



Le président

Saint-Denis, le 02 JUIN 2015

P 15 - 135

RECOMMANDE AVEC A.R

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 20 avril 2015, j'ai porté à votre connaissance, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, le rapport d'observations définitives établi par la chambre régionale des comptes sur la gestion des maternités du centre hospitalier de Mayotte pour les exercices 2008 et suivants, en vous demandant d'y adjoindre une éventuelle réponse.

Dans le délai d'un mois, vous avez souhaité, par lettre du 21 mai 2015, apporter une réponse écrite à ces observations.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous transmettre, ci-joint, le rapport d'observations définitives, complété de votre réponse.

En application de l'article L. 243-5 précité du code des juridictions financières, ce rapport doit être communiqué à l'assemblée délibérante dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour et être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres. Il fait l'objet d'un débat.

Je vous prie de bien vouloir informer le greffe de la juridiction de la date à laquelle cette communication à l'organe délibérant aura eu lieu. A compter de cette date, ce rapport d'observations définitives deviendra alors communicable à tout tiers demandeur. Enfin, je vous informe que copie de ce rapport est transmise au préfet et au directeur régional des finances publiques de Mayotte, en application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, ainsi qu'à la directrice générale de l'Agence de santé Océan indien.

Je vous d'agrée, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération très distinguée.

Christian Roux

Conseiller référendaire à la Cour des comptes

Monsieur Etienne Morel
Directeur du centre hospitalier de Mayotte
BP 04
97600 Mamoudzou



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LES MATERNITES DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE
Exercices 2008 et suivants

RESUME

Une organisation de l'obstétrique et de la périnatalité unique en France

Souvent présenté comme la première maternité de France, le centre hospitalier de Mayotte (CHM) est en 2013 la cinquième (6 003 accouchements). Avec sa maternité centrale à Mamoudzou et ses quatre maternités périphériques, le CHM se caractérise par une organisation de l'obstétrique et de la périnatalité unique en France. Seule la maternité de Mamoudzou dispose d'un plateau technique fonctionnel et d'une équipe médicale sur place composée de gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes réanimateurs. En raison de la difficulté à recruter et fidéliser les médecins, les maternités périphériques fonctionnent exclusivement avec les sages-femmes qui réalisent les accouchements normaux et transfèrent vers la maternité centrale les accouchements à risque.

La maternité de Mamoudzou, qui réalise plus de 65 % des accouchements, est souvent saturée faute de lits en nombre suffisant alors que les maternités périphériques sont surdimensionnées, ce qui contraint le CHM à organiser des transferts par minibus des femmes accouchées et de leur bébé de Mamoudzou vers les maternités périphériques trois heures après l'accouchement. Ces transferts font courir des risques aux femmes et aux bébés et s'exercent dans des conditions irrégulières au regard de la réglementation relative aux transports sanitaires. Les femmes enceintes sont également transférées des maternités périphériques vers la maternité de Mamoudzou pour les accouchements à risque mais la sécurité de ces transferts se heurte à l'absence de transport médicalisé dédié.

Afin de faire face au déficit de gynécologues-obstétriciens, l'hôpital a recours à un nombre important de contractuels et à la réserve sanitaire en 2014. Les effectifs d'anesthésistes ne permettent pas à l'établissement de proposer une prise en charge satisfaisante de la douleur péri-obstétricale. La tension dans les effectifs des pédiatres se traduit par un suivi pédiatrique erratique des nouveau-nés dans les maternités périphériques.

Des maternités périphériques dont le fonctionnement est irrégulier et des activités de gynécologie-obstétrique et néonatalogie non autorisées.

Le fonctionnement des maternités périphériques ne respecte pas les conditions techniques prévues par le code de la santé publique : les effectifs médicaux en secteur des naissances et en hospitalisation ne sont pas respectés, la continuité des soins obstétricaux et chirurgicaux n'est pas assurée et les interventions chirurgicales abdomino-pelviennes ne sont pas envisageables. Les maternités périphériques n'entrent dans aucun cadre juridique : elles ne sont ni des maternités de niveau 1, ni des centres périnataux de proximité (CPP), ni des maisons de naissance.

Par ailleurs, alors qu'en application des articles L. 6122-1 et R. 6122-25 du code de la santé publique, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale font partie des activités de soins soumises à l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS), ni

l'établissement ni l'ARS n'ont trouvé trace d'une autorisation pour des activités qui représentent plus de 50 % de l'activité totale de l'hôpital. La maternité du CHM est présentée par la tutelle comme étant une maternité de niveau 2b c'est-à-dire disposant d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de soins intensifs. Dans les faits, en raison notamment de l'insularité, la maternité du CHM a une activité relevant du niveau 3 car elle dispose d'une unité de réanimation néonatale non reconnue.

Des indicateurs de périnatalité préoccupants.

Les indicateurs de l'hôpital montrent la croissance des accouchements hors CHM et des grossesses précoces et l'impossibilité pour l'hôpital de réaliser des césariennes en code rouge (extraction de l'enfant en 15 minutes) pour les femmes transférées des maternités périphériques. Le taux de prématurité du CHM représente le double de celui observé en métropole. Une part non négligeable des naissances prématurées a lieu dans les maternités périphériques alors même qu'elles ne disposent d'aucun pédiatre présent en salle de naissance.

Le contrôle a révélé le suivi peu rigoureux des décès maternels qui sont sous-évalués, ne couvrant que ceux intervenus lors du séjour à l'hôpital. Le CHM chiffre à 16 le nombre de décès entre janvier 2009 et juillet 2014 et ne connaît pas les causes de ces décès. Selon des études extérieures au CHM, à Mayotte, comme à La Réunion et en Ile de France, l'hémorragie de la délivrance reste la première cause des décès maternels. Si à Mamoudzou l'existence d'un bloc obstétrical et la présence d'une équipe médicale sont de nature à sécuriser la prise en charge de ces hémorragies, tel n'est pas le cas des maternités périphériques qui en outre ne disposent pas de dépôt de sang. Avec un taux de mortinatalité (mort-nés) de 14,7 ‰ en 2010 et de 14,3 ‰ en 2013, Mayotte est très largement au-dessus du niveau national (9,2 ‰ des naissances totales en 2010). Le taux de mortalité néonatale observé au CHM (3,17 ‰ en 2010) reste également plus élevé que le niveau national (2,3 ‰ en 2010). Le pilotage des risques reste insuffisant. Peu de revues de mortalité morbidité sont organisées, notamment à l'occasion des décès et des événements indésirables graves qui gagneraient à être mieux cernés.

L'urgence d'une réorganisation de la filière de périnatalité.

Le CHM est assez peu présent dans le suivi des grossesses normales qui, jusqu'au 8^{ème} mois, sont très majoritairement prises en charge par le service départemental de la protection maternelle et infantile (PMI) dans des conditions matérielles dégradées. Les grossesses pathologiques sont suivies par l'hôpital avec un dépistage qui repose exclusivement sur la PMI et des consultations à l'hôpital réalisées majoritairement par les sages-femmes. Les indicateurs de périnatalité plaident pour une clarification du rôle de la PMI et de l'hôpital dans le suivi de la grossesse et une forte implication du CHM.

Par ailleurs, afin de sécuriser les accouchements réalisés dans les maternités périphériques, l'hôpital travaille à la mise en place de deux outils – les délégations de compétence et la télé-médecine – qui, malgré leur intérêt, se heurtent à de nombreuses limites. Le maintien des maternités rurales en l'état actuel des effectifs médicaux est contraire à la réglementation relative aux conditions techniques de fonctionnement des unités d'obstétrique et pose des problèmes de sécurité. Cette situation conduit la chambre à demander au CHM d'identifier, dans un calendrier précis, les mesures à prendre pour mettre le fonctionnement des maternités périphériques en accord avec la réglementation.

Enfin, la multiplication d'objectifs ambitieux sans mesure de leurs résultats et l'empilement des rapports et études portant exclusivement ou pour partie sur les problématiques de périnatalité et de prise en charge des femmes enceintes par le CHM révèlent le manque de pilotage stratégique de la périnatalité à Mayotte.

RECOMMANDATIONS ET OBSERVATIONS DE LA CHAMBRE

- 1) Régulariser la situation du transport sanitaire des femmes et des nouveau-nés transférés de Mamoudzou vers les maternités périphériques (p. 15) ;
- 2) Mettre en place une astreinte de nuit à la maternité de Dzaoudzi afin de garantir la présence en permanence d'une sage-femme (p. 17) ;
- 3) Mettre en place un suivi précis des décès maternels (nombre de décès, lieu, cause) (p. 31) ;
- 4) Systématiser la tenue de revues de mortalité morbidité pour les cas de décès de la mère et de l'enfant (p. 34) ;
- 5) Définir clairement les modalités de suivi de la grossesse à risque entre les maternités périphériques et la maternité centrale (p. 45) ;
- 6) Mettre en place les consultations obligatoires du début du troisième trimestre de grossesse et s'impliquer davantage dans le suivi des grossesses (p. 45) ;
- 7) Identifier, dans un calendrier précis, les mesures à prendre pour mettre le fonctionnement des maternités périphériques en accord avec la réglementation (centres périnataux de proximité, maternités de niveau 1) (p. 51) ;
- 8) Solliciter auprès de l'ARS l'autorisation d'exercice pour les activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie (p. 51) ;
- 9) Jouer un rôle actif dans une instance qui réunirait l'ensemble des acteurs de la filière autour d'une stratégie partagée avec des calendriers prévisionnels de réalisation ainsi que des indicateurs permettant d'en évaluer périodiquement les résultats, la performance et les coûts (p. 53).

SOMMAIRE

1. Procédure	5
2. Une organisation de l'obstétrique et de la périnatalité unique en France.....	6
2.1. Une maternité centrale à Mamoudzou et quatre maternités périphériques	6
2.2. Un nombre de salles de travail et de pré-travail non réglementaire à la maternité de Mamoudzou	6
2.3. Sur Grande Terre, des maternités périphériques bien équipées mais sans gynécologues-obstétriciens et anesthésistes	7
2.4. Sur Petite Terre, une maternité vétuste et sans salle de pré-travail.....	7
2.5. Une organisation dictée par la pénurie de médecins	8
2.6. Une répartition déséquilibrée des capacités d'accueil entre le site central et les maternités périphériques	11
2.7. La sécurité des patientes et des bébés suppose une organisation optimale des transferts entre structures	13
3. Des maternités périphériques dont le fonctionnement est irrégulier et des activités de gynécologie-obstétrique et néonatalogie non autorisées.....	17
3.1. Des maternités périphériques dont le fonctionnement est irrégulier et n'entre dans aucune catégorie juridique	17
3.2. Les activités de gynécologie-obstétrique et néonatalogie non autorisées.....	20
3.3. L'exercice de la réanimation néonatale à un niveau non formellement prévu	22
4. Des indicateurs de périnatalité préoccupants.....	24
4.1. Les indicateurs sur l'accouchement.....	24
4.2. Les indicateurs de prématurité	30
4.3. Les indicateurs de mortalité de la mère et de l'enfant.....	31
5. L'urgence d'une réorganisation de la filière de périnatalité.....	37
5.1. La nécessité de renforcer le rôle de l'hôpital dans le suivi de la grossesse	37
5.2. La sécurisation des accouchements par une transformation nécessaire des maternités périphériques	47
5.3. L'absence de pilotage stratégique	51
6. Une facturation des soins aux femmes enceintes non affiliées non conforme aux dispositions de l'article L. 6416-5 du code de la santé publique	53

1. Procédure

La chambre régionale des comptes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des maternités du centre hospitalier de Mayotte (CHM) pour les exercices 2008 et suivants. Ce contrôle s'inscrit dans le cadre d'une enquête menée par la Cour des comptes et un certain nombre de chambres régionales des comptes. Il reprend les rubriques demandées.

Ce contrôle a été ouvert par la lettre du 6 mars 2013 adressée à M. Etienne Morel, ordonnateur en fonctions depuis le 1^{er} mars 2013, et à M. Alain Daniel, ordonnateur du 1^{er} janvier 2007 au 28 février 2013.

L'entretien préalable prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 21 novembre 2014 avec l'ancien ordonnateur et le 26 novembre 2014 avec l'ordonnateur en fonctions.

La chambre, lors de sa séance du 27 novembre 2014, a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont donné lieu à l'envoi d'un rapport d'observations provisoires aux ordonnateurs en fonctions durant la période ainsi qu'aux tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 31 mars 2015, a arrêté ses observations définitives qui sont développées dans le présent rapport.

PREAMBULE : présentation du système de santé et du CHM

Au recensement de 2012, l'INSEE dénombre à Mayotte une population de 212 600 habitants. Plus de la moitié de la population a moins de 18 ans, faisant ainsi de Mayotte le département le plus jeune de France. Avec 570 habitants au km², Mayotte est le département français le plus densément peuplé après ceux de l'île de France. Le pôle urbain de Mamoudzou compte 27 % de la population totale. En 2012, 84 600 étrangers résident à Mayotte ; 95 % d'entre eux sont de nationalité comorienne. La part des étrangers se stabilise à 40 %. Mayotte demeure le département français où la part d'étrangers dans la population est la plus importante, devant la Guyane.

Apparus dans les années soixante-dix, les hôpitaux de Mamoudzou et de Dzaoudzi assuraient l'accueil des urgences 24h/24 et les soins hospitaliers dans les différentes disciplines (médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et réanimation). L'hôpital de Mayotte est devenu un établissement public de santé autonome le 1^{er} avril 1997. Les sept maternités rurales existantes alors sont rattachées à l'hôpital en 1999. Les dispensaires et des cabinets dentaires dépendent de l'hôpital depuis le 1^{er} janvier 2004.

L'offre libérale à Mayotte est encore embryonnaire : on ne compte début 2014 que 17 généralistes et cinq spécialistes. La seule activité hospitalière privée sur Mayotte date de 2012 ; elle concerne la dialyse. Le CHM constitue donc le recours essentiel en matière d'accès à la santé. Avec ses cinq maternités - la maternité centrale à Mamoudzou et les maternités dites périphériques : la maternité sur Petite Terre à Dzaoudzi, la maternité du Sud à Mramadoudou (commune de Chirongui), la maternité du Nord à Dzoumogné (commune de Bandraboua) et la maternité du Centre à Kahani (commune de Ouangani) - le CHM est le seul établissement où se déroulent les accouchements à Mayotte.

2. Une organisation de l'obstétrique et de la périnatalité unique en France

2.1. Une maternité centrale à Mamoudzou et quatre maternités périphériques

L'activité de la maternité du CHM est répartie entre le site central de Mamoudzou et les quatre centres de référence périphériques répartis sur l'ensemble du territoire : Kahani (centre de l'île), Mramadoudou (sud de l'île), Dzaoudzi (Petite Terre) et Dzoumogné (nord de l'île).

Pour l'ensemble des activités du CHM, le site central qui dispose du seul plateau technique de l'île est l'établissement de recours. Les quatre centres périphériques sont dotés d'une permanence médicale pour traiter les premières urgences 24h/24, 7j/7. Ils effectuent des consultations de premier recours de médecine générale et spécialisée et disposent d'une maternité qui assure la prise en charge des accouchements physiologiques¹. Le centre de Petite Terre dispose également de lits de médecine. Au final, le CHM dispose donc de cinq maternités regroupées dans le pôle de gynécologie-obstétrique.

Au 31 décembre 2013, les capacités du pôle gynécologie-obstétrique sont de 112 lits et places répartis entre les cinq structures. Le site de Mamoudzou dispose de 25 lits de suites de couches (grossesses physiologiques²), de 17 lits pour les grossesses à haut risque (grossesses pathologiques) et de 2 lits d'hospitalisation de jour d'obstétrique. Les trois maternités de Grande Terre (sud, nord, centre) disposent chacune de 20 lits de suites de couches et le site de Dzaoudzi de 8 lits.

2.2. Un nombre de salles de travail et de pré-travail non réglementaire à la maternité de Mamoudzou

La maternité de Mamoudzou dispose de quatre salles de travail, de deux chambres doubles de pré-travail et d'une salle de césarienne pour les urgences. Une salle est disponible au bloc central pour l'activité programmée de césarienne. À l'issue des travaux qui sont actuellement en cours et dont l'achèvement est prévu en 2015, la maternité de Mamoudzou disposera de sept salles de travail et de trois chambres de pré-travail.

Même après les travaux, la maternité de Mamoudzou ne respectera pas les dispositions réglementaires concernant le nombre de salles de travail et de pré-travail. En effet, en application de l'article 7³ de l'arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale et compte tenu de son niveau d'activité (4 465 naissances en 2013), cette maternité devrait être dotée au minimum de huit salles de travail et de cinq salles de

¹ Selon les critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé, un accouchement physiologique est un accouchement à terme (entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée) dont le déclenchement est spontané et pour lequel le bébé est en position céphalique (tête en bas).

² Les grossesses physiologiques représentent les grossesses normales.

