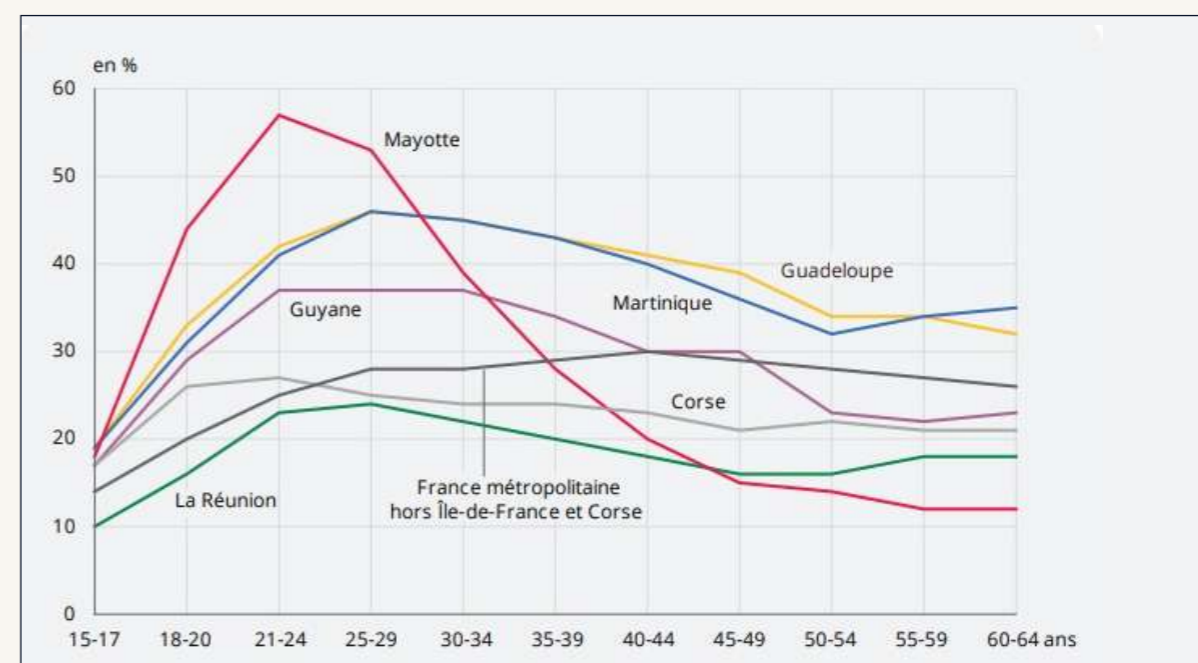


Figure 4 : Part des natifs de 15 à 64 ans, résidant hors leur région de naissance selon l'âge (Source : Insee première, n°1853, avril 2021)

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Naissances	nombre	7 310	9 000	9 500	9 760	9 590	9 770	9 180	10 610
	évolution (en %)	//	23,1	5,5	2,8	- 1,8	1,9	- 6,0	15,6
Décès	nombre	590	640	710	740	760	780	970	1 140
	évolution (en %)	//	7,8	10,8	4,3	3,1	2,5	24,8	17,9
Solde naturel (nombre)		6 720	8 360	8 790	9 030	8 830	8 990	8 210	9 470

Note : nombres arrondis à la dizaine.
Source : Insee, statistiques de l'état civil.

Tableau 1 : Évolution des naissances, des décès et du solde naturel à Mayotte entre 2014 et 2021

5 ARS Mayotte, Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social de Mayotte, 2021.

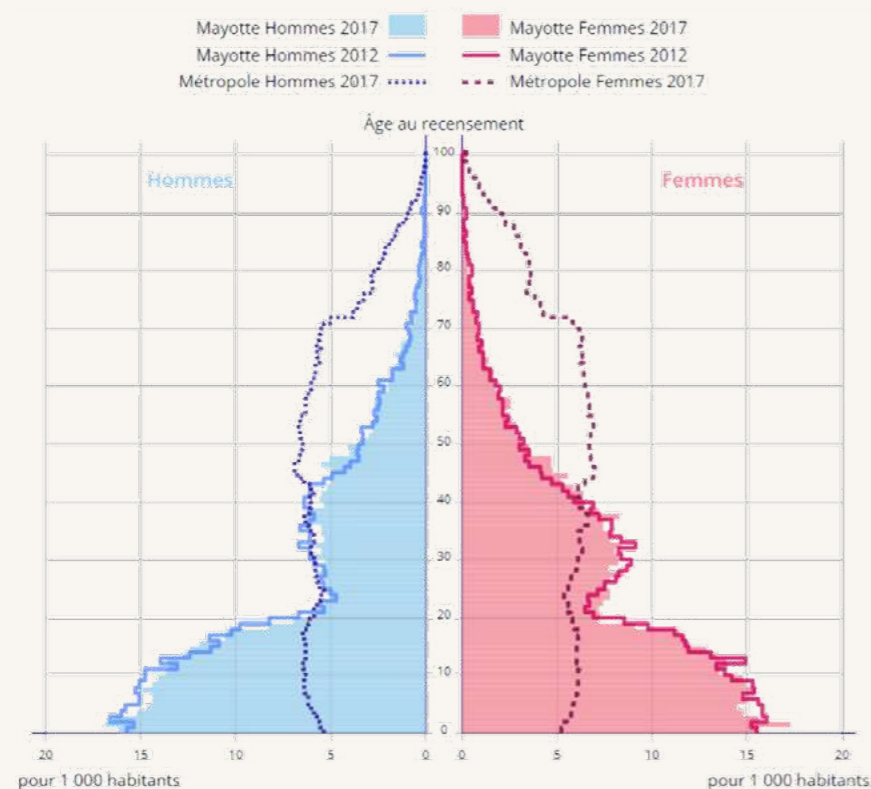
6 Insee, Flash Mayotte, « Plus de 10 000 naissances en 2021 et décès en forte hausse », n° 142, septembre 2022.

7 Insee, Insee première, « Les natifs des Antilles, de Guyane et de Mayotte quittent souvent leur région natale, contrairement aux Réunionnais », n°1853, avril 2021.

4 Mayotte, le département le plus jeune de France

Avec environ 60% de sa population âgée de moins de 24 ans, Mayotte est le département dont la population est la plus jeune de France. A titre de comparaison, l'âge moyen sur l'île en 2017 était de 23 ans, contre 28 ans en Guyane et 41 ans en France hexagonale. Au contraire, les plus de 60 ans (5%) représentent une part cinq fois moins élevée que dans l'Hexagone (26%). La pyramide des âges (figure 5) illustre bien le déséquilibre entre la population jeune et âgée.

A horizon 2050, la pyramide des âges devrait s'équilibrer. Selon les projections, les plus de 60 ans représenteraient 12% de la population (+6 points par rapport à 2020), et les jeunes de moins de 20 ans ne compteraient plus que pour 39% de la population (-12 points par rapport à 2020)⁸.



Un département touché par une grande pauvreté

1 Une précarité importante

Avec 77% de ses habitants vivant sous le seuil national de pauvreté, Mayotte est le département connaissant le niveau de pauvreté le plus élevé de France*. Le niveau de vie médian de l'île est de 260€/mois, soit un sixième du niveau hexagonal qui s'élève à 1700€/mois**.

Par ailleurs, 40% des habitants de Mayotte vivent en dessous du seuil de pauvreté local établi à 160€/mois (60% du niveau de vie médian du département). La figure 6 illustre les écarts de PIB par habitant entre Mayotte, la France métropolitaine, les départements d'outre-mer et les Comores.

Il est à noter que seuls 16 000 personnes bénéficiaient du RSA à Mayotte fin 2018, soit 6% de la population contre 24% dans l'ensemble des autres DOM⁹.

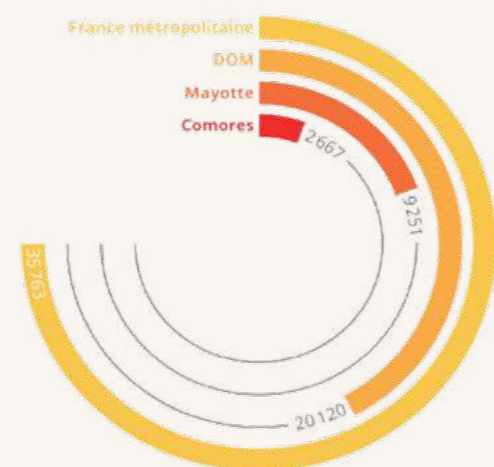


Figure 6 : Comparaison du PIB par habitant entre Mayotte, la France métropolitaine, les DOM et les Comores en 2018, en euro (Source : rapport du Sénat sur l'accès aux soins à Mayotte, 2022).

2 Des conditions de vie dégradées

La précarité financière dans laquelle vivent un nombre conséquent d'habitants explique leurs conditions de vie dégradées, notamment en termes de logement et d'accès à l'eau.

Des logements précaires et un accès à l'eau parfois difficile

Depuis 1997, 40% des ménages vivent dans une construction fragile, essentiellement en tôle, bois, végétal ou terre. La précarité de logement est encore plus forte chez les personnes étrangères, avec 65% des étrangers vivant dans une habitation fragile.

Les conséquences sont très concrètes : ces habitations de fortune ne permettent souvent pas d'assurer une bonne hygiène élémentaire. Ainsi, un tiers des habitants n'ont pas accès à l'eau courante dans leur logement en 2017, et

10% d'entre eux s'approvisionnent dans une rivière ou un ruisseau.

La question de l'accès à l'eau est un véritable enjeu de santé publique car l'eau des ruisseaux est impropre à un usage alimentaire ou d'hygiène. En effet, ces points d'eau sont des lieux de déversement de déchets, de vie des animaux ou encore d'évacuation des eaux usées. Le mauvais accès à l'eau engendre un risque sanitaire sérieux pour environ 7 300 habitants, dont 1 450 enfants de moins de 5 ans (20%)¹⁰.

De telles conditions de vie expliquent en partie le taux de mortalité 1,5 fois supérieur à l'Hexagone à structure de population équivalente et entraînent des besoins de santé bien spécifiques.

* Est considérée comme pauvre en 2017 une personne seule qui vit avec moins de 1010 euros par mois, 1515 euros par mois pour un couple et 2120 euros par mois pour un couple avec deux enfants de moins de 14 ans).
 ** Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation).
 9 Insee, Insee Première. « Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte », n°1804, Juillet 2020.

10 Communiqué de Presse Insee et préfet de Mayotte, Evolution des conditions de logement à Mayotte, le 29 août 2019.

Une insécurité importante impactant l'attractivité du territoire

Selon le rapport d'information du Sénat¹¹, le nombre de faits de délinquance commis à Mayotte est en très forte augmentation depuis 2008. Ainsi, le nombre annuel de coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus est passé de 594 en 2008 à 1 506 en 2019, soit une hausse de 153,5 %. Dans le même temps, le nombre de violences sexuelles est passé de 98 à 236, soit une hausse de 175,5 %, et celui de vols violents a crû de 263,8 %, pour atteindre 1 049 faits en 2019.

Le même rapport souligne que cette situation suit 2 logiques :

Une délinquance de subsistance, qui se traduit par l'appropriation de biens d'autrui, y compris par la violence ;

Une délinquance aux motifs incertains, généralement perpétrée en bandes, qui peut notamment viser la commission de violences gratuites.

Ce climat d'insécurité constitue un frein à l'attractivité pour les professionnels de santé, comme souligné dans l'enquête réalisée par l'ARS¹².



3 Des écarts de niveaux de vie de plus en plus creusés

Déjà particulièrement élevés en 2011, les écarts de niveaux de vie à Mayotte ne cessent de s'accroître et peuvent s'expliquer par deux mouvements opposés.

D'un côté, en 2018, le niveau de vie plafond des 40% les moins aisés est 20% plus faible qu'en 2011. De l'autre, le niveau de vie plancher des 10% les plus aisés a augmenté de 50%¹³ ce qui représente un niveau de vie plancher 6,8 fois supérieur au niveau de vie médian de la population.

Depuis la départementalisation de Mayotte, le niveau de vie des personnes en emploi a progressé grâce à l'augmentation des salaires. Ainsi le SMIC a augmenté de 14% tirant l'ensemble des salaires vers le haut, tandis que la majoration de 40% du traitement des fonctionnaires locaux a été généralisée.

Ces inégalités entraînent des conséquences en santé majeures notamment sur le recours aux soins. Ainsi, les personnes en situation de pauvreté auront tendance à renoncer à des soins médicaux ou les reporter avec pour principale cause la question financière.

Un mauvais état de santé accentué par le non-recours aux soins

1 Un état de santé qui peine à rester bon à tous les âges de la vie

En 2019, 11% des habitants de Mayotte de quinze ans ou plus se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé. Ce chiffre est supérieur à la France métropolitaine (7%) et à l'ensemble des autres DROM (figure 7).

Ce chiffre est d'autant plus alarmant dans la mesure où la population de Mayotte est bien plus jeune que celle de l'Hexagone. La perception que la population porte sur son état de santé renvoie à une réalité : à chaque âge, la mortalité est plus élevée à Mayotte que dans l'Hexagone. Ainsi, à structure d'âge identique à celle de la France métropolitaine, la proportion d'habitants en mauvaise ou très mauvaise santé serait de 21,3%.¹⁴

A titre d'illustration, la mortalité infantile est trois fois plus élevée que dans l'Hexagone (10,1/1000 contre 3,5/1000)¹⁵ mais comparable à celle de la Guyane¹⁶ et la tranche 20-39 ans connaît, quant à elle, deux fois plus de décès que dans l'Hexagone.

Le vieillissement est la première cause de mauvaise santé et ses conséquences sont en réalité plus préjudiciables à Mayotte que dans les autres régions. Le nombre de personnes de 60 ans ou plus devrait tripler d'ici 2050, ce qui pourrait affecter l'état de santé moyen de la population.

En lien avec l'état de santé de la population, l'espérance de vie à la naissance est en 2020 de 73,6 pour les femmes mahoraises contre 85,2 dans l'Hexagone, et de 72,3 ans pour les hommes mahorais contre 79,2 ans dans l'Hexagone. Conséquence d'une population plus jeune que celle de la France hexagonale, le taux de décès rapporté au nombre d'habitants est bien plus faible à Mayotte que dans les autres régions. Ainsi le taux de mortalité pour 2019 était de 2,7 contre 9,1 pour 1000 habitants. En calquant la structure par âge de la population métropolitaine, le taux de mortalité serait dans cette hypothèse, 1,5 fois plus élevé que dans l'Hexagone.

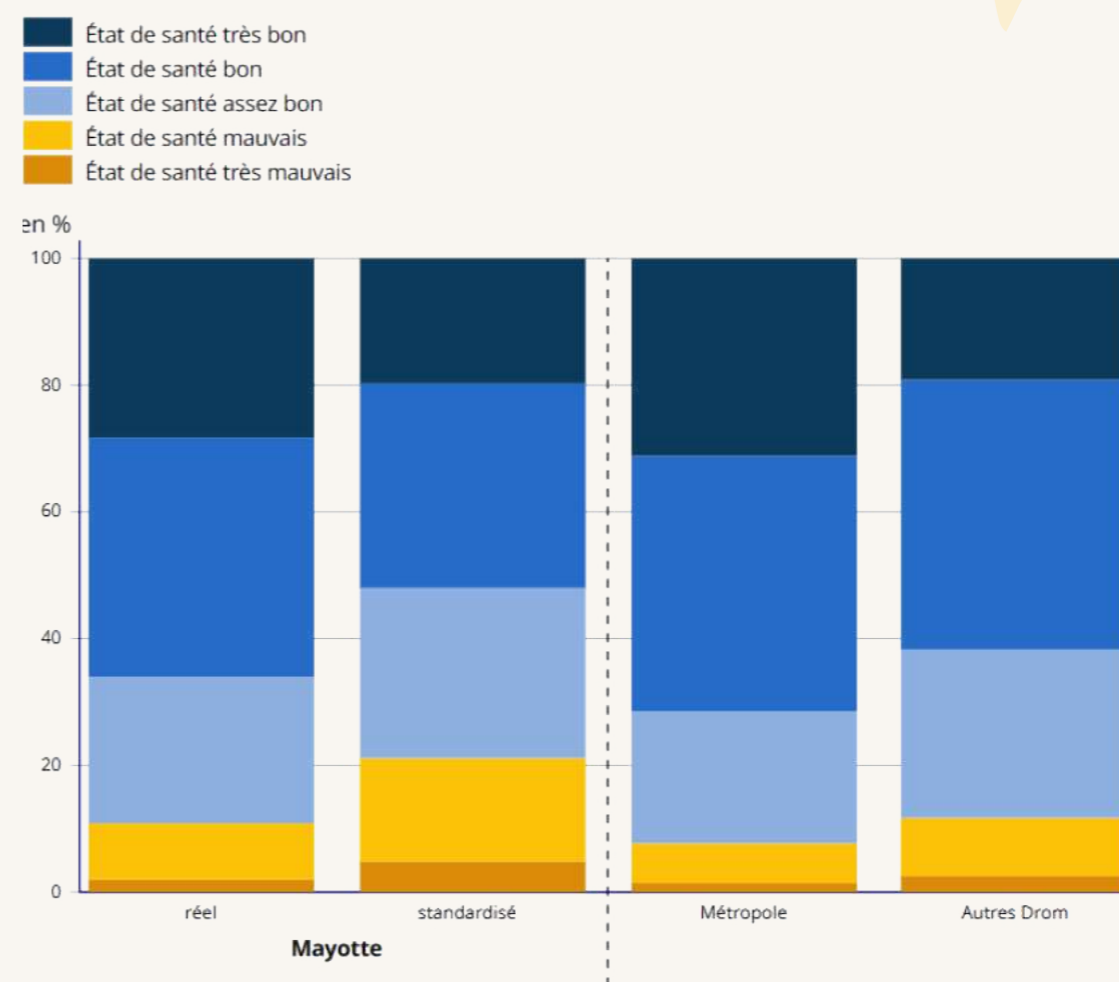


Figure 7 : Perception de l'état de santé selon le territoire de résidence, en 2019 (Source : DRESS-Irdes-Iness, Enquête santé DOM, EHIS, 2019).

¹⁴ Insee, Analyses Mayotte, « Près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer », n°29 juillet 2021.

¹⁵ ARS Mayotte & ORS Mayotte, Panorama statistique de la santé à Mayotte, 2022

¹⁶ Insee, Insee Flash, « Les décès à Mayotte en 2016 : surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus », n°68, Mai 2018.

2 Un renoncement aux soins fréquent

Bien que Mayotte s'inscrive dans un processus de convergence sociale depuis sa départementalisation, notamment avec la présence de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) — unique organisme de sécurité sociale de l'île de Mayotte depuis la loi de financement de la sécurité sociale du 22 décembre 2014 — le renoncement aux soins reste fréquemment évoqué par les acteurs clés de la santé à Mayotte.

Il existe peu d'études publiées sur le sujet et les données disponibles font état d'une prévalence de renoncement aux soins qui varie de 12%¹⁷ à 45%¹⁸ selon l'étude, le périmètre et le public évalué. Il apparaît toutefois que les causes de renoncement sont multiples.

Un coût des soins excessif, en particulier pour les non assurés sociaux mais également pour les assurés

Mayotte connaît un régime de sécurité sociale avec de multiples exceptions par rapport à l'Hexagone. Par exemple, la protection universelle maladie (PUMA) et l'aide médicale d'Etat (AME) ne sont pas applicables sur le territoire ; la complémentaire santé solidaire (C2S) est quant à elle en cours d'instauration. L'absence de tels dispositifs entraîne des conséquences multiples, pour les habitants non assurés sociaux, mais également pour les assurés.

Bien que l'action sanitaire et sociale de la CSSM prévoit des aides extralégales pour ses assurés les plus défavorisés, de nombreux affiliés à la sécurité sociale renoncent malgré tout à recourir aux soins dispensés par les professionnels de santé libéraux et aux officines en raison de difficultés financières. Le CHM, où la prise en charge est totale, constitue ainsi l'unique recours pour une partie de la population, contribuant à renforcer l'engorgement de l'hôpital. Par ailleurs, les assurés rencontrent des difficultés administratives, avec une rupture fréquente de leurs droits au moment du renouvellement de leur titre de séjour.

Concernant les non assurés, qui représentaient environ 34% de la population en 2020, la problématique du renoncement aux soins est encore plus préoccupante¹⁹. Au nombre très important de non assurés doit s'ajouter les 45% de personnes éligibles à la carte vitale, mais qui n'en disposent pas, majoritairement pour des raisons de difficultés administratives. Cette population non assurée se voit demander une participation forfaitaire souvent comprise entre 10 et 30 euros pour accéder aux soins. Ces frais contribuent au renoncement aux soins pour raisons financières.

Deux mécanismes, encadrés par l'article L. 6416-5 du code de la santé publique, ont été mis en place pour lutter contre le non recours pour motif financier :

La prise en charge totale ou partielle par l'Etat en cas de soins urgents et vitaux ;

La prise en charge totale pour les frais concernant les mineurs et ceux destinés à préserver la santé de l'enfant à naître.

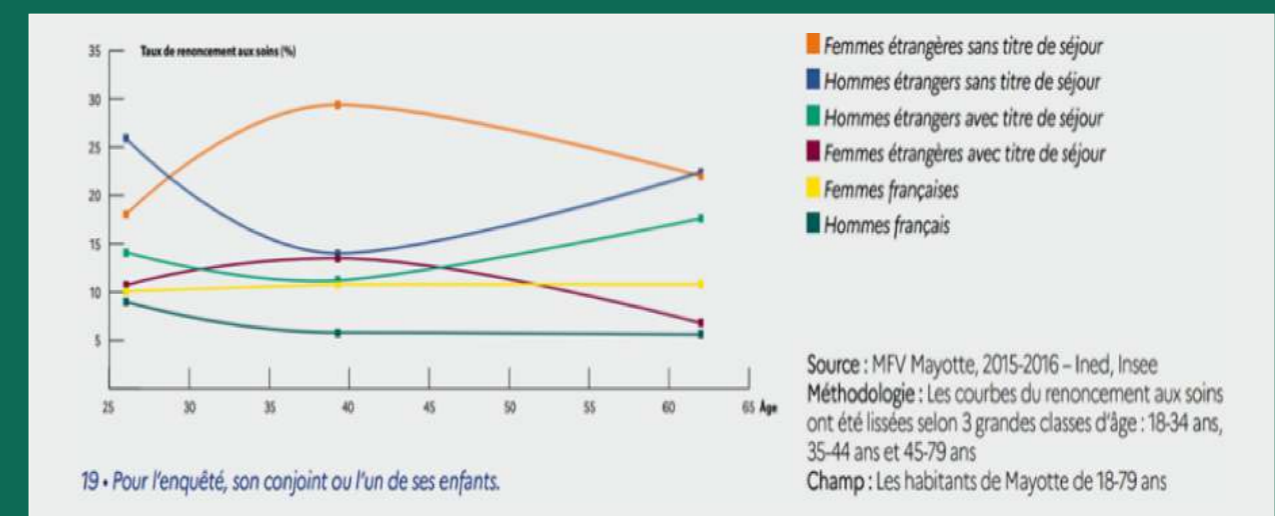


Figure 8 : Taux de renoncement aux soins en fonction de l'âge selon le lieu de naissance et le statut administratif (Source : MFV Mayotte, 2015-2016 - Ined, Insee).

Une offre de soins parfois géographiquement inaccessible

Une grande partie de la population mahoraise vit éloignée des zones d'offre de soins. En effet, la plupart de l'offre libérale est concentrée à Mamoudzou, et si les centres médicaux de référence (CMR) et les centres périphériques de proximité (CCP) tentent de mailler l'ensemble du territoire, l'unique route de Mayotte, fréquemment embouteillée, rend l'accès aux soins difficile et décourage les habitants à se déplacer pour obtenir des soins.

Un manque d'offre de soins, notamment sur certaines spécialités

En raison de la faible démographie médicale et paramédicale, certaines spécialités n'existent pas sur le territoire. Le dispositif d'évacuations sanitaires (EVASAN) prévu pour pallier ce manque ne permet pas, à ce jour, d'assurer un accès effectif aux soins par l'ensemble de la population. Par ailleurs, pour les spécialités disponibles sur le territoire, les délais parfois longs pour obtenir un rendez-vous conduisent au renoncement aux soins d'une partie de la population.

¹⁷ Balicchi J. et al., « Enquête Migrations-Famille Vieillessement — État de santé et couverture santé à Mayotte », In Extenso n° 8, mai 2019.

¹⁸ Insee, Enquête santé DOM en 2019, « près de la moitié des habitants de Mayotte ayant eu besoin d'un soin ont dû le reporter ou y renoncer », n° 29, Juillet 2021.

¹⁹ Caisse de sécurité sociale de Mayotte, Rapport statistique 2020.

3 Un recours important à la médecine traditionnelle

Les médecines traditionnelles et coraniques sont largement répandues à Mayotte. Le traitement traditionnel commence généralement à domicile en automédication et repose principalement sur l'usage de plantes, racines, graines, fleurs et écorces.

La voie d'administration privilégiée des traitements à base de plantes est la voie orale, sous forme de tisane obtenue par décoction, mais l'usage externe est également important et varié (instillations nasales, oculaires, massages, friction, inhalation, fumigations, bains, applications locales...). Les traitements administrés en médecine traditionnelle ne sont pas uniquement curatifs mais perçus comme préventifs ou pour améliorer la santé générale.

L'âge et l'intensité de la maladie va influencer la décision du patient à recourir ou non à la médecine traditionnelle. En ce sens, pour une maladie d'intensité « faible », le recours à la médecine traditionnelle est stable chez les 25-59 ans (19% à 22%). Elle est cependant deux fois moins importante chez les 60 ans ou plus (9%). Pour une maladie grave, le recours à la médecine traditionnelle devient marginal (1% à 3%)²⁰.

La valorisation des plantes médicinales et de la médecine traditionnelle à Mayotte est un axe clé du PRS. L'objectif n'est pas de la faire disparaître mais d'en favoriser une meilleure articulation avec la médecine conventionnelle, afin d'éviter toute forme de risque et de favoriser une prise en charge précoce des patients.

20 ARS Mayotte & ORS Mayotte, Panorama statistique de la santé à Mayotte 2022.



Une offre de sante en structuration

1 Une densité médicale insuffisante

L'île de Mayotte souffre d'une démographie médicale très faible comparée aux standards métropolitains.

En ce qui concerne la densité des professionnels devant couvrir les besoins en soins de santé de la population, celle-ci ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins.

En 2020, il était recensé sur le territoire une densité pour 100 000 habitants de 43 médecins généralistes, 37 spécialistes et 6 chirurgiens-dentistes, contre 127 médecins généralistes, 179 spécialistes et 63 chirurgiens-dentistes dans l'Hexagone²¹.

La démographie de sages-femmes est nettement inférieure aux besoins de la population malgré une densité par habitant supérieure à celle de l'Hexagone. En effet, le nombre d'accouchements par sages-femmes à Mayotte est 48% supérieur à celui de l'Hexagone, avec un ratio de 50 accouchements par sage-femme en moyenne à Mayotte, contre 33,7 dans l'Hexagone^{22 23}.

²¹ ARS Mayotte, Statiss, 2022.

²² ARS Mayotte, Statiss, 2020.

²³ Insee, Natalité-Fécondité, TEF édition 2020.

2 Une offre de santé répartie entre différentes structures

A Mayotte, l'offre de soins se répartit entre le Centre hospitalier de Mayotte qui concentre une écrasante majorité des prises en charge, la protection maternelle et infantile (PMI) qui relève du Conseil départemental, une offre privée et une médecine de ville embryonnaire.

Les partenariats hors département prennent également une place importante dans la dynamique de prises en charge proposée à Mayotte.

→ Le CHM, acteur quasi-exclusif de l'offre de soins

A Mayotte, l'organisation des soins est centrée sur le CHM qui opère dans toutes les sphères de l'assistance, de la prévention aux soins plus spécialisés avec 72% de prise en charge de la consommation de soins globale de l'île.

Malgré les efforts pour le renforcement de l'offre de soins, cette offre reste insuffisante par rapport aux besoins de Mayotte. Le CHM est réparti sur cinq sites (figure 9), avec un site principal situé à Mamoudzou qui accueille un plateau technique en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

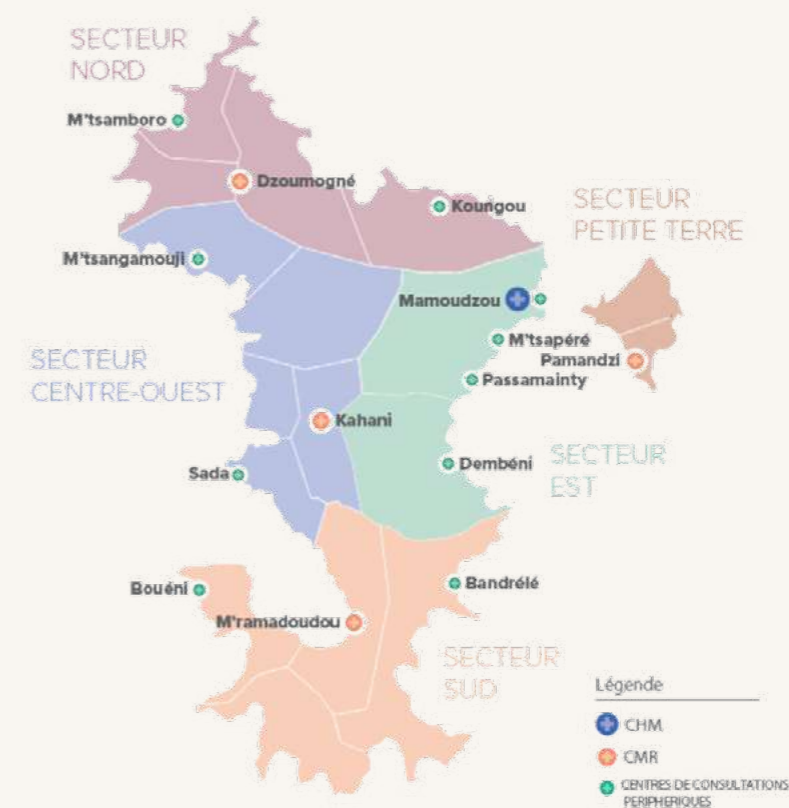


Figure 9 : Les différents sites du Centre hospitalier de Mayotte (Source : ARS Mayotte)

Le CHM est le siège du SAMU-Centre 15 et dispose de lignes de SMUR. Il comprend également une unité d'hospitalisation à domicile, une équipe mobile d'accompagnement aux soins palliatifs et un service de soins de suite et de réadaptation ouvert en 2021, en Petite-Terre.

L'hôpital dispose également de quatre centres médicaux de référence (CMR). Chacun de ces centres exerce un accueil médical permanent et comporte une maternité dédiée aux accouchements physiologiques (soit un total de 67 lits pour les 4 centres sur un total de 180 lits dédiés à l'obstétrique), ainsi qu'un cabinet dentaire. Pour les quatre maternités périphériques, le fonctionnement repose uniquement sur des sages-femmes, des puériculteurs, des infirmiers et des aides-soignants.

Le CHM dispose également de dix centres de consultations de proximité (CCP) qui assurent les soins primaires de proximité ainsi que les actions de prévention auprès de la population. Cette organisation permet au CHM de mailler la quasi-intégralité de l'île.

Le CHM accueille plus de 40 000 séjours par an et dispose de 400 lits et 143 places autorisés¹⁵. Toutefois, le nombre de lits et places installés dépasse largement les lits autorisés afin de répondre aux importants besoins de prise en charge.

L'analyse du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet d'identifier les interventions les plus fréquentes, à savoir, pour l'année 2021 :

Les accouchements par voie basse (9 215 accouchements) ;

La prise en charge des enfants en néonatalogie et en pédiatrie (2 674 séjours) ;

Les cures de chimiothérapie (2 041 séjours) ;

Les césariennes (1 489 césariennes) ;

Les activités qui occupent le plus grand nombre de lits sont ainsi l'obstétrique (180 lits et 2 places actuellement exploités) et la pédiatrie-néonatalogie (104 lits et 4 places actuellement exploités).

→ Une restructuration du CHM prévue en 2023-2026

Le CHM prévoit une restructuration en 2023-2026, afin de mieux répondre aux besoins de la population et aux conditions de travail des professionnels de santé.

Elle doit permettre de définir de nouveaux parcours et filières de soins. L'établissement verra ses capacités d'hospitalisation augmentées en néonatalogie, en obstétrique ou encore en soins critiques, pour mieux soigner.

Le service d'accueil des urgences sera redimensionné avec des filières de prise en charge identifiées pour les adultes, les enfants ainsi qu'en santé mentale. Des nouvelles filières en cardiologie et en dialyse feront l'objet de nouveaux partenariats. Le secteur psychiatrique sera profondément modifié et renforcé. Un bâtiment dédié permettra l'ouverture de consultations spécialisées et programmées.

Annoncée par le président de la République Emmanuel Macron lors de sa venue à Mayotte en 2019, la restructuration du CHM passera également par la création d'un second site hospitalier à Combani dont l'implantation a été officialisée en février 2022 par Sébastien Lecornu, alors ministre des outre-mer.

Les travaux du nouveau site hospitalier commenceront en 2025. La surface disponible est particulièrement importante et permettra également la construction d'un technopôle de santé aux alentours du site hospitalier pour loger les personnels, créer des hôtels hospitaliers et accueillir des activités industrielles et commerciales.

L'ambition de ce projet est de doubler le capacitaire du site de Mamoudzou afin de répondre aux enjeux démographiques à venir et d'améliorer le recours aux soins.

→ La protection maternelle et infantile, un complément essentiel au CHM

Dix-sept centres de protection maternelle et infantile viennent compléter l'offre de soins du CHM et assurent près de la moitié des consultations générales pour les parturientes et jeunes enfants.

Face aux importants besoins de prise en charge de la femme et du jeune enfant, couplés à une absence de planning familial et une médecine de ville embryonnaire, la PMI s'est vu attribuer des missions renforcées

suite à une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)²⁴. Elle assure par exemple la moitié des consultations prénatales ainsi que les échographies pour les grossesses physiologiques. La PMI prend également en charge près de 85% de la vaccination obligatoire des 0-6 ans, et intervient fréquemment en école maternelle pour réaliser les bilans de santé des enfants de 4 ans.

→ Une médecine de ville embryonnaire

La médecine de ville, bien qu'embryonnaire, vient compléter l'offre de soins hospitalière à Mayotte. L'ensemble de l'île est classé en zone « très sous dense » avec moins de 12 médecins libéraux pour 100 000 habitants (contre 169 pour 100 000 habitants dans l'Hexagone et une moyenne de 129 dans les autres DOM), et seulement 6 médecins spécialistes libéraux (en gynécologie obstétrique, psychiatrie, biologie, radiologie et cardiologie).