³ Article 7 de l'arrêté 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale : (...)

- Si le nombre annuel d'accouchements est compris entre 500 et 1 000 accouchements, le nombre minimum de salles est de 2 pour les salles de travail et de 1 pour les salles de pré-travail. (...)
- Si le nombre annuel d'accouchements est compris entre 2 501 et 3 000, le nombre minimum de salles est de 6 pour les salles de travail et de 3 pour les salles de pré-travail.

Au-dessus de 3 000 accouchements, l'unité d'obstétrique dispose d'une salle de travail et d'une salle de pré-travail supplémentaires par tranche de 1 000 accouchements.

pré-travail (à titre de comparaison, le site Sud du CHU de la Réunion dispose de huit salles de travail et de cinq salles de pré-travail pour 4 246 accouchements en 2013).

2.3. Sur Grande Terre, des maternités périphériques bien équipées mais sans gynécologues-obstétriciens et anesthésistes

Les trois maternités de Grande Terre sont des constructions récentes, réalisées dans le cadre du plan hôpital 2007, et bien équipées. Elles disposent chacune d'une salle d'examen, d'un secteur des naissances comprenant deux salles d'accouchement et deux salles de pré-travail et d'une réanimation bébé équipée de deux postes et d'une couveuse.

Conformément à la réglementation, un bloc dédié à la pratique des césariennes a été construit sur chaque site mais, faute d'obstétriciens et d'anesthésistes, ces locaux n'ont pas été équipés et ont été reconvertis en salle de réunion ou en local de stockage.

Les consultations de psychiatrie qui devraient avoir lieu dans la partie « dispensaire » du centre de référence de Mramadoudou ont lieu chaque semaine dans la maternité.

2.4. Sur Petite Terre, une maternité vétuste et sans salle de pré-travail

La maternité de Dzaoudzi qui n'a pas bénéficié du plan hôpital 2007 dispose de locaux anciens, vétustes et non fonctionnels. Comme les autres maternités périphériques, elle ne dispose pas de gynécologues-obstétriciens ni d'anesthésistes. Le centre de référence de Petite Terre est situé dans les locaux du premier hôpital de Mayotte qui date de la fin du XIX^{ème} siècle et n'est plus adapté à la délivrance de soins hospitaliers. Le secteur des naissances comprend une salle d'accouchement avec deux lits séparés par un paravent ; il n'y a pas de salle dédiée à l'activité de pré-travail alors qu'en application des dispositions des articles D. 6124-38 et D. 6124-39 du code de la santé publique, le secteur de naissance doit disposer d'au moins une salle de pré-travail.

S'agissant de l'hébergement des patientes, la maternité dispose de deux chambres individuelles et de deux chambres à trois lits dépourvues de sanitaires. Or, en application de l'article D. 6124-45 du code de la santé publique, les chambres du secteur d'hospitalisation après l'accouchement comprennent au maximum deux lits de mères avec les berceaux de leurs enfants.

Même si le nombre d'accouchements est moins important que dans les autres sites périphériques, ce centre est essentiel pour de nombreuses femmes enceintes qui dépendent de la barge pour se rendre à la maternité de Mamoudzou. Son activité est pour le moment supérieure au seuil minimum de 300 accouchements nécessaires au maintien d'une unité d'obstétrique. En deçà de ce seuil, le maintien n'est envisageable qu'à titre exceptionnel si l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population (article R. 6123-50 du code de la santé publique⁴).

⁴ Article R. 6123-50 du code de la santé publique : L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 6122-1 et L. 6122-2, que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population (...).

Un projet de construction d'un nouvel hôpital sur Petite Terre est à l'étude. Ce projet d'un montant global de 27 M€ selon l'ARS, retenu dans le cadre du programme opérationnel des fonds européens⁵, pourrait bénéficier d'une aide de l'Europe de 18,6 M€. Le projet consiste à déplacer l'établissement sur un terrain cédé gratuitement par l'État et le département, à augmenter son périmètre d'activité (soins de suite et de réadaptation) et à regrouper l'activité de consultations des deux dispensaires de Petite-Terre. L'activité d'obstétrique serait maintenue avec six lits en raison des particularités géographiques qui nécessitent de recourir à la barge lors des transferts vers le site central (délais de transfert plus longs que pour les maternités périphériques de Grande Terre et absence de rotations une partie de la nuit). La limitation du nombre de lits d'obstétrique ne respectera toutefois pas les dispositions de l'article D. 6124-36 du code de la santé publique selon lesquelles toute unité d'obstétrique nouvellement créée doit comprendre au minimum 15 lits.

L'ARS indique que, compte-tenu de l'impossibilité d'organiser le service de maternité selon les normes réglementaires et sous réserve de trouver une solution pour le transport urgent, l'activité d'accouchement ne sera pas maintenue sur Petite-Terre et le centre périnatal de proximité y sera organisé (suivi de grossesse, préparation à l'accouchement, échographies, etc.).

2.5. Une organisation dictée par la pénurie de médecins

2.5.1. Le déficit de gynécologues-obstétriciens

Les effectifs théoriques de gynécologues-obstétriciens sont de 15 équivalents temps plein (ETP) de praticiens hospitaliers et de deux assistants partagés avec le CHU de La Réunion, soit 17 ETP. Dans les faits, les effectifs réels sont souvent inférieurs aux 12 ETP que le CHM estime nécessaires au fonctionnement a minima garantissant la sécurité des patients (cf. tableau n° 1).

Dans les effectifs réels, seuls 4 ETP sont des praticiens hospitaliers titulaires, deux sont des assistants partagés avec le CHU de La Réunion et les autres gynécologues-obstétriciens sont des remplaçants. Le service de gynécologie-obstétrique dépend donc des remplaçants pour assurer le fonctionnement a minima. Afin de faire face au déficit de médecins, l'hôpital a recours à des contractuels en nombre important dont certains ont un contrat inférieur à deux mois, ce qui n'est pas sans conséquence financière pour l'hôpital⁶ et pour l'organisation du service de gynécologie-obstétrique. Ce déficit en gynécologues-obstétriciens et le turn-over qu'il génère rendent en effet difficile la mise en place d'une organisation efficiente et pérenne (cf. infra).

Tableau n° 1 : effectifs réels des gynécologues-obstétriciens en 2013 et 2014

Effectifs réels	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
2013	12,7	12,7	12	10,4	11,9	9,8	12,4	12,4	12	12,3	9	9,7
2014	10,8	13	12,4	9,6	10,6	10,6	12,4	8,8	10,5	11,6	11	9

Source : CHM

⁵Projet retenu au titre du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) pour les Régions Ultra-Périphériques (RUP).

⁶Cf. le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Mayotte sur le personnel médical et non médical, exercices 2007 et suivants.

Compte-tenu du déficit de gynécologues-obstétriciens durant la période estivale fin juin 2014 l'établissement a fait appel à la réserve sanitaire prévue par l'article L. 3132-1⁷ du code de la santé publique. L'établissement public de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a mis à la disposition du CHM 13 gynécologues qui se sont succédé durant la période du 22 juin au 15 septembre 2014. L'hôpital a déjà inscrit dans ses prévisions pour le dernier semestre de l'année 2014 un recours supplémentaire à l'EPRUS et envisage de donner un caractère pérenne à la réserve sanitaire en la mobilisant à nouveau en 2015. Le recours aux médecins de la réserve sanitaire et aux remplaçants de courte durée n'a pas permis à l'hôpital de couvrir le fonctionnement à minima de la gynécologie-obstétrique (12 gynécologues-obstétriciens) entre le 6 juillet et le 16 août 2014.

L'établissement a publié cinq postes de praticiens hospitaliers en gynécologie-obstétrique en avril 2014 mais n'a pu en recruter qu'un seul et a publié à nouveau cinq postes en octobre 2014. Le CHM compte sur le dispositif mis en place par le décret n° 2014-1024 du 8 septembre 2014 qui crée une indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers à Mayotte mais le directeur de l'hôpital fait remarquer que l'obligation de domiciliation à Mayotte pour quatre ans diminue l'attractivité de cette indemnité. Elle aurait gagné à un versement proportionnel avec toutefois une durée minimale. L'ARS a indiqué à la chambre qu'au 31 décembre 2014, 48 praticiens hospitaliers ont contractualisé dans le cadre de ce dispositif, dont trois gynécologues obstétriciens.

Pour faire face à cette pénurie médicale, la ministre de la santé a autorisé l'établissement à élargir le recrutement aux médecins hors Union européenne recrutés en qualité de praticiens attachés associés.

La convention signée avec le CHU de La Réunion en novembre 2013 prévoit le recrutement d'assistants associés placés sous l'autorité des praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH) de La Réunion qui alterneront une année à Mayotte et une année à La Réunion. Elle prévoit également une présence régulière des PU-PH à Mayotte pour assurer des missions visant à promouvoir un encadrement médico-pédagogique des équipes.

2.5.2. Les anesthésistes : un effectif désormais suffisant pour les urgences obstétricales mais des consultations pré-anesthésiques et une prise en charge de la douleur encore problématiques

Le bloc obstétrical de Mamoudzou doit fonctionner 24h/24 et 7j/7 avec une garde d'anesthésie dédiée aux urgences. Le CHM et l'ARS estiment à 14 le nombre nécessaire de postes de praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs pour sécuriser la garde d'anesthésie dédiée 24h/24 et 7 jours/7. Entre 2010 et 2013, l'établissement a reçu les moyens lui permettant de disposer désormais de 13 anesthésistes. En 2014 la direction générale de l'offre des soins a octroyé les moyens nécessaires pour le recrutement d'un anesthésiste supplémentaire.

Au-delà de la garde dédiée à l'obstétrique, les effectifs d'anesthésistes ne permettent pas à l'établissement de proposer une prise en charge satisfaisante de la douleur péri-obstétricale, la pose de la péridurale restant encore marginale. De plus, l'état des effectifs complique la mise en place de la consultation d'anesthésie du 9^{ème} mois ainsi d'ailleurs que la consultation pré-anesthésique obligatoire au début du 3^{ème} trimestre de grossesse (cf. infra).

⁷ Article L. 3132-1 du code de la santé publique : « en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaire graves sur le territoire national, il est institué une réserve sanitaire ayant pour objet de compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'État, des collectivités territoriales, des agences régionales de santé, des établissements de santé et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile »

2.5.3. Les sages-femmes : un turn over important et un niveau d'encadrement insuffisant à Mamoudzou

Le CHM compte 103,3 ETP de sages-femmes dont près de la moitié est renouvelée quasiment chaque année (43,3 départs contre 45 arrivées en 2013). Ces ETP se répartissent entre les maternités de la façon suivante : 53,3 à Mamoudzou, 10 à Dzaoudzi, 11 à Dzoumogné, 14 à Kahani et 15 à Mramadoudou. Le turn-over important concerne pour l'essentiel des sages-femmes peu expérimentées recrutées par l'hôpital à la sortie de l'école.

Avec trois sages-femmes 24h/24 et 7j/7 en salle de naissance sur le site de Mamoudzou pour 4 500 naissances annuelles, les effectifs sont inférieurs à ce que prévoit la réglementation. Dans un document daté du 27 mars 2013, les sages-femmes proposaient de réajuster les effectifs afin de sécuriser le bloc obstétrical de Mamoudzou pour lequel le taux d'encadrement des accouchements est en effet en dessous du niveau prévu par l'article D. 6124-44 du code de la santé publique. Selon les dispositions de cet article, en dessous de 1 000 naissances, une sage-femme est affectée en permanence dans le secteur de naissance et, au-delà de 1 000 naissances, l'effectif global des sages-femmes du secteur des naissances doit être majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires. Dès lors, selon les calculs réalisés par les sages-femmes et repris par l'ARS, le respect du code de la santé publique suppose la mobilisation de quatre sages-femmes 24h/24 et 7j/7 en salle de naissance⁸. Par un courrier du 26 mai 2014, l'ARS a demandé à la direction générale de l'offre des soins des moyens supplémentaires pour la création de sept ETP de sages-femmes, soit un surcoût de 384 130 €. Ces moyens supplémentaires ont été accordés à l'établissement.

2.5.4. L'absence de pédiatres dédiés à la maternité

Dans son pôle de néonatalogie, l'établissement dispose d'un effectif théorique de 13 ETP de praticiens hospitaliers pédiatres et d'un assistant partagé avec le CHU de La Réunion, soit 14 ETP. Dans les faits, les effectifs réels sont en dessous du niveau théorique, avec en moyenne 12,4 ETP en 2014 (cf. tableau n° 2). Aucun pédiatre n'est affecté aux maternités du CHM ; les pédiatres du pôle de néonatalogie interviennent dans les maternités en cas de nécessité.

Tableau n° 2 : effectifs réels des pédiatres en néonatalogie

Effectifs réels	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
2013	9,35	10,57	11,35	9,50	11,87	10,9	9	10,1	12,1	12,2	13,5	12
2014	11,5	11,5	11,5	11,7	12,7	11	13,6	13,7	14	12,1	13,2	12,3

Source : CHM

Lorsqu'un nouveau-né nécessite d'être réanimé, la réanimation est débutée par les sages-femmes jusqu'à l'arrivée d'un pédiatre du pôle de néonatalogie si l'accouchement a lieu dans la maternité de Mamoudzou. Dans une maternité périphérique, les premiers gestes de réanimation sont dispensés par la sage-femme jusqu'au transfert du nouveau-né à Mamoudzou dans des conditions souvent difficiles (cf. infra).

⁸ Une sage-femme 24h sur 24 pour 1 000 naissances suppose la mobilisation de 6 ETP. La majoration d'un temps plein pour 200 naissances supplémentaires conduit au calcul suivant : $4\,382 \text{ naissances} - 1000/200 = 16,91 \text{ ETP} + 12 \% \text{ facteur correctif d'absentéisme} = 25,65$.

La réglementation impose qu'après leur naissance les nouveau-nés soient examinés dans les huit jours qui suivent. Dans la pratique, les maternités organisent l'examen pédiatrique avant la sortie de l'enfant.

Afin de pouvoir examiner l'ensemble des nouveau-nés à Mamoudzou et dans les maternités périphériques, l'hôpital avait prévu, dans son projet médical de 2010-2012, de mobiliser un ETP de pédiatre pour Mamoudzou, un ETP pour les sites Centre et Sud et un ETP pour les sites Nord et Dzaoudzi. L'établissement a également inscrit dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2017 qu'il assurera à partir de 2015 les dépistages néonataux et qu'il améliorera le délai de réalisation (dans les 72 h de vie du nouveau-né) en dédiant un pédiatre à la prise en charge des nouveau-nés.

Dans les faits, aucun pédiatre du CHM n'est rattaché à la maternité. Les nouveau-nés sont examinés par les pédiatres du service de néonatalogie de façon assez irrégulière selon la disponibilité des effectifs médicaux du pôle. Avant son départ à la retraite courant 2012, un pédiatre de la néonatalogie réalisait la visite de fin de sortie des nouveau-nés dans les maternités de Kahani et Mramadoudou mais n'effectuait pas les examens à Dzoumogné et à Dzaoudzi. Pendant plus d'une année, après le départ de ce pédiatre, aucune visite pédiatrique n'a été organisée par le CHM. Les enfants nés dans les maternités périphériques ont été examinés par les médecins généralistes du centre de référence ou pas examinés avant leur sortie. Depuis février 2014, un seul pédiatre réalise l'examen pédiatrique pour les enfants nés à la maternité centrale de Mamoudzou et dans les maternités périphériques de Mramadoudou, Kahani et Dzoumogné. Les enfants nés à la maternité de Dzaoudzi sont vus par un médecin généraliste.

Lorsque ce pédiatre est absent (maladie, vacances), l'examen est réalisé par le médecin généraliste du dispensaire. À Kahani, les médecins du dispensaire refusent de prendre en charge cet examen qui nécessite des compétences pédiatriques, ce qui conduit le pédiatre à se rendre tous les jours à cette maternité.

De plus, le nombre est tel (plus de 6 000 nouveau-nés à examiner) que le pédiatre, seul affecté à ces examens, ne peut réaliser une consultation approfondie. Selon les propos rapportés à la chambre, ces examens relèvent plus de la « *visite technique* » que de réelles consultations pédiatriques. En raison du manque de temps, il n'y a pas d'entretien avec les parents malgré son utilité pour la connaissance des antécédents familiaux de santé. Le pédiatre a indiqué que du fait de la pénurie de ressources médicales, les visites des nouveau-nés privilégient l'aspect sanitaire, somatique et fonctionnel.

Par ailleurs, la chambre relève que les enfants nés à la maternité de Mamoudzou ne sont pas examinés avant leur transfert dans une maternité périphérique trois heures après leur naissance.

2.6. Une répartition déséquilibrée des capacités d'accueil entre le site central et les maternités périphériques

Avec 4 465 naissances en 2013, la maternité de Mamoudzou a réalisé 67 % de l'activité d'obstétrique alors qu'elle dispose de seulement 38 % des lits de maternité du CHM. Ce niveau d'activité très important s'explique par la présence sur ce site du seul plateau technique de toute l'île et d'une équipe médicale permanente (obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres). Dans les maternités périphériques les femmes sont accouchées par une sage-femme sans équipe de garde à proximité directe à moins de 25-30 minutes pour les maternités de Grand Terre et de 40 minutes pour la maternité de Dzaoudzi.

Tableau n° 3 : évolution du nombre de naissances par maternité

	2011	2012	2013
Mamoudzou	4214	4387	4465
Kahani	661	619	633
Dzoumogne	849	766	618
Mramadoudou	632	587	566
Dzaoudzi	420	377	362
total	6776	6736	6644
dont hors CHM (pompiers, domicile)		303	525

Source : Tableau CRC-Données rapports DIM-MCO pour 2012-2013/ rapport d'activité pôle gynécologie-obstétrique pour 2011

La maternité de Mamoudzou est souvent saturée, faute de lits en nombre suffisant : en 2013, le taux d'occupation est de 151,65 % dans l'unité de grossesses physiologiques et de 93,96 % dans l'unité de grossesses à risque. L'augmentation significative des transferts de femmes ayant accouché à Mamoudzou explique la hausse des taux d'occupation dans les maternités périphériques en 2013 (69,01 % pour Mramadoudou, 88,25 % pour Kahani, 80,67 % pour Dzoumogné et 74,28 % pour Dzaoudzi)⁹.

Tableau n° 4 : évolution de l'activité des maternités périphériques

	2011	2012	2013
Nbre d'accouchements dans les maternités périphériques	2 562	2 349	2 179
Nbre de transferts de Mamoudzou vers les maternités périphériques (hospitalisations en suites de couches)	1 768	2 094	3 037

Source: Tableau CRC-Données rapports d'activité pôle gynécologie-obstétrique/rapports DIM

En 2013, plus de la moitié de l'activité des maternités périphériques correspond à la prise en charge, en suites de couches, de femmes ayant accouché à Mamoudzou. Avec 20 lits, les trois maternités de Grande Terre seraient en capacité de réaliser chacune environ 1 650 accouchements¹⁰.

Il est toutefois regrettable que les travaux engagés dans le cadre du plan hôpital 2007 aient conduit à la construction de maternités surdimensionnées en zone rurale (trop de lits par rapport à l'activité et blocs opératoires inutilisés) alors que parallèlement le site de Mamoudzou est confronté régulièrement à un manque de lits. Le coût total de construction des maternités du Sud (3,7 M€), du Centre (5,4 M€) et du Nord (10,3 M€) s'élève à 19,4 M€.

Les travaux actuellement en cours devraient permettre au site de Mamoudzou de disposer en 2015 de 72 lits (à titre de comparaison, le site Sud du CHU dispose, depuis la construction du pôle femme mère enfant, de 105 lits pour 4 246 accouchements). Cette hausse du nombre de lits sur le site central permettra de réduire les transferts vers les maternités périphériques et d'assurer des durées de prise en charge et de suivi sur place plus conformes aux standards métropolitains.

⁹ Taux d'occupation en 2012 : Mamoudzou : 103,5 % ; Mramadoudou : 53,3 % ; Kahani : 61,6 % ; Dzoumogné : 63,1 % ; Dzaoudzi : 61,6 %.

¹⁰ 20 lits x 365 jours = 7300 jours théoriques ; selon les données de l'enquête nationale périnatale de 2010, la durée moyenne de séjour (DMS) pour l'ensemble des accouchements est de 4,4 jours ; 7300/4,4 jours = 1659

2.7. La sécurité des patientes et des bébés suppose une organisation optimale des transferts entre structures

2.7.1. Un niveau important de transferts

Le niveau d'activité élevé de la maternité de Mamoudzou et les modalités particulières de prise en charge des femmes enceintes sur l'île conduisent à un nombre important de transferts entre le site central et les maternités périphériques. Ces transferts, qui se font dans les deux sens, peuvent être transitoires (pour avis et examens) ou permanents (accouchements de grossesses à risques, césariennes, suites de couches) et concernent des femmes enceintes ou des accouchées et leur(s) nouveau-né(s). Ils visent à la fois à assurer la sécurité des mères et des bébés et à optimiser l'occupation des lits.

Tableau n° 5 : évolution du nombre de transferts entre les maternités du CHM

	2010	2011	2012	2013
Nbre de transferts des maternités périphériques vers Mamoudzou (urgences obstétricales et gynécologiques)	1 873	1 720	1 442	1 925
Nbre de transferts de Mamoudzou vers les maternités périphériques (hospitalisations)	1 855	1 768	2 094	3 037
Total	3 728	3 488	3 536	4 962

Tableau CRC-Données rapports d'activité pôle gynécologie-obstétrique

En 2013, 4 962 transferts ont été réalisés dont 1 925 depuis les maternités périphériques vers celle de Mamoudzou, soit 47 % des femmes enceintes prises en charge initialement en périphérie (4 130 prises en charge initiales dont 2 205 accouchements et 1 925 transferts) ; ce taux relativement élevé témoigne de la prudence des équipes dans les maternités périphériques. Dans l'autre sens, 3 037 patientes ont été transférées de la maternité centrale vers les maternités périphériques du fait de la saturation réelle ou prévisionnelle de la capacité d'accueil.

Les premiers transports sanitaires privés ont été mis en place à Mayotte en 2013 (14 véhicules) mais l'intégralité des transports gynécologiques et obstétricaux reste gérée par les services du CHM.

2.7.2. Le transfert des mères et des nouveau-nés de Mamoudzou vers les maternités périphériques

2.7.2.1. Un dispositif qui pose des problèmes de sécurité

Le décalage entre le nombre d'accouchements réalisés et les capacités en lits d'obstétrique de la maternité centrale de Mamoudzou a contraint le CHM à mettre en place un système unique en France de transfert par minibus des femmes accouchées et de leur bébé de Mamoudzou vers les maternités périphériques.

Ces transferts se font par un véhicule affecté à l'activité d'obstétrique, équipé en principe de quatre maxi-cosys, conduit par un chauffeur accompagné d'un ambulancier disposant du certificat de capacité ambulancier (CCA), qui effectue 7 jours/7 une rotation, en principe à heure fixe et vers chacune des trois maternités de Grande Terre. Une rotation supplémentaire est possible en fin d'après-midi vers n'importe quelle maternité périphérique en fonction de l'activité de Mamoudzou. La mise en place d'une procédure de transfert avec une rotation journalière en principe fixe a permis d'augmenter la durée moyenne de séjour (DMS) sur tous les sites y compris à Mamoudzou. En 2013, la durée moyenne de séjour

pour les accouchements pour l'ensemble de l'hôpital est de 4,1 jours. Elle est de 3,6 jours pour les accouchements par voie basse et de 6,3 jours pour les césariennes. À titre de comparaison la DMS en obstétrique en 2013 au CHU de La Réunion était de 4,3 jours pour le site Sud et de 3,2 jours pour le site Nord¹¹.

Ces mutations concernent toutes les accouchées répondant aux critères médicaux de transfert qui sont mutées en périphérie pour leur séjour de suites de couches ; les transferts ont lieu en minibus au minimum trois heures après l'accouchement (en application de l'article D. 6124-40 du code de la santé publique, la parturiente doit bénéficier d'une surveillance qui se prolonge dans les deux heures qui suivent la naissance) et peuvent se faire à partir du deuxième jour en cas de césarienne. Le délai minimum entre l'accouchement et le transfert n'étant que de trois heures, il arrive fréquemment que les nouveau-nés soient transférés en périphérie sans être examinés préalablement par un pédiatre (cf. supra).

Ces transferts se font quotidiennement même si des lits sont disponibles à Mamoudzou afin d'anticiper un éventuel pic d'activité. Ces mutations concernent aussi bien des femmes de Mamoudzou que celles provenant des autres régions de l'île. En principe, ne seront toutefois transférées à Petite Terre que les femmes venant de cette partie de l'île. À la fin de leur séjour dans les maternités périphériques, les mères et leur bébé peuvent être reconduits à Mamoudzou en utilisant le minibus qui vient déposer des femmes ayant accouché.

Ces transferts en post-partum des mères et de leur bébé ne se font en principe que par le biais du minibus (sauf pour les transferts vers Dzaoudzi qui se font uniquement en utilisant l'ambulance du centre). Les ambulances dédiées à chaque centre ne sont autorisées à transférer des patientes en périphérie qu'en cas d'extrême nécessité et uniquement dans le cadre d'un trajet retour après avoir déposé des patients à Mamoudzou.

Cette procédure de transfert a été formalisée par l'établissement. Il appartient en principe à l'ambulancier d'installer les patientes dans le véhicule et les bébés dans les maxi cosy et de chercher les bagages. Plusieurs déclarations d'événements indésirables ont été effectuées par les personnels des maternités auprès de la cellule qualité gestion des risques pour faire état de dysfonctionnements concernant les transferts : conduite dangereuse, nouveau-né transporté dans les bras de sa mère, absence d'aide pour porter les sacs, annulation de navettes conduisant au départ de mères accompagnées de leur bébé par leurs propres moyens (pour certaines à pied). Les modalités de transfert formalisées dans une fiche de procédure complétée par un mode opératoire précisant le rôle de chaque intervenant à toutes les étapes du processus ne sont pas toujours respectées.

Ayant assisté à un transfert, l'équipe de contrôle relève que le trajet que l'ambulancier fait emprunter aux accouchées et à leur bébé jusqu'au parking est dangereux. Entre la chambre et le véhicule, les femmes doivent parcourir à pied avec leur bébé dans les bras, à peine trois heures après avoir accouché, un long trajet dans les couloirs et surtout descendre un escalier avant d'accéder au parking où attend le minibus. Pour assurer la sécurité des mères et des bébés il conviendrait d'emprunter les ascenseurs et d'effectuer les transferts chambre/ambulance en fauteuil roulant. Les conditions dans lesquelles ces trajets sont réalisés peuvent conduire à des chutes de bébés : « (...) *Chaque maman porte ses bagages et a son BB dans les bras. ... malaise de la patiente dans le couloir et chute du BB des bras de sa mère, ... (...)* »¹².

¹¹ HAS, recommandation de bonne pratique, Sortie de maternité après accouchement, mars 2014 : les durées moyennes de séjour en maternité en 2010 après un accouchement (France métropolitaine) : 4,0 jours (± 1,4 jours) après une naissance par voie basse et 5,6 jours (± 1,7 jours) après une césarienne.

¹² Source : registre des événements indésirables.

Si ces transferts permettent de faire face au manque de lits à Mamoudzou, ils font courir des risques aux femmes et aux bébés. Un groupe de travail devait se réunir pour la première fois en septembre 2014 afin de sécuriser et d'améliorer le confort des transferts en post partum.

Avec l'augmentation significative du nombre de lits à Mamoudzou prévue en 2015, le nombre de transferts devrait se réduire considérablement et conduire le CHM à revoir sa politique de transferts automatiques et quotidiens des femmes ayant accouché à Mamoudzou pour les limiter aux seules périodes de forte activité.

2.7.2.2. Un dispositif de transport sanitaire non autorisé et non conforme au code de la santé publique

En application de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, « *constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.(...)* ».

Les transferts des femmes et des nouveau-nés vers les maternités périphériques pour leur hospitalisation, suite à l'accouchement à Mamoudzou, relèvent de la catégorie des transports sanitaires dont les règles de fonctionnement sont fixées par le code de la santé publique qui prévoit notamment que la mise en service de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres est soumise à l'autorisation du directeur de l'ARS (article L. 6312-4). Ces dispositions sont complétées par l'arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres. Cet arrêté précise notamment que l'autorité sanitaire doit s'assurer - pour la délivrance des autorisations de mise en service des véhicules et aussi de manière périodique - de la conformité des véhicules affectés au transport sanitaire, soit par un examen de chaque véhicule soit par la remise, par le demandeur, d'une attestation lorsqu'un système d'assurance qualité pertinent a été mis en place. L'utilisation d'un minibus pour le transport sanitaire des femmes accouchées et de leur(s) bébé(s) est connue par l'ARS mais aucune autorisation n'a été sollicitée par le CHM.

Les articles R. 6312-8 et R. 6312-14 du code de la santé publique précisent les véhicules adaptés au transport sanitaire :

- les véhicules spécialement aménagés : les ambulances de secours et de soins d'urgence « ASSU » ; les voitures de secours aux asphyxiés et blessés "VSAB" ; les ambulances;
- les autres véhicules affectés au transport sanitaire terrestre : les véhicules sanitaires légers réservés au transport sanitaire de trois malades au maximum en position assise.

Le minibus utilisé par l'hôpital transportant jusqu'à huit personnes (quatre mères et quatre nouveau-nés) n'entre dans aucune de ces catégories de véhicules adaptés au transport sanitaire.

Les transferts vers les maternités périphériques des femmes accouchées et de leur(s) bébé(s) pour les soins de suites de couches sont des transports sanitaires dont les véhicules doivent être soumis à autorisation dans les conditions fixées par le code de la santé publique.

Compte tenu de sa place centrale dans l'organisation de l'activité d'obstétrique mais aussi des problèmes de sécurité existants, la chambre demande à l'établissement de régulariser la situation du transport sanitaire des femmes et des nouveau-nés transférés de Mamoudzou vers les maternités périphériques et de déposer une demande d'autorisation auprès de l'ARS (recommandation n° 1).

L'établissement a indiqué qu'il continuerait à organiser ses transferts de façon interne.

L'ARS note que la régularisation des transports sanitaires pourra être l'opportunité d'associer les transporteurs sanitaires privés aux transferts, en particulier post-partum.

2.7.3. Les transferts des femmes enceintes des maternités de périphérie vers Mamoudzou

Ces transferts qui ont pour objectif d'assurer la sécurité des femmes enceintes et des enfants à naître peuvent être programmés (par exemple pour les femmes suivies en périphérie mais dont la situation médicale exigera un accouchement sur Mamoudzou) ou effectués dans le cadre d'une urgence (par exemple pour les femmes non suivies ou présentant des difficultés inopinées ou pour les femmes dont le transfert est prévu mais qui se présentent très tardivement à la maternité de périphérie). Ces transferts sont assurés essentiellement en interne par le CHM qui dispose d'une flotte d'ambulances.

Chaque site périphérique dispose pour l'ensemble de ses activités de deux ambulances afin d'assurer les transferts intra-hospitaliers et exceptionnellement des transferts de patients du domicile vers un centre de référence après une régulation par le centre 15. En pratique, une seule ambulance est utilisable faute de personnels suffisants car seuls deux ambulanciers sont présents dans chaque centre de référence 24H/24, (dispensaire et maternité confondus). Cette situation n'autorise l'utilisation que d'un seul véhicule car, en application de l'article R. 6312-10 du code de la santé publique, l'équipage d'une ambulance doit comporter deux personnes dont l'une au moins est titulaire du diplôme d'État d'ambulancier.

En l'absence d'un véhicule dédié à l'activité des maternités, la priorité est accordée à l'obstétrique par rapport aux autres disciplines et une note de service rappelle l'obligation de vérifier qu'il n'y a pas une urgence dans la maternité avant le départ de l'ambulance du centre périphérique. En pratique, si l'ambulance est partie dans le cadre des autres activités médicales du centre de référence et qu'une femme est dans un état qui suppose son transfert en raison d'une situation d'urgence vitale pour elle et/ou son bébé, la deuxième ambulance ne pourra pas partir et il sera fait appel au service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et/ou au service départemental d'incendie et de secours (SDIS) avec pour conséquence un allongement des délais de transfert.

L'absence de transport médicalisé dédié à chaque maternité est une source d'inquiétude pour les sages-femmes des maternités périphériques qui souhaiteraient un retour au dispositif supprimé en 2007 pour des raisons financières (présence d'un troisième ambulancier sur site 24H/24). La présence de ce personnel supplémentaire permettrait, dans l'hypothèse d'une urgence obstétricale, et dans le respect des articles R. 6312-7 et R. 6312-10 du code de la santé publique qui fixent la composition des équipages des véhicules de transport sanitaire terrestre, de faire partir la deuxième ambulance avec un ambulancier diplômé et une sage-femme accompagnant la patiente.

En fonction de la nature de l'urgence, certains transferts de parturientes des maternités des centres de référence vers le CHM sont déjà effectués avec une sage-femme et un ambulancier. Ce type de transfert pose des difficultés à la maternité de Dzaoudzi qui ne dispose la nuit que d'une seule sage-femme sur place sans aucune astreinte de prévue. Dans l'hypothèse où la seule sage-femme accompagne une patiente à Mamoudzou, le seul recours possible est le médecin généraliste d'astreinte sur ce site. L'établissement méconnaît les dispositions de l'article D. 6124-44 du code de la santé publique selon lesquelles, pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1000 naissances par an, une sage-femme est présente en permanence dans le secteur de naissance.