Les professionnels médicaux libéraux sont fortement concentrés sur la ville de Mamoudzou, près de la moitié des médecins généralistes exerçant sur ce secteur, tandis que le nord et le sud de l'île sont encore moins bien dotés que le reste du territoire.

Concernant les pharmacies d'officine, le territoire est également bien en deçà de la moyenne nationale avec huit pharmacies d'officine pour 100 000 habitants, contre une moyenne de vingt-huit pharmacies dans les autres DOM et de trente-deux officines au niveau national²⁵.

→ Une offre privée qui se développe et se diversifie

En parallèle de l'offre du CHM et de la médecine de ville, coexiste une offre de soins privée lucrative. Cette dernière repose presque essentiellement sur l'activité de dialyse réalisée par « SAS Maydia » (du groupe réunionnais Clinifutur). Actuellement, SAS Maydia assure²⁶ :

L'activité d'hémodialyse en centre lourd, adossée au CHM ;

La dialyse médicalisée sur deux unités et les sites de Mramadoudou et Kaweni ;

L'auto dialyse sur les deux sites de Mramadoudou et Kaweni.

Cependant, l'offre privée connaît un développement rapide, avec plusieurs projets en cours ou prévus. On peut citer la construction à Chirongui de la première clinique privée de Mayotte par le groupe Clinifutur avec près de 60 lits répartis entre la médecine et la chirurgie.

De plus, certains centres privés ou à but non lucratif comme EPVS et Onakia ont des spécialistes en mission sur des activités d'ORL, d'ophtalmologie ou encore de neurologie.

→ Les associations, acteurs incontournables de la santé de proximité

Les associations contribuent de manière proactive à améliorer l'offre de santé, en étant gestionnaires d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux ou encore en tant que porteuses de projets de santé publique au plus près de la population.

Sur un territoire où une part significative de la population demeure éloignée des structures de soins, le déploiement sur le terrain des associations de proximité constitue une opportunité singulière et efficace de porter les campagnes de prévention organisées par l'agence régionale de santé. Les démarches d'« aller-vers » apparaissent ainsi plus développées à Mayotte qu'ailleurs en France, permettant de renforcer l'adhésion des populations aux politiques de santé déployées sur le territoire.

Les associations sont soutenues par les acteurs du territoire tels que la préfecture et l'agence régionale de santé qui n'hésitent pas à faire appel à elles dans le cadre de nouvelles missions. En effet, du fait de leur statut, les associations peuvent toucher plus facilement les populations vulnérables et isolées. Une convention entre la préfecture, l'ARS et l'association Mlezi Maoré a, par exemple, été signée au cours de la pandémie de Covid-19 afin de confier à l'association le soin de former et coordonner des équipes de médiateurs en santé afin d'être au plus près de la population et d'assurer la diffusion des messages de prévention et le rappel des gestes barrières.

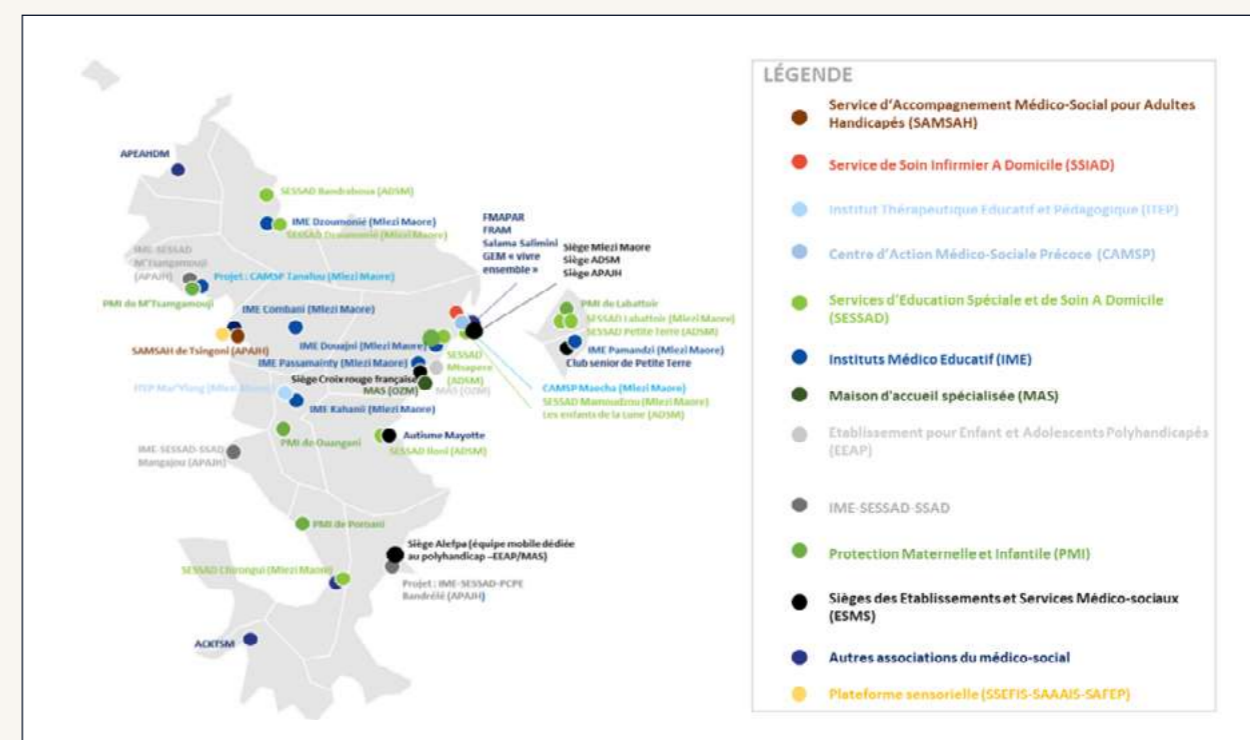


Figure 10 : Les établissements médico-sociaux en 2022 (Source : ARS Mayotte)

3 Un système de soins fortement dépendant de coopérations hors département

Pour pallier le manque d'offre de soins sur le territoire mahorais, le système de santé local fait appel à des coopérations hors département.

Le système de soins existant à Mayotte ne permet pour le moment pas de répondre à l'ensemble des besoins de la population, rendant nécessaire les évacuations sanitaires principalement vers la Réunion ainsi que l'Hexagone.

En ce sens, Mayotte comptabilise 1 463 évacuations réalisées en 2021 soit une augmentation de 22 % par rapport à 2020* et de 16% par rapport à 2019. Les principaux besoins en EVASAN concernent la cancérologie, la pédiatrie, la cardiologie, la neurologie et la néphrologie.

Au-delà des EVASAN, nombreuse est la population à aller se faire soigner hors Mayotte. Le pourcentage des séjours hospitaliers hors Mayotte est en augmentation constante et a presque doublé entre 2015 et 2019, dépassant 4 800 séjours en 2019. En termes de spécialité médicale, les patients résidant à Mayotte qui se font soigner hors du territoire le font majoritairement pour des raisons cardio-vasculaires et pour des soins digestifs ou de gynécologie (figure 11)²⁷.

* A noter que la diminution des EVASAN en 2020 était due aux mesures de confinement appliquées au département et à l'arrêt des consultations programmées.
27 PMSI, base de données pilote hôpital, novembre 2022.

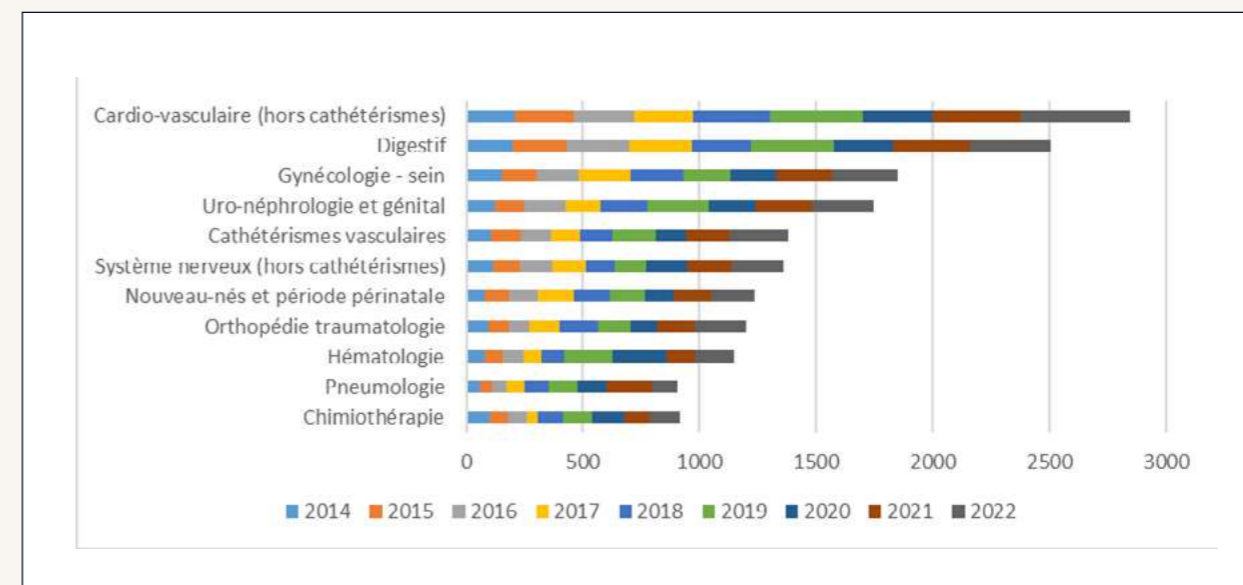


Figure 11 : Principales spécialités pour lesquelles les habitants de Mayotte se font soigner hors territoire depuis 2014 en nombre de séjours (Source : analyse faite par le cabinet de conseil GovHe, issue de la base de données Pilote Hôpital)

METHODOLOGIE

Les travaux pour l'élaboration du **projet régional de santé de Mayotte (PRSM)** se sont déroulés de mars 2022 à décembre 2022.

Tout au long de son élaboration, de nombreux partenaires en santé, mais aussi les élus, les partenaires institutionnels et les citoyens, ont été associés à cette démarche. L'objectif était d'aboutir à un document dont les orientations seraient partagées par le plus grand nombre, et répondraient aux besoins de la population. De l'organisation des vingt-huit ateliers de travail qui ont réuni chacun une quinzaine d'experts à l'organisation de cinq concertations citoyennes qui ont rassemblé à chaque fois plus d'une soixantaine de participants, ce sont ainsi plusieurs centaines de personnes qui ont pu, à un moment ou à un autre, s'exprimer directement sur les problématiques — professionnelles ou personnelles — qu'ils rencontraient et les solutions qui pouvaient être envisagées.

Le lancement du Conseil national de la refondation en santé (CNR-santé) en septembre-octobre 2022 a par ailleurs permis de renforcer la démarche de co-construction engagée les mois précédents, en offrant de nouveaux temps d'échanges qui ont permis de nourrir davantage les réflexions engagées pour l'écriture du projet régional de santé.

Ces différents temps d'échange et de discussion ont donc permis de faire un état des lieux de la santé à Mayotte et d'identifier les thématiques de travail prioritaires pour les années à venir.



Photo 1 : Table ronde 1



Photo 2 : Atelier thématique animé par une experte en santé publique



Photo 4 : Participation à un cours sur la propreté animée par un relais communautaire



Photo 3 : CNR-santé à Combani sur l'organisation territoriale de la santé à Mayotte

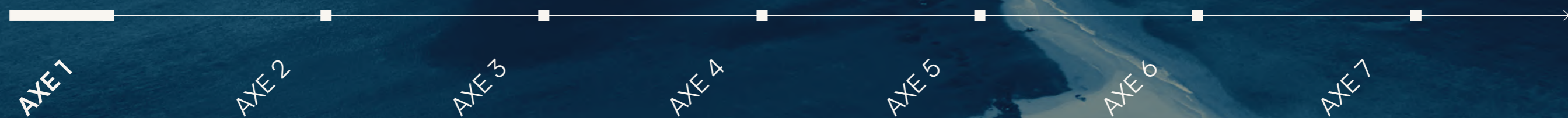
Schéma méthodologique



AXES THEMATIQUES

Axe 1

Renforcer les capacités
de prise en charge
sanitaire des patients
à Mayotte



CONTEXTE

Actuellement, l'offre de soins à Mayotte est assurée principalement par le CHM (seul établissement public de santé sur l'île) et, dans une moindre mesure, par les professionnels libéraux, associations, établissements privés, PMI et médecine scolaire. En l'absence de capacité d'offrir des prises en charge complètes à Mayotte, la population est contrainte d'aller se faire soigner hors

Afin d'améliorer l'offre de soins locale et répondre aux problématiques du territoire, plusieurs projets et initiatives sont en cours de réalisation :

Des modes d'exercice collectif se développent :

4 maisons de santé pluridisciplinaires (Mamoudzou, Coconi, Mzouazia) ;

3 centres de santé (polyvalent et spécialisés) à Mamoudzou, Bandré et Hamjago,

Une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) vient de s'organiser au sud. Une autre CPTS est en cours de constitution pour atteindre l'objectif d'en avoir cinq.

Le groupe Clinifutur prévoit d'installer une clinique dédiée à la médecine et la chirurgie ;

Un projet de restructuration d'ampleur du CHM qui inclut la création d'un second site hospitalier afin d'augmenter le capacitaire de prise en charge et développer de nouvelles spécialités.

La coordination entre les différents acteurs de la santé et du médico-social constitue un enjeu important pour renforcer les capacités de prise en charge de tous les patients. Par ailleurs, le développement de nouvelles filières doit permettre d'étoffer l'offre de soins. Enfin, avec 1 463 évacuations sanitaires vers la Réunion ou l'Hexagone en 2021, il est également nécessaire de renforcer les partenariats avec les acteurs de santé hors du territoire.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1** Développer de nouvelles filières de soins correspondant aux pathologies les plus prévalentes à Mayotte, dans le cadre notamment de la restructuration du CHM et de la création du second site hospitalier ;
- 2** Renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ;
- 3** Positionner certaines filières en excellence, dans une logique d'universitarisation ;
- 4** Organiser les partenariats à l'extérieur de Mayotte pour assurer des prises en charge de qualité.

Développer de nouvelles filières de soins correspondant aux pathologies les plus prévalentes à Mayotte, dans le cadre de la restructuration du CHM et de la création du second site hospitalier

Au vu du contexte actuel, le défi pour les nouvelles filières est de proposer une offre adaptée à la prise en charge des pathologies les plus prévalentes à Mayotte dans une logique de parcours, intégrant pleinement la prévention, le dépistage et les soins de suite.



Focus enfants-jeunes

Développer pour les nouvelles filières de cardiologie, néphrologie et endocrinologie des prises en charge pédiatriques.

Actions prioritaires 2028

1 Développer à Mayotte de nouvelles filières de prise en charge spécialisées prioritaires : cardiologie, neurologie, néphrologie, endocrinologie, gériatrie. Pour chacune de ces nouvelles filières, porter une attention particulière à :

- 1.1. Pour la cardiologie : développer la cardiologie interventionnelle ;
- 1.2. Pour la neurologie / neurovasculaire : disposer d'un électromyogramme (EMG) avec la possibilité de lecture à distance ;
- 1.3. Pour la néphrologie : développer la création de fistules, augmenter les possibilités de dialyse et développer le suivi des greffes ;
- 1.4. Pour l'endocrinologie : inscrire les patients dans un parcours de chirurgie bariatrique à la Réunion.

2 Installer progressivement ces nouvelles filières spécialisées :

- 2.1. Assurer un meilleur suivi des pathologies par la mise en place de consultations et le recrutement de professionnels de santé dédiés ;
- 2.2. Développer des missions de consultation spécialisées ;
- 2.3. Dans l'attente d'ouverture de lits d'hospitalisation dédiés, développer des équipes mobiles pour chacune de ces filières.

3 Développer le plateau médico-technique en appui aux filières :

- 3.1. Renforcer l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et le scanner (l'installation d'un scanner est prévue au CMR de Petite-Terre) ;
- 3.2. Renforcer la biologie médicale hospitalière (dont le développement de la parasitologie et la réalisation des lectures d'anatomopathologie à distance) et privée ;
- 3.3. Développer un plateau de biologie à Petite-Terre ;
- 3.4. Développer un plateau de radiologie interventionnelle ;
- 3.5. Informatiser, automatiser et créer une plateforme logistique pharmaceutique ;
- 3.6. Renforcer et décentraliser l'offre de biologie médicale privée.

Renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients

Afin de garantir l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des prises en charge des patients, il est important de consolider les filières de soins peu développées sur le territoire et de renforcer la culture de gestion du risque dans les établissements de santé pour en limiter les impacts.



Focus enfants-jeunes

1 Consolider les filières encore peu développées sur le territoire :

- 1.1. Développer la chirurgie pédiatrique :
 - 1.1.1. Augmenter le nombre de consultations spécialisées ;
 - 1.1.2. Mettre en place des missions en lien avec le CHU de la Réunion ou en France hexagonale ;
- 1.2. Sécuriser les soins en néonatalogie ;
- 1.3. Organiser des formations par des IDE à destination des praticiens de la circoncision.

Actions prioritaires 2028

1 Consolider des filières encore peu développées sur le territoire :

- 1.1. Obtenir un dispositif dérogatoire du fonctionnement des centres médicaux de référence (CMR) pour sécuriser les naissances ;
- 1.2. Assurer un fonctionnement nominal du bloc chirurgical, et développer la chirurgie programmée en urologie, digestif, ORL, ophtalmologie et dentaire ;
- 1.3. Consolider la filière ophtalmologie : diagnostic organisé par des paramédicaux, missions d'appui de chirurgiens, développement de la télé-expertise ;
- 1.4. Mettre en place une unité de soins critiques polyvalente ;
- 1.5. Sécuriser le fonctionnement de l'institut médico-légal.

2 Développer une culture de qualité, sécurité et continuité des soins :

- 2.1. Accompagner les établissements de santé dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins :
 - 2.1.1. Constituer une structure régionale d'appui (SRA) à Mayotte ;
 - 2.1.2. Favoriser la déclaration et améliorer la qualité d'investigation et d'analyse des événements indésirables graves (EIG), en lien avec la mission régionale « inspection, contrôle, réclamation et évaluation ».

Nb : Ces sujets transversaux doivent, à terme, s'étendre aux établissements sociaux et médico-sociaux.

3 En lien avec la CSSM et le CHM, sécuriser l'identitovigilance à Mayotte :

- 3.1. Concevoir et déployer une solution type e-carneti ;
- 3.2. Promouvoir l'utilisation et l'alimentation du dossier médical partagé ;
- 3.3. Sécuriser le suivi du parcours patient des personnes non affiliées.

Développer des filières d'excellence, dans une logique d'universitarisation

Le caractère insulaire de Mayotte et les pathologies particulières qui s'y présentent constituent une opportunité particulière de pouvoir développer certaines filières d'excellence dans la prise en charge des patients. A cet égard, Mayotte pourrait constituer une zone de référence, au niveau de l'océan Indien (OI), mais aussi au niveau national, dans la prise en charge de certaines pathologies. La structuration de ces filières d'excellence pourra, par ailleurs, attirer des professionnels de santé spécialisés, afin notamment d'amorcer une universitarisation du Centre hospitalier de Mayotte.

Actions prioritaires 2028

1 Positionner certaines filières de Mayotte en référence sur la zone océan Indien :

- 1.1. Positionner les soins critiques, la pédiatrie et l'infectiologie de Mayotte comme des filières de référence dans la région OI ;
- 1.2. Mettre en place une filière maladies tropicales et infectieuses à Mayotte ;
 - 1.2.1. Etablir un programme de recherche avec des centres dédiés (Le Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement, CIRAD, IP, PIMIT, etc.) ;
 - 1.2.2. Définir un programme de coopération sur les risques infectieux dans la zone océan Indien ;
 - 1.2.3. Elargir la surveillance sanitaire à d'autres pathologies infectieuses : hantavirus et rickettsie ;
- 1.3. Consolider la filière ophtalmologie : diagnostic organisé par des paramédicaux, missions d'appui de chirurgiens, développement de la télé-expertise ;
- 1.4. Améliorer la prise en charge des patients atteints de drépanocytose au travers du renforcement de l'offre de soins et de la recherche opérationnelle (avec l'appui d'un centre de référence CR MRGR).

2 Préparer à court terme un virage hospitalo-universitaire progressif du Centre hospitalier de Mayotte :

- 2.1. Identifier, parmi les praticiens exerçant à Mayotte, ceux porteurs d'une valence universitaire permettant l'enseignement et la recherche ;
- 2.2. Etablir des partenariats avec des unités de formation et de recherches (UFR) santé afin que les praticiens soient associés à des unités d'enseignement et de recherche en tant que professeurs associés ;
- 2.3. Mettre en place de premières unités universitaires de formation et de recherche en santé.

Organiser les partenariats à l'extérieur de Mayotte pour assurer des prises en charge de qualité

En l'absence de certaines filières de soins sur le territoire, Mayotte s'appuie sur la Réunion et l'Hexagone dans le cadre de partenariats pour renforcer l'offre de soins mahoraise par le biais de la télémédecine, de la téléexpertise et des EVASAN.

Actions prioritaires 2028

1 Développer les coopérations pour d'autres spécialités médicales :

- 1.1. Développer par le biais d'une Fédération médicale inter hospitalière (FMIH), des missions ou partenariats pour les spécialités suivantes : dermatologie, pneumologie, allergologie, rhumatologie, hématologie, oncologie, génétique, douleur, spirométrie ;
- 1.2. Identifier des CHU partenaires en complément de la Réunion sur des filières identifiées.

2 Organiser les partenariats en télémédecine avec la Réunion et l'Hexagone pour accompagner la création de nouvelles filières :

- 2.1. Formaliser les réseaux de télé-expertise actuels en ophtalmologie, dermatologie et neurologie ;
- 2.2. Contractualiser avec de nouveaux spécialistes pour exercer des téléconsultations précises, en psychiatrie, cardiologie, pneumologie, hématologie, orthophonie, etc.

3 Renforcer et sécuriser les processus liés aux EVASAN :

- 3.1. Simplifier et fluidifier les parcours depuis Mayotte jusqu'à la prise en charge par l'établissement d'accueil ;
- 3.2. Renforcer l'accompagnement au cours du séjour (assistance sociale, appui à la vie quotidienne, maintien du lien social et familial) ;
- 3.3. Organiser les retours des EVASAN à Mayotte et notamment les rendez-vous de reprises à Mayotte, les modalités de prises en charge et les délivrances de médicaments.

AXES THEMATIQUES

Axe 2

Augmenter de façon pérenne **le nombre de professionnels de santé** sur l'île



CONTEXTE

A l'instar de nombreux autres territoires français, l'île de Mayotte est confrontée à une densité de professionnels de santé particulièrement faible, avec 499 praticiens (salariés ou libéraux, hors remplaçants) pour 100 000 habitants au 1er janvier 2022²⁸.

Si les problèmes de sécurité, de logement, de transports, d'éducation scolaire, de garde des enfants et des conditions d'exercice parfois difficiles sont des freins à l'installation pérenne des professionnels de santé, la majorité d'entre eux recommande à leurs confrères ou consœurs l'exercice à Mayotte, selon l'enquête « attractivité et pérennisation des professionnels de santé à Mayotte »²⁹, considérant notamment les opportunités professionnelles et l'environnement de travail particulier de l'île.

Afin d'attirer des médecins, en plus des actions déployées pour la visibilité du territoire (participation à des congrès nationaux, organisation de stages etc.), des dispositifs et aides à l'installation ont été mis en place, à l'instar du guichet unique créé par la cellule d'appui aux professionnels de santé libéraux de Mayotte (CAPLIM).

Afin de favoriser l'augmentation du nombre de professionnels de santé sur le territoire, un effort important a également été engagé pour développer la formation :

L'Institut d'Etudes en Santé a triplé ses promotions d'Infirmier diplômé d'Etat (IDE) grâce à des partenariats avec des hôpitaux hexagonaux et le soutien du Conseil départemental ;

Une opération de formation de préparateurs en pharmacie a été lancée en partenariat avec l'Institut Pasteur et le Conseil départemental ;

Un projet de formation d'assistants dentaires est en cours d'élaboration avec des organismes de la Réunion (CNQAOS et l'IFSEC océan Indien) ;

Une stratégie de développement des compétences assurant la formation de nombreux professionnels (études promotionnelles) proposée par le Centre hospitalier de Mayotte.

Enfin, l'ARS a engagé un travail collégial autour de ces problématiques avec la mise en place d'un comité intersectoriel mahorais pour l'attractivité, l'installation et la pérennisation des professionnels de santé (CIMAIPS). Les principaux objectifs de ce comité sont de développer une stratégie d'attractivité adaptée à un territoire en pleine mutation et de continuer à fédérer les nombreuses entités publiques et privées qui représentent la vitalité économique, sociale et culturelle de l'île.

Au vu du *turn-over* important que connaît le territoire, il apparaît nécessaire de poursuivre et renforcer ces efforts afin de garantir une installation pérenne des professionnels de santé.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1 Améliorer l'attractivité, l'installation et la pérennisation des professionnels de santé à Mayotte, dans une logique intersectorielle.
- 2 Libérer au maximum du temps médical.
- 3 Soutenir le développement d'une offre de formation en santé à Mayotte.

²⁸ ARS Mayotte & ORS Mayotte, Panorama statistique de la santé à Mayotte 2022, p36.

²⁹ ARS Mayotte, Attractivité, installation et pérennisation des professionnels de santé : un plan d'action pour la fin d'année 2022.

Améliorer l'attractivité, l'installation et la pérennisation des professionnels de santé à Mayotte, dans une logique intersectorielle

A Mayotte, les personnels de santé sont confrontés aux mêmes difficultés que l'ensemble des habitants en matière d'insécurité ou de transports. Favoriser et faciliter l'installation et la pérennisation des professionnels de santé sur le territoire est essentiel pour renforcer l'attractivité de l'île.



Focus enfants-jeunes

1 Engager les jeunes étudiants mahorais en France hexagonale à (re)venir exercer à Mayotte :

- 1.1. Consolider les relations entre les acteurs en santé à Mayotte et la Délégation de Mayotte à Paris.

Actions prioritaires 2028

1 Créer une agence de recrutement territoriale pour les professionnels de santé hospitaliers et libéraux :

- 1.1. Engager une démarche de recrutement actif par l'intermédiaire de chasseurs de tête ;
- 1.2. Installer un guichet unique performant en capacité de faire le lien entre les professionnels de santé et les partenaires institutionnels.

2 Renforcer l'attractivité des professionnels de santé à Mayotte :

- 2.1. Mieux faire connaître Mayotte et valoriser son système d'offre de soins et son développement :
 - 2.1.1. Participer aux congrès dédiés aux professionnels de santé organisés dans l'Hexagone et en Europe ;
 - 2.1.2. Réaliser des supports de communication promotionnels sur le développement de l'offre de soins à Mayotte.
- 2.2. Valoriser l'exercice professionnel et ses opportunités à Mayotte :
 - 2.2.1. Inciter les Mahorais en étude ou en exercice dans l'Hexagone à venir exercer à Mayotte.

3 Faciliter l'installation des professionnels de santé sur le territoire :

- 3.1. Réduire voire supprimer les difficultés à l'installation rencontrées par les professionnels de santé :
 - 3.1.1. Faciliter l'accès à un logement pour les professionnels de santé, idéalement en proximité de leur lieu d'exercice ;
 - 3.1.2. Simplifier les démarches administratives à l'arrivée des professionnels de santé ;
 - 3.1.3. Faciliter l'inscription aux écoles et crèches pour les enfants des professionnels de santé.
- 3.2. Engager un partenariat avec les collectivités locales pour accélérer l'implantation des professionnels de santé sur le territoire :
 - 3.2.1. Faciliter la libération de foncier et/ou l'accès à un local pour l'implantation d'un cabinet médical ou de structures d'exercice coordonné.

4 Améliorer la vie quotidienne des professionnels de santé à Mayotte :

- 4.1. Sécuriser au maximum l'exercice des professionnels de santé :
 - 4.1.1. Organiser la remontée systématique des événements graves et indésirables, notamment via la plateforme ONVS — observatoire national des violences en santé ;
 - 4.1.2. Permettre aux forces de sécurité intérieure d'inclure dans leurs tournées un passage auprès des établissements et professionnels de santé les plus exposés ;
 - 4.1.3. Sécuriser les déplacements des professionnels de santé en mobilité au quotidien, par exemple en procédant au filmage des vitres de leur véhicule ;
 - 4.1.4. Faciliter les échanges entre professionnels de santé et forces de sécurité intérieure.

Libérer au maximum du temps médical

Avec une faible densité médicale et une difficulté d'attractivité qui dépasse les problématiques de santé, il est important de mettre en place des stratégies efficaces afin de limiter la surcharge des professionnels de santé et améliorer de ce fait leur qualité de vie au travail.

Actions prioritaires 2028

1 Encourager le développement d'exercices coordonnés :

- 1.1. Encourager et faciliter l'émergence de dispositifs et modalités d'exercices innovants :
 - 1.1.1. Encourager ces dispositifs via l'article 51 ;
Renforcer la CAPLIM en matière d'accompagnement à la structuration d'exercices coordonnés ;
 - 1.1.2. d'exercices coordonnés ;
 - 1.1.3. Sécuriser les modalités d'exercice coordonné grâce aux délégations de tâches et à l'augmentation du nombre d'infirmier en pratique avancée (IPA).
- 1.2. Tendre vers une multiplication des structures d'exercices coordonnés :
 - 1.2.1. Développer les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP), les centres de santé (CDS) et les équipes de soins primaires (ESP).
 - 1.2.2. Déployer le protocole Asalée (Action de santé libérale en équipe) qui permet une meilleure coordination entre infirmiers et médecins généralistes dans la prise en charge des maladies chroniques ;
- 1.3. Développer le recrutement et la formation des assistants médicaux.

2 Développer les protocoles de coopération et délégation de tâches à Mayotte :

- 2.1. Engager les professionnels de santé à adhérer aux protocoles nationaux et locaux :
 - 2.1.1. Pour les professionnels libéraux : positionner la CAPLIM en appui aux professionnels pour favoriser la pratique en exercice coordonné et aider à l'élaboration de protocoles ;
 - 2.1.2. Pour le CHM : engager des protocoles de coopération en priorité au niveau des urgences, de la biologie délocalisée, et des équipes paramédicales intervenant en régulation ;
- 2.2. Développer les protocoles de coopération en lien avec le déploiement d'un réseau de télémédecine sur l'île.

3 Externaliser en télémédecine les actes pouvant être exercés à l'extérieur pour soulager les filières en tension : Interprétation holter, téléassistance et échographies.

Soutenir le développement d'une offre de formation en santé à Mayotte

Mayotte souffre d'une pénurie de professionnels de santé accentuée par l'impossibilité pour un certain nombre d'étudiants de continuer leur formation en santé sur le territoire mahorais. Cette impossibilité contraint les étudiants à poursuivre leur cursus à la Réunion ou dans l'Hexagone sans certitude de revenir exercer un jour à Mayotte.

Le renforcement de l'offre de formation sanitaire et sociale à Mayotte est une des réponses à apporter pour augmenter à long terme le nombre de professionnels de santé recrutés et favoriser leur pérennité. Ce travail s'inscrit dans la continuité lancée sur le territoire avec le projet Suha Na Maecha.



Focus enfants-jeunes

1 Engager les jeunes de Mayotte à intégrer des cursus de formation en santé :

- 1.1. Inciter les différents acteurs en santé à ouvrir des stages d'observation pour les élèves en classe de troisième ;
- 1.2. Participer collégialement aux différents forums et salons organisés par le rectorat pour les lycéens ;
- 1.3. Organiser annuellement un salon des formations et métiers de la santé ;
- 1.4. Proposer une « option santé » dans certains lycées ;
- 1.5. Promouvoir la Licence Accès à la Santé (LAS) via des semaines d'immersion.

Actions prioritaires 2028

1 Structurer une première année de médecine à Mayotte :

- 1.1. Proposer une option « santé » en classe de première et terminale ;
- 1.2. Evaluer l'opportunité et la faisabilité d'installer un parcours d'accès spécifique santé (PASS) à Mayotte ;
- 1.3. Installer une prépa PASS-LAS en parallèle de la première année de médecine.

2 Evaluer l'opportunité et la faisabilité d'installer une école de sage-femme à Mayotte

3 Développer la formation des infirmiers et infirmiers spécialisés :

- 3.1. Augmenter le quota annuel de formation des IDE en lien avec les besoins futurs et le développement de l'offre de soins ;
- 3.2. Ouvrir une école d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et une école d'infirmiers anesthésistes (IADE) ;
- 3.3. Permettra et faciliter via convention la formation des infirmiers en pratiques avancées (IPA) et des infirmières puéricultrices.

4 Dans l'optique de l'ouverture de nouvelles structures sanitaires et médico-sociales, poursuivre la formation des personnels non médicaux indispensables à leur fonctionnement :

- 4.1. Assistant médical ;
- 4.2. Ambulancier et auxiliaire ambulancier ;
- 4.3. Préparateur en pharmacie ;
- 4.4. Assistant dentaire ;
- 4.5. Auxiliaire de puériculture ;
- 4.6. Aide-soignant.

AXES THEMATIQUES

Axe 3

Diminuer la prévalence
des maladies chroniques
les plus fréquentes
à Mayotte



CONTEXTE

L'enquête Unono Wa Maore³⁰ publiée par Santé Publique France en 2022 révèle **une prévalence croissante de l'obésité et des autres maladies chroniques majeures associées (diabète, hypertension), plus élevée que dans l'Hexagone, en lien avec les nouvelles habitudes alimentaires et le manque de pratique d'une activité physique régulière.**

En 2019, la population mahoraise se caractérise toujours par **une prévalence élevée de l'obésité**, en particulier parmi les femmes, chez qui elle atteint 39,0% pour la population de 15 à 69 ans. Cette situation coexiste avec **un phénomène de malnutrition aiguë** chez les enfants dont 7,1% présentaient une maigreur modérée à sévère. Il en est de même pour l'alimentation, avec une faible consommation de fruits et légumes (27% de consommateurs quotidien à Mayotte contre 91% dans l'Hexagone) et des produits laitiers (25% de consommateurs quotidien à Mayotte contre 82% dans l'Hexagone). La prévalence d'insécurité alimentaire s'élève à 47,2%.

³⁰ Santé Publique France. Unono Wa Maore : lutter contre les maladies chroniques à Mayotte, un des enjeux phares de l'ARS de Mayotte, 2022.