Afin d'assurer la sécurité des soins à la maternité de Dzaoudzi dans l'hypothèse d'un transfert en urgence la nuit d'une femme enceinte accompagnée d'une sage-femme, la chambre demande au CHM de mettre en place une astreinte de nuit afin de garantir la présence en permanence d'une sage-femme (recommandation n° 2).

Le directeur de l'établissement souligne le coût financier d'une astreinte de nuit (49 019€/an) ainsi que le caractère, selon lui, exceptionnel de l'absence de la sage-femme.

Un accord a été passé en 2013 avec la gendarmerie nationale permettant au service d'aide médicale urgente (SAMU)/centre 15 du CHM d'avoir recours aux moyens aériens de la gendarmerie qui peut mettre à disposition de l'établissement à titre gracieux son hélicoptère et les personnels nécessaires à sa mise en œuvre pour permettre des opérations de sauvetage ou d'évacuation de personnes dont l'état de santé nécessite un transfert pour une urgence vers un organisme public de secours. À ce jour, 34 sorties ont été réalisées dans ce cadre dont deux seulement pour l'activité de maternité (accouchements inopinés).

3. Des maternités périphériques dont le fonctionnement est irrégulier et des activités de gynécologie-obstétrique et néonatalogie non autorisées

L'activité de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie doit s'exercer dans le respect des dispositions du code de la santé publique relatives aux conditions techniques de fonctionnement figurant aux articles D. 6124-35 à D. 6124-63 et aux conditions d'implantation figurant aux articles R. 6123-39 à R. 6123-53.

La chambre relève que le fonctionnement des maternités du CHM ne respecte pas les conditions techniques prévues par le code de la santé publique.

3.1. Des maternités périphériques dont le fonctionnement est irrégulier et n'entre dans aucune catégorie juridique

3.1.1. Le non-respect des conditions de fonctionnement

Les articles D. 6124-37 et suivants disposent que les unités d'obstétriques sont constituées :

- d'un secteur de naissance composé notamment des locaux de pré-travail, des locaux de travail, des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés et d'au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale ;
- d'un secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant qui permet d'assurer les soins précédant et suivant l'accouchement pour la mère ainsi que les nouveau-nés bien portants ;
- d'un secteur affecté à l'alimentation des nouveau-nés ;
- des locaux réservés aux consultations.

3.1.1.1. Le non-respect des conditions réglementaires relatives au secteur de naissance

L'absence des médecins dans le secteur des naissances

En raison notamment des difficultés à recruter et aussi à fidéliser des médecins¹³, il n'y a aucun gynécologue-obstétricien, anesthésiste et pédiatre présent sur place (ou en astreinte opérationnelle exclusive) dans les maternités périphériques alors qu'en application de l'article D. 6124-44 du code de la santé publique, et compte tenu du nombre de naissances de chacun de ces sites, les effectifs médicaux dans le secteur de naissance devraient être les suivants :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, 24h/24, pour chaque site ;
- un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour chaque site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;
- un pédiatre présent dans l'établissement ou disponible tous les jours de l'année, 24h/24, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;
- une sage-femme présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance.

En pratique, les médecins (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) effectuent des vacations hebdomadaires de manière assez irrégulière sur la période pour des consultations et non des accouchements (une vacation hebdomadaire de gynécologue-obstétricien par maternité en 2014). Le secteur des naissances est exclusivement pris en charge par les sages-femmes, en méconnaissance des dispositions précitées.

L'impossibilité de réaliser des interventions chirurgicales abdomino-pelviennes

L'article D. 6124-41 du code de la santé publique prévoit que le secteur des naissances dispose d'au moins une salle d'intervention de chirurgie obstétricale qui permet, y compris en urgence, la réalisation de toute intervention chirurgicale abdomino-pelvienne liée à la grossesse ou à l'accouchement nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale. L'article R. 6123-43 précise que l'unité d'obstétrique doit assurer les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance tous les jours de l'année, 24h/24.

Les maternités périphériques (sauf celle de Dzaoudzi) disposent d'un bloc obstétrical mais ces derniers ne sont pas opérationnels car pas équipés et reconvertis en salle de réunion ou en lieu de stockage. Par cette impossibilité à réaliser des interventions chirurgicales abdomino-pelviennes, en urgence et tous les jours 24h/24, dans les maternités périphériques, le CHM contrevient directement aux dispositions réglementaires précitées.

¹³ Selon l'analyse effectuée par des médecins extérieurs à l'établissement, en juillet 2012, plusieurs particularités mahoraises ont été soulignées : dévalorisation des carrières des praticiens hospitaliers par la difficulté à accéder à des formations validantes universitaires sur place, différence de rémunération et fiscalité moins avantageuse par rapport aux praticiens hospitaliers réunionnais, isolement géographique qui place les praticiens hospitaliers hors du circuit professionnel et vie chère et conditions de vie difficiles liées notamment à l'insécurité.

3.1.1.2. Le non-respect des conditions réglementaires relatives au secteur d'hospitalisation

La situation des maternités périphériques qui fonctionnent sans médecins sur place contrevient également aux dispositions de l'article D. 6124-46 du code de la santé publique selon lesquelles « *lors de leur séjour en secteur d'hospitalisation, la mère et l'enfant bénéficient de la possibilité d'intervention tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris en urgence, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur.* ».

Les pédiatres, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs ne sont pas présents tous les jours de l'année, 24h/24, dans les maternités périphériques comme la chambre l'a analysé.

3.1.1.3. L'absence de continuité obstétricale et chirurgicale des soins

L'article D. 6124-44 du code de la santé publique dispose que « *quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci organise la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée : - soit par un gynécologie-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ; - soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement* ».

La continuité des soins n'est pas assurée dans les maternités périphériques, à la différence de la maternité centrale.

3.1.2. Des maternités périphériques dont le fonctionnement n'entre dans aucun cadre juridique

Les maternités périphériques, dans leur fonctionnement actuel, n'entrent dans aucun cadre juridique. Elles ne sont ni des maternités de niveau 1, ni des centre périnataux de proximité (CPP), ni des maisons de naissance.

En raison de l'impossibilité de réaliser des actes de chirurgie obstétricale, ces maternités périphériques ne peuvent être considérées comme des maternités de niveau 1.

Ces structures, qui réalisent un tiers des accouchements de l'île, ne peuvent être qualifiées de CPP car ces derniers ne sont pas autorisés à pratiquer l'obstétrique et, en application de l'article R. 6123-50 du code de la santé publique, assurent uniquement les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.

Enfin, ces maternités ne peuvent être considérées comme des maisons de naissance. La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation de maisons de naissance permet la mise en place de structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes à bas risque dont elles ont assuré le suivi de grossesse. Ces maisons de naissance doivent être contiguës à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé en respectant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et pour l'enfant, notamment un transfert rapide des parturientes en cas de complication.

En outre, le cahier des charges des maisons de naissance publié par la Haute Autorité de santé (HAS) en septembre 2014 fixe un cadre de fonctionnement et des contraintes de prise en charge et de suivi des femmes enceintes qui actuellement ne peuvent être respectés à Mayotte. Les maisons de naissance reposent sur le principe « une femme/ une sage-femme », principe difficilement applicable à Mayotte au vu des effectifs de sages-femmes et du nombre d'accouchements. De plus, les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des femmes avant ou après l'accouchement. Compte tenu du retour à domicile précoce (inférieur à 24 heures après la naissance), la patiente doit obligatoirement bénéficier d'un environnement permettant un accompagnement et un soutien à domicile. Un contact quotidien avec une sage-femme est nécessaire avec une première visite dans les 24 heures suivant la sortie de la maison de naissance et au moins trois visites dans la première semaine après l'accouchement. Enfin, juridiquement, les maisons de naissance sont des structures distinctes de l'établissement de santé partenaire et les sages-femmes qui y interviennent doivent disposer d'une assurance civile professionnelle couvrant cette activité.

L'ancien directeur de l'hôpital a précisé que lors de la conception et de la réalisation des maternités périphériques, les règles de planification sanitaires comme des livres entiers du code de la santé publique n'étaient pas applicables à Mayotte.

3.2. Les activités de gynécologie-obstétrique et néonatalogie non autorisées

Le régime des autorisations pour les activités de soins à Mayotte a été précisé par l'ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte. Selon les dispositions transitoires fixées à l'article 9, l'établissement public de santé de Mayotte était autorisé à poursuivre pour une durée de cinq ans l'exploitation des activités de soins, des installations et des équipements matériels lourds dont il disposait sous réserve de les déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation. Le renouvellement de l'autorisation était subordonné au respect de la procédure de droit commun prévue par l'article L. 6122-10 du code de la santé publique. Par conséquent, les éventuelles autorisations délivrées avant la publication de cette ordonnance étaient valables jusqu'en juillet 2009 et auraient dû être renouvelées selon les modalités de droit commun fixées par le code de la santé publique. Désormais, le CHM est soumis au régime de droit commun des autorisations.

En application des articles L. 6122-1 et R. 6122-25 du code de la santé publique, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale font partie des activités de soins soumises à l'autorisation de l'ARS. L'article R. 6123-47 du code de la santé publique complète ces dispositions en précisant que l'obstétrique s'exerce dans des installations autorisées en gynécologie-obstétrique. Cette condition est rappelée à l'article R. 6123-48 pour la néonatalogie et à l'article R. 6123-49 du code de la santé publique pour la réanimation néonatale.

Ni l'établissement ni l'ARS n'ont trouvé trace d'une autorisation délivrée avant ou après l'ordonnance de 2004. Par courriel du 29 septembre 2014, la directrice de l'ARS à Mayotte a confirmé que « *les activités du CHM liées à la naissance n'ont pas fait l'objet d'une autorisation au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique* ».

Les personnels du CHM rencontrés dans le cadre de l'instruction, qu'il s'agisse de personnels médicaux ou non médicaux, y compris le directeur de l'établissement, semblaient découvrir que ces activités, qui représentent plus de 50 % de l'activité totale de l'hôpital, n'ont jamais été autorisées (en 2012, l'ensemble de l'activité autour de la femme enceinte et du nourrisson avant sa sortie représentait 52 % de l'activité totale de l'établissement). Le CHM et l'ARS ont précisé que ces autorisations n'ont jamais été sollicitées.

Parmi les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2017, il est prévu le dépôt des dossiers d'autorisation en 2014 pour les activités de néonatalogie et en 2015 pour les activités de gynécologie-obstétrique. Le dépôt d'un dossier par le CHM et la délivrance d'une autorisation par l'ARS sont difficiles du fait de l'existence de quatre maternités périphériques dont le fonctionnement n'entre dans aucune catégorie juridique et des problèmes de pénurie médicale qui rendent impossible à l'heure actuelle le respect de la réglementation. Par courriel du 9 octobre 2014, l'ARS a confirmé que le non-respect des conditions fixées par le code de la santé publique en terme de présence médicale pour les activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie rend difficile la délivrance des autorisations.

En effet, en application de l'article L. 6122-2 du code de la santé publique, *« l'autorisation est accordée lorsque le projet :*

1° Répond aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas mentionnés aux articles L. 1434-7 et L. 1434-10 ;

2° Est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ;

3° Satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

Des autorisations dérogeant aux 1° et 2° peuvent être accordées à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire. ».

Dans l'état actuel de l'organisation et du fonctionnement des maternités du CHM, la troisième condition n'est pas remplie et devrait conduire, dans l'hypothèse du dépôt d'une demande par le CHM, les services de l'État à ne pas accorder cette autorisation. Selon ces dispositions, il n'est pas possible d'obtenir une autorisation, même à titre dérogatoire, lorsque l'exercice de l'activité ne satisfait pas aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement.

Si ces activités n'ont jamais été autorisées, elles font l'objet d'une « reconnaissance tacite », qui juridiquement ne vaut toutefois pas autorisation, de la part de l'ARS qui a notamment validé en octobre 2010 l'extension et la réhabilitation de la maternité de Mamoudzou et qui, dans le schéma régional d'organisation des soins de La Réunion et de Mayotte 2012-2016, reconnaît l'existence des activités de gynécologie-obstétrique avec néonatalogie et soins intensifs à Mayotte (maternité de niveau 2b).

Il subsiste aujourd'hui encore un écart important entre les conditions de fonctionnement des maternités imposées par le code de la santé publique et la situation réelle du CHM.

3.3. L'exercice de la réanimation néonatale à un niveau non formellement prévu

3.3.1. Une maternité présentée comme étant de niveau 2b

Depuis les décrets sur la périnatalité du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types, en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés. Les maternités de niveau 1 disposent d'une unité d'obstétrique avec la prise en charge des grossesses normales. Les maternités de niveau 2 disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie qui permettent la prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation (niveau 2A si la maternité ne dispose pas d'une unité de soins intensifs pour les nouveau-nés ou 2B dans le cas contraire). Les maternités de niveau 3 disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale. Elles prennent en charge les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant des détresses graves.

Le schéma régional d'organisation des soins de La Réunion et de Mayotte 2012-2016 comporte une incohérence concernant le CHM car il ne prévoit pas de changements concernant les implantations: les activités prévues pour 2016 sont les mêmes qu'en 2011 soit une maternité de niveau 2b alors que parmi les objectifs assignés au CHM figure notamment l'augmentation de l'activité de néonatalogie dans les segments de la réanimation, des soins intensifs et de la néonatalogie (plan d'action 2012-2016 - Accessibilité - objectif 5 – action 1). Il est paradoxal d'attendre de l'établissement qu'il développe une activité qu'il n'est pas censé exercer.

3.3.2. Dans les faits, une maternité de niveau 3

En application de l'article R. 6123-47 du code de la santé publique, tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique et traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés dispose d'une unité de réanimation d'adultes permettant d'y accueillir la mère en cas d'urgence et d'une unité de réanimation néonatale. Par conséquent, la maternité du CHM qui traite des grossesses à hauts risques doit disposer d'une unité de réanimation néonatale et remplir les conditions d'une maternité de niveau 3.

Dans les faits, en raison notamment de l'insularité, la maternité du CHM a une activité relevant du niveau 3 au sens de la classification résultant des décrets de périnatalité de 1998 car elle dispose d'une unité de réanimation néonatale non reconnue.

Depuis 2011, le CHM participe à l'observatoire de la grande prématurité (OGP). Créé en 2008, il recueille les données de sept maternités publiques et privées de La Réunion et de Mayotte. Bien que n'étant pas reconnue officiellement d'un niveau 3, le CHM accueille un nombre de grands prématurés comparable à celui du CHU Sud de La Réunion, (112 grands prématurés en moyenne tous les ans contre 105 pour le CHU Sud de La Réunion et 175 pour le CHU Nord de La Réunion). L'observatoire a relevé que la mortalité et la morbidité sont similaires à celles de La Réunion et que le taux global d'infections nosocomiales « est très préoccupant et concerne plus de 25 % des enfants hospitalisés »¹⁴. Le transfert des grands prématurés vers La Réunion reste faible (en moyenne une quinzaine de cas par an).

¹⁴Source : rapport d'activité de l'OGP en 2013.

Le faible niveau de transfert des grands prématurés vers le CHU de La Réunion s'explique d'une part par les risques liés au transport qui peuvent être un facteur d'aggravation de leur état de santé et d'autre part par l'impossibilité pour le CHU de La Réunion, en termes de surcroît d'activité, de prendre en charge l'ensemble de ces nouveau-nés. Le pôle de gynécologie-obstétrique mentionne dans ses rapports d'activité la difficulté à trouver une solution optimale pour ces enfants : « *Les problèmes évoqués en 2012 restent inchangés : par manque de place en néonatalogie à Mayotte, les pédiatres nous demandent d'augmenter nos transferts tandis que par manque de place à La Réunion des demandes de transferts sont refusées* » (source : rapport d'activité 2013).

L'ARS reconnaît la nécessité de réévaluer le niveau de la maternité au regard des avis d'experts, de l'activité de réanimation néonatale actuellement développée par le service qui relève d'un niveau 3 et de la situation d'isolement dans laquelle se trouve Mayotte rendant difficile le transfert notamment de grands prématurés. Pour les services de l'État, la reconnaissance d'une activité de niveau 3 se heurte toutefois aux difficultés de recruter un nombre suffisant de spécialistes en néonatalogie (pédiatres compétents en réanimation néonatale présents 24h/24). Les pédiatres actuellement en fonctions au pôle de néonatalogie du CHM ont indiqué à la chambre ne pas être tous titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) ou du diplôme d'université (DU) en néonatalogie, certains d'entre eux ayant suivi la formation sans pouvoir valider le diplôme en l'absence d'exercice dans un service de néonatalogie formellement identifié comme un niveau 3.

Le CPOM 2007-2010 prévoyait déjà la nécessité pour la maternité du CHM de s'organiser progressivement en maternité de niveau 3 avec un service de néonatalogie dont 18 lits seraient répartis entre la réanimation et les soins intensifs identifiés et autorisés comme tels.

L'établissement déclare être favorable à une reconnaissance officielle du niveau 3, « *puisque la maternité fonctionne déjà comme un niveau 3 et cela depuis des années* ».

3.3.3. La difficulté à respecter les normes d'encadrement réglementaires

Au 31 décembre 2013, les capacités du service de néonatalogie sont de quatre lits de réanimation néonatale, neuf lits de néonatalogie et huit lits de soins intensifs. En application de l'article D. 6124-58 du code de la santé publique, toute unité de réanimation néonatale comprend un minimum de six lits de réanimation. Par conséquent, la reconnaissance de l'activité de réanimation néonatale passe obligatoirement par une augmentation du nombre de lits.

Compte tenu d'une activité soutenue (en 2013, le taux d'occupation était de 128 % en néonatalogie, 106,3 % en réanimation néonatale et de 82 % en soins intensifs de néonatalogie) le nombre réel de lits occupés dans le service est souvent beaucoup plus important avec un doublement, voire parfois un triplement du nombre de lits par chambre, alors que les moyens humains notamment en personnels non médicaux restent inférieurs aux taux d'encadrement prévus par la réglementation. À titre d'exemple, le 26 février 2014, 38 bébés étaient accueillis dans le service alors qu'officiellement il n'y a que 21 lits : 8 bébés en réanimation pour 4 lits, 10 bébés en soins intensifs pour 8 lits, et 20 bébés en néonatalogie pour 9 lits avec un effectif de 6 infirmières de jour et de nuit. En appliquant les règles d'encadrement fixées par le code de la santé publique, et compte tenu du nombre de bébés pris en charge, l'effectif d'infirmières aurait dû être de 12 (en application des articles D. 6124-56 et D. 6124-61 du code de la santé publique, l'effectif est d'une infirmière pour 6 nouveau-nés en néonatalogie, une pour 3 nouveau-nés en soins intensifs de néonatalogie et une pour 2 nouveau-nés en réanimation néonatale).

De nombreuses déclarations d'évènements indésirables ont été effectuées par les personnels soignants auprès de la cellule qualité gestion des risques pour faire état du manque d'effectif avec pour conséquence le non-respect des normes d'encadrement fixées par les dispositions réglementaires, une mauvaise prise en charge des bébés, un risque élevé d'accident lié à un défaut de surveillance et enfin l'épuisement des équipes (arrêts maladie).

Les difficultés posées par la reconnaissance du niveau d'activité de la néonatalogie ne sont pas uniquement liées à des recrutements de médecins mais aussi aux moyens attribués à cette activité. Dans le cadre du financement des mesures nouvelles sollicité par le CHM, l'ARS a demandé à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), par un courrier du 26 mai 2014, le financement de l'extension de la capacité du service de néonatalogie afin de faire passer le nombre de lits de 9 à 16 (802 320 € dont 504 044 € au titre des charges de personnel) et le passage de l'unité de réanimation néonatale de 4 lits à 6 lits (712 860 € dont 656 924 € au titre des charges de personnel). L'ARS a informé la chambre que les moyens supplémentaires sollicités pour l'extension de la capacité du service de néonatalogie et de l'unité de réanimation néonatale ont finalement été octroyés à la fin de l'année 2014.

4. Des indicateurs de périnatalité préoccupants

4.1. Les indicateurs sur l'accouchement

4.1.1. L'incomplétude des chiffres relatifs au nombre d'accouchements réalisés au CHM

La chambre attire l'attention de l'établissement sur les difficultés à analyser l'évolution du nombre réel d'accouchements et de naissances sur la période sous contrôle en raison de :

- l'absence de rapports du département de l'information médicale (DIM) et du pôle de gynécologie-obstétrique pour les années 2008 à 2010 ;
- l'absence, dans le rapport du DIM en 2011, de données relatives au nombre d'accouchements et/ou de naissances hors CHM. Les accouchements et les naissances hors CHM (accouchement à domicile ou sur le trajet) sont comptabilisés dans l'activité totale du CHM sans possibilité de les distinguer ;
- l'absence de continuité dans le choix des données suivies (répartition des accouchements entre les cinq maternités en 2011 puis des naissances à partir de 2012) ;
- la contradiction entre les données des rapports du DIM et celles des rapports du pôle de gynécologie-obstétrique (selon le rapport DIM, le nombre de naissances hors CHM en 2012 est de 303 alors qu'il est de 390 selon le rapport du pôle).

En raison du nombre significatif d'accouchements hors structure hospitalière comptabilisés dans l'activité de l'établissement, la chambre a procédé à un retraitement des données du DIM pour 2012 et 2013 afin de déterminer le nombre réel d'accouchements réalisés au CHM (aucun retraitement n'a été possible pour les années antérieures faute de données suffisantes).

4.1.2. Un niveau d'accouchement encore élevé mais en baisse sur la période

4.1.2.1. Le CHM : 5^{ème} maternité de France

Le CHM est souvent présenté comme la première maternité de France. Le nombre des accouchements réalisés dans les cinq maternités du CHM en 2013 place l'établissement au cinquième rang derrière l'assistance publique des hôpitaux de Paris, les hôpitaux civils de Lyon, le CHU de La Réunion et le CHU de Strasbourg (cf. tableau n° 6).

Selon les chiffres de l'observatoire régional de la santé¹⁵, le taux de natalité reste élevé à Mayotte (31,7 ‰ en 2012), nettement supérieur aux taux observés à La Réunion (16,9 ‰ en 2011) et en métropole (12,6 ‰).

Tableau n° 6 : classement des six premiers établissements hospitaliers par rapport au nombre d'accouchements en 2013

	2011	2012	2013
Assistance publique des hôpitaux de Paris	36 437	36 656	37 874
Hôpitaux civils de Lyon	10 302	10 549	10 375
CHU de La Réunion ¹⁶	X	6 542	6 567
CHU de Strasbourg	5 894	6 079	6 070
CH Mayotte		6 327	6 003
Assistance publique des hôpitaux de Marseille	5 547	5 452	5 532

Source : Hospidiag (sauf CH Mayotte)

4.1.2.2. Des naissances cependant en baisse

Les chiffres sur les accouchements transmis par l'établissement étant parcellaires, la chambre a fondé son analyse sur le nombre des naissances réalisées au CHM et hors CHM pour confirmer la tendance à la baisse du nombre des naissances et donc des accouchements depuis 2008. Mayotte comptabilisait 7 617 naissances en 2008 et 6 644 naissances en 2013, soit une baisse de 13 % en six ans.

¹⁵ Tableau de bord sur la périnatalité, ORS, 2014

¹⁶ Création effective du CHR en 2012 et du CHU en 2013 à partir de la fusion de deux établissements

Tableau n° 7 : évolution des accouchements et des naissances au CHM (rapports DIM)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ACCOUCHEMENTS						
Accouchements au CHM	Non connu			6 604	6 327	6 003
Accouchements hors CHM					301	521
Total accouchements (CHM et hors CHM)					6 628	6 524
NAISSANCES						
Naissance au CHM	Non indiqué	Non connu	Non connu	Non connu	6 433	6 119
Naissance hors CHM	Non indiqué	Non connu	Non connu	Non connu	303	525
Naissances totales CHM et hors CHM	7 617	7 518	7 356	6 776	6 736	6 644

Source : chiffres des rapports DIM retraités par la CRC pour 2012 et 2013

4.1.3. Un faible taux de césariennes mais un niveau élevé en urgence et l'impossibilité de les réaliser en code rouge en périphérie

Les accouchements réalisés au CHM se caractérisent par leur faible technicisation, la part des accouchements par voie basse se situant à un niveau supérieur à 80 %. Le taux de césariennes (cf. tableau n° 8) reste inférieur au niveau national (21 % en 2010 selon l'enquête nationale de périnatalité).

Tableau n° 8 : Proportion des accouchements par voie basse et par césarienne

	2011	2012	2013
Voie basse	85,1 %	83,5 %	83,8 %
Césariennes	14,9 %	16,5 %	16,2 %

Source : rapports DIM

La chambre relève le nombre très élevé des césariennes réalisées en urgence, les motifs principaux étant les souffrances fœtales, les cas d'utérus cicatriciels, les sièges, les arrêts du travail ou les échecs du déclenchement et les anomalies placentaires. Si au niveau national le taux des césariennes programmées représente la moitié des césariennes réalisées, au CHM, ce taux est relativement faible, de l'ordre de 20 %. Ainsi, en 2011, 83 % des césariennes ont été réalisées en urgence, chiffre quasi identique à l'année 2010, ce qui « n'est pas en faveur d'une amélioration des suivis de grossesse à haut risque » selon l'établissement lui-même (source : rapport du pôle gynéco-obstétrique 2011). Le niveau des césariennes réalisées en urgence baisse légèrement en 2012 (- 4 %) pour s'établir à 79 % mais atteint 83 % en 2013.

Par ailleurs, la chambre relève que si l'hôpital essaie de sécuriser la prise en charge des situations à risque (notamment risque de recours à la césarienne) par l'élaboration de protocoles¹⁷ afin de faciliter un transfert rapide des femmes vers Mamoudzou, il est impossible aux équipes médicales de réaliser, pour les parturientes prises en charge dans les maternités rurales, des césariennes en extrême urgence (« césariennes code rouge ») dans les 15 minutes compte-tenu des délais de route entre les maternités périphériques et Mamoudzou. Ce délai de 15 minutes entre la décision de réaliser une césarienne en extrême urgence et la naissance figure dans le protocole de l'hôpital formalisé le 14 novembre 2013 (« Appels lors d'une césarienne en extrême urgence « code rouge »). Seules des césariennes en code orange (extraction dans les 30 minutes) sont envisageables, à l'exception du site de Petite Terre pour lequel les délais de transfert sont trop longs en raison de l'utilisation de la barge. Il faut compter au moins 30-40 minutes pour effectuer un transfert entre Petite Terre et le CHM et il faut un délai supplémentaire de 20 minutes si la mobilisation de la barge se fait dans le cadre de l'astreinte mise en place en dehors des heures de fonctionnement.

La chambre note l'absence d'analyse des cas de césariennes réalisées à Mamoudzou sur des parturientes transférées des maternités périphériques et recommande qu'une évaluation soit effectuée sur les cas de césariennes urgentes (donc hors césariennes programmées), dans le prolongement d'ailleurs de l'observation effectuée par la société d'assurance de l'hôpital lors de sa visite en 2013 (« les délais de prise en charge des césariennes supérieurs à 30 minutes ne font pas l'objet systématique d'analyse »).

4.1.4. Un nombre toujours important de naissances hors CHM

Le maillage territorial des maternités ne s'est pas traduit par une baisse des accouchements hors CHM¹⁸. Les naissances hors CHM restent à un niveau élevé tout au long de la période. En 2013, le chiffre des naissances hors CHM a quasiment doublé par rapport à 2012 pour se situer à un niveau supérieur à celui observé en 2010 et 2011 (7,9 % en 2013 contre 6,8 % en 2010 et 2011). Les naissances hors CHM représentent près de 8 % des naissances à Mayotte, soit presque le double du chiffre constaté en 1991 par la mission mise en place par l'INSERM¹⁹: « En 1991, les femmes qui accouchaient à domicile ne représentent plus que 5,5 % »²⁰ alors qu'il n'existait, à cette époque, que deux maternités (Mamoudzou et Dzaoudzi).

Tableau n° 9 : évolution des naissances hors CHM entre 2010 et 2013

	2010	2011	2012	2013
Naissances hors CHM	507	462	303	525
Nombre total des naissances	7 356	6 776	6 736	6 644
Taux des naissances hors CHM	6,8 %	6,8 %	4,4 %	7,9 %

Source : rapports DIM (années 2012 et 2013), rapport pôle gynéco-obstétrique (années 2011 et 2012)

¹⁷ Notamment le protocole établi en 2009 fixant les critères des transferts en pre, per et post-partum et note datée du 17 octobre 2013 « Procédure en cas d'urgence en maternité périphérique ».

¹⁸ accouchements à domicile ou sur le trajet.

¹⁹ Programme Hypertension Gravidique à Mayotte (Inserm) enquête effectuée par les docteurs Lefait-Robin (médecin inspecteur), O. Hebert et MH Gherbi (médecins de PMI), et G. Breart (directeur de l'unité de recherches épidémiologique sur la mère et l'enfant, INSERM).

²⁰ Cette étude précise qu'en 1981, les naissances à domicile représentaient 72,4 % du total des naissances, en 1986, 32,9 % et en 1991, 5,5 %.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2007-2010 – comme le schéma d'organisation des soins 2006-2010 – affichait dans son orientation n° 3 l'objectif « qu'au terme de ce schéma, avec un total de 110 lits de maternité, les accouchements à domicile ne devraient plus être qu'exceptionnels, pour une meilleure sécurité de la mère et de l'enfant ». Force est de constater l'absence de résultat en la matière et les enjeux en termes de mortalité. Dans un rapport de novembre 2013 relatif aux maternités du CHM, établi par des médecins extérieurs à l'établissement, il est indiqué que « le nombre anormalement élevé d'accouchement hors structure (...) (est une) situation connue pour son risque particulier (mortalité multipliée par 6) ».

Ces accouchements hors CHM proviennent pour une part encore importante de Mamoudzou (60,3 % des accouchements hors CHM en 2012 et 43,6 % en 2013) et ne s'expliquent donc pas par la distance avec la maternité centrale du CHM. Le nord et le centre représentent les deux secteurs qui drainent également un nombre important de naissances hors CHM (19,6 % des naissances au Nord en 2013 et 16,5 % des naissances au Sud en 2013) alors même que ces territoires sont couverts par deux maternités de périphérie (Dzoumogné et Kahani).

L'observatoire régional de santé (ORS) a lancé une enquête en 2014 auprès d'un échantillon de 500 femmes à Mayotte sur leur perception de la prise en charge périnatale à Mayotte afin de dresser les caractéristiques sociodémographiques des femmes et de préciser les informations sur le choix de la maternité, le suivi des grossesses et le déroulement des accouchements. Cette enquête révèle que les raisons évoquées sont en lien avec un accouchement rapide, l'arrivée tardive des secours et les coûts de déplacement. Les difficultés de transport sont à l'origine de nombreux accouchements à domicile, notamment pour les femmes en situation irrégulière qui préfèrent ne se déplacer qu'en fin de journée pour éviter les contrôles de police.

4.1.5. Un accès limité à la péridurale

Le niveau de péridurale est faible mais augmente sur la période. Selon les chiffres figurant dans les rapports du pôle de gynécologie-obstétrique, 8 % des patientes accouchant à Mamoudzou ont bénéficié d'une analgésie péridurale en 2011, 9,21 % en 2012 et 12,07 % en 2013.

À ce niveau très faible de péridurales s'ajoute l'absence d'accès à cette technique pour les femmes accouchant dans une maternité périphérique puisqu'elle n'est possible qu'à la maternité centrale de Mamoudzou. Les femmes accouchant en périphérie ne se voient proposées, à ce stade, que le MEOPA²¹ qui est un mélange gazeux utilisé pour soulager les gestes peu douloureux.

Le caractère très limité de l'accès à la péridurale s'explique par l'absence, jusqu'à la fin de l'année 2012, d'anesthésiste dédié à l'obstétrique 24h sur 24. Depuis 2013, un anesthésiste a été recruté, ce qui explique l'augmentation du nombre des péridurales.

L'enquête de l'observatoire régional sur la santé en 2014 montre que la péridurale est très peu connue par les femmes et que, pour 65 % de celles interrogées, la douleur n'a pas été suffisamment soulagée.

Parmi les axes figurant dans le projet de soins 2010-2015 l'établissement a inscrit la prise en charge de la douleur comme objectif transversal.

²¹ Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

4.1.6. Une absence de mesure du pH et des gaz du sang au cordon après l'accouchement

L'analyse des gaz du sang au cordon ombilical après l'accouchement permet de diagnostiquer une éventuelle asphyxie fœtale. Dans ses recommandations de 2007 (« Recommandations pour la pratique clinique »), le collège national des gynécologues et obstétriciens français indique : « (...), *il est souhaitable de réaliser systématiquement une gazométrie au cordon (artérielle et si possible veineuse).* »

Dans son rapport de visite établi le 5 décembre 2013, la société d'assurance de l'établissement relève que « *le pH et les gaz du sang au cordon ne sont pas réalisés de façon systématique* » et ajoute « *pour être la maternité qui réalise le plus grand nombre d'accouchements en France, le bloc obstétrical n'est pas encore équipé de l'appareil de mesure, d'autant plus que la configuration des locaux ne permet pas une transmission immédiate des prélèvements au laboratoire* ».