En matière de diabète, la première étude à l'échelle du territoire, réalisée en 2008³¹, faisait état d'une prévalence de 10,5% parmi les adultes âgés de 30 à 69 ans, avec plus d'une personne sur deux qui ignorait son statut diabétique.

En 2018-2019 (dix ans après), la prévalence du diabète à Mayotte était estimée à plus de 12% chez les personnes âgées de 18 à 69 ans et atteignait 26% pour les 60-69 ans, ce qui traduit une forte augmentation de la maladie avec l'âge.

La prévalence de l'hypertension était quant à elle estimée à 38,4% au sein de la population de Mayotte âgée de 18 à 69 ans³². La connaissance du diagnostic d'hypertension, le traitement et le contrôle restent insuffisants.

Actuellement, les deux premières causes identifiées de décès à Mayotte relèvent des maladies de l'appareil circulatoire (23 %) et des cancers (16 %). Les principales causes de décès par cancer chez la femme sont le cancer du sein, du col de l'utérus, des organes digestifs et du poumon. Chez l'homme, il s'agit des cancers de la prostate, du foie, du poumon, du sang et du pancréas. Le nombre de décès par cancers est en hausse (+26% entre 2013 et 2014 ; +17,4%

entre 2014 et 2015) et un décès sur deux par cancer concerne une personne de moins de 50 ans. Les cancers du sein, plus particulièrement, semblent toucher une population jeune³³.

Selon le rapport de l'INCa, l'absence d'un recueil exhaustif et de données épidémiologiques fiables et récentes contrarie une appréciation juste et précise de la situation du cancer à Mayotte. Toutefois, il est estimé que le cancer est la quatrième pathologie la plus fréquente, après le diabète et les maladies respiratoires et cardiovasculaires.

En matière de réduction du fardeau des maladies chroniques sur la santé des populations, les politiques de santé publique efficaces sont celles qui fondent leur intervention sur la prévention tout en développant des modalités de prise en charge adaptées. Des mesures de prévention primaire, mais aussi de dépistage et de traitement ciblant les populations les plus touchées doivent être encouragées.

Face aux efforts à mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population générale sur le territoire et plus particulièrement en termes de prévention et de dépistage des maladies chroniques, Mayotte peut espérer se reposer sur le maillage communautaire au sens large.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1** Réduire la prévalence du diabète, hypertension et obésité ;
- 2** Améliorer le dépistage et la prise en charge des cancers ;
- 3** Renforcer l'accompagnement des patients et familles de patients atteints de maladies chroniques.

Action transversale :

Conduire une enquête épidémiologique sur l'impact de l'utilisation des pesticides sur la santé des populations.

³¹ Santé Publique France. Etude Maydia 2008 : étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte, 2009.

³² Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Lutter contre les maladies chroniques à Mayotte : renforcer les actions concertées. n° 6-7, 2022.

³³ INCA. Rapport de Mission : organisation de la cancérologie à Mayotte. Rapport en date du : 28/07/2022.

Réduire la prévalence du diabète, hypertension et obésité

Avec une prévalence croissante de l'obésité et des maladies chroniques associées (diabète et hypertension), le renforcement de la stratégie de prévention et des capacités de dépistage, dès le plus jeune âge, est une démarche indispensable pour améliorer la qualité de vie mahoraise, sensibiliser sur la prise de conscience de l'impact de l'alimentation et de la sédentarité sur la santé et réduire les comorbidités associés à ces maladies.



Focus enfants-jeunes

1

Organiser, en lien avec le rectorat, des interventions précoces en milieu scolaire pour inciter les jeunes à avoir une alimentation saine et équilibrée.

Actions prioritaires 2028

1 Promouvoir la consommation d'une alimentation plus saine et équilibrée :

- 1.1. Développer un label « Bouclier Qualité Prix - Santé » :
 - 1.1.1. Définir un panier permettant de couvrir une liste plus importante d'aliments sains et équilibrés (dont les produits frais) ;
 - 1.1.2. Mettre en place un « nutriscore mahorais » lisible et compréhensible pour l'ensemble de la population.
- 1.2. En lien avec les partenaires compétents, travailler à l'éducation nutritionnelle des populations :
 - 1.2.1. Développer un programme d'éducation nutritionnel adapté aux habitudes alimentaires mahoraises ;
 - 1.2.2. Mener des campagnes de prévention et de communication permettant de réduire drastiquement la consommation de produits sucrés, en particulier des sodas ;
 - 1.2.3. Renforcer la consommation de fruits et légumes grâce à l'appui notamment des filières locales ;
 - 1.2.4. Former les leaders d'opinion (journalistes, élus, conseil cadial, etc.) aux risques liés à l'hypertension, au diabète et à l'obésité.

2 Renforcer les capacités de dépistage du diabète, de l'hypertension et de l'obésité :

- 2.1. Mettre en place tous les trimestres une journée de campagne de dépistage de l'hypertension, du diabète et de l'obésité par l'ensemble des personnels de santé, pharmacies, maisons de santé, sages-femmes libérales, etc. du territoire ;
- 2.2. Systématiser la prise de tension et de la glycémie lors des consultations ;
- 2.3. Mettre en place un réseau territorial de dépistage accessible par toute la population :
 - 2.3.1. Mettre en place une orientation directe vers les diagnostics biologiques en cas de dépistage positif ;
 - 2.3.2. Organiser le dépistage en mobilité auprès des populations ayant le moins accès aux soins.

Améliorer le dépistage et la prise en charge des cancers

A Mayotte, les cancers sont la deuxième cause de décès, après les maladies de l'appareil circulatoire. A ce jour, il n'existe pas de registre fiable des cancers permettant d'estimer l'évolution de l'incidence de ces maladies. Il est donc nécessaire d'engager des actions afin de mieux comprendre le contexte actuel et de structurer un programme de prévention et dépistage sur le territoire afin de reconfigurer l'offre de soins en s'appuyant notamment sur des partenariats extérieurs (locaux et régionaux).



Focus enfants-jeunes

- 1 Anticiper l'augmentation en cours de la consommation de tabac chez les jeunes ;
- 2 Poursuivre et fluidifier le partenariat en oncopédiatrie avec la Réunion ;
- 3 Encourager la vaccination HPV chez les filles et les garçons.

Actions prioritaires 2028

- 1 Structurer la prévention et l'offre de dépistage des cancers à Mayotte :
 - 1.1. Améliorer le repérage précoce des cancers :
 - 1.1.1. Généraliser les ateliers à destination des femmes au sein des villages pour les former à l'autopalpation et les sensibiliser sur la nécessité de se faire dépister.
 - 1.2. Déployer les dépistages organisés des cancers :
 - 1.2.1. Mettre en place le dépistage organisé du cancer du sein ;
 - 1.2.2. Renforcer l'accessibilité de la mammographie de dépistage ;

- 1.2.3. Informer les femmes sur le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : systématiser la délivrance d'information du dépistage par frottis cervico-vaginal (FCV) ;
- 1.2.4. Redynamiser l'offre d'imagerie pour le dépistage organisé des cancers du sein pour toutes les femmes ;
- 1.2.5. Travailler à la mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal ;
- 1.3. Mettre en place les tests papillomavirus humains (HPVHR) par auto-prélèvement vaginal (APV) pour les femmes qui ne se font pas dépister du cancer du col de l'utérus selon le rythme recommandé ;
- 1.4. Soutenir le réseau de dépistage des cancers (REDECA) dans sa mutation en centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).
- 1.5. Organiser régulièrement des campagnes massives de prévention et de dépistage des cancers

2 Développer l'offre de diagnostic :

- 2.1. Améliorer l'accès à la coloscopie ;
- 2.2. Mettre en place un circuit local de réalisation des biopsies mammaires ;
- 2.3. Améliorer l'offre en anatomopathologie ;
- 2.4. Réfléchir à la pertinence de la mise en place d'un cyclotron sur l'île dans le cadre d'un groupe de travail dédié ;
- 2.5. Mettre en place des missions de spécialistes en radiologie interventionnelle.

3 Reconfigurer l'offre de soins mahoraise :

- 3.1. Construire des filières de soins claires et définies avec des partenariats extérieurs (locaux et régionaux) :
 - 3.1.1. Identifier une personne en charge de la coordination ;
 - 3.1.2. Installer un centre de coordination en cancérologie (3C) inter-établissement commun entre le CHM et les équipes de la Réunion.
- 3.2. Assurer la réalisation des traitements médicaux systémiques (TMSC) sur le territoire sans diluer l'activité :
 - 3.2.1. Obtenir une autorisation pleine et entière de traitement des cancers de type TMSC.
- 3.3. Poursuivre et structurer les soins de support (prise en charge de la douleur, prise en charge diététique, psychologique et sociale).

Renforcer l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques et de leurs proches

Pour qu'une maladie chronique ait une meilleure prise en charge, un travail en partenariat entre l'établissement de santé, le patient et les aidants est indispensable.

Des outils, tels que la télésurveillance, permettent à un professionnel médical d'interpréter à distance les données de santé du patient recueillies sur son lieu de vie et de prendre des décisions grâce à l'utilisation d'un dispositif médical numérique. L'objectif dans les prochaines années est d'assurer le renforcement de ces pratiques et le développement de nouvelles solutions permettant d'apporter au patient un suivi régulier de sa maladie par un professionnel médical.³⁴

Actions prioritaires 2028

1 Mettre en place une télésurveillance à domicile des maladies chroniques :

- 1.1. Identifier un opérateur de télésurveillance sur le territoire ;
- 1.2. Organiser un réseau d'intervention et de prise en charge.

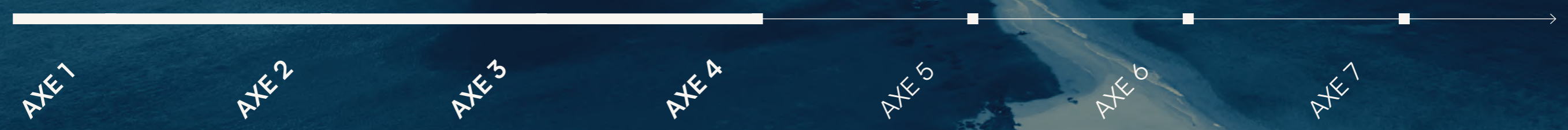
2 Accompagner les familles dans le suivi des malades chroniques de leur foyer :

- 2.1. Structurer des lieux et espaces d'échange et de rencontre entre les patients et familles de patients atteints de maladies chroniques (ex : parents d'enfants atteints de drépanocytose).

AXES THEMATIQUES

Axe 4

Améliorer la santé
sexuelle, reproductive et
familiale de la population



CONTEXTE

La tranche d'âge 0-24 ans représente 60% de la population générale de Mayotte. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans), sont donc en augmentation régulière au sein de la population depuis ces dernières années, plaçant Mayotte comme le département français avec la fécondité la plus élevée, à raison de 4,2 enfants par femme (2020).

Avec 10 704 naissances en 2021, le nombre d'accouchement particulièrement élevé impacte fortement les structures de santé tant au niveau de leurs capacités d'accueil des femmes enceintes que du suivi pré et post accouchement.

Du fait de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, les sages-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse à Mayotte.

À Mayotte en 2019, trois femmes sur quatre parmi celles âgées de 18 à 45 ans étaient mères d'au moins un enfant en bas âge présent dans leur ménage³⁵.

De plus, il est nécessaire de souligner que la prise en charge des femmes enceintes ou souhaitant être enceinte représente un défi sur de nombreux sujets, tels que :

La dépression du post-partum ;

Le dépistage et examen concernant l'infertilité ;

La consultation bucco-dentaire du sixième mois ;

L'entretien prénatal précoce ;

Le suivi des grossesses à haut risque ;

Le suivi des recommandations de suivi de grossesse : nombre de consultation, nombre d'échographie, nombre d'examen gynécologique, préparation à la naissance ;

Le suivi gynéco post-accouchement ;

La consultation psychologique dans les maternités.

La population a également un trop faible recours à la contraception, ce qui résulte en un nombre important de grossesses précoces (5% des accouchements concernent les 15-17ans), l'augmentation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) et la pratique persistante d'IVG traditionnelles, ou encore l'augmentation du nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Objectifs stratégiques à 5 ans :

1

Sécuriser la prise en charge des grossesses et des nouveau-nés ;

2

Renforcer drastiquement le recours à la contraception sur l'île.

Action transversale prioritaire :

Organiser une campagne massive à destination des hommes pour améliorer leur implication sur les enjeux de santé sexuelle, reproductive et familiale.

Sécuriser la prise en charge des grossesses et des nouveau-nés

En raison de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale spécialisée en obstétrique, les sages-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse à Mayotte. Malgré leur implication, le nombre déclaré de consultations prénatales et d'échographies n'a pas augmenté depuis 2010 et reste bien en deçà des recommandations : une parturiente sur deux déclare avoir eu moins de sept consultations prénatales et 46 % moins de trois échographies.

En 2018, les indicateurs de mortalité périnatale sont deux à trois fois plus importants que dans l'Hexagone avec un taux de mortinatalité de 12,7 pour 1 000 naissances totales (8,4 en France hexagonale)³⁶. En ce sens, et en considérant la croissance démographique particulière de Mayotte, la sécurisation de la prise en charge des parturientes et des jeunes mères est une priorité majeure dans les prochaines années.

Actions prioritaires 2028

1 Améliorer le suivi des grossesses :

- 1.1. Augmenter le nombre de consultations effectuées et d'exams programmés :
 - 1.1.1. Rendre lisible le parcours de la patiente et renforcer la communication sur l'importance du suivi de grossesse ;
 - 1.1.2. Poursuivre le renforcement des consultations dans les CMR pour décentraliser l'offre ;
 - 1.1.3. Permettre aux 35% de sages-femmes possédant un diplôme universitaire (DU) d'échographie d'assurer ces consultations ;
 - 1.1.4. Faciliter la mise à disposition de matériel échographique par la PMI et le CHM aux sages-femmes diplômées ;
 - 1.1.5. Engager les sages-femmes libérales à effectuer des vacations au sein du CHM ;
- 1.2. Sécuriser la prise en charge des grossesses pathologiques :
 - 1.2.1. Engager le CHM à délivrer une ordonnance conforme pour réadresser les parturientes concernées par une grossesse pathologique aux infirmiers libéraux.

2 Améliorer la prise en charge des parturientes au moment de l'accouchement :

- 2.1. Autoriser la maternité du CHM — site de Mamoudzou - de niveau 3 ;
- 2.2. Sécuriser les accouchements dans les CMR :
 - 2.2.1. Faire reconnaître les sites d'accouchement des CMR comme des maisons de naissance avec une dérogation pour la proximité d'un plateau obstétrical complet
 - 2.2.2. Poster un infirmier dans les salles d'accouchement pour libérer du temps aux sages-femmes ;
 - 2.2.3. Développer la téléexpertise ;
- 2.3. Sécuriser les transferts par héli-SMUR des parturientes.

3 Améliorer la prise en charge des femmes après l'accouchement :

- 3.1. Promouvoir l'allaitement maternel :
 - 3.1.1. Distribuer un kit d'allaitement maternel ;
 - 3.1.2. Sensibiliser les professionnels de santé à l'allaitement ;
- 3.2. Informer sur la rééducation du périnée ;
- 3.3. Renforcer la consultation post-natale ;
 - 3.3.1. Permettre aux agents de la PMI d'aider à assurer les consultations de sortie des femmes enceintes ;
 - 3.3.2. Faciliter le lien CHM-PMI en permettant la prise de rendez-vous depuis la maternité ;
 - 3.3.3. Organiser des groupes de « sortie de suite de couche » intégrant notamment une sensibilisation aux problématiques de la dépression post-partum ;
 - 3.3.4. Créer un document type à remettre post grossesse sur les bonnes pratiques pour prendre soin des enfants.

4 Améliorer la prise en charge des nouveau-nés :

- 4.1. Anticiper les pics de naissances et de suractivité :
 - 4.1.1. Elaborer un calendrier prévisionnel des termes pour anticiper les crises ;
 - 4.1.2. Anticiper les actions de gestion associées, dont les renforts en ressources humaines ;
- 4.2. Développer des dispositifs de prise en charge des nouveaux nés :
 - 4.2.1. Créer un dispositif du type unité Kangourou avec la présence d'une IDE ;
 - 4.2.2. Créer des unités de très courte durée d'hospitalisation, gérées par la maternité pour les soins nouveau-nés de courte durée.
- 4.3. Former les sages-femmes au volet néonatalogie;
- 4.4. Valoriser les consultations mère-enfant.



Renforcer fortement le recours à la contraception sur l'île

Le recours à la contraception est particulièrement faible chez les jeunes à Mayotte : 50% des femmes justifient la non-utilisation d'un contraceptif par le fait qu'elles n'ont pas ou peu de relations sexuelles et une sur cinq déclare ne pas vouloir utiliser de moyens de contraception³⁷. Le faible recours à la contraception, tant chez les femmes que chez les hommes, engendre d'importantes conséquences sur le taux de recours aux interruptions volontaires de grossesse et le nombre de grossesses précoces (en nette augmentation ces dernières années) mais également sur l'incidence des infections sexuellement transmissibles. En ce sens, favoriser l'accès aux méthodes de contraception, avec actions structurantes, peut fortement contribuer à la diminution de ces risques.

Le rôle des associations et des relais communautaires est essentiel dans l'effort de sensibilisation. L'exemple du quartier de La Vigie en témoigne, avec la formation de femmes, principalement issues de quartiers prioritaires de la ville, afin d'en faire des relais d'informations auprès du reste de leur communauté.

Par ailleurs, l'île connaît une croissance démographique importante ces dernières années qui, selon les projections, sera amenée à se poursuivre au cours des années à venir, faisant de la promotion d'une meilleure planification familiale sur le territoire, avec la possibilité d'un choix éclairé sur la contraception, un enjeu majeur pour le territoire.



Focus enfants-jeunes

1

Renforcer l'éducation à la vie sexuelle et reproductive dès le plus jeune âge :

- 1.1. Organiser, en lien avec le rectorat, des interventions précoces en milieu scolaire pour engager les jeunes à l'utilisation de moyens contraceptifs ;
- 1.2. Développer l'installation de distributeurs de préservatifs dans les établissements scolaires.

Actions prioritaires 2028

1 Renforcer l'éducation à la vie sexuelle et reproductive dès le plus jeune âge :

- 1.1. Promouvoir la diversité des moyens contraceptifs en luttant contre les idées reçues et les recours traditionnels dangereux ;
- 1.2. Mettre en place et stabiliser une ligne d'écoute en santé sexuelle gratuite.
- 1.3. Soutenir, en lien avec les partenaires compétents, la mise en place de centre de planification et d'éducation familiale à Mayotte

2 En lien avec les partenaires compétents, faciliter l'accès aux différents moyens de contraception :

- 2.1. Lever les freins financiers à l'accès à la contraception
 - 2.1.1. Assurer la gratuité de la première consultation contraception ;
 - 2.1.2. Diversifier les points d'accès aux préservatifs (notamment dans les épiceries de quartier) ;
 - 2.1.3. Mettre en place un accès gratuit à la contraception pour tous entre 13 et 25 ans, dans le cadre de la PASS ;
- 2.2. Donner la possibilité aux femmes et aux hommes qui le souhaitent de recourir à une méthode de contraception définitive
 - 2.2.1. Informer sur la proposition de contraception permanente au cours de la consultation prénatale du 5ème mois ;
 - 2.2.2. Développer une offre de vasectomie à Mayotte
- 2.3. Développer une campagne de communication structurante pour la promotion de l'usage des moyens contraceptifs, tenant compte des usages et pratiques à Mayotte.

3 Permettre à toutes les femmes qui le souhaitent de recourir à une IVG :

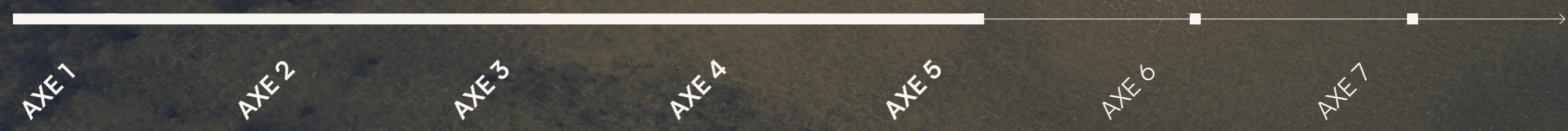
- 3.1. Généraliser et développer l'accès aux IVG médicamenteuses, notamment dans les CMR, PMI, et dans le secteur libéral ;
- 3.2. Etudier la possibilité d'étendre la pratique d'IVG chirurgicales dans les CMR ;
- 3.3. Anticiper la formation des sages-femmes à l'IVG chirurgicale.

³⁷ ARS Mayotte. Enquête Migrations-famille-vieillessement : perception de la parentalité et contraception, nov. 2020. A noter : cette étude ne portait que sur les femmes. Des études à venir viendront compléter ces chiffres avec la population masculine.

AXES THEMATIQUES

Axe 5

Prévenir et maîtriser
les **risques infectieux**
à Mayotte



CONTEXTE

La population de Mayotte est exposée à des risques infectieux élevés, principalement liés à la situation géographique de Mayotte, à la couverture vaccinale insuffisante ainsi qu'aux problèmes d'accès à l'eau et à l'hygiène.

Une couverture vaccinale insuffisante

En effet, bien que la couverture vaccinale soit proche de 90% pour les 24-59 mois, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) et la coqueluche est cependant faible chez les 7-11 ans (moins d'un enfant sur deux) et encore plus faible chez les 14-16 ans (un enfant sur quatre). Les vaccins contre les méningocoques sont, quant à eux, faiblement effectués sur le territoire avec un taux de couverture vaccinale de 1,6% chez les 14-16 ans à 13,3% chez les 24-59 mois.

Le virus de l'hépatite B est également très présent à Mayotte, avec près de trois adultes sur cent porteurs de l'Ag HBS, un antigène présent à la surface du virus de l'hépatite B. Avec un taux de contamination dix fois supérieur à celui de l'Hexagone et 50% des habitants âgés de 15 à 29 ans sans forme d'immunité contre le VHB, il est prioritaire de mettre en place une stratégie de prévention, de dépistage et d'organisation des parcours de soins³⁸.

La tuberculose est endémique, avec des diagnostics souvent tardifs.

De nombreuses maladies causées par des problèmes d'accès à l'eau et à l'hygiène

La prise en compte des déterminants sociaux constitue un enjeu sanitaire majeur. En effet, la précarité dans laquelle vivent un nombre

conséquent d'habitants du territoire favorise l'émergence de maladies hydriques, avec 54 cas de fièvre typhoïde déclarés entre janvier et mai 2022, conduisant à des hospitalisations³⁹ et des infections dermatologiques (abcès cutanés, épidémies de gale et de teigne).

Des bornes fontaines monétiques ont notamment été installées au cours des dernières années comme réponse transitoire aux difficultés d'accès à l'eau potable⁴⁰.

Une situation géographique qui favorise une prévalence élevée de risques infectieux :

La leptospirose constitue également un réel problème de santé publique sous surveillance depuis plusieurs années : 154 cas en 2021 (127 en moyenne par an entre 2011 et 2020). En sus de la leptospirose, de nombreuses maladies infectieuses (diverses arboviroses, hantavirus, rickettsies ...) continuent de circuler à basse fréquence avec cependant le risque de déclencher une épidémie.

De nombreux acteurs (ARS, communes, associations...) se mobilisent pour mettre en place des actions de lutte antivectorielle et surveiller les maladies liées aux risques infectieux.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

1 Assurer une immunité individuelle et collective suffisante sur l'île ;

2 Prévenir et réduire les épidémies.

³⁸ Dabis François. En route vers l'élimination des hépatites virales B et C en France. BEH, 2022, n° 3-4, p. 38-40.

³⁹ Santé publique France. Le point épidémiologique « Fièvre typhoïde à Mayotte | Point de situation au 25/05/2022 ».

⁴⁰ ARS Mayotte. Plan régional santé environnement de Mayotte 2020 – 2024.[]

Assurer une immunité individuelle et collective suffisante sur l'île

Afin de diminuer l'incidence des maladies infectieuses et autres pathologies courantes à Mayotte, il est important de veiller à renforcer l'immunité de la population, notamment par le biais de la vaccination, aujourd'hui insuffisante.



Focus enfants-jeunes

1 Améliorer la couverture vaccinale :

1.1. Mettre en place le 3,6,12 ans afin de surveiller la vaccination de chaque enfant en obligeant les parents à veiller à cette couverture pour l'entrée en maternelle et au collège :

1.1.1. S'assurer du contrôle exhaustif des vaccinations obligatoires à l'entrée du primaire et du secondaire.

2 Prévenir les rhumatismes articulaires aigus (RAA) :

2.1. Sensibiliser les professionnels de santé ;

2.2. Mettre en place une équipe dédiée pour mener un plan d'action de prévention du RAA.

Actions prioritaires 2028

1 Améliorer le respect du calendrier vaccinal :

1.1. Renforcer la pédagogie des professionnels de santé sur le calendrier vaccinal ;

1.2. Développer une campagne de communication sur les enjeux des rappels vaccinaux.

2 Elargir l'offre de vaccination sur le territoire :

2.1. Faciliter le recours à la vaccination : mettre à disposition des vaccins dans chaque centre dédié (PMI, CMR du CHM) ;

2.2. Organiser l'appui du secteur libéral : médecins, sages-femmes, infirmiers, pharmacies d'officine ;

2.3. Renforcer l'accès à la vaccination HPV dans les collèges ;

2.4. Mettre en œuvre une campagne annuelle sur la vaccination antigrippale pour les personnes à facteur de risque.

Prévenir et réduire les épidémies

Les épidémies sont fréquentes à Mayotte et les infections sexuellement transmissibles largement présentes. Des actions d'information, de dépistage et d'investigation sont à mettre en place pour limiter l'introduction puis la diffusion des agents infectieux.



Focus enfants-jeunes

1 Renforcer la prévention et le dépistage des IST :

- 1.1. Mettre en place des ateliers et/ou des cours de prévention dans le milieu scolaire ;
- 1.2. Mettre en place une expérimentation du vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) sur un territoire.

2 Diminuer le nombre d'hospitalisations liées à la bronchiolite ou à la gastroentérite :

- 2.1. Renforcer, via la PMI, l'information et l'accompagnement des parents en visant stratégiquement les 15 premiers jours de la vie ;
- 2.2. Mettre à disposition pour les populations précaires des kits de sérum physiologique pour désobstruction rhinopharyngée et des solutions de réhydratation par voie orale et veiller à la bonne utilisation de ces kits ;
- 2.3. Organiser, au niveau des sages-femmes libérales et de la PMI, et à destination des parents, des ateliers DRP — désobstruction rhino-pharyngée.

Actions prioritaires 2028

1 Territorialiser l'offre de dépistage :

- 1.1. Permettre l'accès au dépistage dans tous les CMR et dispensaires (VHB, IST, TB, lèpre) ;
- 1.2. Développer la mise à disposition et l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans le secteur hospitalier, libéral et associatif ;
- 1.3. Mettre en place des campagnes de dépistage VHB pour les adultes.

2 Renforcer la prévention et le dépistage des IST :

- 2.1. Organiser une à deux campagnes de séroprévalence durant les cinq ans ;
- 2.2. Renforcer la formation des professionnels de santé sur le TROD, le VIH et l'hépatite B grâce à un travail en coordination avec la CoreVIH ;
- 2.3. Favoriser l'accès aux modalités de prévention alternatives (PrEP, TPE, TASP...).

3 Limiter le développement d'espèces porteuses de maladies vectorielles et lutter contre les transmissions :

- 3.1. Réaliser une cartographie des risques à destination des communes ;
- 3.2. Renforcer les actions de mobilisation sociale en lien avec les collectivités territoriales ;
- 3.3. Renforcer les actions de sensibilisation de la population quant aux gestes essentiels pour prévenir les transmissions, dans une approche « aller-vers » ;
- 3.4. Identifier des techniques de lutte alternatives aux biocides pour l'élimination des espèces porteuses de maladies vectorielles ;
- 3.5. Eradiquer le paludisme selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

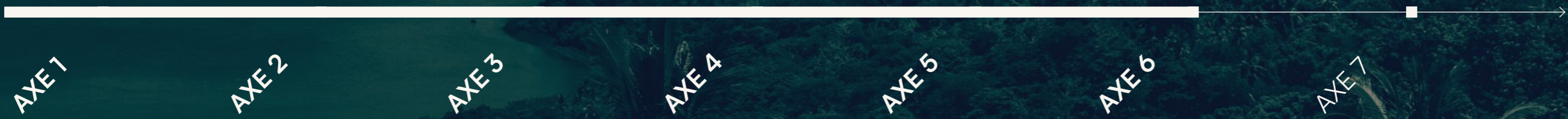
4 Prévenir l'émergence et la propagation des maladies hydriques :

- 4.1. Renforcer le maillage en bornes fontaines monétiques sur le territoire ;
- 4.2. Déployer des points d'accès à l'eau potable dans les zones non dotées, en réponse à une alerte sanitaire ;
- 4.3. Organiser des ateliers pour sensibiliser la population sur les règles d'hygiène à adopter notamment dans le cadre des bornes fontaines monétiques ;
- 4.4. Disposer d'équipes de terrain en capacité de réaliser tout type d'investigations épidémiologiques.

AXES THEMATIQUES

Axe 6

Bâtir une offre en **santé mentale** en articulation avec les spécificités culturelles de la population à Mayotte



CONTEXTE

Déployer une politique en faveur de la **santé mentale** à Mayotte implique de comprendre les représentations de la population en matière de maladie mentale et du soin. Ces représentations puisent dans des **références culturelles très différentes** de celles qui existent en France hexagonale. Selon les approches religieuses ou animistes, la maladie est souvent provoquée par des causes extérieures à la personne et était, jusqu'à récemment, source de honte conduisant à une prise en charge parfois inadaptée.

A cela, s'ajoute un nombre largement insuffisant de structures et d'équipements avec seulement dix lits d'hospitalisation, un centre médico-psychologique (CMP) adulte et un dédié aux enfants et adolescents ou encore une très faible densité de psychologues.

Afin de renforcer cette offre insuffisante, Mayotte dispose depuis 2021 de son premier projet territorial de santé mentale (PTSM) pour une durée de cinq ans. Ce document définit les cinq priorités suivantes :

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;

La garantie d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Les objectifs stratégiques du PRS ont été construits en accord avec les objectifs et actions évoqués dans le PTSM et visent à améliorer de manière continue l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. La politique en santé mentale doit prendre en compte les spécificités culturelles pour proposer un dispositif adapté et cohérent.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1** Lutter contre la stigmatisation de la santé mentale ;
- 2** Renforcer le repérage et l'orientation précoce des personnes en souffrance ;
- 3** Développer une offre de soin graduée et territorialisée en santé mentale.

Lutter contre la stigmatisation de la santé mentale

Les perceptions de la population vis-à-vis de la santé mentale évoluent progressivement. L'objectif dans les prochaines années est de développer et renforcer l'information et la sensibilisation de la population sur la santé mentale et les dispositifs prévus en tenant compte des dimensions traditionnelles, culturelles et religieuses.



Focus enfants-jeunes

- 1 Dès le plus jeune âge : déployer des programmes compétences psychosociales (exemple : programmes Primavera, Verano,...).

Actions prioritaires 2028

1 Développer sur l'ensemble du territoire, et par bassin de santé, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) :

- 1.1. Coordonner l'action et l'intervention des GEM ;
- 1.2. Consolider et renforcer leur rôle de structure d'entraide et d'écoute.

2 Organiser la coopération avec les acteurs locaux des problématiques en santé mentale :

- 2.1. Travailler, en lien avec les chefs religieux et les tradithérapeutes, à la nomination et à la traduction des souffrances en santé mentale ;
- 2.2. Expérimenter, en appui avec les acteurs en santé communautaire, et en lien avec les structures de soins primaires, un réseau de citoyens référents sur la santé mentale.

3 Développer des campagnes de sensibilisation en articulation avec les conceptions de la santé mentale présentes sur l'île :

- 3.1. Adapter localement les thématiques abordées lors des semaines d'information sur la santé mentale (SISM).

4 Engager une politique de prévention du suicide :

- 4.1. Planifier des formations d'intervention suicidaire pour les professionnels au contact de personnes ayant réalisé une tentative de suicide (service des urgences, assistantes sociales, etc.) ;
- 4.2. Organiser une offre d'écoute en shimaorais et shibushi sous le 3114 (numéro national de prévention du suicide).

Renforcer le repérage et l'orientation précoce des personnes concernées par des troubles

Le renforcement des interactions entre le système de santé et les approches communautaires, traditionnelles et religieuses est indispensable pour améliorer à long terme le repérage des besoins de santé mentale et l'orientation des personnes en souffrance.



Focus enfants-jeunes

1

Renforcer le repérage au niveau de l'Education nationale, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Actions prioritaires 2028

1 Déployer un programme de premiers secours en santé mentale (PSSM) :

- 1.1. Ouvrir progressivement la formation PSSM aux acteurs du territoire :
 - 1.1.1. Dans un premier temps : les réseaux en santé mentale de l'île ;
 - 1.1.2. Dans un deuxième temps : des groupes ciblés de professionnels de santé
 - 1.1.3. Dans un troisième temps : des partenaires institutionnels ciblés (forces de l'ordres...) ;
 - 1.1.4. Dans un quatrième temps : formation élargie.
- 1.2. Adapter progressivement la formation PSSM aux enjeux de Mayotte :
 - 1.2.1. Dans un premier temps : former les secouristes à distance ;
 - 1.2.2. Dans un deuxième temps : organiser les formations en présentiel à Mayotte ;
 - 1.2.3. Dans un dernier temps : adapter la formation PSSM aux enjeux spécifiques au territoire.

2 Organiser le repérage des personnes en errance :

- 2.1. Accompagner le déploiement d'un dispositif mobile type Samu social ;
- 2.2. Organiser l'orientation vers les structures de lits d'accueil médicalisés (LAM) et lits halte soins santé (LHSS).

3 Déployer une intervention dédiée auprès des personnes à difficultés spécifiques (PDS) :

- 3.1. Renforcer le repérage dans le milieu carcéral et dans les structures de prise en charge en addictologie ;
- 3.2. Organiser la coordination entre les dispositifs médico-sociaux accueillant des PDS (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, LAM, LHSS etc.).

Développer une offre de soins graduée et territorialisée en santé mentale

Afin de pouvoir proposer une prise en charge adaptée à la population, celle-ci doit pouvoir être adaptée en fonction de l'âge.



Focus enfants-jeunes

1

Renforcer la prise en charge en pédopsychiatrie :

- 1.1. Augmenter progressivement les capacités d'accueil et de prise en charge en CMPP ;
- 1.2. Développer les capacités d'accueil en CAMSP.