Le CHM a indiqué à la chambre que l'appareil de mesure du pH et des gaz du sang au cordon équipe les services de réanimation néonatale et réanimation adulte et que, dans le cadre de l'extension de la maternité de Mamoudzou, le service a effectué une demande d'équipement de mesure du pH et des gaz du sang au cordon. La chambre relève que, si l'installation de cet équipement est prévue pour la maternité de Mamoudzou, tel n'est pas le cas pour les maternités périphériques et qu'en conséquence cet examen ne pourra être effectué pour les nouveau-nés hors de l'hôpital central.

4.1.7. Une majorité de femmes en situation irrégulière et/ou en précarité financière

Les accouchements qui ne sont pas facturés à la caisse de sécurité sociale représentent une grande majorité du nombre total des accouchements (57 % en 2013), en progression constante sur la période (51,7 % en 2011, 53,8 % en 2012). Les personnes non affiliées à la caisse de sécurité sociale sont dans une grande majorité des personnes en situation irrégulière, une part moindre étant représentée par les mahorais en cours d'affiliation.

L'enquête nationale de périnatalité, à laquelle Mayotte a participé pour la première fois en 2010, confirme l'origine étrangère de la majorité des mères (7 sur 10), la précarité financière des parturientes²² et l'absence de couverture sociale pour la moitié d'entre elles²³, qui constituent autant de freins à l'utilisation des services de santé.

Tableau n° 10 : statut des accouchements par l'affiliation à la sécurité sociale

	2011		2012		2013	
	Nb accouchements	%	Nb accouchements	%	Nb accouchements	%
Sécurité sociale	3 190	48,3	3 064	46,2	2 805	43
Non facturables	3 414	51,7	3 564	53,8	3 719	57
Total des accouchements	6 604		6 628		6 524	

Source : rapports DIM

²² 26 % des femmes ont déclaré occuper un emploi pendant leur grossesse. En prenant en compte l'activité professionnelle du couple (déclarée ou non), les aides sociales ou familiales, 45 % des femmes déclarent disposer de moins de 500 euros par mois.

²³ 17 % des femmes déclarent avoir dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières.

4.1.8. Une part encore importante de grossesses précoces mais en baisse depuis 2010

L'âge moyen des femmes ayant accouché au CHM se situe à 28,1 ans depuis 2012 (26,3 ans en 2003), un âge légèrement inférieur à la moyenne nationale (30,1 ans). La proportion des femmes de moins de 20 ans est de 11,1 % en 2013 (2 % en métropole).

Le nombre de parturientes de moins de 18 ans diminue sensiblement sur la période. Elles représentaient 5,6 % des effectifs en 2010, 5,2 % en 2011, 4,7 % en 2012 et 4,4 % en 2013. La diminution est particulièrement notable pour les grossesses des parturientes de moins de quinze ans (baisse de 52 % de ces grossesses en 2013 par rapport à 2010).

4.2. Les indicateurs de prématurité

4.2.1. Un taux de prématurité supérieur à la moyenne nationale

Les taux de prématurité et grande prématurité²⁴ observés au CHM sont élevés : 10 % de prématurés en 2013 (11 % en 2012 et 2011) et 2 % de grands prématurés en 2013 (idem en 2011 et 2012).

Le taux de prématurité du CHM représente presque le double de celui observé en métropole. L'enquête nationale de périnatalité avait établi qu'en 2010, le taux de prématurité en métropole était de 6,6 %. Le taux de grande prématurité est également plus du double de celui constaté en métropole en 2010 (0,7 % en métropole en 2010).

4.2.2. Un niveau important d'accouchements prématurés dans les maternités périphériques

Selon les statistiques tenues par les cadres sages-femmes des maternités périphériques (hors Dzaoudzi pour laquelle aucun chiffre n'a été transmis à la chambre), des naissances de grands prématurés ont lieu dans les maternités périphériques alors qu'elles ne disposent d'aucun pédiatre présent en salle de naissance ni d'appareil de mesure des gaz du sang au cordon.

Tableau n° 11 : nombre de prématurés nés dans les maternités du CHM (hors Dzaoudzi)

	2011			2012			2013		
	Préma 22 à 27 SA	Préma 27 à 32 SA	Préma 32 à 37 SA	Préma 22 à 27 SA	Préma 27 à 32 SA	Préma 32 à 37 SA	Préma 22 à 27 SA	Préma 27 à 32 SA	Préma 32 à 37 SA
Maternité de Dzoumogne	1	0	36	0	1	69	0	0	26
Maternité de Kahani	3	1	32	2	0	30	1	3	34
Maternité de Rmamadoudou	1	2	31	0	1	22	0	0	31
Maternité de Mamoudzou	44	145	422	39	78	483	41	66	409

Source : statistiques cadres sages-femmes

²⁴ Prématurité : naissance avant 37 semaines d'aménorrhée ; grande prématurité : naissance avant 33 semaines d'aménorrhée.

4.3. Les indicateurs de mortalité de la mère et de l'enfant

4.3.1. La mortalité de la mère

4.3.1.1. Un suivi peu rigoureux du nombre des décès maternels

La mort maternelle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite²⁵. Dans son rapport public annuel de 2012²⁶, la Cour des comptes constatait que le taux déclaré de décès maternels s'établissait à environ huit décès pour 100 000 naissances pour la période 2006-2008, soit un peu moins de 70 décès par an, et que pour la période 2000-2006 près de la moitié des décès ont eu lieu dans les départements d'outre-mer et en région parisienne.

S'étonnant que l'établissement ait indiqué l'absence de décès maternels au cours de la période 2008 à 2013 dans sa réponse au premier questionnaire, la chambre a interrogé à nouveau le CHM qui a finalement mentionné l'existence de 16 décès entre 2009 et 2014 (5 en 2009, 1 en 2010, 4 en 2011, 3 en 2012, aucun en 2013 et trois en 2014 jusqu'au 31 juillet). L'hôpital a précisé ne pas avoir l'information pour l'année 2008 et a mentionné que les 16 décès sont intervenus à l'hôpital, l'établissement n'étant pas en mesure de connaître les décès intervenus hors du CHM.

Les rapports du Département de l'Information Médicale (DIM) ainsi que ceux du pôle de gynécologie-obstétrique sont quasiment muets sur l'existence de décès, se contentant de mentionner l'absence de décès maternels en 2013 et d'afficher un taux de mortalité maternelle de 4,42 pour 10 000 naissances en 2011. Les statistiques tenues par les cadres sages-femmes des maternités mentionnent quatre décès intervenus en 2011 (un à la maternité de Dzoumogne, les trois autres à Mamoudzou) et aucun en 2012 et 2013. La chambre a interrogé le CHM sur la répartition du nombre des décès dans les maternités. L'établissement n'a pas apporté de réponse précise, se contentant de répondre que la grande majorité des décès a eu lieu à Mamoudzou.

La chambre n'a pas obtenu d'information sur le nombre de décès maternels intervenus à l'hôpital entre 2008 et 2014 et sur les causes des décès réparties entre cause directe (cause en lien avec l'accouchement) et cause indirecte (état de santé de la mère). Elle relève que, dans son rapport rendu en 2009, la mission d'appui et de conseil au CHM, saisie par la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, attirait déjà l'attention du CHM sur la nécessité d'assurer un suivi rigoureux des chiffres sur les décès : *« C'est une priorité pour la mission que le pôle hospitalier de gynécologie-obstétrique, unique offreur de soins dans ce champ sanitaire à Mayotte, tienne des statistiques annuelles sur la morbi-mortalité maternelle et infantile afin de pouvoir évaluer les organisations de soins et les faire évoluer de façon à améliorer ces indicateurs »*.

A ce stade, pour apprécier le niveau de la mortalité de la mère (décès jusqu'à 40 jours après l'accouchement), la chambre ne peut que s'appuyer sur les chiffres externes à l'établissement. L'ARS estime la mortalité maternelle à Mayotte à 50 décès pour 100 000 naissances, soit un niveau deux fois plus élevé qu'à La Réunion (26,4) et six fois plus qu'en métropole en 2007 (7,6) (source : plan régional de santé, 2012-2017).

La chambre recommande à l'hôpital de disposer d'informations précises sur les décès maternels (nombre de décès, lieu, cause) compte-tenu du niveau de mortalité observé qui semble en deçà du niveau réel (recommandation n° 3).

²⁵ Source : Organisation Mondiale de la Santé.

²⁶ Rapport public annuel 2012, « Politique de périnatalité, l'urgence d'une remobilisation », pages 395 à 428

Le CHM précise que les informations relatives aux décès à domicile seront portées à la connaissance du Département de l'Information Médicale (DIM)

4.3.1.2. Les causes des décès méconnues et la difficile prise en charge des hémorragies du post-partum

Interrogé sur les causes des décès maternels recensés au CHM, l'établissement a indiqué que « *le décès y est consécutif à l'état de grossesse dont IVG etc...* ». Le CHM a précisé qu'aucun contentieux n'a été engagé depuis 2008 sur les secteurs de la gynécologie-obstétrique et néonatalogie.

À Mayotte, comme à La Réunion et en Ile de France, l'hémorragie de la délivrance²⁷ (ou « hémorragie du post-partum ») reste la première cause des décès maternels²⁸. « *Selon les experts, 90 % des décès consécutifs à une hémorragie auraient pu être évités si des soins appropriés avaient été prodigués en temps utile* » (rapport Cour des comptes 2012²⁹). L'établissement indique, dans le protocole adopté sur la prise en charge des hémorragies du post-partum (HPP), que l'hémorragie de la délivrance est la deuxième cause de décès maternel et que « *tout retard ou hésitation dans la prise en charge est préjudiciable car favorise les troubles de la coagulation et l'installation de cercle vicieux* ».

Le CHM a recensé 2,9 % de cas d'hémorragie du post-partum en 2012 et 3,5 % en 2013. Si, à Mamoudzou, l'existence d'un bloc obstétrical et la présence d'une équipe médicale sont de nature à sécuriser la prise en charge des hémorragies du post-partum, tel n'est pas le cas des maternités périphériques qui en outre ne disposent pas de dépôt de sang. Pourtant ces maternités périphériques, situées pour certaines à plus de 30 minutes de Mamoudzou, sont régulièrement confrontées à un nombre de cas important. Selon le rapport établi par la société d'assurance de l'hôpital en 2013, les hémorragies de la délivrance ne peuvent être prises en charge avant un délai de 40 à 45 minutes au mieux ; si l'ambulance n'est pas disponible, le SMUR est appelé mais le délai s'allongera.

Tableau n° 12 : nombre de cas d'hémorragies du post-partum au CHM (sauf Dzaoudzi)

Maternités	2011	2012	2013
Dzoumogne	30	16	13
Kahani	31	22	14
Mramadoudou	19	24	18
Dzaoudzi	n.c	n.c	n.c
Mamoudzou	100	132	152
Total	180	194	197

Source : statistiques cadres sages-femmes CHM.

La sécurisation de la prise en charge des hémorragies du post-partum a conduit l'hôpital à inscrire l'hémorragie de la délivrance parmi les quatre situations devant déclencher la procédure d'urgence en maternité périphérique³⁰ et à adopter un protocole. Celui-ci a fait l'objet de plusieurs modifications dont la dernière remonte à 2012 et a consisté à différencier la prise en charge entre Mamoudzou et les maternités périphériques, les médecins n'étant présents qu'à Mamoudzou. À cet hôpital, les prescriptions de médicaments sont plus larges (Syntocinon, Nalador et antibiothérapie) et le traitement chirurgical (ligature des artères utérines, suture utérine, hystérectomie d'hémostase) est accessible immédiatement. Dans les maternités périphériques, le protocole prévoit la possibilité d'administrer du Syntocinon et l'organisation du transfert vers Mamoudzou par le SMUR.

²⁷ L'hémorragie du post-partum consiste en un saignement de plus de 500cc provenant de la zone d'insertion placentaire et survenant dans les 24h qui suivent la naissance

²⁸ Pour les autres régions de métropole, ce sont les causes obstétricales indirectes qui sont les plus fréquentes

²⁹ Rapport public annuel 2012, « Politique de périnatalité, l'urgence d'une remobilisation », pages 395 à 428.

³⁰ Note datée du 17 octobre 2013 « Procédure en cas d'urgence en maternité périphérique » : dans quatre situations précises (procidence du cordon, altération sévère du rythme cardiaque fœtal, pré éclampsie, hémorragie de la délivrance), le médecin régulateur, informé par la sage-femme, déclenche immédiatement le transfert.

La chambre relève que la revue de mortalité-morbidité (RMM) effectuée le 26 juin 2013 relative à deux cas d'hémorragie du post-partum (dont l'un concerne une femme transférée d'une maternité périphérique sur Mamoudzou) avait conclu notamment à la nécessité de revoir le protocole afin de sécuriser davantage les transferts. Aucune modification du protocole n'est intervenue à la suite de cette RMM.

Par ailleurs, la prise en charge des cas de femmes souffrant d'hémorragie du post-partum après un accouchement réalisé en maternité périphérique nécessite fréquemment la prescription d'un médicament – le Nalador – avant ou durant le transfert de la mère à Mamoudzou. Ce médicament présentant des risques cardiovasculaires, sa prescription ne peut être autorisée que par un médecin. Afin de réduire les délais d'attente, des prescriptions orales sont souvent effectuées par les médecins, régularisées ensuite par un écrit faxé. La Haute Autorité de santé avait eu l'occasion de relever lors d'une visite de suivi de certification en septembre 2012 que 30 % des prescriptions orales ne sont pas régularisées par un écrit.

4.3.2. Des taux de mortalité de nouveau-nés élevés

La mortalité infantile mesure le nombre de décès d'enfants de moins d'un an³¹. La mortalité néonatale concerne le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours. La mortinatalité regroupe le nombre de mort-nés (enfants nés sans vie de 22 semaines d'aménorrhée à la naissance). La mortalité périnatale³² est composée du nombre de mort-nés et de décès d'enfants de moins de 7 jours (mortinatalité + mortalité néonatale précoce).

Selon le tableau de bord de la périnatalité établi en avril 2014 par l'observatoire régional de la santé, « à Mayotte, les taux de mortalité infantile*, néonatale et périnatale sont élevés. Ces taux ont connu une légère baisse en 2011 suivie d'une augmentation en 2012, sauf pour le taux de mortalité néonatale qui poursuit sa baisse. De manière générale les taux de mortalité périnatale sont supérieurs à ceux de La Réunion et de la métropole ».

Tableau n° 13 : indicateurs de suivi de morbidité et de mortalité du nouveau-né au CHM

	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de mortinatalité	13,7 ‰	14,7 ‰	12 ‰	15 ‰	14,3 ‰
Taux de mortalité périnatale	17 ‰	17,8 ‰	13,6 ‰	16,9 ‰ (France : 10,7 ‰)	17,5 ‰
Taux de mortalité néonatale	4,2 ‰	3,17 ‰	3,4 ‰	2,6 ‰	nc

Source : rapports DIM

Selon le rapport EURO-PERISTAT³³, la France a le taux de mortinatalité (naissances d'enfants sans vie) le plus élevé d'Europe (9,2 pour 1000 naissances totales en 2010). Avec un taux de mortinatalité de 14,7 ‰ en 2010 et de 14,3 ‰ en 2013, Mayotte est très largement au-dessus du niveau national.

Avec un taux de mortalité néonatale de 2,3 ‰ en 2010, la France se situe au 17^{ème} rang européen selon l'enquête EURO-PERISTAT. Au CHM, le taux est plus élevé puisqu'il se situe à 3,17 ‰ en 2010 et est en baisse depuis 2009 (4,2 ‰) pour se situer à 2,6 ‰ en 2012. Le chiffre n'est pas connu pour l'année 2013.

³¹ Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants

³² Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de sept jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie.

³³ Enquête européenne qui présente les données de la santé périnatale en 2010 pour 26 pays membres de l'Union Européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse.

4.3.3. Des revues de mortalité morbidité peu mises en place

Selon la Haute Autorité de santé, dans sa recommandation « Évaluation et amélioration des pratiques RMM » (novembre 2009), une revue de mortalité et de morbidité (RMM) « est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins ».

Un protocole de l'hôpital, datant du 14 mars 2011, prévoit la mise en place de RMM afin de « tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins ». Il était prévu la mise en place d'une RMM tous les deux mois avec présentation de deux cas. Ceux concernés par les RMM devaient être les suivants : les décès des moins de 30 ans, les évènements qui auraient pu causer un dommage au patient, perçus par les acteurs comme « perte de chance » pour le patient, les problèmes de prise en charge inter services et/ou inter pôles et le signalement d'évènements indésirables soit par les unités du pôle soit par la direction qualité et gestion des risques.

Lors d'une réunion, le 28 juin 2011, l'hôpital a décidé de reconstituer un groupe RMM et de l'élargir aux anesthésistes, pédiatres et biologistes et d'organiser trois réunions par an. Trois thématiques devaient être étudiées : la mortalité et la morbidité néonatales, la mortalité maternelle et les hémorragies de la délivrance.