Actions prioritaires 2028

1

Accompagner le développement de la prise en charge sociale dans le cadre du suivi en santé mentale :

- 1.1. Stabiliser le fonctionnement de la maison de la santé mentale ;
- 1.2. Accompagner les espaces et structures d'accueil des personnes en difficulté (maison des adolescents, milieu carcéral) dans le développement d'une prise en charge sociale de leurs publics.

2

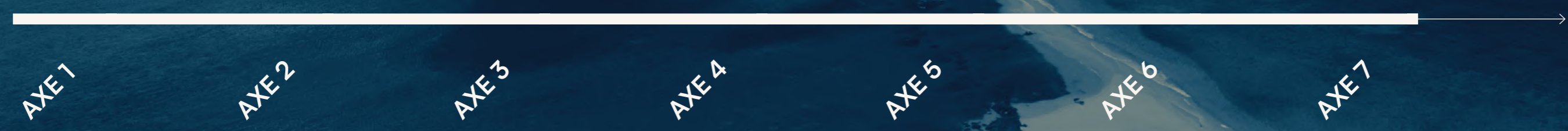
Structurer la prise en charge médicalisée :

- 2.1. Accompagner le déploiement du dispositif « Mon Parcours Psy » à Mayotte ;
- 2.2. Augmenter le nombre de CMP, et tendre vers une structure dans chaque bassin de santé ;
- 2.3. Consolider la prise en charge en psychiatrie du CHM :
 - 2.3.1. Créer une unité dédiée à la santé mentale et développer un projet médical ;
 - 2.3.2. Séparer les prises en charge enfants et adultes ;
 - 2.3.3. Mettre en place une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).

AXES THEMATIQUES

Axe 7

Améliorer le parcours de vie et de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap au regard de leurs besoins et de leurs souhaits



CONTEXTE

La prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap à Mayotte s'opère sous la responsabilité conjointe de l'ARS et du Conseil départemental. Elle a pour objectif notamment de prévenir la perte d'autonomie de ces publics en apportant des solutions adaptées aux situations diverses qui peuvent être vécues, tout en prenant en compte les spécificités culturelles des populations concernées. A cet égard, l'un des enjeux transversaux est de pouvoir assurer une orientation adéquate de ces publics vers les structures ou les dispositifs les plus adaptés.

Une population âgée en faible nombre

A Mayotte, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 4% de la population. Leur nombre est en augmentation constante sous la double influence de l'augmentation de la population générale et de l'allongement de l'espérance de vie, avec comme corollaire la hausse des besoins de soins spécifiques et une nécessaire adaptation de l'offre de soin.

Dans la culture mahoraise, les personnes âgées sont prises en charge par leur famille ou les proches. Malgré l'évolution des modes de vie qui bouleverse ces modèles, de plus en plus d'enfants ayant une activité professionnelle, la solidarité intrafamiliale ou communautaire reste particulièrement prégnante. Toutefois, les aidants traversent de grandes difficultés pour soutenir leurs proches âgés. Souvent eux-mêmes en précarité, ils assument leurs obligations au prix d'importants sacrifices.

L'offre de soins dédiés aux personnes âgées est limitée. Elle est constituée de petites unités de vie, de familles d'accueils (dispositif du Conseil départemental), de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). L'enjeu dans les années à venir sera donc de pouvoir développer une offre de prise en charge tenant à la fois compte des besoins de la population vieillissante et de l'évolution des structures familiales.

Un regard qui évolue sur le handicap

Au vu de la démographie croissante de l'île, le nombre de personnes porteuses de handicap augmente chaque année. Le handicap bénéficie d'un soutien fort du secteur associatif. A ce jour, cinq gestionnaires sont présents sur le territoire et multiplient les actions envers cette population. L'accueil de jour est largement tributaire des conditions de déplacements (engorgements sur les routes). De même, la prise en charge médicale des personnes polyhandicapées reste très limitée. L'accès compliqué à l'immobilier et au foncier limite la création de nouveaux établissements.

L'inclusion dans la société des enfants et adultes en situation de handicap est encore balbutiante à Mayotte. De premières unités d'enseignement pour enfants autistes ont été créées, de même que des structures d'insertion professionnelle. Ces structures sont cependant en nombre insuffisant pour permettre à l'ensemble des personnes en situation de handicap d'en bénéficier. Un meilleur accompagnement et une adaptation des structures sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap et leur intégration dans la société.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1 Personnes en situation de handicap** : favoriser l'inclusion et augmenter les capacités de prise en charge.
- 2 Personnes âgées** : favoriser une approche graduée et territorialisée de la prise en charge, hors et à domicile.

Action transversale prioritaire :

Développer et renforcer la plateforme d'entraide pour l'autonomie.

Personnes en situation de handicap : favoriser l'inclusion et augmenter les capacités de prise en charge.

La forte croissance démographique à Mayotte entraîne une augmentation mécanique du nombre de personnes en situation de handicap. La prise en charge de ces personnes est laborieuse à plusieurs égards. Tout d'abord, le nombre de places en structure de soins est insuffisant pour une prise en charge optimale de la population concernée. Par ailleurs, d'importants freins culturels complexifient la prise en charge du handicap à Mayotte, avec une stigmatisation importante des personnes en situation de handicap.

Malgré des efforts, le parcours de soin de la personne en situation de handicap reste à structurer. Ce parcours doit être pensé de manière globale, du dépistage à l'hospitalisation en passant par l'accompagnement et l'inclusion dans la société.



Focus enfants-jeunes

1 Généraliser les dispositifs de repérage précoce du handicap :

- 1.1. Organiser des dépistages pour favoriser le repérage précoce des troubles pouvant causer un handicap
- 1.2. Former des brigades d'ambassadeurs autisme dans tous les collèges et lycées.

2 Favoriser l'inclusion des jeunes en situation de handicap à l'école :

- 2.1. Poursuivre l'ouverture d'unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) en lien avec le rectorat ;
- 2.2. Ouvrir une première unité d'enseignement en maternelle pour enfant autiste (UEMA) en lien avec le rectorat.

Actions prioritaires 2028

1 Développer une offre de prise en charge répondant aux besoins divers des personnes en situation de handicap :

- 1.1. Augmenter les capacités d'accueil et d'hébergement pour adultes et enfants ;
- 1.2. Développer l'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile ;
- 1.3. Augmenter le nombre de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
- 1.4. Développer des équipes mobiles pour les personnes en attente d'une prise en charge en établissement.

2 Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société mahoraise :

- 2.1. Pour les adultes, soutenir la mise en place de dispositifs d'insertion professionnelle (PRAPP) et créer des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou dispositif équivalent innovant ;
- 2.2. Organiser avec la direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DEETS) des sessions de sensibilisation des entreprises au recrutement des 6% de personnes handicapées.

Personnes âgées : favoriser une approche graduée et territorialisée de la prise en charge, hors et à domicile

A Mayotte, on observe une forte prégnance du maintien à domicile des personnes âgées. Toutefois, les évolutions sociétales comme l'augmentation du taux d'adultes en activité font lentement basculer ce modèle de maintien à domicile vers une prise en charge hors domicile. Les personnes âgées représentent une population vulnérable, il est nécessaire d'améliorer leur prise en charge, que ce soit à domicile ou hors domicile.

Les aidants sont également des piliers centraux de la prise en charge des personnes âgées. L'enjeu délicat est de conserver l'implication dans aidants tout en prévoyant des dispositifs pour qu'ils puissent remplir, dans les meilleures conditions possibles, ce rôle éprouvant.

Actions prioritaires 2028

1 Augmenter et sécuriser les capacités de prise en charge à domicile :

- 1.1. Augmenter le nombre de places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- 1.2. Développer les possibilités de téléconsultation via les dispositifs équipes mobiles des accueils de jour ;
- 1.3. Déployer un dispositif d'alerte (bip poignet) pour accélérer les interventions urgentes ;
- 1.4. Intégrer un volet expérimentation d'un programme habitat inclusif mahorais.

2 Proposer une offre de prise en charge hors domicile, lisible, graduée et de proximité :

- 2.1. Installer une petite unité de vie (PUV) par commune ;
- 2.2. Mettre en place dans chaque bassin de santé un centre de référence et d'autonomie (conseil-dépistage-orientation) permettant notamment d'accompagner les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ;
- 2.3. Créer un EHPAD correspondant aux spécificités de Mayotte, avec la possibilité d'accueillir les aidants.

3 Soutenir les aidants dans la prise en charge des personnes âgées :

- 3.1. Créer des centres de répit ;
- 3.2. Créer des places pour aidants à proximité des lieux d'accueil des personnes âgées (futurs EHPAD, accueils de jour) ;
- 3.3. Renforcer les actions de l'association d'aidants et les coordonner avec celles des autres associations.

AXES TRANSVERSAUX

Axe 1

Organiser la planification des politiques de santé sur l'île pour **faciliter l'accès aux soins des populations**

AXE 1

AXE 2

AXE 3

AXE 4

AXE 5

AXE 6

CONTEXTE

Mayotte présente une superficie relativement restreinte. Toutefois, son organisation territoriale (séparation entre deux îles, concentration des activités à Mamoudzou, quasi-absence de transports en commun etc.) complexifie les déplacements des populations et leur accès à l'offre de soins. Ainsi, près de 45% de la population a déjà dû renoncer à des soins, pour des motifs financiers ou des difficultés d'accessibilité.

L'enjeu sera donc, dans les prochaines années, d'organiser le développement de l'offre de santé (offre de soins, médico-sociale et de santé publique) dans une logique d'équité territoriale, afin que chaque habitant puisse accéder à une structure de premier recours dans des délais raisonnables.

Cette organisation devra tenir compte de la sous-densité de professionnels de santé sur le territoire, et la nécessité de déployer des modes de fonctionnement originaux et assurant une prise en charge de qualité des patients.

Il s'agira donc de définir la maille territoriale (village, commune, intercommunalité, département) la plus adaptée pour le déploiement des différents politiques de santé sur le territoire. L'organisation de la politique de santé autour de cinq bassins de santé devra permettre à cet égard de mieux équilibrer la répartition de l'offre en santé, et de garantir à l'ensemble de la population un accès aux soins privilégié.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1** Organiser l'offre de soins, la santé communautaire et la prévention dans les cinq bassins de santé ;
- 2** Faciliter l'accessibilité des populations aux soins primaires.

Organiser l'offre de soins, la santé communautaire et la prévention dans les cinq bassins de santé

Au-delà du manque d'offre de soins, Mayotte pâtit d'une faible coordination entre les acteurs du territoire. Les efforts annoncés avec la création des CPTS doivent se poursuivre pour mettre un terme à cette organisation en silos et arriver à un maillage de l'offre de soins organisé autour des différents échelons géographiques de l'île. Ce maillage devra permettre une prise en charge graduée des soins, et déterminer la présence et le rôle des différents acteurs selon l'échelle géographique à laquelle ils interviennent : village, commune, territoire, département, international.

Actions prioritaires 2028

1 Faire évoluer les centres médicaux de référence (CMR) du CHM vers des « hôpitaux de proximité » :

- 1.1. Faire reconnaître les sites d'accouchement des CMR comme des maisons de naissance avec une dérogation pour la proximité d'un plateau obstétrical complet ;
- 1.2. Instaurer des antennes des urgences dans les CMR ;
- 1.3. Mettre en place des *drop zone* dans les CMR et assurer les vols de nuit de l'HéliSMUR ;
- 1.4. Équiper les CMR de biologie délocalisée et de radio mobile au lit du malade ;
- 1.5. Assurer, dans les CMR, la prise en charge des actions de santé et notamment les dispositifs de vaccination et de dépistage ;
- 1.6. Equiper les CMR en dispositifs de télémédecine en lien avec le site de Mamoudzou ;
- 1.7. Doter tous les CMR d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

2 Organiser une CPTS par bassin de santé et renforcer la coopération ville-hôpital et la coordination avec l'ensemble des acteurs de santé :

- 2.1. Basculer les missions normalement dévolues au secteur libéral et assurées aujourd'hui par l'hôpital vers la ville lorsque cela est possible (soins primaires, délivrance de médicaments, suivi des maladies chroniques, dépistage) ;
- 2.2. Permettre aux structures privées et au personnel libéral de faire plus de dépistage (hypertension, diabète, TROD...) ;
- 2.3. Définir un projet de santé spécifique pour chaque CPTS.

3 Organiser la prévention et la santé communautaire autour d'une association coordonnatrice :

- 3.1. Définir les axes prioritaires de prévention devant être déclinés et portés par les associations de proximité ;
- 3.2. Installer une équipe de médiateurs en santé capable :
 - 3.2.1. De déployer sur les territoires les priorités de santé publique de l'ARS ;
 - 3.2.2. D'apporter une réponse de premier recours aux populations avant orientation vers les structures d'offre de soins.
- 3.3. Renforcer le lien entre les associations de santé de proximité et avec les travailleurs sociaux et professionnels de santé (formation commune, échanges de pratiques, rencontres, etc.).

4 Créer dans chaque bassin de santé une maison de la santé :

- 4.1. Faciliter l'orientation des usagers vers des consultations spécialisées ;
- 4.2. Organiser des missions ponctuelles de (télé)consultations spécialisées dans ces maisons ;
- 4.3. Accueillir les associations de proximité pour faciliter leur interconnaissance et leur coordination.

Faciliter l'accès des populations aux soins primaires

L'offre de soin mahoraise est principalement portée par le CHM qui dispose d'une offre graduée allant des soins primaires aux soins complexes. Les centres de proximité et centre médicaux de référence sont des particularités de Mayotte qui contribuent à maintenir un accès au soin, bien que perfectible. Néanmoins, face à l'évolution démographique rapide du territoire, il est nécessaire de renforcer rapidement l'offre de consultations en soins primaires et soutenir des actions d'aller-vers, notamment à destination des populations précaires. Pour élargir cette prise en charge, plusieurs actions, comme la télémédecine et le renforcement de transports sanitaires, sont proposées pour les années à venir.

Actions prioritaires 2028

1 Renforcer l'accès aux soins primaires par la téléconsultation :

- 1.1. Ouvrir des centres de téléconsultation sur le territoire avec l'appui des collectivités territoriales
- 1.2. Implanter des équipements de télémédecine fixes et mobiles sur les différents sites de soins (établissements de santé, établissement ou service social ou médico-social, officines...) de l'île ;

2 Organiser un service d'accès aux soins adapté à Mayotte. Dans un premier temps :

- 2.1. Sécuriser le fonctionnement des CMR et y installer une antenne des urgences ;
- 2.2. Mettre en place un troisième SMUR, sur Petite Terre ;
- 2.3. Organiser le déploiement d'équipes mobiles paramédicales en téléconsultation sur régulation du SAMU ;
- 2.4. Organiser le renfort de la régulation avec l'aide des professionnels de santé libéraux ;
- 2.5. Amorcer la structuration d'une permanence des soins ambulatoires en y intégrant les structures d'exercice coordonné.

3 Sécuriser et renforcer l'offre de transport sanitaire sur l'ensemble du territoire :

- 3.1. Pérenniser la formation des diplômés d'Etat ambulancier (DEA) sur le territoire et accentuer les exigences professionnelles des prises en charges et risques associés ;
- 3.2. Faire évoluer le cahier des charges des transports sanitaires dans le cadre de l'aide médicale urgente afin de suivre la réglementation nationale et permettre la mise en place d'ambulances de secours et de soins urgents ;
- 3.3. Faire évoluer le quota départemental de véhicules sanitaires afin d'accompagner le développement démographique ainsi que le développement de l'offre de soins de Mayotte ;
- 3.4. Faciliter l'accès des personnes non affiliées aux transports sanitaire vers les structures de soins.

4 Favoriser l'installation de professionnels de santé libéraux dans les zones particulièrement sous-dotées.

5 Territorialiser les structures de prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques :

- 5.1. Déployer les antennes territoriales des dispositifs d'addictologie : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ;
- 5.2. Développer le nombre de lits d'accueil médicalisés (LAM) et de lits halte soins santé (LHSS).

AXES TRANSVERSAUX

Axe 2

Renforcer la resilience
du systeme de sante
face aux crises



CONTEXTE

Le système de santé mahorais connaît de nombreuses difficultés, avec **des crises sanitaires récurrentes**. Si la mobilisation et l'engagement des acteurs du soin démontrent la capacité de réaction actuelle du système de santé, il convient toutefois d'en **renforcer la résilience**. Ainsi la crise liée à l'épidémie de Covid-19 a permis de mettre en lumière l'engagement des différents acteurs pour assurer une réponse adaptée et rapide. A titre d'exemple, la mise en place de la plateforme MODCOV a permis de fournir une prévision des courbes épidémiques afin de prendre les mesures adéquates⁴¹.

Si certaines crises sont spécifiques au contexte insulaire, d'autres sont générées par les échanges commerciaux, les mouvements de population, les évolutions technologiques, le changement climatique, etc. Les crises multiples auxquelles les systèmes de santé doivent faire face impliquent le renforcement des moyens de prévention, détection, réaction et réponse.

La diversité, l'intensité et la fréquence des crises, qu'elles soient sanitaires ou non, entraînent des répercussions sur la santé des populations. Le système de santé mahorais, déjà confronté à de nombreuses crises, doit développer sa résilience pour faire face aux crises à venir. L'anticipation et le renforcement des capacités concourent à cet objectif. L'élaboration de plans, l'organisation d'exercices conjoints, le partage d'informations dans le cadre de structures institutionnelles de gestion de crise sont autant de moyens d'améliorer la résilience du système de santé.

Au regard de la situation sanitaire de Mayotte et des difficultés liées aux ressources humaines, le CHM et le secteur sanitaire doivent disposer d'un plan de réponse permettant de gérer toutes suractivés ou baisse conjoncturelle de l'offre hospitalière. Cette réponse graduée doit s'appuyer sur les CPTS, le lien ville- hôpital ainsi que la téléconsultation.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1 Être en capacité de répondre aux pics d'activité saisonniers du système de santé
- 2 Renforcer la résilience du système de santé face aux crises sanitaires
- 3 Développer une politique de cybersécurité

Être en capacité de répondre aux pics saisonniers du système de santé

Si l'activité du système de santé à Mayotte est tendanciellement forte, il apparaît par ailleurs qu'elle est confrontée à des pics d'activité récurrents, liés notamment aux épidémies saisonnières de bronchiolite, grippe, gastro-entérite, ou encore aux pics de naissances.

Dans cette optique, il apparaît nécessaire d'anticiper ces pics d'activité saisonniers, et d'organiser le système de santé de façon à assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.

Actions prioritaires 2028

- 1** Anticiper les pics dans chaque secteur de l'offre de soins, notamment par la mise en place d'indicateurs de suivi pertinents
- 2** Définir un plan d'organisation interne au CHM permettant de mobiliser les ressources au profit du ou des service(s) concerné(s)
- 3** Organiser l'appui du CHM par le secteur libéral

Renforcer la résilience du système de santé face aux crises sanitaires

Le territoire de Mayotte est sujet à de nombreux risques (épidémiques, naturels, biologiques,...) dont l'avènement engendrerait des conséquences sanitaires importantes. L'anticipation de ces risques et des modalités d'organisation à adopter constitue à cet égard un enjeu majeur, tenant compte du caractère insulaire du territoire qui complexifie les capacités de délestage et les arrivées de renforts.

Actions prioritaires 2028

1 Disposer d'un système de veille sanitaire permettant d'identifier précocement les alertes et assurer une réponse rapide :

- 1.1. Mettre en place un réseau de veille sanitaire avec l'ensemble des professionnels de santé de Mayotte ;
- 1.2. Développer la veille sanitaire en lien avec la santé communautaire ;
- 1.3. Renforcer le contrôle dans les points d'entrée du territoire ;
- 1.4. En lien avec les services de la préfecture, identifier des capacités d'isolement pour les cas suspects et personnes « contact » liées à des risques épidémiques et biologiques ;
- 1.5. En lien avec les collectivités locales, identifier des locaux pour mettre en œuvre soit une vaccination de masse, soit une distribution de traitements d'urgence

2 Planifier la réponse face aux différents risques identifiés pour le territoire

- 2.1. Définir un plan de réponse gradué en fonction des niveaux d'alerte cycloniques
- 2.2. Organiser la réponse face aux risques épidémiques et biologiques (REB)
 - 2.2.1. Disposer d'un circuit dédié aux cas possibles ou confirmés « REB » au CHM
 - 2.2.2. Mettre en place un laboratoire P3
 - 2.2.3. Disposer de capacités d'isolement sécurisées (hors CHM) pour les personnes « contact » de cas REB

3 Organiser la résilience du système de santé mahorais

- 3.1. Organiser l'autonomie des CMR en cas de SSE (situation sanitaire exceptionnelle) ;
- 3.2. Constituer un stock suffisant de produits sanguins labiles suffisants en cas de SSE ;
- 3.3. Disposer de moyens matériels suffisants (fluides médicaux, produits de santé, matériels biomédicaux, etc.) pour assurer la prise en charge des blessés et la continuité des autres prises en charge ;
- 3.4. Disposer d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) au regard des capacités en ressources humaines de Mayotte.

4 Mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle et planifier l'organisation :

- 4.1. Définir une chaîne de commandement claire du secteur sanitaire en lien avec la préfecture et le CORUSS/CCS ;
- 4.2. Disposer d'une cellule de crise de l'ARS (cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) opérationnelle 7j/7) ;
- 4.3. Mobiliser le secteur libéral pour l'appui à la réponse aux SSE ;
- 4.4. Définir l'appui à la gestion de SSE dans le cahier des charges des CPTS ;
- 4.5. Organiser la formation des professionnels de santé régulièrement (dont le *damage control*) ;
- 4.6. Mettre en œuvre des exercices de crise.

5 Planifier l'appui des niveaux zonal et national en cas de situation sanitaire exceptionnelle

- 5.1. Identifier les moyens humains et matériels zonaux et nationaux nécessaires à toute SSE à Mayotte ;
- 5.2. Planifier l'organisation logistique de l'accueil à Mayotte des renforts zonaux / nationaux

Développer une politique de cybersécurité

Le système de santé est aujourd'hui confronté à de nouveaux risques, dont le risque de cyberattaque pouvant paralyser fortement l'activité des établissements de santé. Dans un contexte où Mayotte ne dispose aujourd'hui que d'un seul centre hospitalier, il apparaît primordial de développer une politique de cybersécurité pour amoindrir les menaces.

Actions prioritaires 2028

- 1 Renforcer la cybersécurité des établissements de santé**
 - 1.1. Accompagner le CHM dans le déploiement de son plan d'action en cybersécurité ;
 - 1.2. Réaliser à intervalle régulier des audits des établissements de santé du territoire en matière de cybersécurité
- 2 Renforcer la résilience du système de santé en cas de cyberattaque**
 - 2.1. Créer un centre de ressource en cybersécurité à l'échelle régionale ;
 - 2.2. Organiser des exercices de crise.

AXES TRANSVERSAUX

Axe 3

Agir sur les determinants
de la sante de façon
partenariale



CONTEXTE

De nombreux acteurs interviennent dans le champ de la santé : les professionnels de santé, les établissements sanitaires, médico-sociaux, l'agence régionale de santé mais également les collectivités locales, associations, université, rectorat, observatoire régional de santé, etc.

Les politiques publiques en matière de santé ne peuvent se concevoir sans prendre en compte la diversité des acteurs, leurs interactions et interdépendances pour contribuer à l'amélioration du bien-être de la population mahoraise. En effet, beaucoup d'acteurs hors du champ sanitaire à proprement parler ont, du fait de leurs missions, un fort impact sur la santé. Les questions du logement, de la sécurité, de l'éducation, des transports sont à intégrer dans l'élaboration des politiques publiques.

On entend par « déterminants de la santé » les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations⁴². Avec les principaux indicateurs de santé en situation défavorable et confrontée à une extrême pauvreté, Mayotte demeure

dans une situation particulièrement mauvaise au regard de la moyenne nationale.

A Mayotte, les déterminants sociaux et environnementaux ont un impact majeur sur la santé de la population. Pour autant, la plupart de ces déterminants ne font pas partie du champ de compétence de l'ARS. L'accès à l'eau potable, les conditions de logement et de transport, la gestion des déchets, les pollutions diverses sont autant de domaines à fort impact sur la santé mais qui entrent dans le champ de compétence d'autres institutions. Les politiques d'aménagement et de proximité, notamment dans le cadre de la politique de la ville, constituent un levier privilégié à cet égard.

Le projet régional de santé vise à proposer une coordination de ces différents acteurs autour d'objectifs de santé publique partagés afin que chacun soit un levier d'action de santé publique au service du bien-être de la population.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1** Soutenir les engagements partenariaux dans le cadre du déploiement des contrats locaux de santé (CLS) et de la politique de la ville ;
- 2** Favoriser le recours et l'accès aux droits pour permettre de lever les freins financiers aux recours aux soins ;
- 3** Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques du territoire.

Soutenir les engagements partenariaux dans le cadre du déploiement des contrats locaux de santé (CLS) et de la politique de la ville

La dynamique de contractualisation engagée entre les services de l'Etat et les acteurs de proximité, au premier rang desquels les communes et communautés de communes, est essentielle pour déployer des actions d'« aller-vers » efficaces et cohérentes à l'échelle du territoire. La politique de la ville et les contrats locaux de santé sont des outils privilégiés à cet égard.

Actions prioritaires 2028

- 1** Intégrer un volet santé dans le cadre de la prochaine contractualisation « Politique de la ville » avec les collectivités
- 2** Soutenir le déploiement des contrats locaux de santé sur l'ensemble de l'île
 - 2.1. Poursuivre la couverture de l'île par les contrats locaux de santé à un niveau communal voire intercommunal
 - 2.2. Définir un socle commun des CLS, intégrant notamment :
 - 2.2.1. La libération de foncier pour les baux d'activité médicale et les projets en santé nécessitant du foncier ;
 - 2.2.2. La mise à disposition de locaux et de personnel lors des campagnes massives sur le territoire ;
 - 2.2.3. La facilitation de l'accès aux droits des populations, notamment via les centres communaux d'action sociale (CCAS) ;
 - 2.2.4. Le déploiement de projets favorables à la santé (sport, etc.) à destination des jeunes non scolarisés.
 - 2.3. Renforcer le soutien et l'appui aux coordonnateurs de CLS
- 3** Appuyer la création de pôles commun aux environnement/hygiène/santé, en lien avec la cellule de veille et de sécurité sanitaire à l'échelle communale.

Favoriser le recours et l'accès aux droits pour permettre de lever les freins financiers au recours aux soins

Bien que la quasi-totalité des natifs de Mayotte ou d'un autre département français ait légalement le droit à une couverture sociale, de nombreux freins subsistent quant à l'accès effectif à cette couverture (délais traitement des dossiers, absence de maintien durable des droits, non connaissance des démarches administratives...). Cette absence d'affiliation d'une importante partie de la population en situation régulière contribue à limiter le bon accès aux soins. Il semble donc essentiel d'élargir la communication et l'information sur les droits individuels et engager les partenaires compétents pour ouvrir les droits à ceux qui peuvent y prétendre. En parallèle, des actions sont amenées à voir le jour afin de renforcer plus encore l'accès aux soins des plus démunis, à l'instar du dispositif de prise en charge à 100% des soins pour les personnes à faibles ressources qui sera déployé par la CSSM à compter du 1er janvier 2024.

Actions prioritaires 2028

- 1** Informer largement sur les aides et allocations existantes, et sur les conditions d'éligibilité :
 - 1.1. Relayer l'information depuis les maisons de la santé ;
 - 1.2. Inciter les partenaires compétents à faciliter l'accès aux différents droits octroyés.

- 2** En lien avec les partenaires compétents (CSSM, collectivités locales), initier un programme de lutte contre le renoncement aux soins et aux droits.
 - 2.1. Accompagner la rédaction d'un schéma départemental d'accès aux droits, en lien avec le Conseil départemental

Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques du territoire

Beaucoup d'actions à fort impact sur la santé ne relèvent pas du champ de compétence de l'ARS. Ainsi, les actions relatives au logement, à la gestion des déchets, à l'accès à l'eau par exemple relèvent des compétences des collectivités locales, syndicats, bailleurs sociaux, etc. Il semble donc essentiel, dans une perspective « une seule santé » (One health), de travailler en étroite collaboration avec ces différents partenaires institutionnels. Cela doit s'intégrer dans la dynamique de contractualisation entre l'Etat et la collectivité, notamment dans le cadre de la politique de la ville.

Pour orienter les actions qui sont hors du champ de compétence de l'ARS, il est important d'engager un travail de plaidoyer dans une perspective d'agir sur les déterminants de la santé de façon partenariale. Les actions découlant de cet objectif doivent également être alignées avec le plan régional santé environnement (PRSE) de Mayotte 2020 — 2024.

Actions prioritaires 2028

1 Créer les conditions d'un environnement favorable à la santé (en articulation avec le PRSE) :

1.1. Renforcer l'accès à l'eau potable

L'accès à l'eau potable est une problématique majeure à Mayotte influençant les conditions de vie et entraînant des conséquences sanitaires et économiques : en 2017, 29 % des ménages n'ont pas l'eau courante dans leur habitation.

Les difficultés d'accès à l'eau potable engendrent des maladies hydriques d'origine virale, bactérienne ou parasitaire. Favorisées par le transport, le stockage de l'eau et le manque d'hygiène, les maladies dites « hydriques », telles que la fièvre typhoïde, l'hépatite A, les gastro-entérites aiguës et le choléra, représentent un risque majeur.

1.2. Améliorer les conditions d'habitat et de logement

L'habitat constitue un secteur à risques sur le plan sanitaire du fait de conditions de logement difficiles très éloignées des standards nationaux en termes de mode constructif (40 % des logements sont en tôle), de confort sanitaire de base (29 % des logements sans eau courante, 10 % sans électricité), et de suroccupation (57 % des logements).

1.3. Améliorer la gestion des déchets et de l'assainissement

L'abandon de déchets non collectés favorise la rétention d'eau stagnante et la constitution de gîtes larvaires, entraînant ainsi le développement de moustiques vecteurs de diverses maladies (chikungunya, paludisme, dengue, etc.). Ces situations favorisent également la prolifération de rongeurs, pouvant être porteurs de maladies telles que la leptospirose. L'abandon de déchets entraîne également une dégradation de l'environnement proche des populations, et notamment de la qualité des eaux superficielles et/ou souterraines destinées ensuite à la consommation humaine. Enfin, la qualité de l'air s'en retrouve fortement impactée, que ce soit en termes de nuisances olfactives ou à la suite du brûlage réguliers des amas de déchets en proximité des habitations.

2 Faire de l'alimentation saine et équilibrée et de l'activité physique des leviers de santé, en articulation avec le Programme mahorais alimentation, activité physique et santé (PMAAPS) :

2.1. Limiter et contrôler l'usage de produits phytosanitaires dans les productions locales

A Mayotte, ce sont principalement les cultures légumières qui sont traitées. L'utilisation abusive sur certains légumes (en particulier tomates, concombres, courgettes et salades) de pesticides interdits et introduits illégalement sur le territoire a contraint la préfecture à mettre sous surveillance la commercialisation des tomates en 2019.

Sur le plan sanitaire, la vente en bordure de route à même le sol de produits frais (fruits et légumes, poissons, etc.) et de plats cuisinés (gâteaux, fritures, ...) présente des risques de contamination importants (poussières, gaz d'échappements, exposition à des sources de chaleur).

- 2.2. Sensibiliser la population à la qualité nutritionnelle des produits consommables importés

Les productions locales peinant à répondre à la demande, les importations ne font que croître au fil des années. La nature des importations suit l'évolution des habitudes alimentaires, et concerne particulièrement les volailles de chair, la boucherie-charcuterie, le riz et les eaux de table. Les importations des boissons rafraîchissantes (jus de fruits et soda) ont connu une augmentation de 90% entre 2014 et 2016, en passant de 774 000 litres à 1 471 000 litres importés.

- 2.3. Mobiliser l'activité physique et le sport comme des leviers de santé à part entière

L'activité physique et sportive est un facteur reconnu de bien-être et de bonne santé. Elle contribue, à tous les âges de la vie, à préserver un bon état de santé, et à prévenir les principales maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète. En outre, elle est reconnue par la HAS comme une solution thérapeutique non médicamenteuse à privilégier. Elle peut être proposée pour de nombreuses prises en charge, par exemple en santé mentale (post-partum, post-trauma etc.) ou pour le suivi des personnes ayant une maladie chronique. Elle permet également aux personnes de mieux vivre avec la maladie ou le handicap et de mieux supporter les traitements.

3 Accompagner les personnes en situation de vulnérabilité, en lien avec les partenaires institutionnels compétents

Si 77% de la population à Mayotte vit sous le seuil de pauvreté, on constate cependant de fortes inégalités de revenus entre les ménages. Ainsi, les 10% les plus aisés ont un niveau de vie sept fois supérieur au niveau de vie médian ; cet indicateur est largement supérieur à celui constaté dans l'Hexagone (légèrement inférieur à deux). Les fortes inégalités sociales et de ressources constituent d'importants déterminants de santé, notamment en ce qui concerne le renoncement aux soins. Dans cette optique, et afin de réduire les inégalités en santé au sein de la population, une attention particulière doit être portée aux personnes en situation de vulnérabilité (femmes isolées, victimes de violences, personnes sous-main de justice, jeunes en situation d'exclusion, consommateurs de drogues etc.).

4 Prendre en compte les problématiques de santé dans les projets de développement urbain

L'organisation spatiale contrainte de Mayotte nécessite d'imaginer un développement du territoire pouvant faciliter l'installation des nouvelles structures de santé, ainsi que leur accès. Promouvoir ce développement comprend l'amélioration du réseau routier, du parc de logement, du réseau de fibre nécessaire au développement des établissements de santé et à l'arrivée de personnels de santé, qui seront fortement soutenus par l'ARS

- 4.1. Intégrer les grands projets d'investissements en santé dans les projets d'aménagement du territoire ;
- 4.1. Renforcer, dans le cadre des avis sanitaires rédigés par l'ARS, les préconisations visant à promouvoir un environnement et un urbanisme favorables la santé.



AXES TRANSVERSAUX

Axe 4

Améliorer et augmenter
la **connaissance en santé**
à mayotte



CONTEXTE

La production d'études scientifiques, de programmes de recherche sur une ou plusieurs pathologies ou encore la production de données relatives aux déterminants de la santé et sociaux contribuent à **nourrir la politique de santé mise en place** par les différents acteurs en santé.

Etant un axe fort de l'ancien PRS océan Indien, la connaissance de la situation sanitaire et médico-sociale a progressé significativement ces dernières années.

La production de données en santé à Mayotte est actuellement réalisée par quelques acteurs du champ sanitaire (tels que le CHM, la Caisse de sécurité sociale de Mayotte, Santé publique France, les professionnels libéraux, les associations...) et hors du champ sanitaire (l'Institut national de la statistique et des études économiques, les collectivités locales, etc.).

Bien que les données recueillies à Mayotte soient globalement fiables, celles-ci sont cependant jugées incomplètes et ce, pour plusieurs raisons :

Les acteurs de terrains manquent de temps pour saisir toutes les données ;

Les logiciels dans lesquels sont saisis les données ne permettent pas toujours de renseigner tous les éléments ;

Les attentes en termes de données à renseigner ne sont pas toujours clairement énoncées, comprises et partagées entre les « producteurs » de données ;

Le *turn-over* important des personnels à Mayotte a un impact significatif sur la continuité de la production de données ;

Les données sont produites par différents acteurs sans véritable concertation ou coopération pour comprendre les besoins des autres, etc.

Pour augmenter la connaissance de la situation sanitaire et médico-sociale de Mayotte, il est important que la production et le partage des données soient coordonnés entre les différents acteurs. En ce sens, l'organisation de la transmission au sein de chaque entité productrice de données est un enjeu hautement attendu pour améliorer et fiabiliser la production de données. En outre, les modalités d'exploitation et d'analyse doivent également être partagées, étudiées et diffusées. L'utilisation de ces données à des fins d'études scientifiques et épidémiologiques doit permettre de renforcer la compréhension et l'évolution de l'état de santé de la population sur le territoire.

Il convient donc que les producteurs de données développent une culture des indicateurs et des objectifs communs pour offrir un socle solide de données à partir duquel la politique de santé publique à Mayotte pourra être élaborée puis mise en œuvre.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

1 Structurer un réseau d'acteurs contribuant à améliorer l'état de la connaissance en santé de l'île ;

2 Poursuivre et développer la production d'études en santé ;

3 Renforcer le partage et la vulgarisation des études scientifiques et épidémiologiques dédiées à Mayotte.

Structurer un réseau d'acteurs contribuant à améliorer l'état de la connaissance en santé

La connaissance de la situation sanitaire et médico-sociale de l'île a progressé significativement avec la création de l'ARS à Mayotte et l'implantation de différents acteurs de production de données sur le territoire, tel que Santé publique France. Renforcer et coordonner les acteurs et réseaux compétents est une action prioritaire pour améliorer la connaissance en santé à Mayotte.



Actions prioritaires 2028

- 1** Renforcer et faire monter en compétence l'Observatoire régional de la santé de Mayotte.
- 2** Réactiver un réseau d'acteurs de production de données en santé :
 - 2.1. Améliorer les dispositifs d'observation et la collecte de données sur le territoire ;
 - 2.2. Faciliter la recension des besoins en amont de la réalisation d'études ;
 - 2.3. Développer le partage régulier des indicateurs en santé et des études.
- 3** Capitaliser, en lien avec les associations coordonnatrices en santé publique, sur les remontées de terrain et connaissances acquises par les associations en santé communautaire.

Poursuivre et développer la production d'études en santé

Malgré son ralentissement en 2020, la production d'études a largement repris en 2021. L'objectif est de maintenir ce rythme et d'améliorer la compréhension de la réalité locale et les impacts du mode de vie sur les déterminants et conditions de santé à Mayotte. A long terme, il sera nécessaire d'initier des travaux structurants sur l'organisation de la politique de santé basés sur des résultats probants, en partenariat avec les acteurs universitaires notamment.

Actions prioritaires 2028

1 Améliorer le Panorama statistique de la santé à Mayotte produit par l'ARS et l'ORS :

- 1.1. Affiner le degré de connaissance à l'échelle de la commune ;
- 1.2. Etendre la rédaction et les contributions du panorama aux partenaires externes ;
- 1.3. Coordonner les productions statistiques en fonction des données recensées dans le panorama.

2 Conduire deux études épidémiologiques d'envergure :

- 2.1. Enquête couverture vaccinale ;
- 2.2. Enquête surveillance épidémiologique.

3 Mettre en place le cycle d'étude de l'observation en santé sur les cinq années à venir :

- 3.1. Enquête migration-familles-vieillessement ;
- 3.2. Baromètre santé ;
- 3.3. Enquête santé des jeunes.

4 Conduire des études qualitatives sur différentes thématiques (étude bénéfiques/risques en médecine traditionnelle, projet de vie des patients EVASANés, naissances).

5 Accompagner le déploiement de projets expérimentaux en santé à Mayotte par la conduite d'évaluations épisodiques.

6 Initier des travaux structurants sur l'organisation de la politique de santé à long terme, en partenariat avec les acteurs universitaires :

- 6.1. Anticipation des besoins d'offre de soins à Mayotte ;
- 6.2. Caractérisation du risque sanitaire à la maille infra-départementale.

7 Créer une cartographie dynamique de l'offre de soins sur le territoire.

Renforcer le partage et la vulgarisation des études scientifiques et épidémiologiques relatives à Mayotte

Il existe un réel enjeu de démocratisation de l'accès aux données à des fins de sensibilisation de la population et de communication. Cela passe notamment par le partage et la vulgarisation des données scientifiques et épidémiologiques afin de rendre intéressants, compréhensibles et accessibles les résultats des études menées sur le terrain. La qualité des données et le délai « collecte de données versus publication » sont aussi des facteurs d'influence importants à Mayotte.

Actions prioritaires 2028

- 1** **Rendre compréhensibles et accessibles les productions de données et les études :**
 - 1.1. Elaborer une synthèse pédagogique à chaque publication thématique ;
 - 1.2. En lien avec l'ORS, produire annuellement une synthèse visuelle recensant des indicateurs clés à Mayotte et leur évolution depuis l'année N-1 ;
 - 1.3. Développer la transposition cartographique des données disponibles via les outils SIG.

- 2** **Démocratiser l'accès aux données et engager une politique d'open data.**

AXES TRANSVERSAUX

Axe 5

Accroître le **niveau**
d'éducation en sante
de l'ensemble de la
population



CONTEXTE

La population de l'île doit composer avec un environnement particulièrement défavorable (insalubrité de l'eau, mauvaise gestion des déchets...) qui rend nécessaires des actions de sensibilisation sur les différents risques de cet environnement sur leur santé.

Les lieux d'éducation sont des lieux d'apprentissage des savoirs et compétences de base en matière d'hygiène et de santé. Ouverte à l'ensemble des enfants de Mayotte, l'école permet de véhiculer auprès d'une large population les comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge. Bien qu'essentielles, ces actions dépendent de la stratégie souhaitée par l'établissement et se doivent d'être élargies à l'ensemble du territoire.

Pour favoriser l'accroissement des connaissances de la population sur leur santé, les démarches de santé communautaire et d'aller-vers se multiplient notamment grâce aux associations qui jouent un rôle primordial dans l'éducation à la santé de la population. En effet, la santé développée en proximité par les communautés a montré des résultats encourageants sur le territoire lors de la gestion de l'épidémie de Covid-19, avec la mise en œuvre de dispositifs innovants et

adaptés au territoire. Face au faible niveau de littératie en santé, à la faible densité médicale et aux inégalités d'accès aux soins, ces groupes communautaires, appuyés par l'Etat et les collectivités, sont à même de valoriser les capacités des personnes et des populations, particulièrement les plus vulnérables, en soutenant leurs potentialités et leur capacité d'agir et de respecter les traitements proposés, ainsi que les consignes de prévention.

L'éducation à la santé est un sujet qui doit être prioritaire pour l'ensemble des acteurs du territoire. En ce sens, la politique de santé publique visant à accroître le niveau d'éducation en santé de la population doit se faire en partenariat étroit avec les acteurs concernés, en particulier l'Education nationale, le Conseil départemental et les nombreuses associations œuvrant auprès de la population.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1** Développer des programmes et actions d'éducation en santé à tous les âges ;
- 2** Développer et renforcer les dispositifs de médiation en santé ;
- 3** Accompagner le déploiement des politiques publiques par des stratégies de communication ciblée ;
- 4** Améliorer la bonne compréhension par les patients de leur traitement.

Développer des programmes et actions d'éducation en santé à tous les âges

Les établissements scolaires sont des lieux privilégiés pour mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé dès le plus jeune âge. Celles-ci peuvent également être adaptées pour être diffusées aux différents publics, y compris pour approcher la santé familiale. Ainsi des actions peuvent être menées en coopération avec les services sociaux, centres communaux d'action sociale, Conseil départemental, associations, etc.

Promouvoir des actions et comportements favorables à la santé en milieu scolaire fait partie des actions de prévention et de sensibilisation des politiques publiques. Dans le cadre du projet régional de santé de Mayotte, le renforcement des actions d'éducation en santé en milieu scolaire mais aussi en dehors contribuera à améliorer l'état de santé des populations.



Focus enfants-jeunes

1 Etablir, en lien avec le rectorat un programme d'intervention ciblé en prévention et promotion de la santé :

- 1.1. En primaire : sensibiliser les élèves aux enjeux de prévention et promotion de la santé en marge des activités physiques et sportives quotidiennes ;
- 1.2. Au collège : développer un programme d'intervention systématique par classe d'âge sur les thématiques de santé publique prioritaires: éducation alimentaire, contraception, addictions, IST, lutte contre les violences.

2 Améliorer la santé bucco-dentaire de la population dès le plus jeune âge :

- 2.1. Définir la santé bucco-dentaire comme prioritaire lors de la visite médicale scolaire ;
- 2.2. Mettre en place la campagne « M'T dents » sur le territoire en termes de prévention et de dépistage ;
- 2.3. Etudier les conditions et modalités d'un renforcement de l'apport en fluor chez la population.

Actions prioritaires 2028

- 1 Adapter et donner de la visibilité au carnet de santé (traduction, pages d'information, etc.).
- 2 Développer un programme d'éducation à la santé familiale.

Développer et renforcer les dispositifs de médiation en santé

Historiquement, à Mayotte, plusieurs acteurs du système de santé participent à la médiation en santé. Malgré le rôle du médiateur décrit par la Haute Autorité de santé (HAS), sur le document « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins », plusieurs acteurs de la médiation en santé à Mayotte estiment que :

Le rôle de médiation en santé est déjà pratiqué à Mayotte mais pas toujours avec la même nomenclature (facilitateurs, agents de santé communautaire, agents de proximités, médiateurs...);

Les actions sont réalisées par différents établissements, mais sans forcément avoir de prérequis ou un rôle clair et standardisé au niveau des actions et des formations exigées pour devenir un médiateur ou un encadrant de médiateurs en santé ;

Le terme médiateur est utilisé dans différents dispositifs (pas nécessairement sanitaires) sans forcément correspondre aux attendus de cette fonction.

Face à ces constats, des interrogations se posent sur la manière d'appréhender les spécificités de Mayotte et le rôle d'un médiateur afin d'uniformiser les prérequis, les concepts, les formations et les actions d'un médiateur en santé localement, ainsi que la manière de pérenniser et faire monter en compétence les « médiateurs » actuels.

Actions prioritaires 2028

1 Uniformiser le rôle des médiateurs en santé à Mayotte :

- 1.1. Transcrire sous forme de guide adapté à Mayotte les recommandations HAS concernant les médiateurs.

2 Développer une offre de formation adaptée :

- 2.1. Formation premier temps : formation qualifiante niveau baccalauréat ;
- 2.2. Formation second temps : analyser l'opportunité d'un diplôme universitaire (DU) médiateur en santé, avec le modèle utilisé en Guyane.

3 Analyser l'opportunité de (re)créer une instance régionale d'éducation et de promotion santé (IREPS).

Accompagner le déploiement des politiques publiques par des stratégies de communication ciblées

Le bouche à oreille est un phénomène fréquent à Mayotte, ce qui montre la nécessité d'aller vers les populations afin de leur transmettre l'information et de les sensibiliser avec les canaux adaptés (flyer, tv, radio, réseaux sociaux, mosquée, web, radio, mégaphone...). Le langage utilisé et le volume d'information sont aussi des facteurs d'adhésion importants.



Focus enfants-jeunes

1 Adopter une stratégie de communication adaptée à la politique santé des jeunes :

- 1.1. Utiliser des outils de communication adaptés à la cible « jeunes » : snapchat, tik tok, youtube, etc. ;
- 1.2. Mettre en place des actions et événements de médiation artistique ou de street marketing pour attirer les plus jeunes et mieux faire passer les messages ;
- 1.3. Inclure les écoles coraniques dans les cibles de communication.

Actions prioritaires 2028

1 Inscrire les stratégies de communication dans une optique partenariale :

- 1.1. Inclure les partenaires (associations, influenceurs, médias) dans la conception de campagnes de communication ;
- 1.2. Tester l'adhésion des campagnes de communication auprès d'un panel représentatif du public cible ;
- 1.3. S'appuyer sur un cercle élargi de partenaires pour assurer la diffusion des campagnes de communication ;
- 1.4. Utiliser les lieux de rencontre naturels à Mayotte pour communiquer (mosquées, associations culturelles, Chamas, etc.).

2 Améliorer l'accessibilité et la compréhension des politiques déployées :

- 2.1. Traduire tous les outils de communication dans les deux langues locales (shimaoré et shibushi) ;
- 2.2. Proposer un vrai travail d'adaptation linguistique afin de mieux transcrire les concepts à toutes les populations ;
- 2.3. Proposer des outils en langage facile à lire et à comprendre (FALC) pour permettre une meilleure adhésion aux messages de santé publique et tenant compte des situations d'illettrisme ;
- 2.4. S'appuyer sur les séries mahoraises populaires pour transmettre des campagnes d'information, d'éducation, de prévention et dépistage ;
- 2.5. Adapter la littérature en santé sur Mayotte en s'appuyant sur le guide de Santé publique France : littérature en santé pour le développement de campagnes ; guide adapté par médias.

Améliorer l'observance et rendre le patient acteur de sa santé

Améliorer la compréhension par les patients de leur état de santé et de leur traitement fait partie des stratégies d'autonomisation des patients et des familles. Cela permet d'augmenter l'engagement des patients sur le suivi et l'observance de leur traitement, sur l'adoption des comportements plus sains et sur une utilisation plus efficace des services de santé. Ces patients peuvent également devenir multiplicateurs de bonnes pratiques auprès de leur entourage.

Actions prioritaires 2028

- 1** Améliorer la compréhension par les patients de leur traitement et leur transmettre de compétences pour les rendre plus autonomes dans leur vie avec la maladie :
 - 1.1. Développer les programmations d'éducation thérapeutique du patient, notamment dans les services médicaux de réadaptation ;
 - 1.2. Développer le programme Sophia à Mayotte ;
 - 1.3. En lien avec les dispositifs de téléconsultation mobile, développer un suivi par télé monitoring des patients.

AXES TRANSVERSAUX

Axe 6

Organiser et animer **une politique de gouvernance en sante** à Mayotte au plus pres des citoyens



CONTEXTE

Le nombre d'acteurs en santé à Mayotte est particulièrement important. Des associations aux organisations non-gouvernementales, des collectivités locales aux instituts et établissements sanitaires, des écoles à l'université, chacun œuvre pour améliorer, directement ou indirectement, l'état de santé de la population. Toutefois, lors des travaux d'élaboration du projet régional de santé de Mayotte (PRSM), nombreux sont ceux qui ont pointé le **besoin de coordination, de partage d'information et de travail en commun pour maximiser l'impact des actions de santé publique de terrain.**

Lors de la consultation publique organisée par l'ARS dans le cadre du Conseil national de la refondation entre septembre et novembre 2022, de nombreuses propositions ont également été formulées par les citoyens présents, comme l'idée de placer le citoyen au centre des politiques de santé publique (condition sine qua non pour améliorer la santé des populations de Mayotte). Les spécificités du territoire, les attentes des citoyens, les capacités de l'offre de soins, les besoins de soins, la culture sont autant d'éléments qui plaident en faveur d'une gouvernance large impliquant, outre les acteurs en santé, la société civile, les institutions publiques, etc.

La gouvernance en santé vise donc à coordonner l'ensemble des acteurs concernés autour d'objectifs communs et partagés tels

que détaillés dans le PRSM. Il s'agit de créer les conditions de communication, partage, coopération et d'action des différentes parties prenantes dans le respect de leurs compétences, de leurs objectifs propres et de leurs moyens respectifs. En fixant des objectifs de santé publique clairs, le PRSM devient une feuille de route en santé pour Mayotte que chaque acteur contribue à mettre en œuvre. De façon complémentaire aux travaux conduits par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), la démocratie en santé doit s'ouvrir largement. L'implication des acteurs en santé, de la société civile, des représentants des citoyens et usagers doit contribuer à faire vivre la démocratie en santé sur le territoire, au-delà des seuls acteurs institutionnels.

Les travaux d'élaboration du PRSM ont montré le bénéfice des concertations, ateliers de travail, réunions de professionnels pour la définition des objectifs et axes de travail. Cette démarche de co-construction doit se poursuivre lors de la mise en œuvre du projet, et des rencontres régulières avec ces mêmes acteurs doivent permettre d'assurer un suivi effectif des actions inscrites dans ce plan.

Objectifs stratégiques à 5 ans :

- 1** Faire du PRSM le fil conducteur de la politique de l'ARS et du lien avec les partenaires et citoyens ;
- 2** Développer la démocratie en santé ;
- 3** Structurer et renforcer l'implication de la population dans l'animation des actions portées par l'ARS.

Faire du PRSM le fil conducteur de la politique de l'ARS et du lien avec les partenaires et citoyens

Pour organiser et animer une politique de gouvernance en santé au plus près des citoyens et du personnel de santé, le projet régional de santé de Mayotte a été construit avec un échantillon important d'acteurs et d'usagers, en passant par des concertations citoyennes afin d'être le plus pragmatique possible. Pour donner suite à cette dynamique de co-construction, des bilans annuels seront diffusés pour rendre compte de l'état d'avancement des actions, ainsi que pour anticiper l'évaluation du PRSM à horizon 2028.

Actions prioritaires 2028

1 Faire du PRSM un véritable outil de pilotage interne de la politique de l'ARS :

- 1.1. Décliner le PRSM en projets de service annuels au sein de l'ARS ;
- 1.2. Engager le FIR selon les orientations du PRSM ;
- 1.3. Elaborer un outil de pilotage, de suivi et d'évaluation des actions du PRSM.

2 Rendre compte de l'état d'avancement du PRSM :

- 2.1. Organiser un bilan public annuel de l'état d'avancement du PRSM ;
- 2.2. Anticiper l'évaluation du PRSM à horizon 2028.

Développer la démocratie en santé

Faire vivre la démocratie sanitaire nécessite d'intervenir à tous les niveaux pour développer la concertation et le débat public, améliorer la participation des acteurs de santé, et promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers. La démocratie sanitaire est un axe stratégique de l'ARS Mayotte qui l'a positionné comme l'une de ses principales priorités politiques.

Actions prioritaires 2028

- 1 Conforter le rôle et les missions de France Asso Santé Mayotte :**
 - 1.1. Augmenter le nombre d'associations adhérant à France Asso Santé.
- 2 Favoriser la création d'une commission spécialisée des droits des usagers au sein de la CRSA.**

Structurer et renforcer l'implication de la population dans l'animation des actions portées par l'ARS

La mise en œuvre de la démocratie sanitaire suppose une mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé. Il apparaît ainsi nécessaire de faciliter la promotion et le respect des droits des usagers, afin que chacun puisse être en mesure de faire entendre sa voix pour contribuer à la définition des besoins, des attentes, des orientations ou évolutions souhaitables.

Actions prioritaires 2028

1 Ouvrir les maisons de la santé aux usagers :

- 1.1. Permettre aux usagers d'avoir accès à une information centralisée ;
- 1.2. Faciliter et centraliser le recueil des doléances des usagers, et les éventuelles propositions d'amélioration suggérées.

2 Organiser la discussion des projets de santé locaux entre les associations et les citoyens :

- 2.1. Associer les citoyens et usagers à la définition des projets de santé de chaque bassin de santé ;
- 2.2. Organiser des débats et échanges publics à la maille du bassin de santé ;
- 2.3. Associer les habitants à la prise de décision dans le cadre des contrats locaux de santé.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)



Tableaux des objectifs quantitatifs de l'offre de soins à Mayotte

1 Généralités

Ce volet du Schéma régional de santé pour 2023-2028 présente les objectifs quantitatifs de l'offre de soins à Mayotte pour les activités de soins et les équipements matériels lourds soumis à autorisation, définis aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du Code de la santé publique.

A Les spécificités du territoire

L'île de Mayotte présente des particularités qui ont fait l'objet d'une attention particulière lors de la délivrance des autorisations, notamment la jeunesse de la population, la précarité du territoire, l'espérance de vie des Mahorais, le taux de mortalité élevé et la forte croissance démographique.

Le système de soins existant aujourd'hui à Mayotte ne permet pas de prendre en charge tous les patients, et plusieurs spécialités ne sont pas présentes sur le territoire ou sont peu développées. De ce fait, de nombreux patients partent à la Réunion ou dans l'Hexagone pour être soignés :

Environ 1 400 évacuations sanitaires (EVASAN), par an. La médecine et la pédiatrie représentent plus de 40% des causes d'EVASAN ;

Ces objectifs quantitatifs ont vocation à prendre en compte les spécificités de Mayotte.

Ils sont répartis selon un nouveau découpage du territoire, en cohérence avec le périmètre de l'ARS Mayotte nouvellement créée.

Le pourcentage de séjours hospitaliers hors Mayotte a également presque doublé entre 2015 et 2019 pour dépasser 4 800 séjours en 2019.

Ainsi, parmi les filières à développer en priorité, on retrouve la cardiologie, la néphrologie, l'endocrinologie/diabétologie, les maladies tropicales et infectieuses ainsi que la pédiatrie. Plusieurs missions ou partenariats (par exemple via une fédération médicale inter hospitalière (FMIH)) sont également à déployer notamment concernant la dermatologie, la pneumologie, l'allergologie ainsi que la rhumatologie.

B Les zones d'activité donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds

Les articles L. 1434-9 et L. 1434-11 du Code de la santé publique, ainsi que les articles R. 1434-30 et suivants, disposent que le directeur général de l'ARS fixe les zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds mentionnés à l'article L. 1434-3.

Pour Mayotte, la proposition issue de la concertation régionale et avis de la CRSA, permet de définir les délimitations suivantes :

Des zones infra-départementales, en proximité des bassins de population, pour les implantations de certaines activités de soins et équipements matériels lourds ;

Un périmètre départemental pour les activités de référence et spécialisées, nécessaires et devant être réalisées à Mayotte mais ne nécessitant pas d'implantations de proximité ;

Une zone extra territoriale (la Réunion et l'Hexagone), pour les activités de soins portant sur des filières spécialisées dont la technicité ou les seuils réglementaires, ne permettraient pas une mise en place en toute sécurité à Mayotte. Le directeur général de l'ARS favorisera alors le recours à des conventions inter-régionales entre établissements de santé.

Les principes guidant les évolutions retenues des implantations sont :

- Rendre effective la gradation des soins et le maillage territorial ;
- Prendre en compte le virage ambulatoire, les perspectives d'évolution démographique des professionnels de santé et de développement des nouvelles technologies et des outils de coopération pluridisciplinaire ;
- Assurer la pratique et la sécurité des soins et des patients ;

- Maximiser la mobilisation des implantations existantes ;
- Sécuriser les évacuations sanitaires et leurs retours à Mayotte, dans un cadre de parcours de soin ;

a Zones infra-départementales (de proximité)

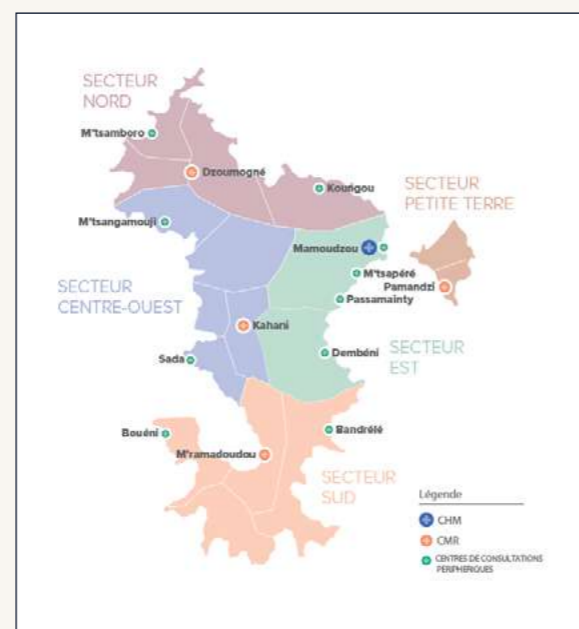
L'ARS a procédé à un découpage du territoire autour de cinq zones correspondant à des « secteurs de santé et pour l'autonomie », permettant d'assurer le lien avec les dispositifs de promotion et d'éducation à la santé et l'articulation ville-hôpital-médico-social.

Ces zones sont organisées d'une part, en adéquation avec le maillage territorial proposé par le CH de Mayotte et notamment autour de ses centres médicaux de références et d'autre part, en suivant l'organisation intercommunale mahoraise pour faciliter la mobilisation des élus, des associations de quartiers, des professionnels et des autres partenaires locaux.

Elles sont définies comme suit :

Zones	Communes intégrantes
Grand Mamoudzou	MAMOUDZOU ; DEMBENI
Petite Terre	PAMANDZI ; DZAOUDZI
Sud	BOUENI ; CHIRONGUI ; KANI-KELI ; BANDRELE
Centre-Ouest	SADA ; TSINGONI ; OUANGANI ; CHICONI ; M'TSANGAMOUI
Nord	KOUNGOU ; ACOUA ; BANDRABOUA ; M'TSAMBORO

- Déployer la télémédecine ;
- Renforcer le premier recours.



Ce niveau de recours intègre les activités de soins de médecine, médecine d'urgence, gynécologie — obstétrique et traitement de l'insuffisance rénale chronique.

b Zone départementale

Les besoins couverts au niveau départemental, sont ceux pour lesquels il n'y a pas de besoin de recours à un maillage de proximité. Ces activités relevant d'un niveau d'expertise, elles impliquent de ne pas démultiplier les implantations ni les équipes.

L'accessibilité de cette offre est facilitée par le développement d'un Hélicoptère SMUR et le renforcement des véhicules de transports sanitaires dédiés à la garde départementale (ambulance de secours et de soins d'urgence - ASSU).

Ce niveau de recours intègre les activités de soins, de chirurgie, de psychiatrie, des soins médicaux de réadaptation et l'hospitalisation

c Zone extraterritoriale

Les transferts sanitaires (EVASAN) font partie intégrante de l'organisation des soins sur l'île pour les activités de recours qui nécessitent une technicité, des équipes et un nombre de prises en charge plus important (effet seuil). Pour ces prises en charge, le recours extraterritorial est le seul gage possible de qualité et de sécurité.

De fait, les transferts sanitaires de patients mahorais vers ces plateaux techniques, parfois dans une situation d'urgence doit se faire de façon organisée et planifiée. Ces déplacements doivent être intégrés pleinement dans le parcours du patient, avec une articulation entre l'amont (soins et suivi dispensés à Mayotte), le séjour (prise de rendez-vous, intervention etc.) et l'aval (retour à domicile, consultations de suivi, HAD etc.).

Afin de fluidifier les départs et de les inscrire dans de véritables filières de soins structurées, des conventions d'organisation et de

à domicile. Il comprend également la prise en compte des enjeux liés aux soins critiques et au traitement du cancer sur le territoire de Mayotte, et notamment certains actes de chirurgie oncologique chez l'adulte pour l'une ou plusieurs des sept localisations de tumeurs prévues dans la mention A et hors chirurgies complexes citées en mention B et C, et de la radiologie interventionnelle. Il permet également la répartition des équipements matériels lourds, pour ce qui concerne les équipements d'imagerie en coupe.

partenariat pourront être passées entre le CHM et les établissements de santé partenaires participant au dispositif à la Réunion ou en France hexagonale.

Ce niveau de recours intègre l'ensemble des activités de soins qui ne sont pas encore autorisées sur le territoire pour lesquelles une implantation est néanmoins prévue, et certaines modalités spécifiques de soins critiques, ainsi que les activités de soins relatives au traitement du cancer, notamment certains actes de chirurgie oncologique chez l'adulte (mention A), ainsi que les chirurgies complexes citées en mention B et C. Il tient compte des enjeux pour la prise en charge de la chirurgie cardiaque, de l'aide médicale à la procréation - AMP, de la neurochirurgie et de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie. Enfin, il permet d'assurer l'accès à certains équipements matériels lourds, tels que le cyclotron.

c Principes retenus pour la fixation des cibles

Les implantations cibles s'appuient sur deux notions :

Borne basse : consiste en la prise en compte des autorisations de soins répondant aux anciennes normes réglementaires et qui doivent faire l'objet d'implantations à maintenir dans le nouveau cadre ; il s'agit de la cible minimum devant être atteinte avant la fin du PRS de Mayotte.

Borne haute : cible maximum identifiée par activité/mention, qui pourrait être atteinte en fonction de la pertinence/qualité/recevabilité des dossiers promoteurs déposés et instruits par l'ARS.

Cette borne maximale est identifiée selon :

- Une analyse de l'activité, une approche des besoins et la mise en place de nouvelles filières ;
- Une analyse des flux de patients ;
- Des projections d'activité à partir des prévisions d'évolution de population ;
- Des autorisations en vigueur et des capacités installées.

L'analyse des données de santé disponibles sur le territoire, notamment des recours hospitaliers hors Mayotte⁴³ et des EVASAN⁴⁴, permet de mettre en lumière les filières prioritaires à développer sur place, et celles qui, à court et moyen terme, ne peuvent pas l'être.

a Les filières prioritaires à développer

La cardiologie :

La cardiologie reste aujourd'hui, la première spécialité pour laquelle les patients vont se faire soigner hors Mayotte et représente près de 17% des EVASAN. Les problèmes de santé cardiologiques touchent également fortement les jeunes à Mayotte. Ainsi, en 2021, sur les 64 patients mineurs qui ont été évacués en métropole, 58% l'étaient pour la prise en charge d'une cardiopathie. Le lien étroit entre la prévalence élevée du diabète et des maladies associées (dont 49 275 personnes souffrants de l'hypertension)⁴⁵ et l'augmentation des maladies cardiaques justifie par ailleurs l'organisation d'une activité de cardiologie interventionnelle sur le territoire.

Considérant que, pour 100 personnes souffrant de l'hypertension en France, 8 séjours en service de cardiologie seront effectués, cela représenterait à l'échelle de Mayotte une demande potentielle annuelle de 3 942 séjours pour les patients de 18 à 69 ans. Avec un seuil capacitaire de 350 angioplasties coronaires, le développement de la cardiologie interventionnelle paraît alors complètement opportun et favorisera également la mise en place d'une politique de prévention et de dépistage précoce des maladies cardiaques chez les patients diabétiques.

La pédiatrie :

La pédiatrie représentait en 2021 près de 14% des causes d'EVASAN en Hexagone et à La Réunion, avec près de 449 enfants évacués.⁴⁶

L'amélioration de la pédiatrie à Mayotte est d'une importance capitale compte tenu de la pyramide des âges spécifique de l'île, de la natalité et des nombreuses complications que peuvent avoir les enfants durant les premières années de leur vie. Ainsi, il apparaît nécessaire, au-delà de la néonatalogie, que l'ensemble des filières de soins prioritaires sur le territoire puissent avoir des prises en charge pédiatriques afin de limiter la gravité des pathologies sur le long terme.

La néphrologie :

La prévalence particulièrement élevée de l'obésité (27,80%) et des maladies chroniques qui peuvent en découler (diabète, hypertension, etc.) favorise un nombre important de maladies rénales à Mayotte caractérisées en 2020 comme le 5ème diagnostic le plus fréquent à l'origine des EVASAN⁴⁷. A titre d'illustration, l'uro-néphrologie représente en 2021, 12% des séjours hors Mayotte (263) majoritairement en rapport avec la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.⁴⁸

L'ouverture d'un centre de dialyse à Mayotte a d'ores et déjà permis de répondre partiellement aux besoins des patients de Mayotte ; cependant, considérant l'augmentation du taux de dialyses réalisées à La Réunion ces dernières années, il apparaît opportun de pouvoir renforcer le développement de l'offre sur le territoire. Le renforcement de la néphrologie sur le territoire n'est pas soumis à seuil minimal et permettrait aux patients atteints d'insuffisance rénale de recevoir les traitements nécessaires localement en augmentant les possibilités de dialyse et en développant la création de fistules garantissant un accès équitable aux soins spécialisés.

La neurologie :

Les problèmes de santé liés au système nerveux représentent la 3ème cause d'EVASAN à Mayotte avec près de 134 séjours en 2020⁴⁹.

Les problèmes neurologiques peuvent être complexes et nécessitent souvent un diagnostic précoce ainsi qu'un suivi renforcé. La présence d'un service d'électromyogramme (EMG) à Mayotte serait ainsi pertinente afin de faire bénéficier aux patients d'un diagnostic plus rapide qui permettrait la mise en place d'un plan de traitement adapté dans les meilleurs délais.

L'interprétation des résultats de l'EMG pourra être effectuée à distance par un médecin spécialisé grâce à l'utilisation de la télé-médecine répondant aux problèmes de pénurie de professionnel de santé sur le territoire pour cette spécialité. Cette activité ne nécessite pas de seuil à minimal.

La cancérologie :

Les catégories « maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs » représentaient, en 2021, 43% des EVASAN réalisées à Mayotte⁵⁰ avec près de 221 EVASAN pour tumeur. Aussi, selon le bilan des 7 ans d'activités du SAFT (Service d'Accueil Familial Thérapeutique du CHU de la Réunion), la première cause d'accueil des enfants mahorais est l'oncopédiatrie (33 sur 88 demandes de 2016 et 2022).⁵¹

L'évaluation du respect des seuils minimaux a été effectuée sur les cancers les plus fréquents à Mayotte (cancer de l'appareil digestif, col de l'utérus). Ainsi, l'activité minimale annuelle de l'établissement pour la chirurgie des cancers du col de l'utérus est fixée à 20 interventions et la chirurgie oncologique viscérale et digestive est fixée à 30 interventions.

L'incidence de ces différents cancers à Mayotte a été calculé en se basant sur des données de santé mondiale concernant des populations comparables à celle de Mayotte. De cette manière, il est possible d'estimer l'incidence du cancer du col de l'utérus à 25 cas par an. Les cancers digestifs sont à l'origine de près de 10% des morts par cancer à Mayotte. En 2015 déjà, 23 séjours de patients de Mayotte ont été enregistrés pour un traitement d'un cancer digestif.⁵² Considérant l'augmentation tendancielle de la population à Mayotte, il est très probable que le seuil d'interventions puisse être atteint. Enfin, avec un seuil d'activité minimal fixé à 80 patients, les 123 EVASAN effectués pour de la chimiothérapie (5% des EVASAN) justifient parfaitement la présence de cette pratique sur le territoire.