La chambre relève qu'un nombre très faible de revues morbidité-mortalité (RMM) ont été tenues dans le champ de l'obstétrique puisque trois RMM ont eu lieu en deux ans (en 2012 et 2013) contrairement à l'objectif affiché par l'établissement de tenir trois réunions par an. Ces trois RMM engagées en 2012 et 2013 ont cependant permis l'identification de problèmes multiples, notamment de délais concernant aussi bien les transfusions, le diagnostic, les résultats de bilans demandés en urgence, la délivrance des culots sanguins que le transfert à Mamoudzou depuis une maternité périphérique.

Dans une note du service de gynécologie-obstétrique, il est indiqué que trois RMM seraient engagées en 2014. Au moment où la chambre clôture son contrôle, aucune RMM n'a été effectuée.

Par ailleurs, la chambre note l'absence de RMM pour l'ensemble des 16 décès maternels mentionnés par l'hôpital depuis 2009. Un seul compte-rendu de RMM transmis par l'établissement fait état du décès de la mère. Au vu des niveaux de mortalité de la mère et du nouveau-né à Mayotte, la chambre attire l'attention de l'établissement sur l'intérêt et l'importance de conduire des RMM pour les décès, particulièrement pour l'équipe du secteur de naissance. Elle insiste sur la recommandation de la Haute Autorité de santé de mars 2014 sur la « Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance » : « L'équipe du secteur de naissance pratique collectivement les RMM. Les décès maternels et néonataux y sont analysés. Les autopsies sont prévues pour clarifier les décès de cause incertaine ».

De plus, la chambre s'étonne qu'aucune RMM n'ait été effectuée en néonatalogie alors que les niveaux de mortalité sont importants.

Enfin, alors que cela avait été annoncé en 2011, aucune RMM commune aux gynécologues-obstétriciens et aux pédiatres n'a été tenue. Dans un rapport de mission établi en 2014 par des médecins extérieurs à l'établissement, il est recommandé la mise en place de RMM communes aux pôles de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie qui permettrait ainsi de progresser dans la prise en charge des patients et de comprendre pourquoi il y a actuellement davantage de pathologie néonatale alors que le taux de natalité diminue.

La chambre recommande à l'établissement la tenue de revue de mortalité morbidité pour les cas de décès de la mère et de l'enfant (recommandation n° 4).

Le CHM a indiqué s'être engagé dans une révision de ses pratiques et de ses outils pour institutionnaliser les revues de morbi-mortalité.

4.3.4. Un pilotage insuffisant des risques

4.3.4.1. L'absence d'indicateurs de sécurité des pratiques professionnelles

La société d'assurance de l'hôpital dans son rapport de visite de 2013 note les déficiences de l'établissement dans la gestion des risques quel que soit le secteur d'activité médicale : insuffisances dans le recensement et le traitement des événements indésirables, peu de revues de morbi-mortalité réalisées et absence de procédures qui indiquent qui et quand réaliser des RMM, des CREX (comité de retour d'expérience), des REMED (Revue d'erreur médicamenteuse), absence d'analyse des décès. S'agissant plus spécifiquement de l'obstétrique, la société d'assurance recommande à l'établissement la mise en place d'une cartographie des risques compte tenu du problème de recrutement médical et de l'éloignement avec les centres de référence.

4.3.4.2. Une gestion des événements indésirables graves perfectible

Selon la définition du code de la santé publique (article R. 6111-1), constitue un événement indésirable associé aux soins « *tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser la cause, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise* ».

La chambre note que l'hôpital a mis en place un registre de déclaration des événements indésirables dont les parties relatives à l'obstétrique et à la néonatalogie lui ont été transmises. L'établissement n'a pas organisé un plan d'actions correctives et un suivi de ces événements ; les informations transmises à la chambre n'en portent pas mention. Les événements indésirables ne sont pas tous des événements indésirables graves mais ils peuvent être révélateurs de procédures ou de situations potentiellement génératrices de risques et leur appréhension permettrait de sécuriser le circuit de prise en charge des parturientes.

Le rapport effectué en 2013 par la société d'assurance de l'hôpital mentionne la nécessité pour l'établissement d'optimiser son système de déclaration des événements indésirables par une meilleure connaissance de l'objet de la déclaration (événements indésirables liés aux soins, risques d'accidents, événements indésirables graves, événements récurrents...) et la mise en place d'actions corrections et de leur suivi.

La répartition des événements mentionnés dans le registre transmis à la chambre n'apparaissant pas entre simples événements indésirables et événements indésirables graves, la chambre a demandé à l'hôpital s'il transmet les événements indésirables graves à l'ARS comme l'y contraint la réglementation. En effet, l'article L. 1413-14 du code de la santé publique dispose que tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. L'établissement a répondu qu'« *il est arrivé dans le passé, suivant les circonstances, que des événements indésirables soient communiqués à l'ARS* » mais qu'à ce jour, « *aucun événement suffisamment grave, porté à la connaissance de la cellule des événements indésirables du CHM, n'a nécessité cette communication* » (courriel du 27 octobre 2014).

Certains événements indésirables en gynécologie-obstétrique figurant dans le registre ont attiré l'attention de la chambre compte tenu de leur fréquence et/ou de la gravité

des faits exposés sous réserve de leur vérification ; la chambre s'interroge sur les mesures mises en place pour éviter la redondance de ce type de situations :

- Multiplication des cas d'absence de la sage-femme de garde de la maternité de Dzaoudzi lorsqu'elle doit accompagner une patiente pour un transfert à Mamoudzou ;
- Retards fréquents de transfert d'une patiente pour un accouchement qui doit être effectué à Mamoudzou en raison de l'état de la mère et/ou de l'enfant, en raison de l'indisponibilité de l'ambulance et/ou du SMUR, avec parfois des conséquences sur la prise en charge médicale de la mère et de l'enfant ;
- Une orientation par les pompiers des femmes dont l'accouchement est prévu à Mamoudzou vers une maternité périphérique : plusieurs cas sont ainsi signalés de patientes qui doivent accoucher à Mamoudzou pour des raisons médicales et qui sont régulièrement amenées de Koungou vers Dzoumogné par les pompiers ;
- Diverses difficultés matérielles qui peuvent gêner la prise en charge des femmes, comme par exemple des sonnettes qui ne fonctionnent pas dans les chambres de la maternité de Mamoudzou (cas plusieurs fois signalé dans le registre) ;
- Des difficultés récurrentes relatives aux prélèvements envoyés au laboratoire (difficulté pour obtenir les résultats, des prélèvements qui ne parviennent pas au laboratoire retardant ainsi la prise en charge de la mère³⁴ ou du nouveau-né) ;
- Le transport des nouveau-nés de Mamoudzou vers les maternités périphériques.

En réponse aux questions de la chambre lors des contrôles sur place, l'établissement a indiqué avoir progressé dans la gestion des risques avec le recrutement en 2013 d'une directrice adjointe en charge de la qualité, la mise en place d'une cellule de gestion des risques et l'adoption d'une charte de gestion des risques. La cellule qualité gestion des risques, dans son bilan pour l'année 2013, indique que les services ayant déclaré le plus d'événements indésirables sont la maternité (15 % des événements indésirables contre 16 % en 2012) et la médecine (9 % contre 11 % en 2012). Une nouvelle organisation de gestion des événements indésirables a été mise en place depuis le dernier trimestre 2013 avec un retour systématique d'information aux déclarants et une analyse systématique d'événements indésirables à forte criticité. A ce stade, seule la pharmacie et la pédiatrie ont donné lieu à la mise en place de groupes d'analyse en cas d'événement indésirable à forte criticité³⁵.

³⁴ Par exemple, la sérologie HIV revient positive trois jours après l'accouchement sans même un appel du laboratoire ce qui a conduit à un retard dans la prise en charge du nouveau-né.

³⁵ Source : bilan 2013, cellule gestion des risques

5. L'urgence d'une réorganisation de la filière de périnatalité

5.1. La nécessité de renforcer le rôle de l'hôpital dans le suivi de la grossesse

Le CHM est assez peu investi dans le suivi des grossesses normales qui, jusqu'au 8^{ème} mois de grossesse, sont très majoritairement prises en charge par le service départemental de la protection maternelle et infantile (PMI) dans des conditions matérielles d'ailleurs très dégradées. Les grossesses pathologiques sont suivies par l'hôpital avec un dépistage préalable qui repose exclusivement sur la PMI.

5.1.1. Un suivi peu satisfaisant des grossesses normales

5.1.1.1. Le constat général : une entrée tardive des femmes enceintes dans le suivi de leur grossesse et un suivi prénatal insuffisant

Les dispositions des articles L. 2122-1 et R. 2122-1 du code de la santé publique prévoient que toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse qui comporte des examens prénataux obligatoires au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens ont une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement. L'article R. 2122-2 précise les examens à effectuer lors du premier examen prénatal, quatrième examen prénatal (c'est-à-dire lors du sixième mois de grossesse), sixième ou septième examen prénatal (c'est-à-dire huitième ou neuvième mois de grossesse).

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé recommande trois échographies par femme enceinte.

L'enquête périnatale réalisée à Mayotte en 2010 révèle des retards importants tant au niveau des déclarations de grossesse que du suivi médical des femmes enceintes (consultations et échographies). 35,5 % des femmes à Mayotte n'ont pas déclaré leur grossesse ; les déclarations au-delà du premier trimestre de grossesse sont également fréquentes (35,3 % contre 7,8 % en moyenne nationale en 2010 selon les chiffres de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales et de la santé³⁶). Le nombre moyen de consultations prénatales est de 6,8 (contre 9,9 en moyenne nationale en 2010 selon les chiffres de la DREES). Près de la moitié des femmes (49 %) ont eu moins de sept consultations. L'entretien du 4^{ème} mois, qui est un entretien prolongé avec une sage-femme ou un médecin, n'a été réalisé que pour 4 % des femmes (exclusivement par des sages-femmes et majoritairement par des sages-femmes de PMI à 63 %). S'agissant des échographies, 46,4 % des femmes ont eu seulement une ou deux échographies (contre 1,5 % des femmes ayant accouché à terme en métropole), 32,7 % trois échographies, 19 % plus de trois, 1,5 % aucune. Le nombre moyen d'échographies réalisées au plan national était de cinq en 2010.

L'insuffisance dans le suivi anténatal est particulièrement problématique à Mayotte car il constitue un des facteurs explicatifs des niveaux de mortalité de la mère et de l'enfant. Selon un certain nombre d'enquêtes réalisées au plan national³⁷, il existe toujours un pourcentage de femmes peu ou mal suivies, plus élevé chez les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité.

³⁶ « Surveillance de la grossesse en 2012 : des inégalités socio-démographiques », DREES, études et résultats, n° 848, juillet 2013. Réalisation de cette étude à partir des résultats de l'enquête périnatale de 2010.

³⁷ enquêtes périnatalité 2003 et 2010 ; « surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques », DREES, juillet 2013

Afin d'améliorer la précocité d'entrée des femmes enceintes dans le processus de suivi de leur grossesse, le réseau périnatal de Mayotte (RePeMa) créé en 2009, financé par une dotation annuelle de l'ARS d'environ 160 000 €, mène une action de prévention avec notamment un camion d'information qui circule sur l'ensemble du territoire et qui propose des consultations d'orientation et de prévention ainsi qu'une échographie de datation de grossesse.³⁸

5.1.1.2. Un suivi par l'hôpital tardif et désorganisé

Un suivi à partir du 9^{ème} mois de grossesse

Alors même que les femmes entrent tardivement dans le processus de suivi de leur grossesse et que les niveaux de mortalité de la mère et de l'enfant sont particulièrement importants, ce n'est qu'à partir du 9^{ème} mois de grossesse que l'hôpital (maternités centrale et périphériques) entre dans le processus de suivi prénatal des grossesses normales.

L'absence de dossier commun à la PMI et au CHM

Les dossiers des parturientes suivies en PMI jusqu'au 8^{ème} mois de grossesse sont transmis aux sages-femmes du CHM qui recopient les informations dans le dossier patient de l'hôpital. Outre la perte de temps générée, cette situation n'est pas exempte d'erreurs. En sens inverse, la PMI n'est pas destinataire des comptes rendus d'accouchement des patientes qu'elle continuera à suivre dans le cadre des consultations postnatales et à l'occasion de grossesses ultérieures.

Afin d'optimiser le transfert des patientes vers le CHM et sécuriser les informations transmises par la PMI, un dossier commun aux deux réseaux a été élaboré. La mise en place d'une maquette commune a nécessité deux années de travaux mais n'est toujours pas validée formellement par l'établissement. Interrogée par la chambre sur les raisons de l'absence de validation de ce dossier, la direction de l'hôpital a répondu que les personnes référentes du projet au CHM et à l'ARS ont malheureusement quitté Mayotte entraînant un retard dans la concrétisation de ce dossier mais elle annonce que le processus sera relancé pour valider « *au plus vite ce dossier* ». La chambre s'étonne du délai particulièrement long nécessaire à la conception d'un tel dossier. L'ARS a indiqué que le point de blocage portait sur l'engagement du conseil général en faveur d'un co-financement au-delà de la phase expérimentale et précise que, ce point étant résolu, le dossier commun devrait être mis à la disposition des équipes médicales de la PMI et du CHM au cours du premier trimestre 2015.

Des consultations obligatoires non mises en place au début du 3^{ème} trimestre de la grossesse

L'article D. 6124-35 du code de la santé publique dispose que « *L'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant : (...) 3° D'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l'article D. 6124-92 par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement* ». La chambre relève qu'aucune consultation n'est mise en place au début du dernier trimestre de la grossesse et que le CHM ne réalise pas la consultation pré-anesthésique.

³⁸ En 2013, le réseau PeReMa a ainsi effectué 76 échographies, plus de 500 consultations et a orienté 115 femmes enceintes (source : rapport d'activité RePeMa 2013)

La baisse du nombre des consultations et la désorganisation des rendez-vous

Outre le caractère tardif du suivi des grossesses, celui mis en place par l'hôpital à partir du 9^{ème} mois se caractérise par des consultations médicales et de sages-femmes en baisse sur la période et des échographies également en diminution ainsi qu'une désorganisation générale de la prise de rendez-vous pour les consultations.

Dans son projet médical 2010-2012, le CHM souhaitait pourtant renforcer le suivi des grossesses physiologiques en avançant le terme de la première consultation et en mettant en place des consultations par les sages-femmes tous les jours à Mamoudzou et un jour par semaine dans chaque site périphérique.

Or, le nombre des consultations de suivi de grossesse est en baisse importante en 2013 par rapport à 2012 (- 35 %). Cette baisse est plus prononcée à Mamoudzou (- 60 %) alors que c'est la maternité qui réalise la majorité des accouchements.

Le suivi des femmes enceintes pâtit de plusieurs facteurs dont la conjugaison explique certainement une part importante des niveaux de mortalité observés pour la mère et l'enfant : entrée tardive des femmes dans le suivi de grossesse ; suivi difficile par la PMI jusqu'au 8^{ème} mois ; relais également difficile du CHM à partir du 9^{ème} mois, les consultations de suivi ne pouvant intervenir à un niveau optimum compte tenu de la pénurie des effectifs médicaux non compensés en totalité par l'intervention des sages-femmes.

Tableau n° 14 : nombre de consultations dans les maternités du CHM (consultations 9^{ème} mois, consultations grossesses à risque, IVG, gynécologiques, etc.)

	2011	2012	2013
Mamoudzou	9 624	21 183	8 494
Dzaoudzi	7 404	7 308	6 507
Kahani	5 541	7 429	6 816
Mramadoudou	7 120	7 161	5 889
Dzoumogne (+kougou)	9 695	7 271	4 914
Total	39 384	50 352	32 620

Source : CHM (rapports du pôle gynéco-obstétrique et statistiques des cadres sages-femmes)

La baisse du nombre des consultations en 2013 par rapport à 2012 concerne à la fois les consultations réalisées par les sages-femmes et celles des gynécologues-obstétriciens. Au vu du nombre important des heures complémentaires cumulées par les sages-femmes, la direction de l'hôpital leur a demandé, fin 2012, de baisser leurs vacations de consultation jusqu'à apurement de ces heures. De cinq vacations hebdomadaires par maternité périphérique (10 à la maternité de Mamoudzou et 2,5 à Dzaoudzi), le nombre est passé à trois vacations (sauf à Dzaoudzi où il s'est établi à 1,5 vacation par semaine). Selon les sages-femmes, l'apurement de leurs heures devrait intervenir d'ici la fin de l'année 2014 et leur permettre ainsi de revenir à cinq vacations par semaine dans chaque maternité périphérique (2,5 à Dzaoudzi).

Selon les informations recueillies au cours du contrôle, aucune consultation par les gynécologues-obstétriciens n'a été possible dans les maternités périphériques durant le premier semestre de l'année 2014 en raison de la forte pénurie médicale.