45 Santé Publique France. Unono Wa Maore : lutter contre les maladies chroniques à Mayotte, un des enjeux phares de l'ARS de Mayotte, 2022.

46 Centre Hospitalier de Mayotte. Rapport d'activité 2021 UF EVASAN.

47 Centre Hospitalier de Mayotte. Rapport d'activité 2020 UF EVASAN.

48 Données PMSI 2021.

49 Centre Hospitalier de Mayotte. Rapport d'activité 2020 UF EVASAN.

50 Centre Hospitalier de Mayotte. Rapport d'activité 2021 UF EVASAN — pôle URSEC

51 Mission sénatoriale Accès aux soins à Mayotte — 28 février 2022.

52 PMSI — FINISS.

b Certaines filières ne peuvent pas encore être développées

La mise en place de nouvelles filières, bien que souhaitable dans de nombreux cas, peut ne pas être réalisable dans toutes les situations, en particulier lorsque l'on considère le nécessaire respect des seuils d'intervention minimaux qui permettent de garantir une prise en charge sécurisée des patients. En effet, la pratique trop irrégulière de certains actes par les professionnels de santé pourrait représenter un risque pour le patient. A titre d'illustration, il apparaît peu envisageable à court terme de développer à Mayotte une activité de chirurgie oncologique, considérant qu'entre 2019 et 2021, seulement 21 personnes ont été identifiées dans la

file active du CHM avec un motif de séjour correspondant à une tumeur maligne dans les organes respiratoires et intrathoraciques, quand le seuil minimal de cette activité est fixé à 40.

Les difficultés d'attractivité de certains médecins spécialistes sur le territoire constituent également des freins au développement de ces filières de soins spécialisées. Dans certains cas, des solutions de télémédecine et de services de santé à distance seront des options plus efficaces à mettre en œuvre pour assurer une première prise en charge des patients.

2 La réforme des autorisations

La réforme des autorisations sanitaires, introduite par l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 a modifié le régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds. Cette réforme a pour objectifs :

D'améliorer la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients ;

De territorialiser l'offre en lien avec les mouvements de coopération des acteurs ;

D'introduire l'innovation en santé au service des patients.

Ainsi, plusieurs décrets prenant en compte ces nouveaux objectifs ont été publiés ou sont en cours de publication (ils sont inscrits dans les paragraphes des activités de soins).

Les dispositions réglementaires entrent en vigueur au 1er juin 2023. Concernant la réforme des autorisations des activités de soins et des équipements et matériels lourds, le Schéma régional de santé de Mayotte prend en compte les dispositions des nouveaux décrets. Toutefois, les nouvelles autorisations ne seront délivrées qu'après la publication du document et l'instruction des nouveaux dossiers, selon les procédures qui seront mises en place dans ce contexte transitoire.

Les futures autorisations sanitaires pour le territoire de Mayotte devront, a minima, reconduire le nombre d'implantations existantes et prendront en compte les enjeux soulevés par ce premier PRS de l'ARS de Mayotte pour la période de 2023 à 2028.

3 Les activités de soins - objectifs quantitatifs de l'offre de soins

3.1. Zones infra-départementales (de proximité)

A Médecine

a Eléments de contexte de la filière

En 2016, un adulte sur trois a eu recours aux centres de consultations et aux centres de référence du Centre hospitalier de Mayotte. La couverture maladie influence fortement le type de recours : neuf individus sur dix ayant recours au secteur libéral sont affiliés à la Sécurité sociale contre deux tiers pour le secteur public. Par ailleurs, les personnes ayant recours aux centres de consultations et au CHM ou à la médecine traditionnelle présentent un profil plus précaire (deux indi-

vidus sur trois en 2016). En 2019, environ 41 % des personnes très modestes, 33 % des modestes et 23 % des « non-pauvres » déclarent fréquenter les centres de consultations⁵³. Ainsi, les axes du PRS et, de facto, la structure des autorisations prend en compte ce public spécifique qui fréquente davantage le centre hospitalier.

En complément, le tableau ci-dessous présente l'activité de médecine du CHM sur les 3 dernières années :

Activité par secteur

Consultations externes	2020		2021	
	Médicale	Paramédicale	Médicale	Paramédicale
Centre-Ouest	36 609	35 405	46 061	25 881
Grand Mamoudzou	66 084	151 426	68 589	53 073
Nord	47 135	107 994	45 641	16 442
Petite Terre	34 888	22 384	39 186	38 095
Sud	44 257	68 992	51 611	37 078

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations actuelles (PRS 2, 2018-2023) concernant l'activité de médecine sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone proximité PRS2 OI	Modalités d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Hospitalisation complète Tout confondu	2	2	1*
	Hospitalisation partielle Tout confondu	2	2	1*

* Clinifutur autorisé mais activité non démarrée

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation) :

Le décret n° 2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine et le décret n° 2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement introduisent des normes concernant l'activité de médecine. Ainsi, les principales conditions d'autorisation de l'activité de médecine sont les suivantes :

Deux types de prise en charge possibles : adultes et/ou enfants adolescents (<18 ans) ;

Des moyens d'hospitalisation à temps complet et ambulatoire : l'autorisation ne peut être accordée que si l'établissement dispose sur son site des moyens d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel (des dérogations sous des conditions particulières peuvent être accordées). Par ailleurs, l'unité d'hospitalisation à temps partiel est distincte de l'unité d'hospitalisation à temps complet ;

Un plateau technique accessible dans un délai compatible avec la sécurité des prises en charge ;

En termes de ressources humaines, chaque unité de soins de l'activité de médecine adulte doit être composée d'au moins : un médecin avec une compétence spécialisée adaptée aux prises en charge effectuées, un infirmier diplômé d'Etat, un aide-soignant et selon le besoin, tout autre professionnel nécessaire à la prise en charge du patient.

Les implantations listées ci-dessous prennent en compte l'activité, les enjeux liés à la filière médecine ainsi que la réforme des autorisations qui rentrera en vigueur dans le courant de l'année 2023.

Territoire	Zone de proximité	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Grand Mamoudzou	Adultes	1	1
		Enfants et adolescents	1	1
	Petite Terre	Adultes	0	1
		Enfants et adolescents	0	0
	Sud	Adultes	1	1
		Enfants et adolescents	0	1
	Centre-Ouest	Adultes	0	1
		Enfants et adolescents	0	0
	Nord	Adultes	0	1
		Enfants et adolescents	0	0

B Médecine d'urgence

a Eléments de contexte de la filière :

A Mayotte, le nombre de passages aux urgences s'élève à près de 46 000 en 2021. De 2017 à 2021, en moyenne de 14 % des passages aux urgences ont conduit à une hospitalisation avec une évolution du taux sur la période, passant de 10 % en 2017 à 20 % en 2021. Près de 0,8 % des individus se présentant aux urgences ont plus de 80 ans (parmi eux, 44 % sont ensuite hospitalisés)⁵⁴ et 39 % sont âgés de moins de 18 ans (parmi eux, 15 % sont ensuite hospitalisés). Ainsi, plusieurs actions ont été identifiées afin de renforcer la filière en accord avec les enjeux du territoire :

Tendre vers un service d'accès aux soins (SAS) et une structure s'apparentant à un dispositif de permanence départementale de soins ambulatoire (PDSA), afin de renforcer et sécuriser le recours aux soins non programmés sur l'ensemble du territoire ;

Associer les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), médecins, IDE (SDIS ; libéraux), pharmaciens et sages-femmes volontaires pour participer à cette PDSA ;

Instaurer des antennes des urgences dans les CMR (définir des horaires de fin des consultations libérales avant la nuit profonde) et renforcer la permanence des soins en établissement de santé - PDES des secteurs en lien avec le SAMU (nuit profonde par exemple) avec un professionnel infirmier de soins d'urgences - PISU et un infirmier organisateur de l'accueil - IOA ;

Renforcer le SAMU en médecins régulateurs et permanenciers de régulation (PARM). Envisager le renforcement en sages-femmes afin de prendre en charge les appels récurrents au 15 concernant des femmes en travail ;

Donner la possibilité de téléconsultation au médecin régulateur (cabine de télé-médecine en pharmacie par exemple en instaurant un tour de garde) ;

Mettre en place un SMUR sur Petite Terre et envisager son opérationnalité avec une équipe para médicalisée mixant des agents du CHM, du SDIS mais aussi, des professionnels libéraux ;

Créer une filière urgences pédiatriques et psychiatriques et structurer des urgences obstétricales.

Sur les deux dernières années, l'activité du CHM se détaille comme suit :

Activité	2020	2021
Nombre de passages	51 833	45 579
<i>Dont hospitalisation</i>	8 559	
Nombre d'interventions hélicoptérées	325	2 230
Nombre d'appels reçus par le SAMU-Centre 15	174 870	174 870
Nombre de dossiers traités par la régulation SMUR	2 994	74 611
Nombre de patients évacués au départ de Mayotte	1219	1463

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant l'activité de médecine d'urgence sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de référence	Modalités d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	SAMU	1	1	1
	SMUR	1	1	1
	SMUR pédiatrique	1	0*	0
	SMUR saisonnier	0	0	0
	SMUR hélicoptéré	1	1	1
	Transport maritime intra-lagon médicalisable	1	0*	0
	Antennes SMUR	0	0	0
	Structures d'urgences	1	1	1
	Structures d'urgences pédiatriques	0	0	0
	Structures d'urgences saisonnières	0	0	0

* Aucune candidature déposée pour ces modalités d'exercice, lors des périodes de dépôt des dossiers

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les décrets relatifs à l'application de la réforme de l'activité de médecine d'urgence sont en attente de publication.

d Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Territoire	Zones de proximité	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Grand Mamoudzou	SAMU	1	1
		SMUR	1	1
		SMUR pédiatrique	0	1
		SMUR saisonnier	0	0
		SMUR hélicoptéré*	1	1
		Transport maritime intra-lagon médicalisable	0	1
		Antennes SMUR	0	0
		Structures d'urgences	1	1
		Structures d'urgences pédiatriques	0	1
		Structures d'urgences saisonnières	0	0
	Petite Terre	SAMU	0	0
		SMUR	0	0
		SMUR pédiatrique	0	0
		SMUR saisonnier	0	0
		SMUR hélicoptéré	0	0
		Transport maritime intra-lagon médicalisable	0	0
		Antennes SMUR	0	1
		Structures d'urgences (antenne)	0	1
		Structures d'urgences pédiatriques	0	0
		Structures d'urgences saisonnières	0	0
	Sud	SAMU	0	0
		SMUR	0	0
		SMUR pédiatrique	0	0
		SMUR saisonnier	0	0
		SMUR hélicoptéré	0	0

		Transport maritime intra-lagon médicalisable	0	0
		Antennes SMUR	0	1
		Structures d'urgences (antenne)	0	1
		Structures d'urgences pédiatriques	0	0
		Structures d'urgences saisonnières	0	0
	Centre-Ouest	SAMU	0	0
		SMUR	0	0
		SMUR pédiatrique	0	0
		SMUR saisonnier	0	0
		SMUR hélicoptère	0	0
		Transport maritime intra-lagon médicalisable	0	0
		Antennes SMUR	0	1
		Structures d'urgences (antenne)	0	1
		Structures d'urgences pédiatriques	0	0
		Structures d'urgences saisonnières	0	0
	Nord	SAMU	0	0
		SMUR	0	0
		SMUR pédiatrique	0	0
		SMUR saisonnier	0	0
		SMUR hélicoptère	0	0
		Transport maritime intra-lagon médicalisable	0	0
		Antennes SMUR	0	1
		Structures d'urgences (antenne)	0	1
		Structures d'urgences pédiatriques	0	0
		Structures d'urgences saisonnières	0	0

* SMUR hélicoptère, situé sur le secteur du Grand Mamoudzou, se déplace sur l'ensemble de l'île.

c Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

a Éléments de contexte de la filière

La part des entrées en obstétrique est beaucoup plus élevée à Mayotte que dans l'Hexagone. En 2021, au CHM, un séjour sur deux en hospitalisation complète a été enregistré en obstétrique⁵⁵. Ainsi, plusieurs axes de travail ont été définis afin de renforcer l'offre de maternité du territoire, notamment :

Continuer la structuration de la filière de naissance, augmenter le nombre de salles de pré-travail et de travail, augmenter le nombre de lits d'hospitalisation ;

Reconnaître le site de Mamoudzou en tant que maternité niveau 3 ;

Sécuriser les suivis de grossesses, des accouchements non pathologiques, des transferts en urgence vers la maternité de Mamoudzou et les suites de couches réalisés dans les centres médicaux de référence du CHM. Ces centres ont des pratiques de maternités de niveau 1, dont le fonctionnement est imbriqué avec la maternité de Mamoudzou. La sécurisation de ces pratiques devra être renforcée par des protocoles de délégation, des recrutements de professionnels complémentaires ainsi que l'amélioration des transferts de parturientes ;

Mettre en place une filière permettant le dépistage pré natal en lien avec la PMI ;

Réduire au maximum les naissances non désirées hors structure.

Dans l'attente de l'ouverture du second site hospitalier, l'accent devra être mis sur l'organisation des

« maternités » périphériques, situées au sein des centres médicaux de référence.

La pédiatrie est également une activité centrale à Mayotte compte tenu de la pyramide des âges et de la natalité. Ainsi, il y a nécessité, au-delà de la néonatalogie, déjà bien organisée, à développer les prises en charge pédiatriques en fonction des pathologies spécifiquement rencontrées à Mayotte. Le tableau ci-dessous récapitule l'activité de soins en gynécologie-obstétrique ainsi qu'en néonatalogie et pédiatrie sur les deux dernières années. La plupart des consultations concernent des suivis de grossesse ainsi que des consultations de suivis de contraception.

Nombre de séjours/interventions

Activités	2020	2021
Hospitalisations obstétriques (tous sites)	10 644	20 260
<i>Grossesses à risque sans intervention chirurgicale</i>	1 713	1 709
<i>Grossesses à risque avec intervention chirurgicale</i>	6	8
<i>Accouchements voie basse</i>	7 564	9 215
<i>Césariennes</i>	1 365	1 489
Hospitalisations orthogénie (IVG chirurgicales et médicamenteuses)	1 030	1 157
Interventions chirurgicales programmées et urgentes (hors césariennes et IVG)	837	1 902
Nombre de naissances	9 147	10 704
Nombre de consultations externes par filières : externes médecins/sages-femmes	44 602	62 400

Nombre de séjours

	2020	2021
Néonatalogie	713	718
Pédiatrie	1 927	1 956
<i>Unité temporaire de bronchiolite (journées d'hospitalisation)</i>	1 646	2 165

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations actuelles (PRS 2, 2018-2023) concernant les activités de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de proximité	Modalité d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Unités d'obstétrique (I)	1	0*	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs (IIA)	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs (IIB)	0	0	0
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation (III)	1	1	1

* Aucune candidature déposée pour la création d'une unité d'obstétrique (I), lors des périodes de dépôt des dossiers.

c Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

En réponse aux axes de travail listés ci-dessus ainsi qu'à la future réforme, les implantations suivantes ont été identifiées :

Territoire	Zones de proximité	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Grand Mamoudzou	Unités d'obstétrique (I)	0	0
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs (IIA)	0	0
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs (IIB)	0	0
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation (III)	1	1
	Petite Terre	Unités d'obstétrique (I)	0	1
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs (IIA)	0	0
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs (IIB)	0	0
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation (III)	0	0
	Sud	Unités d'obstétrique (I)	0	1
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs (IIA)	0	0
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs (IIB)	0	0
		Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation (III)	0	0
Centre-Ouest	Unités d'obstétrique (I)	0	1	
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs (IIA)	0	0	
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs (IIB)	0	0	
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation (III)	0	0	
Nord	Unités d'obstétrique (I)	0	1	
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie sans soins intensifs (IIA)	0	0	
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec soins intensifs (IIB)	0	0	
	Unités d'obstétrique et unités de néonatalogie avec réanimation (III)	0	0	

D Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (IRCEE)

a Eléments de contexte de la filière

L'offre hospitalière privée se limite actuellement à un centre de dialyse porté par un opérateur privé. Ce dernier met en œuvre depuis 2012 un centre lourd (au sein même du centre hospitalier de Mamoudzou) avec deux unités de dialyse médicalisée et deux unités d'auto dialyse (situées à Kaweni et Mramadoudou). En 2023, un nouvel opérateur privé a été autorisé pour deux unités d'auto dialyse

supplémentaires (nord et centre ouest). Un deuxième centre lourd devrait l'être également.

L'offre d'UAD permettra de compléter le maillage départemental et devrait être mise en œuvre en même temps que le futur centre lourd (conventions de replis).

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) implantation

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (IRCEE) sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de référence	Modalités d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Hémodialyse en centre adultes – Centre lourd	2	2	1*
	Hémodialyse en centre enfants adultes	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée - UDM	2	2	2
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée - UAD	4	4	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	1	1	0

* CHM : activité de soins autorisée mais non démarrée

c Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation):

Le tableau ci-dessous présente les nouvelles implantations qui prennent en compte l'évolution de l'activité du territoire et son maillage territorial :

Territoire	Zones de proximité	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Grand Mamoudzou	Hémodialyse en centre adultes – Centre lourd	0	0
		Hémodialyse en centre enfants adultes – Centre lourd	2	2
		Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée - UDM	1	1
		Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée - UAD	1	1
		Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (portée départementale)	1	1
	Petite Terre	Hémodialyse en centre adultes – Centre lourd	0	0
		Hémodialyse en centre enfants adultes – Centre lourd	0	0
		Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée - UDM	0	1
		Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée - UAD	0	1
		Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	0	0
	Sud	Hémodialyse en centre adultes – Centre lourd	0	0
		Hémodialyse en centre enfants adultes – Centre lourd	0	0
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée - UDM		1	1	
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée - UAD		1	1	
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	0	0	
Centre-Ouest	Hémodialyse en centre adultes – Centre lourd	0	0	
	Hémodialyse en centre enfants adultes – Centre lourd	0	0	
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée - UDM	0	1	
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée - UAD	1	1	
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	0	0	
Nord	Hémodialyse en centre adultes – Centre lourd	0	0	
	Hémodialyse en centre enfants adultes – Centre lourd	0	0	
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée - UDM	0	1	
	Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée - UAD	1	1	
	Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	0	0	

3.2. Zone départementale

A Chirurgie

a Eléments de contexte de la filière

En 2019, près de 9 % des 15 ans ou plus déclarent avoir réalisé au moins une hospitalisation complète dans l'année : ce taux triple entre les plus jeunes et les plus âgés : 8 % pour les 15-24 ans contre 24 % pour les 75 ans et plus. En 2019, et sur regroupement du PMSI Tsingoni-Chiconi, 1 269 séjours d'hospitalisation ont été enregistrés. Ce nombre de séjours d'hospitalisation semble être en hausse entre 2019 et 2021 (+23,3 %). Ainsi, la future organisation des soins du territoire intègre cette tendance à l'augmentation du recours à l'hospitalisation⁵⁶.

Le CHM est autorisé pour l'activité de chirurgie (orthopédique et viscérale) sans distinction d'âge. Clinifutur dispose d'une autorisation uniquement pour les patients adultes.

Les principales activités de la filière chirurgie des trois dernières années sont décrites dans les tableaux suivants. La baisse constatée s'explique notamment de l'impact par l'épidémie Covid-19 sur les activités de 2020 et 2021 :

Consultations externes

Type de consultation externe	2019	2020	2021
Viscérale/Urologie	3 255	2 458	
Orthopédie	4 889	4 575	
PST	2 653	1 274	
Prélèvements	4 589	3 261	
Total	15 386	11 568	12 682

Consultations spécialisées

Type de consultation spécialisée	2019			2020			2021
	Consultations	Actes	Total	Consultations	Actes	Total	Consultation
Ophtalmologie	5 513	3 216	8 729	2 596	1 186	3 782	4 162
ORL	7 070	2 175	9 245	5 517	1 851	7 368	3 797
Total	12 583	5 391	17 974	8 113	3 037	11 150	7 959

Services d'hospitalisation complète de chirurgie orthopédique et de spécialités chirurgicales

Chirurgie spécifique / générale	2020	2021
Nombre d'entrées	2313	2139
Journées d'hospitalisation	17 020	15 223
Total	19 333	17 362

Unité de chirurgie ambulatoire

Passages en UCA	2019	2020	2021
Total	3 537	2 627	1 126

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations actuelles (PRS 2, 2018-2023) concernant l'activité de chirurgie sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de proximité PRS2 OI	Modalités d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Hospitalisation complète Tout confondu	2	2	1*
	Hospitalisation partielle Tout confondu	2	2	1*

* Clinifutur autorisé mais activité non démarrée.

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les textes réglementaires relatifs à l'application de la réforme de l'activité de soins en chirurgie ont été publiés. Il s'agit :

du décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;

du décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;

de l'arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du Code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du Code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du Code de la santé publique.

Les implantations listées ci-dessous ont été construites sur la base des enjeux du territoire concernant l'activité de chirurgie et les objectifs visés par la réforme des autorisations.

Territoire	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Chirurgie adultes	2	2
	Chirurgie pédiatrique	2	2
	Chirurgie bariatrique	0	1

B Psychiatrie

a Eléments de contexte de la filière

Le Centre hospitalier de Mayotte est le seul établissement de santé du territoire disposant d'une offre en psychiatrie. Depuis quelques années, le CHM a développé des consultations sur des territoires déconcentrés (Chirongui, Pamandzi, Combani) ; d'autres plages de consultation sont organisées dans les CMR de Dzoumogné et Kahani. Le CHM s'appuie sur cette organisation CMP/CATTP et sur des équipes mobiles de type « aller vers » pour effectuer des visites à domicile dans ces différents secteurs.

L'activité psychiatrique du CHM est en hausse avec un taux d'occupation de plus de 80%. Le nombre total de consultations (secteurs adultes et infanto juvéniles) est de plus de 13 300 consultations (10 239 adultes ; 1 717 UCSA et 1 398 enfants). Le CHM dispose d'une autorisation pour la mise en œuvre des prises en charge des soins psychiatrique sans consentement pour les adultes et les enfants qui représentent 44% de l'activité d'hospitalisation complète.

La durée moyenne de séjour (DMS) de cette activité de soins est de 10,3 jours en 2018, en baisse par rapport à 2015 (14,1 jours contre 54 jours en moyenne en France hexagonale). Cette DMS est très faible et traduit le déséquilibre entre le nombre de places limité en hospitalisation complète et le nombre de situations aiguës à prendre en charge. Elle entraîne ainsi des prises en charge ambulatoires précoces et des parcours ambulatoires

de patients non stabilisés. En effet, la faiblesse et/ou l'absence de dispositif d'aval (extra hospitalier) ne permet pas la poursuite des processus thérapeutiques initiés pendant la phase d'hospitalisation. Ceci est aggravé par les conditions de vie très défavorables sur le territoire : en 2018, environ 80% de la population vit sous le seuil de pauvreté, et dans des conditions difficiles voire d'insalubrité. A cela peut s'ajouter l'absence ou la rupture des droits, rendant difficile le suivi thérapeutique.

Concernant la pédopsychiatrie, il existe une possibilité d'hospitalisation complète en psychiatrie adultes. De même, les CMP organisent les temps de consultations pour permettre cette organisation des prises en charges adultes/enfants. C'est pourquoi le travail enclenché pour la création d'un pôle de santé mentale au CHM permet de réaffirmer la gestion de cette spécialité au sein même de l'établissement. Dans le cadre des opérations d'investissement en santé (issues du Ségur), et dans le cadre des opérations de restructuration du CHM, il est prévu de relocaliser le futur pôle santé mentale à Petite Terre dans un nouveau bâtiment. Outre la localisation du secteur psychiatrique dans un espace sanitaire exclusivement dédié, cela permettra d'en augmenter le capacitaire et surtout d'assurer la sectorisation enfants/adultes des hospitalisations et des prises en charges.

Sur les deux dernières années, l'activité du CHM en psychiatrie se détaille comme suit :

Psychiatrie		
Site/professionnels de santé	2020	2021
Activité CMP Mamoudzou et Sud / IDE	5 039	6467
Psychologues	786	
Psychiatres	2 422	
Nombre de consultations pédopsychiatrie	363	440

La construction d'un bâtiment de psychiatrie sur le site Henry MARTIAL de Petite Terre est prévue dans le cadre de la restructuration du CHM, porté par l'ARS devant le Conseil national des investissements en santé — CNIS.

Ce projet vise, d'une part, à organiser les filières psychiatriques du pôle de santé mentale du CHM en concrétisant et structurant les filières de crises, de pédopsychiatrie et de psychiatrie adultes, et, d'autre part, à assurer des interventions depuis les bassins de santé, avec l'appui d'équipes mobiles aux CMP et enfin, d'augmenter les capacités d'hospitalisation permettant : 6 lits de crises ; 10 lits adultes en unité ouverte, 10 lits adultes en unité fermée, 4 lits d'hospitalisation complète adolescents et un hôpital de jour adolescents de 6 places.

Le travail d'élaboration d'un Projet territorial de santé mentale (PTSM), pour le territoire de Mayotte, a été lancé en septembre 2019 par l'ARS avec l'appui méthodologique du Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) OI. Son diagnostic a été rendu au cours du premier trimestre 2020 et a été validé en mai 2021 par la directrice générale de l'ARS. Il est articulé autour de cinq axes :

Structurer et développer l'offre de soins et d'accompagnement ;

Développer les compétences, la transformation des métiers et des fonctions ;

Fluidifier les parcours de santé et de vie avec l'appui des communes, des familles et en décloisonnant le fonctionnement des acteurs ;

Adapter le système de santé et d'accompagnement à la culture mahoraise ;

Prévention, dépistage et intervention précoce.

La prise en charge de la santé mentale constitue donc un enjeu important dans la construction de la future offre de soins du territoire.

Le service d'addictologie du CHM ne dispose pas de lits d'hospitalisation complète, ni de services de postcure. Lorsqu'il y a besoin d'hospitalisation, le patient est transféré en service de médecine ou peut être transféré vers le service d'addictologie du CHU de la Réunion (site Nord). L'analyse des données issues du rapport d'activité du CHM, montre que les patients se rendant au service d'addictologie proviennent essentiellement de Mamoudzou, de Petite Terre ou d'autres zones proches de Mamoudzou. Ces éléments mettent en évidence une véritable problématique d'accès aux soins. Un projet d'équipes de liaison de soins en addictologie (ELSA) comportant plusieurs objectifs pour sécuriser les prises en charge est porté par le service mais non mis en place. Il intègre les dimensions suivantes :

Formation d'infirmier dans les différents services du CHM ;

Mise en place de consultations avancées dans les dispensaires ou CMR ;

Liaison interne au site de Mamoudzou (urgences, etc.).

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations actuelles (PRS 2, 2018-2023) concernant l'activité de psychiatrie sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone proximité PRS2 OI	Modalités d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023			
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées	
Mayotte	Psychiatrie adulte	Structures d'hospitalisation complète	1	1	1
		Structures d'hospitalisation de jour	1	0*	0
		Structures d'hospitalisation de nuit	0	0	0
		Services de placement familial thérapeutique	1	0*	0
		Appartements thérapeutiques	1	0*	0
		Centres de crise	0	0*	0
		Centres de postcure psychiatrique	0	0*	0
	Psychiatrie Infanto juvénile	Structures d'hospitalisation complète	1	1	1
		Structures d'hospitalisation de jour	1	0*	0
		Structures d'hospitalisation de nuit	0	0*	0
		Services de placement familial thérapeutique	1	0*	0
		Appartements thérapeutiques	0	0*	0
		Centres de crise	0	0*	0
		Centres de postcure psychiatrique	0	0*	0

* Aucune candidature déposée pour ces modalités d'exercice, lors des périodes de dépôt des dossiers.

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Afin de répondre à l'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients, plusieurs réformes liées à l'activité de psychiatrie ont été élaborées. Ainsi, le décret n° 2022- 1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie et le décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie précisent les modifications d'exercice de cette activité de soins et principalement :

Concernant les conditions d'implantation : la délivrance d'une autorisation se fera désormais par mention et non plus par forme prise en charge. Ainsi, l'activité sera exercée suivant quatre mentions : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie périnatale et soins sans consentement ;

Concernant les conditions techniques de fonctionnement : il est exigé que « l'organisation générale, le matériel et les locaux » soient « adaptés à la nature et au volume des prises en charge » et des ressources.

En termes de ressources humaines et besoins d'équipement, les textes décrivent précisément la composition souhaitée des équipes ainsi que les dispositifs à intégrer pour chaque mention. Le tableau des implantations ci-dessous a été construit conformément à l'idée de renforcer l'offre et l'accès aux soins en psychiatrie :

Territoire	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Psychiatrie de l'adulte	1	1
	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1	1
	Psychiatrie périnatale	0	1
	Soins sans consentement	1	1

c Soins médicaux et de readaptation

a Eléments de contexte de la filière

Depuis 2018, différentes périodes de dépôts d'autorisations d'activités de soins ont été ouvertes et ont notamment permis les autorisations :

D'une offre polyvalente de soins de suite et de réadaptation (SSR), portée par le CHM pour 50 lits (40 adultes et 10 enfants et 5 places de jour ; ouverte en 07/2021) ;

De la création d'offres de soins de suites et de réadaptations (SSR), portés par le groupe les Flamboyants, pour 34 lits en hospitalisation et 15 places de jour, pour les activités de soins de suite polyvalents et les mentions spécialisées « affections de l'appareil locomoteur » « affections du système nerveux » ; l'installation se situera dans l'Est (Sada), en cours de négociation.

L'ouverture encore récente (mi-2021) de l'unité de soins de suite et de réadaptation ne permet pas de disposer de données suffisantes sur cette activité.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant l'activité de SMR (anciennement soins de suite et de réadaptation) sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de proximité	Modalités d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Prise en charge non spécialisée	2	2	1
	Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	1	1	0
	Prise en charge des affections du système nerveux	1	1	0
	Prise en charge des affections cardio-vasculaires	1	0*	0
	Prise en charge des affections respiratoires	1	0*	0
	Prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0*	0
	Prise en charge des affections onco-hématologiques	0	0*	0
	Prise en charge des affections des brûlés	0	0*	0
	Prise en charge non spécialisée enfants et adolescents	2	1*	1

* Aucune candidature déposée pour ces modalités d'exercice, lors des périodes de dépôt des dossiers, ou dossiers non retenus.

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les décrets n° 2022-24 et n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement font évoluer la dénomination de l'activité en SMR et visent plus largement à

conforter la place du SMR dans le parcours patient en améliorant l'accès à une offre de réadaptation de qualité et homogène sur l'ensemble du territoire.

Les principales évolutions sont :

Par rapport aux conditions d'implantation : la création de la modalité « pédiatrie » et des mentions « polyvalent » et « oncologie » ainsi que la description de l'organisation territoriale de l'offre, plus précisément :

- Une mission de soutien des structures SMR aux autres acteurs du territoire en matière d'évaluation et d'orientation des patients ;
- Un rôle de recours des établissements SMR « spécialisés » vis-à-vis des « polyvalents » et/ou autorisés pour d'autres mentions spécialisées.

Concernant les conditions techniques de fonctionnement : un appui à l'intégration de l'activité physique adapté (APA) dans les projets thérapeutiques ainsi que la spécification des prises en charge thérapeutiques et de l'organisation des soins pour toutes les mentions.

Les nouveaux SMR ne sont pas dans une logique de socle de base. Toutes les mentions sont des spécialités en soit, y compris l'inscription d'un SMR pédiatrique en lien avec les autres mentions SMR, qui pourra faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle afin de renforcer leur niveau d'expertise.

En réponse aux modifications listées ci-dessus, les implantations suivantes ont été identifiées :

Territoire	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Mention « polyvalent »	2	2
	Mention « gériatrie »	0	1
	Mention « locomoteur »	1	2
	Mention « système nerveux »	1	2
	Mention « cardio-vasculaire »	0	2
	Mention « pneumologie »	0	2
	Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »	0	2
	Modalité « cancers » comprenant la mention « oncologie »	0	2
	Modalité « cancers » comprenant la mention « oncologie et hématologie »	0	2
	Mention « brûlés »	0	1
	Mention « conduites addictives »	0	1
	Modalité « pédiatrie » comprenant la mention « enfants et adolescents »	0	1
Modalité « pédiatrie » comprenant la mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »	1	1	

D Hospitalisation à domicile (HAD)

a Eléments de contexte de la filière

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, l'ARS a demandé au CHM de proposer un dispositif d'hospitalisation à domicile, qui n'existait pas encore à Mayotte. Cette nouvelle autorisation d'activité de soins a permis de suivre à domicile des patients porteurs d'une maladie chronique ainsi que des sorties précoces d'hospitalisation, qu'ils soient positifs à la Covid-19 ou non.

Pour le CHM, la régularisation de cette activité de soins a été réalisée en 2021. Elle s'organise avec la participation d'infirmiers libéraux, sur la base d'une convention, pour les interventions aux domiciles des patients :

En coordination, pilotée par l'établissement ;

Selon des protocoles d'interventions définis avec les services de soins du CHM.

Elle permet la prise en charge de 70 patients au maximum, en médecine et en obstétrique.

Dans le même temps, la création d'un service d'hospitalisation à domicile porté par un opérateur privé mahorais (SAS HADéMdz) a également été autorisée au premier trimestre 2022 et permet, avec une montée en charge progressive, la prise en charge de 50 patients en relation avec le CHM.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant l'hospitalisation à domicile sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de proximité	Modalité d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Médecine en hospitalisation à domicile	2	2	2

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

La réforme des autorisations de l'HAD portée par le décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile et le décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile dont l'entrée en vigueur renforce les exigences relatives à l'autorisation d'HAD et simplifie le cadre de ses interventions afin de favoriser la réactivité et la bonne intégration dans les filières de soins. Ainsi, la réforme suppose principalement :

La création d'une activité de soins d'HAD à part entière : la notion d'« établissement d'hospitalisation à domicile » disparaît alors et est remplacée par celle de « titulaire d'autorisation d'activité de soins d'HAD » ;

Cette nouvelle activité est déclinée en quatre mentions : socle, réadaptation, enfants de moins de trois ans ainsi qu'ante et post-partum ;

Les établissements titulaires de l'autorisation doivent assurer la continuité des soins sur leur territoire d'intervention.

Le tableau ci-dessous a été construit à partir des premiers éléments concernant la HAD sur le territoire ainsi que les nouvelles conditions d'implantation et techniques de fonctionnement prévues par la réforme des autorisations.

Territoire	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Mention « socle »	2	2
	Mention « réadaptation »	0	2
	Mention « ante et post-partum »	0	2
	Mention « enfants de moins de trois ans »	0	2

E Unité de soins de longue durée (USLD)

a Eléments de contexte de la filière

La dynamique démographique de Mayotte se traduit par une population très jeune avec 5% de la population ayant 60 ans ou plus (soit six fois moins que dans l'Hexagone). Au 1er janvier 2021, on peut estimer que le volume de 65 ans et plus serait compris entre 8 000 et 8 160.

Toutefois, en 2019, 47 % des 65 ans ou plus ans se déclaraient en mauvaise santé, dont 13,3 % en très mauvaise. Cela se traduit par une forte consommation de soins qui atteint en moyenne 6 092 séjours hospitaliers par an (soit 14 % des séjours). De même, les 60 ans ou plus représentent 19 % des évacuations sanitaires.

En 2020-2021, les 65 ans ou plus représentent :

5 % des passages aux centres de consultations ;

6 % de ceux aux permanences de soins ;

37 % des consultations en médecine libérale.

Chez les 65 ans ou plus, les principaux motifs d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil circulatoire (22 % pour les femmes et 15% pour les hommes), les maladies infectieuses et parasitaires (9 % pour les femmes et 11% pour les hommes), et les tumeurs (10 %). 8,6% des plus de 60 ans, soit 1 072 personnes, bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2020. Cette proportion est appelée à augmenter fortement avec le vieillissement et l'augmentation de la population (400 000 habitants) notamment de la tranche des plus de 60 ans (12%, soit 33 000 personnes) prévue en 2050.

Le taux élevé de recours aux soins des plus de 65 ans observé à Mayotte s'explique en

grande partie par l'absence d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ainsi, par défaut, la totalité des personnes de 60 ans et plus en situation de dépendance vivent à domicile avec peu de dispositifs et de prévention sur le maintien en autonomie.

En outre, à ce jour, il n'existe pas d'unité hospitalière dédiée au séjour des sujets âgés, faute de service de gériatrie. Il n'existe pas non plus de consultations mémoire hospitalière et la structure de soins de suite et de réadaptation ouverte en juillet 2021 ne dispense pas une offre dédiée à la gériatrie. Dans ce contexte, la télémédecine représente un enjeu majeur pour le diagnostic des maladies neurodégénératives sans lequel aucune prise en charge adaptée n'est possible.

Fort de ces constats, le Projet régional de santé propose de s'inscrire fortement dans l'accompagnement des personnes dépendantes au plus près de leur lieu de vie, en permettant une adaptation de l'environnement aux besoins afin de conserver une vie sociale de qualité. La préservation de la qualité de vie et de santé des personnes âgées fait ainsi pleinement partie du Schéma régional de santé de l'ARS Mayotte.

L'offre sanitaire et médico-sociale devra s'adapter aux besoins croissants d'une population âgée et en situation de handicap, ainsi qu'aux évolutions de la société mahoraise, qui entraîne un rapide délitement des formes traditionnelles de solidarités familiales et communautaires. Il n'existe pas d'établissement recevant ou hébergeant des personnes âgées fragiles. Néanmoins, la création récente de vingt-deux places de petites unités de vie (PUV), dont cinq places de répit, va permettre de positionner l'évolution de l'offre vers la création d'un tel établissement. En parallèle, il sera étudié la création d'une offre de soins gériatrique et notamment la création d'une équipe mobile gériatrique pour intervenir auprès des PUV en cas de besoin.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Ci-dessous les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant l'unité de soins de longue durée :

Zone de proximité	Modalités d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Soins longue durée	1	0*	0

* Aucune candidature déposée pour ces modalités d'exercice, lors des périodes de dépôt des dossiers

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les décrets relatifs à l'application de la réforme de l'activité de soins de longue durée sont en attente de publication.

Tirant les enseignements de la sortie de crise sanitaire, la feuille de route EHPAD USLD 2021-2023 vise à une plus grande médicalisation des EHPAD pour mieux accompagner les personnes âgées en situation de grande perte d'autonomie, ainsi que celles présentant des profils poly-pathologiques ne pouvant vieillir à domicile. Cette dernière est structurée autour de cinq axes prioritaires :

Faire évoluer l'offre par la création d'unités de soins prolongés complexes (USPC) à vocation strictement sanitaire et le regroupement de l'offre d'hébergement médicalisé des personnes âgées ;

Concrétiser la transformation du modèle des EHPAD ;

Assurer un maillage territorial de proximité et garantir un haut niveau d'accompagnement et de prise en soin ;

Reconnaître les spécificités des fonctions au sein des EHPAD pour les faire évoluer ;

Assurer de meilleures modalités d'intervention des ressources sanitaires et des ressources en santé mentale/psychiatrique au sein des EHPAD.

Cette réforme porte pour ambition une vision stratégique pour ces établissements, afin de proposer aux personnes âgées en situation de grande dépendance un accompagnement en soins plus adapté.

Les implantations proposées s'inscrivent dans le cadre de l'augmentation croissante des besoins de la population âgée mahoraise et de l'urbanisation de la société. Dans l'attente de la parution des textes, le tableau des implantations fait référence à l'activité de soins de longue durée :

Territoire	Modalités d'exercice	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Soins longue durée	0	1

F Soins critiques

a Eléments de contexte de la filière

Sont identifiées dans le présent volet les cibles pour l'activité de réanimation qui relève d'une autorisation d'activité de soins.

Le CHM dispose d'un service polyvalent de réanimation médico-chirurgicale et de soins intensifs. Ce service de réanimation a évolué en 2020 de la façon suivante :

6 lits de réanimation pédiatrique ;

6 lits de réanimation adulte ;

4 lits en soins intensifs adulte.

Représentant au total seize lits, il est composé d'une réanimation adulte de douze lits et d'une pédiatrie de quatre lits.

En 2021, l'activité de réanimation est la suivante :

908 patients ont été admis en réanimation, soit 46 de plus qu'en 2020 (+5,3%). C'est l'année d'activité la plus élevée en réanimation depuis la création du service ;

L'augmentation de l'activité est constante depuis 2013 : elle est de 78% sur les dix dernières années.

Les pathologies prises en charge en réanimation / soins intensifs / soins continus des plus de dix-huit ans correspondent principalement aux affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire. Il est à noter que les durées de séjour les plus longues sont représentées par les affections hépato-biliaires, digestives, les affections liées à une grossesse ou un post-partum, et les brûlures.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant la réanimation sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de référence	Modalité d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Adultes	1	1	1
	Pédiatrique	1	1	1
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques et le décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques redéfinissent les modalités de cette activité de soins. Cette dernière est ainsi définie par la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. La réforme définit dorénavant deux modalités possibles :

Soins critiques adultes ;

Soins critiques pédiatriques.

L'unité de réanimation assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

Les unités de soins intensifs polyvalents continus et les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires, en l'absence d'une unité de réanimation sur le site, assurent la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation. Lorsque le

patient présente une ou plusieurs défaillances aigües mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel et nécessitant un traitement de suppléance d'organe, il est transféré en réanimation.

L'unité de soins intensifs de cardiologie assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie cardiovasculaire, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance.

L'unité de soins intensifs de neurologie vasculaire assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie neuro-vasculaire mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements spécifiques neuro-vasculaires, de prévention et de rééducation neurologique et cognitive.

L'unité de soins intensifs d'hématologie assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie hématologique mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements spécifiques hématologiques nécessitant un ou des séjours en secteur stérile.

Lorsque les activités du site le justifient, le titulaire de la mention « réanimation et soins intensifs » polyvalents peut également disposer d'unités de soins intensifs de spécialité notamment : néphrologie, respiratoire, hépato-gastro-entérologie.

Au-delà des trois modalités d'autorisation identifiées pour les soins intensifs de cardiologie, de neurologie vasculaire et d'hématologie, cette réforme permet de laisser de la souplesse pour d'éventuelles unités de soins intensifs d'autres spécialités (notamment néphrologie, respiratoire et HGE dès lors qu'elles sont implantées sur un site avec un plateau de soins critiques).

En prenant en compte les nouvelles modalités de la réforme ainsi que les possibilités (techniques et compétences), le tableau des implantations ci-dessous a été établi :

Territoire	Modalités	Mentions	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1	1
		Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0	0
		Soins intensifs de cardiologie	0	1
		Soins intensifs de neurologie vasculaire	0	1
		Soins intensifs d'hématologie	0	1
	Pédiatrique	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0	0
		Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1	1
		Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	0
		Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0	0

G Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

a Eléments de contexte de la filière

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostique ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, trans-pariétale ou intraluminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

En 2020, les catégories « maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs » représentait 43%

des EVASAN réalisés à Mayotte. Et pour l'année 2021, sur les 64 patients mineurs qui ont été évacués dans l'Hexagone, 58% l'étaient pour la prise en charge d'une cardiopathie⁵⁷. Dans cette optique, il peut sembler pertinent d'organiser l'activité en cardiologie interventionnelle afin de réduire le besoin en EVASAN pour ces prises en charge mais également pour répondre à l'objectif de la réforme des autorisations d'améliorer l'accessibilité aux soins et les parcours de soins.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant la réanimation sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de référence	Modalité d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation	0	0	0
	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales (hors urgences)	0	0	0
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	1	1	0*

* CHM : activité de soins autorisée mais non démarrée

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Le décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 est relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et en donne une nouvelle définition. La réforme des activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie, jusqu'ici dénommées « activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie », entre en vigueur à compter du 1er juin 2023.

Le décret n° 2022-382 du 16 mars 2022 est relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie.

L'enjeu principal est d'organiser l'offre de santé « dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins ».

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostique ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intraluminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie. Elle s'exerce suivant trois modalités :

La rythmologie interventionnelle qui comprend les mentions suivantes :

- Mention A : chez l'adulte, les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de pose de pace maker mono et double chambre avec sonde ;
- Mention B : chez l'adulte, en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites ;
- Mention C : comprenant, en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe ;
- Mention D : comprenant, en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe.

Les cardiopathies congénitales hors rythmologie qui comprend les mentions suivantes :

- Mention A : les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales ;
- Mention B : comprenant, en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire.

Les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

En prenant en compte les nouvelles modalités de la réforme ainsi que les possibilités (techniques et compétences), le tableau des implantations ci-dessous a été établi :

Territoire	Modalités	Mentions	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Rythmologie interventionnelle	Mention A	0	1
		Mention B	0	0
		Mention C	0	0
		Mention D	0	0
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie	Mention A	0	1
		Mention B	0	0
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	-	1	1	

H Cancérologie

a Eléments de contexte de la filière

L'offre de soins en cancérologie disponible sur Mayotte est organisée depuis le CHM avec :

Un service d'hospitalisation de jour de médecine polyvalente avec les autorisations pour dispenser les traitements par chimiothérapie. Les consultations ont lieu dans le même service. Actuellement, il n'y a plus aucun médecin en place : si une hospitalisation est nécessaire, les patients sont orientés dans l'unité de médecine ; si un besoin en soins palliatifs est identifié, il existe une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP) ;

Une HAD de 60 lits environ qui est occupée pour moitié par les patients bénéficiant d'un traitement en cancérologie ;

Les gynécologues de la maternité qui réalisent également du suivi, du diagnostic et de la consultation mais pas d'hospitalisation ;

Les chirurgiens (urologues, ORL) qui font aussi quelques consultations de dépistage ;

Tous les patients bénéficient d'une RCP avec le 3C de la Réunion (Nord ou Sud en fonction de la pathologie) : à ce titre, le CHM bénéficie d'un temps complet d'infirmier de coordination avec le 3C.

Il n'existe pas d'autorisations de chirurgie oncologique, de radiothérapie et d'imagerie nucléaire. La quasi-totalité des patients de cancérologie est donc transférée vers la Réunion au moins une fois au cours de leur parcours de soins (radio interventionnelle, radiothérapie, chirurgie etc.). Les évacuations sanitaires se font vers la clinique Sainte Clotilde pour la plupart des cancers (gynécologie et urologie), vers le CHU de la Réunion (site de St Pierre) pour l'hématologie, ainsi que vers le CHU de la Réunion (site de St Denis) pour le digestif, l'ORL, et parfois vers Paris (l'institut Gustave Roussy pour le cancer de la thyroïde avec besoin de traitement par iode radioactif et donc de centres très spécialisés).

En ce qui concerne les différents dépistages :

Dépistage du cancer du sein :

Le dépistage organisé est en cours de développement à Mayotte et se substitue au dépistage individuel qui prévalait jusqu'alors. Un centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) vient de se mettre en place. Dès 2022, les mammographies et examens complémentaires sont réalisés pour toutes les femmes entrant dans la cible du dépistage organisé à Mayotte.

Dépistage du cancer du col de l'utérus :

Aujourd'hui près de 25% de la population cible en bénéficie. Les examens sont presque tous réalisés en péri-partum lors du suivi par la sage-femme : il y a donc un enjeu de le rendre accessible à toutes les femmes et de ne pas limiter le dépistage à cette prise en charge. Il existe également quelques campagnes de sensibilisation mais la nécessité d'un travail « d'aller-vers » subsiste. De surcroît, la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) est quasi inexistante ; néanmoins des actions comme « renforcer l'accès à la vaccination HPV dans les collèges ; encourager la vaccination HPV chez les filles et les garçons et mettre en place une expérimentation du vaccin HPV sur un territoire » sont prévus dans le cadre de ce PRS. L'un des défis du CRCDC est d'augmenter le taux de dépistage de ce cancer.

Dépistage du cancer du côlon :

Il n'y a aujourd'hui pas d'organisation spécifique sur le territoire car ce dépistage est compliqué à mettre en place en termes de logistique. En effet, les prélèvements ont besoin d'être envoyés dans un délai restreint ; le dépistage doit par ailleurs être suivi d'une coloscopie, dont l'accès est encore très limité au CHM. En ce sens, il est préconisé ici d'améliorer l'accès à la coloscopie et au bloc opératoire à Mayotte.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant la réanimation sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Zone de référence	Modalité d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Chirurgie digestif	1	0*	0
	Chirurgie mammaires (tumeurs du sein)	1	0*	0
	Chirurgie gynécologique	1	0*	0
	Chirurgie ORL	0	0	0
	Chirurgie maxillo-faciales	0	0	0
	Chirurgie urologique	1	0*	0
	Chirurgie thoracique	0	0	0
	Chirurgie hors soumis à seuil (si nécessaire)	1	0*	0

* Aucune candidature déposée pour ces modalités d'exercice, lors des périodes de dépôt des dossiers

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Deux décrets et un arrêté viennent officialiser le nouveau régime d'autorisation de l'activité de traitement du cancer :

Décret n° 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer ;

Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ;

Décret n° 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.

Cette réforme des autorisations en cancérologie précise les conditions d'implantation, les conditions techniques de fonctionnement mais également les seuils d'activité minimale annuelle.

L'autorisation d'activité de soins en cancérologie est accordée pour l'une ou plusieurs des trois modalités suivantes : 1° chirurgie oncologique ; 2° radiothérapie externe, curiethérapie ; 3° traitements médicamenteux systémiques du cancer. Les modalités 2° et 3° sont visées infra dans « autres traitements en cancérologie ».

Les principales modifications sont décrites ci-dessous :

Une autorisation spécifique dédiée aux activités pédiatriques ;

Une gradation de l'offre notamment en chirurgie oncologique, avec trois mentions principales : la chirurgie oncologique chez l'adulte (A), en sus de laquelle l'établissement peut assurer cinq pratiques thérapeutiques dites complexes (B), et la chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans (C). A noter qu'une dérogation est prévue pour les territoires d'outre-mer afin de réaliser une pratique thérapeutique chirurgicale oncologique complexe ou multidisciplinaire ;

De nouveaux seuils d'activité minimale : pour la chirurgie oncologique digestive et viscérale, les seuils sont par exemple précisés selon les organes (foie, pancréas, œsophage, rectum, estomac), avec cinq interventions minimum par an. Certains seuils ont également été relevés : de 30 à 40 interventions pour la chirurgie thoracique, de 30 à 70 pour la chirurgie mammaire et de 80 à 100 patients pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) ;

La mise en place de dispositions transversales : les établissements doivent disposer d'une organisation assurant à chaque patient « l'annonce du diagnostic et une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire » ;

Certaines dérogations : par exemple les titulaires d'autorisation pour les soins de médecine nucléaire ne sont pas soumis à l'autorisation de traitement du cancer « lorsqu'ils pratiquent des actes à visée diagnostique ou thérapeutique du cancer rattachés à cette autorisation ». De manière générale, les établissements ne sont pas non plus soumis à cette autorisation pour assurer la chirurgie à visée diagnostic du cancer ou encore une intervention en urgence dans une autre indication « conduisant à la découverte d'une tumeur maligne ». Le décret précise que les titulaires d'autorisation de médecine, de chirurgie, de soins médicaux et de réadaptation ou d'hospitalisation à domicile (HAD) peuvent être associés pour la modalité de TMSC, s'ils font bien partie du dispositif régional du cancer.

La modalité « chirurgie oncologique » comporte les mentions suivantes :

Mention A : chirurgie oncologique chez l'adulte pour l'une ou plusieurs des sept localisations de tumeurs suivantes, mentionnées dans l'autorisation, et hors chirurgie complexe citée en mention B.

- A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive ;
- A2 : Chirurgie oncologique thoracique ;
- A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde ;
- A4 : Chirurgie oncologique urologique ;
- A5 : Chirurgie oncologique gynécologique ;
- A6 : Chirurgie oncologique mammaire ;
- A7 : Chirurgie oncologique indéfinie. La ou les localisations tumorales en mention A7 ne concernent pas les localisations prévues en mention A1 à A6, à l'exception de la chirurgie du cancer de la thyroïde.

Mention B : assurant, en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, une mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multi viscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée, pour l'une ou plusieurs des cinq localisations de tumeurs prévues aux mentions A1 à A5 :

- B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales :
 - a) La mission de recours mentionnée à l'article R. 6123-91-2 ainsi que la chirurgie complexe multi viscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence, curative des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée ;
 - b) La chirurgie oncologique de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne ;
 - c) La chirurgie oncologique du foie ;
 - d) La chirurgie oncologique de l'estomac ;
 - e) La chirurgie oncologique du pancréas ;
 - f) La chirurgie oncologique du rectum.
- B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissant le rachis, le cœur ou la paroi thoracique ;
- B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse ;

→ B4 : chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique ;

→ B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale :

a) La mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multi viscérale ou multidisciplinaire ou de la récidive, curative des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée, y compris pour les cancers avec atteintes péritonéales ;

b) La chirurgie des cancers de l'ovaire.

Mention C : assurant la chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans.

En prenant en compte les nouvelles modalités de la réforme ainsi que les possibilités (techniques et compétences) et les enjeux liés au traitement du cancer sur le territoire de Mayotte, le tableau des implantations ci-dessous a été établi pour la modalité « chirurgie oncologique » :

Territoire	Mentions	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive	0	1
	A2 : Chirurgie oncologique thoracique	0	0
	A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0	1
	A4 : Chirurgie oncologique urologique	0	1
	A5 : Chirurgie oncologique gynécologique	0	1
	A6 : Chirurgie oncologique mammaire	0	1
	A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée. La ou les localisations tumorales en mention A7 ne concernent pas les localisations prévues en mention A1 à A6, à l'exception de la chirurgie du cancer de la thyroïde	0	1
	Mention B : Mentions B1 à B5	0	0
Mention C : Chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans	0	0	

I Autres traitements en cancérologie

a Eléments de contexte de la filière

La PUI du CH de Mayotte dispose des autorisations nécessaires pour réaliser des préparations extemporanées de cytostatiques (produits de chimiothérapie). Ainsi, le CHM met en place un service d'hospitalisation de jour de médecine polyvalente avec une autorisation pour administrer les chimiothé-

rapies. S'ajoutent à cela les médicaments de chimiothérapies dispensés par le CHM. Il existe des traitements de chimiothérapie à domicile (comprimés), prescrits par le CHM et dispensés soit par la pharmacie, soit par les officines.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Zone d'implantation	Modalité d'exercice	PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023		
		Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Réunion/Mayotte	Radiothérapie externe, curiethérapie	0	0*	0
	Curiethérapie	0	0*	0
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	1	1	1

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Suivant les éléments décrits ci-dessus pour ce qui concerne la réglementation réformant l'activité du traitement des cancers, les différentes modalités et mentions concernant la radiothérapie externe, curiethérapie et les traitements médicaux systémiques du cancer, sont les suivantes :

Radiothérapie externe, curiethérapie

→ Mention A : assurant les traitements de radiothérapie externe chez l'adulte ;

→ Mention B : assurant les traitements de curiethérapie chez l'adulte ;

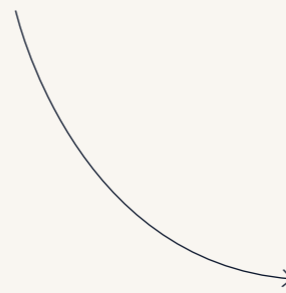
→ Mention C : assurant en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer (modification de l'intitulé de l'autorisation : « Chimiothérapie ou traitements médicaux spécifiques du cancer ») :

- Mention A : assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B ;
- Mention B : assurant, en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible ;
- Mention C : assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible, la mission de coordination de l'intégralité du parcours de soins du patient mineur pris en charge ainsi que celle d'expertise et de recours en cancérologie pédiatrique pour les autres établissements de santé et la médecine de ville contribuant à ce parcours de soins.

La mention d'exercice de « Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer » est mise en œuvre par le CHM. La future clinique privée, du groupe Clinifutur, autorisée en médecine- chirurgie, est autorisée pour l'administration de chimiothérapie en qualité de centre associé avec la clinique Sainte Clothilde de la Réunion, qui appartient au même groupe. Ces modalités d'exercice sont dorénavant regroupées sous la modalité de « traitements médicaux systémiques du cancer ».

En prenant en compte les nouvelles modalités de la réforme ainsi que les possibilités (techniques et compétences) et les enjeux liés au traitement du cancer sur le territoire de Mayotte, le tableau des autorisations ci-dessous a été établi :



Territoire	Modalités d'exercice et mentions	Cible Borne basse	Cible Borne haute
Mayotte	Modalité : Radiothérapie externe, curiethérapie		
	Mention A : assurant les traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	0	1
	Mention B : assurant les traitements de curiethérapie chez l'adulte	0	0
	Mention C : assurant en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans.	0	0
	Modalité : Traitements médicamenteux systémiques du cancer		
	Mention A : assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B	0	2
Mention B : assurant les traitements en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	0	1	
Mention C : assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	0	1	

G Radiologie interventionnelle

a Eléments de contexte de la filière

Le PRS océan Indien, pour la période 2018-2023, prévoyait un accès à un plateau d'imagerie pour répondre à la demande en cancérologie, selon les modalités suivantes :

Augmenter le nombre de scanners dans les zones Nord et Sud de la Réunion pour faire face à la demande en cancérologie.

Développer la radiologie interventionnelle sur les organes.

Ainsi, il n'y a pas d'offre de radiologie interventionnelle au sein du CH de Mayotte et la filière est organisée avec le CHU de la Réunion.

A l'horizon 2028, il est envisagé de développer un plateau médicotechnique, avec un plateau de radiologie interventionnelle pour améliorer l'offre de diagnostic existante et appuyer les nouvelles filières de santé, comme la cancérologie par exemple.

Les actes de radiologie interventionnelle sont classés en quatre mentions en fonction de leur objet et de la voie utilisée :

Mention A : comprenant, à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions B, C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens ;

Mention B : comprenant, en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle ;

Mention C : comprenant, en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endo-veineuse et endo-artérielle ;

Mention D : comprenant l'ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Il n'y a aucune implantation sur le territoire mahorais.

c Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

L'activité de radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie. Les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie et en

neuroradiologie, faisant l'objet de réglementations propres, sont exclues du champ de la définition.

Le décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 est relatif aux conditions d'implantation de l'activité des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle.

Territoire	Mentions	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Mention A	0	1
	Mention B	0	0
	Mention C	0	0
	Mention D	0	0

3.3. Zone extra territoriale

A Soins critiques

Comme précisé *supra*, le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 est relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques et en donne une nouvelle définition. Deux modalités sont dorénavant possibles (soins critiques adultes et soins critiques pédiatriques).

Les nouvelles modalités définies qui sont mises en œuvre sur le territoire de Mayotte sont « la réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialité le cas échéant », et ce sur les deux modalités adultes et pédiatrique. Les nouvelles modalités définies par cette réforme et qui ne seront pas mises en œuvre depuis le territoire mahorais feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et / ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

B Radiologie interventionnelle

Seule la mention A de cette activité pourrait être implantées à Mayotte (voir *supra*) en fonction des possibilités de stabilisation d'équipes médicales compétentes et des installations prévues. Les nouvelles modalités, définies par cette réforme, qui ne seront pas mises en œuvre depuis le territoire mahorais, feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

C Traitement en cancérologie

Seules certaines mentions de chirurgie oncologique chez l'adulte (Mention A) peuvent être implantées à Mayotte (voir *supra*) en fonction des possibilités de stabilisation d'équipes médicales compétentes. Les activités dites complexes (B) et la chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans (C), ne pourront pas être mises en place au sein des établissements de santé de Mayotte et feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et / ou de France hexagonale (cf. point 3). L'ensemble des modalités et mentions extra territoriales devra faire l'objet de procédures de prises en charge et de conventionnements entre le CH de Mayotte et les CHU de références/partenaires, par filières.

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

D Neurochirurgie

a Éléments de contexte de la filière

Pour la zone de l'océan Indien, le PRS 2018-2023 prévoyait la mise en place d'une organisation régionale océan Indien permettant la réalisation d'actes d'urgence neurologique au CH de Mayotte dans le cadre d'une collaboration entre les équipes du CH de Mayotte et les neurochirurgiens du CHU de la Réunion.

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) sont présentées dans le tableau ci-dessous. Toutes les autorisations se situent sur le territoire de la Réunion :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de référence	Modalité d'exercice	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Réunion/Mayotte	Neurochirurgie générale pour adultes	1	1 (Réunion)	1 (Réunion)
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0	0
	Neurochirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques	0	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	1	1 (Réunion)	1 (Réunion)

E Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie et en cardiologie

a Eléments de contexte de la filière

Pour la Zone de l'océan Indien, le PRS 2018-2023 prévoyait la consolidation de la filière neuroradiologique et en cardiologie afin de raccourcir les délais de prise en charge.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) sont présentées dans le tableau ci-dessous. Toutes les autorisations se situent sur le territoire de la Réunion :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023			
Zone de référence	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Réunion/Mayotte	1	1 (Réunion)	2 (Réunion)

c Réforme des autorisations 2023

Le décret n° 2022-21 du 10 janvier 2022 est relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie. Cette activité concerne les actes relatifs aux diagnostics et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire. Les actes portant sur la thyroïde ne sont pas concernés.

Il définit les deux mentions relatives à la thrombectomie mécanique et à l'ensemble des activités de neuroradiologie interventionnelle.

Les prises en charges qui ne sont prévues dans la zone départementale, feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

F Traitement des grands brûlés

a Eléments de contexte de la filière

Selon le rapport 2021 d'activité du CHM, la prise en charge des brûlés est organisée depuis le service de chirurgie, où quatre places sont réservées en hospitalisation de jour.

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant le traitement des grands brûlés sont présentées dans le tableau ci-dessous. Toutes les autorisations se situent sur le territoire de la Réunion :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de référence	Modalité d'exercice	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Réunion/Mayotte	Traitement des grands brûlés	1	1 (Réunion)	1 (Réunion)

G Chirurgie cardiaque

a Eléments de contexte de la filière

L'enjeu principal de la filière chirurgie cardiaque repose dans l'organisation des prises en charge, transferts et retours avec le Centre hospitalo-universitaire de la Réunion.

b Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations actuelles (PRS 2, 2018-2023) concernant l'activité de chirurgie cardiaque sont présentées dans le tableau ci-dessous. Elles concernent toutes le territoire de la Réunion :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de référence	Modalité d'exercice	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Réunion/Mayotte	Adultes	1	1 (Réunion)	1 (Réunion)
	Enfants	1	1 (Réunion)	0

c Réforme des autorisations 2023

Les décrets relatifs à l'application de la réforme de l'activité de soins en chirurgie, sont :

décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ;

décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

H Activités médicales à la procréation et de diagnostic prénatal

a Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Ci-dessous les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant les activités biologiques de diagnostic prénatal :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de proximité	Modalités d'exercice	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	0*	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	0*	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
	Echographie obstétricale et foetale au sens du 2° du III de l'article R. 2131-1 du CSP	1	0*	0
	Autres techniques d'imagerie foetale à visée diagnostique	0	0	0

* Aucune candidature déposée pour ces modalités d'exercices, lors des périodes de dépôt des dossiers

b Réforme des autorisations 2023

Le décret n° 2021-1933 du 30 décembre 2021, fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales en application de l'article L. 2141-12 du Code de la santé publique et portant diverses adaptations de la partie réglementaire du même code au regard des dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, vise à mettre en œuvre les mesures phares votées dans la loi de bioéthique concernant :

L'extension de l'assistance médicale à la procréation (AMP) aux couples de femmes et aux femmes seules ;

L'ajout, parmi les bénéficiaires de l'AMP, des femmes non mariées.

Les différentes modalités d'exercice sont :

AMP-BIO:

- Activité relative à la fécondation in vitro (FIV) avec ou sans micro-manipulation ;
- Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux ;
- Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci ;
- Conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
- Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
- Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
- Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
- Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12.

AMP—CLI:

- Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;
- Prélèvement de spermatozoïdes ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP ;
- Transfert des embryons en vue de leur implantation.

DPN:

- Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- Examens de génétique moléculaire ;
- Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
- Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels ;
- Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel (dépistage).

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

I Médecine nucléaire

a Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant la médecine nucléaire sont présentées dans le tableau ci-dessous. Elles concernent le territoire de la Réunion :

PRS 2 (Réunion – Mayotte) 2018-2023							
Zone de référence	Modalité d'exercice	Cible au 01/01/2018		Autorisés		Installés	
		Implantation	Appareil	Implantation	Appareil	Implantation	Appareil
Réunion/Mayotte	TEP SCAN	1	2	1 (Réunion)	1 (Réunion)	1 (Réunion)	1 (Réunion)

b Réforme des autorisations 2023

La réforme des autorisations fait passer la médecine nucléaire du statut d'activité d'imagerie médicale à celui d'activité de soins à part entière. Ainsi, l'autorisation de médecine nucléaire organise la gradation de l'activité en deux niveaux :

La mention A relative à l'activité comprenant les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration d'un médicament radio pharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;

La mention B concernant (outre les actes relevés en mention A) les actes suivants :

- Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration d'un médicament radio pharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert ;
- Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
- Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration d'un dispositif médical implantable actif ;
- Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration d'un médicament radio pharmaceutique.

Les conditions techniques de fonctionnement imposent également au titulaire de l'autorisation de disposer, éventuellement couplées avec d'autres systèmes d'imagerie, d'au moins une caméra à tomographie d'émission mono photonique (gamma-caméra) ou une caméra à tomographie à émission de positons (TEP). Si le titulaire ne dispose pas des deux types appareils sur le même site ou sur un autre site lui appartenant, il doit établir une convention avec un titulaire de l'équipement manquant de façon à ce que les patients puissent y avoir accès.

Des conditions spécifiques aux mentions, notamment en termes de locaux, équipements, système d'information, assurance et qualité, ressources humaines et procédures d'urgences sont également présentes dans le décret.

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

J Greffes d'organes et greffes de cellules hematopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles

a Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant les greffes d'organes sont présentées dans le tableau ci-dessous. Elles concernent le territoire de la Réunion :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023					
Zone de référence	Modalités d'exercice	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées	
Réunion/Mayotte	Adultes	Rein	1	1 (Réunion)	1 (Réunion)
		Pancréas	0	0	0
		Rein et pancréas	0	0	0
		Foie	0	0	0
		Intestin	0	0	0
		Cœur	1	1 (Réunion)	0
		Poumon	0	0	0
	Cœur et poumon	0	0	0	
	Enfants	Rein	1	1 (Réunion)	1 (Réunion)
		Pancréas	0	0	0
		Rein et pancréas	0	0	0
		Foie	0	0	0
		Intestin	0	0	0
		Cœur	0	0	0
Poumon		0	0	0	
Cœur et poumon	0	0	0		

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

J Greffes de cellules hematopoïétiques

a Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de référence	Modalité d'exercice	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Réunion/Mayotte	Adultes	1	1 (Réunion)	1 (Réunion)
	Enfants	0	0	0

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

4 Les équipements matériels lourds - objectifs quantitatifs de l'offre de soins

4.1. Zones infra-départementales (de proximité)

A Équipement d'imagerie en coupe

a Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Ci-dessous les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant les scanner et IRM :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de proximité	Type d'équipements	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Scanner	3	3	3
	IRM	2	2	1

b Réforme des autorisations 2023 et objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Avec la réforme, les scanners et IRM sont regroupés sous l'appellation « équipement d'imagerie en coupe ». L'autorisation d'exploiter ces équipements est accordée par site géographique. Le nombre maximal d'équipements pour un site autorisé est fixé à 3 (R. 6123-161 CSP - version à compter du 1er juin 2023)

La répartition d'implantation des sites géographiques pour ces équipements d'imagerie en coupe est déterminée par le tableau ci-après :

Territoire	Zones de proximité	Type d'équipements	Cible (Borne basse)	Cible (Borne haute)
Mayotte	Grand Mamoudzou	Equipements d'imagerie en coupe (Scan/IRM)	2	2
	Petite Terre	Equipements d'imagerie en coupe (Scan/IRM)	0	1
	Sud	Equipements d'imagerie en coupe (Scan/IRM)	0	1
	Centre-Ouest	Equipements d'imagerie en coupe (Scan/IRM)	0	1
	Nord	Equipements d'imagerie en coupe (Scan/IRM)	0	1

4.2. Zone départementale

A Caisson hyperbare

a Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Ci-dessous les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant les caissons hyperbares :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de proximité	Type d'équipement	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Caisson hyperbare	1	1	1

b Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Ci-dessous les autorisations post-réforme concernant les caissons hyperbares :

Territoire	Type d'équipement	Cible minimum	Cible maximum
Mayotte	Caisson hyperbare	1	1

4.3. Zones extra territoriale

A Cyclotron à utilisation médicale

a Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS implantation)

Ci-dessous les autorisations identifiées (PRS 2, 2018-2023) concernant les cyclotrons à utilisation médicale :

PRS 2 (Mayotte/Réunion) 2018-2023				
Zone de proximité	Type d'équipement	Cible au 01/01/2018	Implantations autorisées	Implantations installées
Mayotte	Cyclotron	0	0	0

Ces prises en charges feront l'objet d'une organisation spécifique d'évacuation sanitaire vers des établissements de la Réunion et/ou de France hexagonale et prévoiront les retours et suivis médicaux à mettre en place.

Annexes



Annexe 1 : Liste des acronymes

Annexe 2 : Bilan du PRS OI

Annexe 3 : Liste des établissements ayant participé aux ateliers de travail

Annexe 4 : Liste des principaux acteurs interrogés en entretiens individuels

ANNEXES

Annexe 1: Bilan du PRS OI



Un PRS OI marqué par la création de l'ARS Mayotte et la pandémie de Covid-19

La loi du 21 juillet 2009, dite loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST), a créé les Agences régionales de santé (ARS) avec pour objectif « d'organiser la politique de santé dans les régions, [ainsi que] de piloter et réguler l'offre de soins pour répondre aux besoins des populations locales »⁵⁸. Mayotte bénéficiant à l'époque du statut de territoire d'outre-mer, les îles de la Réunion et de Mayotte ont été regroupées sous l'autorité de l'ARS océan Indien. Les deux territoires partagent donc un même PRS, et c'est dans cette logique qu'a été rédigé le PRS 2 OI 2018-2028.

La mise en œuvre de ce PRS 2 OI a été profondément marquée par un contexte particulier. Tout d'abord, un important mouvement social a éclaté à Mayotte au début de l'année 2018. L'île ayant obtenu le statut de département d'outre-mer en 2011, les Mahorais ont revendiqué une plus grande implication de l'Etat dans les affaires de l'île, et notamment une aide à l'amélioration des infrastructures de santé. Ce mouvement social a abouti à une augmentation des moyens alloués au Centre hospitalier de Mayotte, ainsi que la promesse

de la création d'une ARS propre à Mayotte. En janvier 2020, la création de l'ARS Mayotte a répondu à la demande de la population d'avoir des institutions locales de plein exercice, reconnaissant pleinement l'existence d'enjeux et de besoins sanitaires différents entre la Réunion et Mayotte. Le besoin de rédiger deux PRS distincts s'est donc imposé. Enfin, la mise en œuvre du PRS 2 OI a été marquée par la pandémie de Covid-19 dès 2020.

Afin de guider la rédaction de son PRS 2023-2028, l'ARS Mayotte a souhaité partir des travaux existants et conduire une évaluation des actions du PRS OI applicables à Mayotte après quatre ans de mise en œuvre. Cette évaluation vise donc à documenter les résultats de la politique conduite par l'ARS OI en ce qui concerne Mayotte. Elle ne couvre pas les actions visant la Réunion. Elle servira d'appui à la prise de décisions stratégiques et opérationnelles dans le cadre du nouveau PRS Mayotte.

Plus précisément, trois objectifs ont guidé l'évaluation du PRS OI :

- 1 Apprécier le niveau de réalisation des actions mises en œuvre dans le Schéma régional de santé (SRS) OI 2018-2022 en lien avec les objectifs stratégiques établis ;
- 2 Réinterroger la logique d'action du PRS OI, c'est-à-dire la cohérence de l'articulation entre les priorités/objectifs stratégiques précédents et les besoins actuels ;
- 3 Réorienter les actions, si nécessaire, et recentrer les efforts sur les besoins spécifiques à Mayotte.

Méthodologie employée pour l'évaluation du PRS OI

La méthodologie d'évaluation du PRS s'est déployée en deux temps :

L'évaluation des huit axes prioritaires, des 36 objectifs et des 280 actions établies dans le PRS OI, avec un classement de la mise en œuvre de chaque action, selon les catégories : à débiter, démarrée (<50%), avancée (>50%) et terminée ;

L'évaluation de la logique d'action : la cohérence entre les actions proposées en 2018 et leur mise en œuvre, les raisons qui ont conduit à l'échec ou au succès de chaque action et comment réorienter le nouveau PRS en fonction des besoins spécifiques actuels de Mayotte.

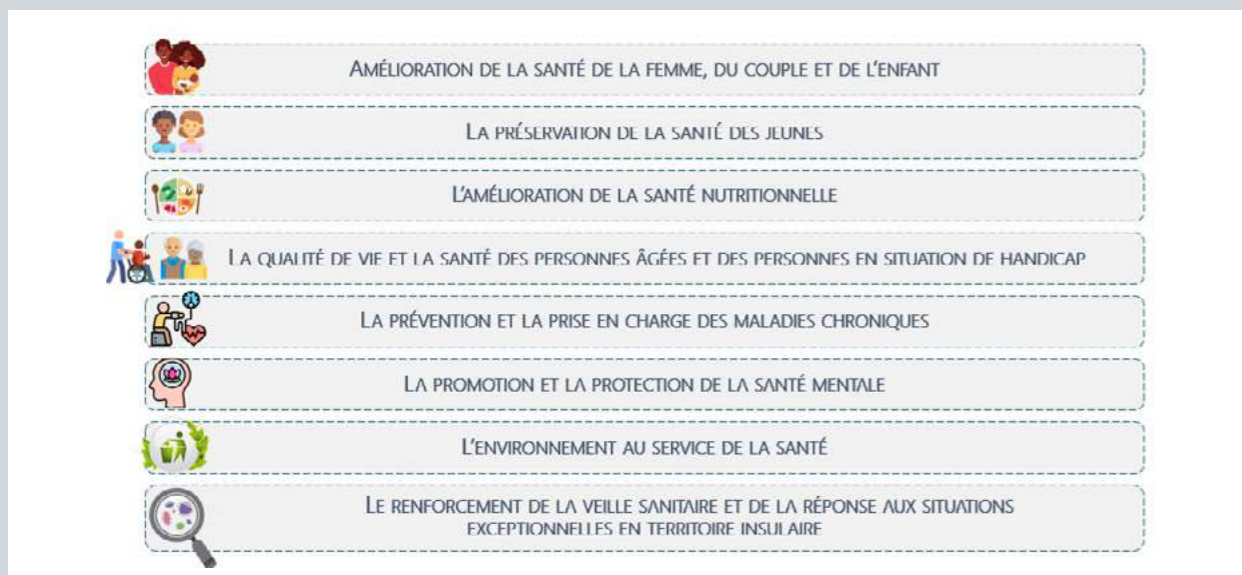
L'évaluation du PRS OI a été conduite suivant une approche participative, avec la volonté d'associer un large panel d'acteurs de santé à tous les niveaux de la réflexion. Un premier travail d'analyse de données (PMSI et rapports d'activités fournis par l'Observatoire régional de la santé de Mayotte, le CHM, l'ARS Mayotte et la CSSM) a été effectué, complété par une liste des indicateurs de suivi avec les équipes internes de l'ARS Mayotte.

Enfin, l'évaluation de la logique d'action s'est également nourrie des informations recueillies lors de l'animation de 3 tables rondes, 28 ateliers de travail, de multiples visites de structures et d'associations avec différents périmètres d'influence et d'action sur le territoire, et de plus de 55 entretiens individuels auprès des acteurs clés du système de santé.



Une évaluation qui souligne l'état d'avancement très hétérogène des actions prévues

L'appréciation du niveau de réalisation des actions mises en œuvre dans le PRS OI 2018-2022 est structurée en huit parties, qui correspondent aux huit axes prioritaires déterminés dans le PRS OI :



En complément, l'état d'avancement d'actions concernant d'autres thématiques transversales a été évalué, notamment en matière de :

Lutte contre la précarité (évaluation du PRAPS) ;

Attractivité des professionnels ;

E-santé.

Une rapide étude de l'impact de la pandémie sur les actions du PRS a également été réalisée. L'objectif de cette étude était de différencier les actions retardées en raison de la pandémie, facilement reconductibles dans un contexte post-Covid, et les autres actions. Les actions pour lesquelles la pandémie avait accéléré la mise en œuvre méritaient également d'être identifiées précisément afin d'envisager leur pérennisation dans le nouveau PRSM.

1 Evaluation des actions dans le cadre des huit axes prioritaires du PRS OI

A L'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant

Près de la moitié des actions concernant l'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant a été débutée mais reste peu aboutie. On observe toujours un manque de coordination entre les différents acteurs de prévention et la PMI (protection maternelle et infantile), ainsi qu'un dépistage prénatal faible entraînant des découvertes trop tardives de malformations. Malgré les efforts fournis, l'offre de soins en gynécologie-obstétrique est en permanence débordée par les besoins croissants de la population et la prise en charge reste non conforme aux normes

sanitaires. Cependant, les années passées ont permis la réalisation de nombreuses actions prévues par le PRS OI. Par exemple, un programme d'appui à la structuration de la PMI et la mise en place d'un schéma directeur ont été lancés en 2021. Ensuite, les transferts entre les quatre maternités périphériques et la maternité centrale ont été sécurisés et se déroulent en ambulance avec une équipe dédiée comprenant une sage-femme partenaire SMUR. Enfin, l'accès à l'IVG médicale via les professionnels de premier recours a également été renforcé.

Le tableau ci-dessous répertorie les objectifs fixés dans le PRS OI ainsi que le nombre d'actions mises en œuvre par état d'avancement.

OBJECTIFS	NOMBRE D'ACTIONS			
	A débuter	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Renforcer le suivi prénatal de 1er recours (PMI et secteur libéral) et consolider le relais par les maternités		5		
2. Structurer le diagnostic prénatal et la prise en charge des grossesses à risque	1	1	3	
3. Sécuriser l'accouchement, la naissance, et le suivi post-natal	2	4	1	2
4. Renforcer et sécuriser les prises en charge en néonatalogie	1	1	2	2
5. Prévenir, dépister et renforcer la prise en charge des personnes exposées aux infections sexuellement transmissibles, hépatites et VIH		5		1
6. Garantir l'accès des femmes et des hommes aux méthodes de contraception de leur choix	1	4		1
7. Repérer, dépister et prendre en charge les violences conjugales ou intrafamiliales, dont les violences sexuelles	4	2		
8. Améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par un dispositif adapté de prévention et de soins	2	2	2	
TOTAL D'ACTIONS	11	24	8	6

B La préservation de la santé des jeunes

Les acteurs de santé mahorais insistent sur le fait que la santé des jeunes est une priorité à traiter de façon transversale, car les jeunes représentent plus de la moitié de la population de Mayotte. En quatre ans, des actions concernant chacun des objectifs définis dans le PRS ont été achevées. A titre d'exemple, des consultations-types pour les jeunes consommateurs de drogues ont été imaginées et mises en œuvre. L'objectif de décentraliser la maison des adolescents pour faciliter le repérage précoce des conduites à risque a également été atteint avec la création de plusieurs antennes sur le territoire. Malgré

ces avancées, le renforcement de l'accès aux structures de prise en charge des adolescents reste un enjeu de taille et un important travail peut encore être réalisé avec la création de centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) qui se heurte au manque de ressources humaines. D'autres actions restent à engager, notamment en termes de renforcement de la santé des enfants et des adolescents scolarisés. Le dépistage dans les écoles (obésité, problèmes bucco-dentaires, vue) demeure aussi un fort enjeu sur le territoire.

OBJECTIFS	NOMBRE D'ACTIONS			
	A débuter	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Renforcer la santé des enfants et des adolescents scolarisés	6	6		1
2. Renforcer la santé des adolescents et jeunes adultes en difficulté	2	5	2	2
3. Développer des interventions innovantes à destination des jeunes et soutenir les acteurs et projets	1	3	1	1
TOTAL D'ACTIONS	9	14	3	4

C L'amélioration de la santé nutritionnelle

La santé nutritionnelle est un enjeu majeur à Mayotte. La population connaît une forte prévalence d'hypertension (38,4%), de diabète (12,1%), d'obésité (26%) et d'insécurité alimentaire (47,2%)⁵⁹. Ces chiffres sont supérieurs aux données de la Guyane⁶⁰, et très supérieurs aux standards métropolitains⁶¹. Partant de ce constat, la santé nutritionnelle a été largement prise en compte en quatre ans avec une majorité d'actions abouties. Depuis 2020 par exemple, une semaine nationale de la dénutrition est organisée chaque année au cours de laquelle sont menées des actions de dépistage, de sensibilisation et de repérage de la dénutrition auprès des familles les plus

éloignées des structures de soin. Une autre action visant à renforcer les dispositifs d'aide alimentaire et d'épiceries sociales pour prévenir la sous-nutrition a été menée à bon terme avec une forte augmentation des demandes.

Seul l'objectif visant l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques liées à la nutrition comme le diabète et l'obésité souffre d'un retard conséquent, avec huit actions à débiter et aucune action terminée. C'est le cas par exemple de l'action d'amélioration de l'accès au diagnostic, via des projets communautaires, pour laquelle la réunion d'un groupe de travail est nécessaire.

OBJECTIFS	NOMBRE D'ACTIONS			
	A débuter	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Améliorer les connaissances en santé nutritionnelle	2		1	6
2. Favoriser la prévention primaire nutritionnelle	2	3	2	2
3. Favoriser l'activité physique		2		3
4. Prévenir les carences alimentaires et la sous-nutrition des enfants et des jeunes	2	3	1	2
5. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques liées à la nutrition : le diabète et l'obésité	8	3	1	
TOTAL D'ACTIONS	14	11	5	13

D La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La grande majorité des actions concernant la qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a été commencée mais reste peu aboutie. L'offre de soins a tout d'abord été renforcée : création de cinq plateformes territorialisées de service médico-social pour personnes handicapées et de deux plateformes pour personnes âgées, création des vingt-quatre premières places institutionnelles pour hébergement des personnes âgées en petites unités de vie (PUV), création d'une plateforme d'entraide pour l'autonomie, autorisation de deux unités d'enseignement élémentaire pour enfants autistes, structuration d'une filière Alzheimer et création du premier accueil de jour spécialisé pour les personnes âgées

malades d'Alzheimer. Par ailleurs, un important travail a été réalisé avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour optimiser les délais de traitement des droits et des prestations, et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont été signés avec tous les promoteurs du médico-social.

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue du système de prise en charge des personnes âgées et personnes en situation de handicap, un important travail se poursuit sur la filière, notamment avec l'appui des associations. L'enjeu principal est le manque prégnant de structures d'hébergement, avec un besoin estimé de l'ordre d'environ 1 000 places supplémentaires.

⁵⁹ Santé publique France, « État nutritionnel de la population mahoraise enfants et adultes : résultats de l'étude Unono Wa Maore 2019 et évolutions depuis 2006 », 5 mai 2022. Enquête réalisée auprès de la population mahoraise âgée de 18 à 69 ans.

⁶⁰ Hypertension (17,6%), diabète (7,9%), obésité (19,1%), Drees-Insee, Enquête Santé Dom, EHIS, 2019. ⁶¹ Hypertension (31%), diabète (5,3%), obésité (17%), Santé publique France, 2019.

OBJECTIFS	NOMBRE D'ACTIONS			
	A débuter	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Améliorer le repérage et le dépistage précoce du handicap		5	2	1
2. Adapter la prise en charge médico-sociale aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap	3	4	3	5
3. Favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de handicap	2	3		1
4. Améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées et le repérage de leurs fragilités		5		2
5. Expérimenter et innover en faveur du soutien à domicile des personnes âgées		3		1
6. Développer l'offre de diagnostic des troubles cognitifs et psycho-comportementaux		10		
TOTAL D'ACTIONS	5	30	5	10

E La prévention et la prise en charge des maladies chroniques

La quasi-totalité des actions de prévention et de prise en charge des maladies chroniques prévues par le PRS 2 est en cours, avec de nombreux progrès effectués dans la filière ces dernières années. Tout d'abord, cinq parcours de santé ont été consolidés : maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, AVC et addictions. Concernant la prise en charge des cancers, les actions de dépistage ont fortement progressé, grâce au déploiement de dispositifs d'« aller-vers ». Ces dispositifs ont par exemple permis à 6 600 femmes de se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus en 2021. La prise en charge du diabète a également connu une grande accélération avec la constitution d'une équipe d'endocrinologie, diabétologie et nutrition au CHM ainsi que l'ouverture d'exercice coordonné prenant appui sur une IDE ASALEE. Concernant d'autres pathologies,

d'importants événements ont été organisés comme une campagne massive de dépistage de l'hypertension artérielle et du diabète en septembre 2022 et au cours de laquelle plus de 10 000 personnes ont été dépistées. Le bilan à mi-parcours du PRS 2 se solde également par la signature du Programme mahorais alimentation, activité physique, santé.

Le principal frein au déploiement à plus large échelle et à la diversification de ces actions est la difficulté à recruter des professionnels de santé sur le territoire. Par ailleurs, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques pâtit aussi du manque d'activités médico-chirurgicales et d'activités spécialisées sur l'île (cancérologie, cardiologie, neurologie, néphrologie et chirurgie pédiatrique notamment).

OBJECTIFS	NOMBRE D'ACTIONS			
	A débuter	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires		4		
2. Construire un parcours de santé pour les patients diabétiques	4	4	2	
3. Construire un parcours de santé pour les patients atteints de maladies cancéreuses		10	4	
4. Construire des parcours de santé pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux		7	2	1
5. Prévenir et prendre en charge les conduites addictives		6	2	1
TOTAL D'ACTIONS	4	31	10	2

F La promotion et la protection de la santé mentale

De nombreuses actions de promotion et protection de la santé mentale restent à démarrer ou ont été suspendues au cours de ces quatre années. Ce constat s'explique notamment par un turn-over important au service psychiatrique freinant le développement des projets du service. Malgré tout, les années 2018- 2022 ont été marquées par

l'ouverture du premier CSAPA / CAARUD, ainsi que l'approbation du projet territorial de santé mentale et la création d'une maison de santé mentale. Des initiatives ponctuelles ont également vu le jour, comme la semaine d'information sur la santé mentale en octobre 2022.

OBJECTIFS	NOMBRE D'ACTIONS			
	A débuter/ suspendue	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Enrichir les connaissances sur la santé mentale et développer une prévention de proximité en santé mentale	2	3		2
2. Renforcer les capacités de prise en charge psychiatrique en veillant à leur intégration dans l'offre globale de soins	4	3	5	1
TOTAL D'ACTIONS	6	6	5	3

G L'environnement au service de la santé

La plupart des actions liées à l'environnement au service de la santé sont en cours. Parmi les réalisations des années passées, un pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne a été mis en place en 2021. Plusieurs actions visant à favoriser l'accès à l'eau potable ont également été mises en place

durant la pandémie de Covid-19, avec la poursuite de l'installation de bornes fontaines monétiques dans des lieux accueillant des publics précaires. Ces espaces constituent également des lieux de prévention et d'action en santé communautaire.

OBJECTIFS	NOMBRE D'ACTIONS			
	A débuter	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Améliorer l'accès à l'eau potable et à un assainissement adapté	1	3	1	
2. Limiter les risques sanitaires liés à l'habitat	2	1	1	
3. Faire évoluer les plans de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques et développer la lutte anti-vectorielle		1	2	2
TOTAL D'ACTIONS	3	5	4	2

H Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire

Concernant le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire, quasiment toutes les actions sont peu ou pas avancées. Aucune action n'a été terminée au cours de ces quatre années. Ce constat s'explique par

la réorientation importante de cet axe de travail du PRS vers des actions de lutte contre la Covid-19. Les efforts ont été notamment concentrés sur la vaccination, avec la mobilisation d'équipes importantes et l'ouverture d'un barnum de vaccination propre à l'ARS.

OBJECTIFS	NOMBRE D' ACTIONS			
	A débuter	En cours <50%	En cours >50%	Terminée
1. Contribuer au renforcement et à la pérennisation de réseaux coordonnés de veille et de sécurité sanitaire dans la région Océan Indien	1	2		
2. Renforcer la capacité à détecter précocement les signaux sanitaires et à gérer les menaces à La Réunion et Mayotte	1	3		
3. Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance	6	1		
4. Garantir une couverture vaccinale protectrice pour la population	1	3	2	
5. Renforcer la préparation des acteurs de santé à pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles, en prenant en compte les contraintes d'insularité et les difficultés d'accès aux soins spécifiques à Mayotte	1	6	1	
TOTAL D' ACTIONS	10	15	3	0

2 Evaluation d'actions sur des axes transversaux

En parallèle de l'évaluation des huit axes prioritaires du PRS OI 2, une étude sur les axes transversaux a été menée.

A PRAPS : Lutte contre la précarité

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) est considéré par une majorité d'acteurs de santé comme synthétique et clair. L'année 2021 a été marquée par l'ouverture des premières places de lits halte soins santé et de lits d'accueil médicalisés permettant l'accueil et l'hébergement de personnes vulnérables sans domicile fixe. L'ouverture de ces lits s'inscrit dans le cadre de la plateforme inclusive « précarité hébergement ». Par ailleurs, l'ac-

tion visant à désigner des référents « accès aux droits pour le territoire » est en cours : un guichet unique a été créé en partenariat avec la CSSM depuis octobre 2019. Malgré des avancées, la plupart des actions prévues par le PRAPS reste peu aboutie ou à commencer, comme la création d'un module de formation des acteurs locaux à l'accès aux droits.

PRAPS : LUTTE CONTRE LA PRECARITE	N° ACTIONS PAR STATUT			
	A débuter	Démarrée <50%	Avancée >50%	Terminée
1. Mener une réflexion multi-partenariale sur l'articulation entre accès aux droits et accès aux soins à Mayotte	2	5		
2. Construire un dispositif partenarial de repérage, d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge de la population en situation d grande précarité		7	3	
3. Ouvrir une permanence d'accès aux soins de santé au sein du centre hospitalier de Mayotte	1	1		
4. Renforcer les dispositifs d'"aller-vers" pour intervenir au plus près des lieux de vie des populations les plus précaires	1	5		
TOTAL D' ACTIONS	4	18	3	0

B Attractivité des professionnels de santé

De nombreuses actions concernant l'attractivité des professionnels de santé sont en cours ou ont été terminées en quatre ans, en particulier sur le volet « soutien à l'installation et à l'exercice des professionnels de santé ». Une cellule d'accompagnement des professionnels de santé de Mayotte et pour le développement de l'exercice coordonné (CAPLIM) a notamment vu le jour. L'attractivité du territoire mahorais a également été renforcée par le développement de formations pour les professionnels de santé dans le cadre du

projet « Suha Na Maecha » sur le développement des formations initiales et continues des trois secteurs de l'offre de soins. Enfin, l'ARS a lancé en juin 2022 le Comité intersectoriel mahorais pour l'attractivité, l'installation et la pérennisation des professionnels de santé (CIMAIPS) à Mayotte, avec plusieurs groupes de travail réunis de septembre à novembre. Ce dispositif doit permettre d'augmenter le nombre de médecins, hospitaliers comme libéraux, sur le territoire.

ATTRACTIVITE DES PROFESSIONNELS	N° ACTIONS PAR STATUT			
	A débuter	Démarrée <50%	Avancée >50%	Terminée
1. Accès aux métiers de la santé			4	1
2. Promotion de Mayotte comme destination d'exercice et d'installation auprès des professionnels de santé à Mayotte		2		2
3. Soutien installation et à l'exercice des professionnels de santé	2	1	2	3
TOTAL D' ACTIONS	2	3	6	6

C E-santé

Les actions d'e-santé ont également beaucoup progressé ces dernières années, avec une mise en œuvre grandement accélérée par la pandémie : une feuille de route pour la e-santé a été rédigée, un plan de développement de la télémédecine dans le secteur hospitalier et libéral a vu le jour et un groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) Mayotte a été créé en 2021. D'autres initiatives abouties en la matière concernent : la mise en place de la plateforme Omnidoc, qui a permis au CHM

de réaliser environ 120 actes de téléexpertise dans différentes spécialités par an. L'utilisation de mallettes de téléconsultations par l'association Ensemble pour votre santé (EPVS) a aussi encouragé la réalisation de consultations à distance depuis différents points fixes de Mayotte. En revanche, l'intégration des téléconsultations dans les soins d'urgences et non programmés sur régulation du SAMU reste à l'état embryonnaire.

Par ailleurs, selon les acteurs clés, plusieurs interventions au CHM ont été retardées et la prise en charge des femmes enceintes s'est détériorée avec les places occupées par des patients atteints par la Covid-19 qu'il fallait isoler. La pandémie a entraîné également un retard de suivi pour la prise en charge des maladies chroniques chez l'enfant.

Enfin, des retards en matière de gestion de projets et de programmes en santé sont à souligner. Ils concernent notamment la planification sanitaire (en cas de crises environnementales ou d'attentats par exemple), ou encore la construction de CPTS. Une première CPTS a finalement vu le jour en 2022 dans le sud de l'île. Un programme de contraception qui avait été mis en place en 2019 a aussi été ralenti par la pandémie, puis relancé deux ans plus tard sous la forme de la campagne « ma contraception, mon choix ». Toutefois, la pandémie a également contribué à améliorer l'offre de soins et l'organisation du système de santé mahorais par le biais de plusieurs leviers : l'apprentissage, la pérennisation de dispositifs de crise, l'augmentation des partenariats et le développement de l'activité de soin. La structuration accélérée et la pérennisation du dispositif de HAD est une bonne illustration des acquis de cette crise. Par ailleurs, certains dispositifs comme la réserve sanitaire ont été rapidement activés et des moyens plus nombreux ont été alloués pour aller vers les populations : faciliter l'accès à l'eau pour les publics précaires grâce à la construction de bornes-fontaines dans les villages, campagnes de vaccination directement dans les lycées, constitution d'équipes de soins itinérantes, etc.

Des innovations majeures ont eu lieu, notamment en ce qui concerne la politique vaccinale. Ainsi, Mayotte a été le premier territoire à déployer un programme de vaccination contre la Covid-19 en milieu scolaire, dans le secondaire (lycée). De même, l'ARS Mayotte

a été la première à disposer de son propre barnum de vaccination.

La pandémie a également souligné l'importance de coopérer entre acteurs de santé sur et en dehors du territoire. L'entraide et l'interconnexion entre Mayotte, la Réunion et l'Hexagone se sont multipliées, avec notamment une augmentation du nombre d'EVA-SAN (+ 22% d'EVASAN en 2021 par rapport à 2020). Les transports sanitaires se sont également développés à une vitesse importante : mise en place d'un héli-SMUR qui a permis la réduction d'un facteur de 6 à 10 de la durée de transfert des patients des CMR vers le CHM, mise en place d'un avion sanitaire dédié aux EVASAN, création d'une garde ambulancière. Les associations ont aussi été plus largement impliquées dans la gestion de la crise.

Enfin, des moyens financiers plus importants qu'à l'ordinaire ont été accordés aux acteurs de santé mahorais, qui ont pu obtenir le matériel qui leur était nécessaire plus rapidement. En outre, de premiers travaux de recherche orientés vers l'aide à la décision des politiques publiques ont été menés avec succès.

E-SANTE	N° ACTIONS PAR STATUT			
	A débiter	Démarrée <50%	Avancée >50%	Terminée
1. Investir dans les systèmes d'information		3	1	2
TOTAL D'ACTIONS	0	3	1	2

3 Impact de la pandémie sur les actions du PRS

La pandémie de Covid-19 a fortement impacté la réalisation des actions du PRS OI 2. Plus de 50 entretiens individuels et 28 ateliers thématiques auprès d'acteurs clés du système de santé mahorais ont permis de dresser un bilan des conséquences de la pandémie sur les actions du PRS. Certaines actions décidées il y a quatre ans ont été accélérées, d'autres ont été créées et immédiatement mises en œuvre. A l'opposé, certaines actions moins prioritaires ont été retardées ou abandonnées faute de temps et/ou de moyens.

Les conséquences négatives de la pandémie sur les actions du PRS sont nombreuses et concernent tant les personnels de santé et les patients que la prise en charge médicale et la gestion de projets et programmes en santé. Selon les acteurs interrogés, la pandémie a entraîné une augmentation des départs chez les personnels de santé. Le turn-over

des personnels non médicaux et sages-femmes du CHM suit en effet une tendance à la hausse entre 2020 et 2022, avec un taux déjà important et supérieur à 1,5% en 2020⁶². Cette augmentation du nombre de départs s'accompagne d'une augmentation des arrivées encore plus importante. Le turnover du personnel médical est en augmentation de 22% en 2021 par rapport à 2020, et s'explique par le renfort Covid-19 sollicité pour assister l'équipe médicale pendant le pic de janvier à mars 2021⁶³. En ce qui concerne les patients, on remarque une hausse des cas de dépression et d'addiction. La pandémie a également mis en lumière le niveau élevé de renoncement aux soins sur le territoire, avec 45% de la population ayant dû renoncer ou reporter à des soins en 2019 selon l'enquête Unono wa maore.

Conclusions de l'évaluation du PRS OI

De manière générale, l'évaluation du PRS OI a permis de constater un niveau inégal de déploiement des actions en fonction des thématiques, certaines étant d'ores et déjà terminées ou bien avancées (santé nutritionnelle, prévention des maladies chroniques, environnement au service de la santé, attractivité du territoire pour les professionnels de santé, e-santé), tandis que d'autres sont encore peu abouties (santé des femmes-mères-enfants et personnes âgées et handicapées) voire n'ont pas été engagées (santé des jeunes, santé mentale, veille sanitaire et lutte contre la précarité).

Outre l'appréciation de l'état d'avancement des différentes actions du PRS, les entretiens conduits ont révélé que la majorité des professionnels libéraux ne connaissaient pas le PRS. Il en découle la nécessité de renforcer la communication interne et externe sur ce projet. Il ressort également de cette évaluation que peu d'actions spécifiques sont pensées pour les professionnels libéraux, et notamment pour les kinésithérapeutes, dentistes et biologistes.

Enfin, évaluer le PRS OI avec la rédaction du PRS Mayotte en perspective a permis de confirmer le besoin d'adapter le PRS OI au contexte et aux spécificités de Mayotte, afin de faciliter l'appropriation du nouveau PRS par les acteurs locaux notamment. Toutes les actions devront également être déclinées pour la santé des jeunes et la précarité, qui représentent la majorité de la population mahoraise. D'autres actions ont été fréquemment pointées comme manquantes dans le PRS OI et souhaitées pour le nouveau PRS Mayotte comme la mise en place d'unions régionales des professionnels de santé (URPS) de plein exercice à Mayotte.



ANNEXES

Annexe 2: Liste des acronymes



3C	Centre de Coordination en Cancérologie	EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
AESH	Assistant d'Education Scolaire pour personnes Handicapées	EIG	Evènement Indésirable Graves
AME	Aide Médicale d'Etat	ELSA	Equipes de Liaison de Soins en Addictologie
AMP	Aide Médicale à la Procréation	EMASP	Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
APA	Activité Physique Adaptée	EMG	Electromyogramme
APV	Auto-Prélèvement Vaginal	EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ARS	Agence Régional de Santé	EPVS	Ensemble Pour Votre Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance	ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ASSU	Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence	ESMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ATSU	Association de transports sanitaires d'urgences	ESP	Equipes de Soins Primaires
BQP	Bouclier Qualité Prix	EVASAN	Evacuation Sanitaire
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues	FALC	Facile à Lire et à Comprendre
CAPLIM	Cellule d'Appui aux Professionnels de santé Libéraux de Mayotte	FCV	Frottis Cervico-Vaginal
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale	FIV	Fécondation In Vitro
CCP	Centre de Consultation de Proximité	FMIH	Fédération Médicale Inter hospitalière
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé	GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
CDS	Centre de Santé	GRADeS	Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé
CHM	Centre Hospitalier de Mayotte	HAD	Hospitalisation à domicile
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	HAS	Haute Autorité de Santé
CIMAIPS	Comité Intersectoriel Mahorais pour l'Attractivité, l'Installation et la Pérennisation des Professionnels de Santé	HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire (Loi)
CIRAD	Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement	HPV	Papillomavirus humain
CLS	Contrat Local de Santé	HTA	Hypertension Artérielle
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique	IADE	Infirmier Anesthésiste
CMR	Centre Médical de Référence	IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire
CMU	Couverture Maladie Universelle	ICF	Indicateur Conjoncturel de Fécondité
CNR	Conseil National de la Refondation	IDE	Infirmier diplômé d'Etat
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens CPS Compétences Psychosociales	IGAS	Inspection générale des affaires sociales
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	INCa	Institut National Du Cancer
CRAPS	Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire	Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
CRCDC	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers	IOA	Infirmier organisateur de l'accueil
CREAI	Centre Régional d'Actions et d'Informations	IPA	Infirmiers en Pratiques Avancées
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie	IRCEE	Insuffisance Rénale Chronique par Epuration Extrarénale (traitement de)
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSSM Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte	IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique	IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
DEA	Diplôme d'Etat Ambulancier	IST	Infection Sexuellement Transmissible
DEETS	Directions de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités	IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
DMS	Durée Moyenne de Séjour	LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
DROM	Département et Région D'Outre-Mer	LHSS	Lits Halte Soins Santé
DTP	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	MCO	Médecin Chirurgie Obstétrique
DU	Diplôme Universitaire	MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
		MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
		OI	Océan Indien
		OQOS	Objectifs Quantitatifs de l'Offre de Soins
		ORS	Observatoire Régional de la Santé
		PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
		PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
		PDS	Permanence de Soins
		PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
		PISU	Protocole infirmier de soins d'urgences
		PJJ	Protection Juridique de la Jeunesse

PMAAPS	Programme Mahorais Alimentation, Activité Physique et Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Projet Régional Santé Environnement
PRSM	Projet Régional de Santé de Mayotte
PS	Professionnel de Santé
PSSM	Premier Secours en Santé Mentale
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
PUMa	Protection universelle maladie
PUV	Petites Unités de Vie
RAA	Registre des Actes Administratifs
REB	Risques Epidémiques et Biologiques
REDECA	REseau de DEpistage des CAncers
RSA	Revenu de Solidarité Active
RQTH	Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé
SAMSAH	Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAS	Service d'Accès aux Soins
SF	Sage-femme
SISM	Semaines d'information sur la santé mentale
SNS	Schéma national de santé
SpF	Santé publique France
SRA	Structure Régionale d'Appui
SRS	Schéma Régional de Santé
SSE	Situation Sanitaire Exceptionnelle
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TEP	Tomographie à Emission de Positons
TLC	Téléconsultation
TLM	Télémedecine
TMSC	Traitements Médicaux Systémiques du Cancer
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UCSA	Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires
UEEA	Unité d'Enseignement en Elémentaire Autisme
UEMA	Unités d'Enseignement en Maternelle
UFR	Unité de Formation et de Recherches
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USPC	Unité de Soins Prolongés Complexes
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

ars

● Agence Régionale de Santé
Mayotte

Centre Kinga
90, route Nationale 1 - Kawéni — BP 410
97600, Mamoudzou, Mayotte

www.mayotte.ars.sante.fr