Une désorganisation des consultations

De plus, les consultations sont effectuées dans un contexte organisationnel défectueux : aucune organisation fixe et pérenne des consultations n'a été mise en place (pas de planning identifiant précisément les médecins en charge des consultations, difficulté dans la prise de rendez-vous, absence de planning mensuel des vacations pour les médecins et les sages-femmes). Selon un des termes souvent entendus durant le contrôle, les consultations du CHM fonctionneraient comme un « *self* ».

L'arrivée en septembre 2014 d'un praticien hospitalier expérimenté supplémentaire - désormais chef du service de gynécologie-obstétrique - s'est traduite par un début de structuration du service et des consultations avec notamment le positionnement des médecins dans sept unités formellement créées en septembre 2014³⁹, l'élaboration d'un planning médical sur quatre mois avec des plages horaires mensuelles fixes consacrées aux consultations (l'objectif étant d'élaborer un planning sur six mois dès 2015) et la désignation d'un gynécologue-obstétricien référent par maternité périphérique. Le turn over important des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes ainsi que le nombre de remplaçants parmi les gynécologues-obstétriciens représentent cependant un problème structurel pour toute organisation fixe et pérenne des consultations par les médecins.

La baisse des vacations d'échographies

Afin de réaliser des échographies de plus en plus précoces et d'augmenter leur nombre par femme et par grossesse, le CHM, en 2011, a transformé un équivalent temps plein (ETP) de gynécologue-obstétricien en deux ETP de sages-femmes pour assurer 8,5 vacations d'échographies par semaine.

Le CHM a chiffré à 29 217 au minimum le nombre d'échographies à réaliser pour atteindre trois échographies par grossesse⁴⁰, tel que recommandé par la Haute Autorité de santé, et à 15 000 échographies pour assurer au minimum deux échographies à chaque patiente⁴¹. Les résultats (deux ou trois échographies par patiente) sont loin d'être atteints puisque le nombre d'échographies réalisées en 2012 est de 7 417 avec une forte baisse en 2013 (4 495 échographies).

Tableau n° 15 : échographies de suivi de grossesse au CHM

	2012	2013
Nb d'échographies effectuées par les sages-femmes	3 462	3 034
Nb d'échographies effectuées par les médecins	3 955	1 961
TOTAL	7 417	4 995

Source : CHM (rapports du pôle gynéco-obstétrique)

Par ailleurs, la stratégie engagée par le CHM depuis 2011 d'augmenter les échographies en recourant aux sages-femmes se traduit par une proportion d'échographies majoritairement réalisées par ces dernières (61 % en 2013). L'hôpital investit de façon importante dans la formation des sages-femmes au Diplôme d'Université (DU) d'échographie mais le retour sur investissement est fragilisé par le fait qu'une grande partie des sages-femmes ainsi formées quittent l'établissement peu après la formation. Huit sages-femmes ont eu le DU d'échographie en 2012 mais deux sont parties avant même d'avoir pratiqué des échographies au CHM ; sur les dix sages-femmes formées en 2010, huit ont quitté l'établissement.

³⁹ Sept unités fonctionnelles : chirurgie-gynécologie, grossesses pathologiques et suites de couches, salle de naissance, consultations, diagnostic ante natal et orthogénie, chirurgie oncologique, procréation médicalement assistée et endométriose.

⁴⁰ source : rapport d'activité pôle gynécologie-obstétrique 2012

⁴¹ source : projet médical 2010-2012

5.1.1.3. Une intervention de la PMI atypique et dans des conditions matérielles difficiles

Une intervention atypique

La PMI de Mayotte intervient au-delà du périmètre classique d'une PMI ; elle suit en effet près de 80 % des grossesses normales.

La PMI de Mayotte se caractérise en premier lieu par un surinvestissement de ses activités dans le champ des consultations prénatales. Si le code de la santé publique prévoit que la PMI propose des consultations aux femmes enceintes (article L. 2112-2, 1°), il n'est nullement indiqué que cette intervention s'inscrive obligatoirement dans le cadre des sept consultations prénatales prévues par la loi. Le code de la santé dispose en effet que la PMI propose au moins 16 demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale par semaine dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales (R. 2112-5).

A l'inverse, l'investissement de la PMI est quasiment inexistant dans le champ des compétences obligatoires prévues par le code de la santé publique. La loi précise que la PMI organise des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes (article L. 2112-2, 1°) et des actions médico-sociales préventives à domicile (article L. 2112-2, 4°). Exclusivement orientée sur le suivi médical de la grossesse, la PMI de Mayotte n'organise aucune visite à domicile ni actions médico-sociales individuelles ou collectives en direction des femmes enceintes. Or, le caractère tardif de l'entrée des femmes dans le suivi de grossesse, le nombre encore important d'accouchements à domicile et le caractère élevé des grossesses précoces plaident pour une action forte en matière de prévention. Il est d'ailleurs prévu dans le schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 de renforcer les liens entre la PMI, le CHM et la médecine scolaire afin notamment de développer la sensibilisation à la contraception.

L'absence de clarification du financement du suivi des femmes enceintes non affiliées par la PMI

Le conseil général s'est vu confier la direction de la PMI depuis 2005 et rencontre des difficultés de financement importantes depuis la fin de l'année 2009. 70 % des femmes suivies par la PMI ne bénéficient pas d'une affiliation à la sécurité sociale (79 % en 2013 selon le rapport d'activité de la PMI). Les femmes non affiliées privilégient la PMI en raison de son réseau de proximité (21 centres répartis sur toute l'île) plus important que le réseau des dispensaires du CHM (13 dispensaires) et de son caractère gratuit alors que le CHM réclame le paiement d'un forfait.

Jusqu'à la fin de l'année 2009, le conseil général supportait seul les charges afférentes aux patientes non affiliées en l'absence d'aide médicale d'État (AME) à Mayotte. Depuis 2010, le conseil général fait valoir que la prise en charge des personnes non affiliées incombe à l'État. Il évaluait en 2011 à 4,35 M€ (5 M€ selon l'entretien accordé à la chambre) le coût des activités de la PMI relevant d'une prise en charge qui devrait être celle de l'État. Confronté à des difficultés financières, le conseil général a arrêté de vacciner les nouveau-nés contre le BCG et l'hépatite B (vaccins désormais réalisés par les sages-femmes du CHM) et n'assume plus les frais liés aux examens complémentaires du suivi de grossesse.

Pour remédier à cette situation, un dispositif transitoire a été mis en place en 2010 permettant d'apporter un soutien financier au conseil général sous la forme d'une couverture du coût des examens de laboratoire, des vaccins et des contraceptifs à hauteur de 70 % par l'État et de 30 % par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte, le département continuant de prendre à sa charge les consultations. Ce dispositif s'est traduit par le financement par le CHM des frais liés aux examens de laboratoire, vaccins et contraceptifs prescrits par la PMI. Le CHM bénéficie d'une dotation de l'État d'un montant de 1,5 M€

d'euros (BOP 123) pour couvrir les frais liés à la prise en charge des patientes non affiliées et par un remboursement de la caisse de sécurité sociale.

Ce dispositif n'est pas satisfaisant à plusieurs titres.

Tout d'abord, Il ne s'est pas traduit par un suivi optimal des femmes enceintes puisque les conditions matérielles se sont dégradées. Le nombre des consultations pour les femmes (consultations prénatales, post-natales, IVG, contraception) a chuté de 43 641 en 2012 à 30 280 dont 15 801 étaient des consultations de suivi de grossesse, ce qui représente en moyenne 2,4 consultations par grossesse (source : rapport d'activité PMI 2013) au lieu des sept consultations obligatoires. L'entretien du 4^{ème} mois n'est pas réalisé ni les séances de préparation à l'accouchement. Selon le rapport d'activité établi par la direction de la santé et de la protection maternelle et infantile pour l'année 2013, l'année a été marquée par la pénurie de médecins (deux médecins généralistes de circonscription seulement et un médecin gynécologue à temps partiel) et un turn over important des sages-femmes⁴². De plus, la PMI fait face à des problèmes récurrents d'approvisionnement. Une pénurie importante du matériel de consultation a gêné les consultations (difficultés pour réparer ou renouveler les différents appareils utilisés en consultation). Par un courrier du 13 février 2013, la présidente du conseil national de l'ordre des sages-femmes attirait l'attention de la directrice générale de l'ARS sur la situation jugée « catastrophique » de la PMI et sur les conséquences d'une insuffisance de moyens qui pourraient entraîner des risques graves en termes de santé publique.

Ensuite, ce dispositif est limité par l'absence de stabilité du financement de l'État. La reconduction des moyens n'est pas acquise d'une année sur l'autre. Financé jusqu'à la fin de l'année 2014, le dispositif n'est plus sécurisé financièrement à partir de 2015. Par un courrier du 22 août 2014, le préfet de Mayotte et la directrice générale de l'ARS ont saisi la ministre des affaires sociales et de la santé ainsi que la ministre des outre-mer afin de pérenniser l'intervention financière de l'État à hauteur de 3,4 M€.

En dernier lieu, ce dispositif pose la question de son articulation avec celui prévu par l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 qui a étendu le périmètre des soins délivrés gratuitement par le CHM aux soins d'hospitalisation et de consultations concernant les mineurs et les femmes enceintes. L'introduction de la gratuité des soins pour les enfants à naître aurait pu favoriser le déport sur le CHM de l'activité du suivi de grossesse mais ce déport n'est pas intervenu du fait de l'absence de financement du dispositif prévu par l'ordonnance.

Des conditions d'intervention de la PMI qui devraient évoluer

Compte-tenu de l'impasse financière actuelle, la PMI, le CHM et l'ARS conviennent que ce dispositif doit évoluer soit vers la pérennisation de la dotation de l'État à l'égard de la PMI (solution privilégiée par le conseil général) à défaut d'instauration de l'AME à Mayotte ou vers d'autres solutions qui supposeraient un recalibrage des missions de la PMI. La chambre note cependant que plusieurs solutions sont envisagées mais se heurtent à l'absence de décisions sur le principe et le niveau de participation financière de l'État et sont limitées par des revirements de position et au final une absence de proposition claire de la part de l'État.

⁴² Selon le rapport d'activité de la PMI pour l'année 2013, le nombre de médecins de la PMI correspond à un poste et demi pour le Grand Mamoudzou, un à temps partiel pour le centre et un pour le sud ; en revanche, aucun médecin pour les secteurs de santé concernant Petite Terre et le Nord. Le médecin gynécologue de la PMI permettrait d'assurer deux jours de présence par semaine dans le Grand Mamoudzou et un jour au Centre, aucune disponibilité en revanche pour Petite Terre, le Nord et le Sud. Les sages-femmes sont au nombre de 18 (huit à Grand Mamoudzou, deux sur Petite Terre, trois au Nord, deux au Centre et trois au Sud).

- Absence d'arbitrage sur la prise en charge financière par l'État des soins aux non affiliées enceintes.

Malgré les nombreuses saisines par l'ARS de l'administration centrale (notes à la DGOS du 23 novembre 2012 et du 6 mars 2013), de la ministre des affaires sociales et de la santé ainsi que la ministre des outre-mer, par un courrier du 22 août 2014, aucune réponse n'a à ce stade été apportée sur la prise en charge financière par l'État du suivi des femmes enceintes non affiliées dans le cadre de la PMI ou du CHM (ordonnance de 2012).

- L'évolution des positions sur la répartition des compétences entre la PMI et le CHM :

Dans une note adressée au président de la chambre régionale des comptes le 4 décembre 2012, l'ARS indique travailler à la définition d'un plan d'action consistant en un « repérimétrage » des compétences de la PMI en priorisant mieux les compétences obligatoires et facultatives. À partir de ce socle, l'ARS prévoyait de définir les activités relevant de la PMI et du CHM. Au vu des informations transmises à la chambre, la position des acteurs concernés a évolué en 2013 vers un accord pour un transfert du suivi de la grossesse au CHM.

Selon un document⁴³ relatif à la réunion organisée le 14 février 2013 avec l'hôpital, l'ARS et la PMI et relative au fonctionnement de cette dernière, « *Les participants actent que le choix juridique fait à travers l'ordonnance du 31 mai oriente l'organisation vers un transfert d'activité vers le CHM* » (...). Une nouvelle répartition de l'activité de suivi des grossesses aurait été ainsi actée : « *Les participants valident un retour au droit commun et acceptent de travailler ensemble sur une nouvelle répartition d'activités entre le CHM et la PMI par secteur* ». Un comité de pilotage réunissant le conseil général, l'ARS, le CHM, la caisse de sécurité sociale, l'ordre départemental des sages-femmes et le réseau RePeMa devait être constitué et une lettre de mission signée par l'ARS, le conseil général et le CHM afin de revoir la répartition des activités entre la PMI et le CHM. Au moment où la chambre clôture son contrôle, ce comité de pilotage n'a pas été mis en place et aucune lettre de mission définissant la répartition des activités entre la PMI et le CHM n'a été signée.

Dans une note adressée à la direction générale de l'organisation des soins le 2 juillet 2013, l'ARS propose de profiter du cadre juridique posé par l'ordonnance du 31 mai 2012 pour réorganiser le suivi de grossesse « *puisque'il n'existe plus d'obstacle financier pour l'accès des femmes et des mineurs non affiliés au CHM* ». Pour l'ARS, l'objectif est de définir clairement les champs d'intervention de la PMI et du CHM en confiant le suivi de grossesse, en totalité, au CHM à compter du 1er janvier 2014 ce qui permettra d'agir sur la mortalité maternelle et infantile en améliorant le suivi ante-natal et à la PMI de redéfinir son périmètre d'intervention sur des bases plus classiques et moins coûteuses. Le surcoût financier pour le CHM de cette prise en charge des consultations des femmes enceintes est estimé par l'ARS à 638 400 €⁴⁴ auxquels s'ajoutent les surcoûts liés aux examens de biologie (dépenses de la PMI en 2011 pour les analyses biologiques : 1,2 M€).

En 2014, suite à une mission effectuée par des médecins⁴⁵ défavorables à l'exclusion de la PMI du suivi des grossesses, la position de l'ARS évolue à nouveau. Dans sa réponse à la chambre du 9 octobre 2014, l'ARS indique qu'« *il paraît difficile de bouleverser à nouveau un paysage sanitaire déjà fragilisé, par un transfert de compétences des PMI vers le CHM* » et ajoute qu'il n'apparaît pas souhaitable que le CHM devienne l'unique opérateur de santé sur le département.

⁴³ Relevé de conclusions intégré dans le diaporama présenté lors de la réunion du 14 février « Réunion relative au fonctionnement de la PMI : perspectives à moyen terme et situation transitoire ».

⁴⁴ Nombre des femmes suivies par la PMI estimé à 4 800. Tarif d'une consultation sage-femme en outre-mer : 19 €. 7 consultations : 4 800 X 7 X 19 € = 638 400 €.

⁴⁵ Médecins extérieurs au CHM

5.1.2. Le suivi peu satisfaisant des grossesses à risque

5.1.2.1. Un dépistage qui repose de facto uniquement sur la PMI

Le suivi des grossesses étant réalisé par la PMI jusqu'au 8^{ème} mois, le « tri » entre les grossesses à risque et les grossesses normales est réalisé par les sages-femmes de la PMI. La première consultation de grossesse revêt à cet égard une importance particulière car, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, « *l'un des objectifs majeurs de la première consultation est d'identifier les éventuelles situations à risque afin d'évaluer le niveau de risque* » (recommandation HAS, 2007).

La chambre note que le CHM se décharge sur la PMI de ses compétences et de sa responsabilité dans le dépistage des grossesses à risque et attire l'attention de l'établissement sur les dispositions de l'article R. 6123-40 du code de la santé publique qui prévoient que « *Afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique : 1° participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée* ».

5.1.2.2. Une communication peu fluide entre le CHM et la PMI

Dans un entretien accordé à la chambre, le chef du pôle de gynécologie-obstétrique reconnaît qu'en 2014 les sages-femmes de la PMI n'avaient plus d'interlocuteurs à la maternité de Mamoudzou en raison du manque d'effectifs médicaux.

De façon continue sur la période sous contrôle, les sages-femmes de la PMI ont eu du mal à obtenir des rendez-vous médicaux pour les patientes dont la grossesse est estimée à risque. La difficulté à obtenir un rendez-vous médical au CHM conduit les sages-femmes de la PMI à adresser à l'hôpital les femmes enceintes dont la grossesse était à risque via le circuit des urgences.

5.1.2.3. Une répartition peu claire du suivi des grossesses pathologiques entre les sages-femmes et les médecins

Le CHM avait inscrit dans son projet médical 2010-2012 l'objectif de créer deux demi-journées de consultations médicales par jour à Mamoudzou et une par semaine dans chaque maternité périphérique (sauf Kahani deux fois) pour le suivi des grossesses pathologiques. Les difficultés de recrutement des gynécologues-obstétriciens n'ont pas permis d'assurer cet objectif et ont conduit l'établissement à une mobilisation importante des sages-femmes dans le suivi des grossesses pathologiques. Dans son rapport d'activité en 2012, le pôle de gynécologie-obstétrique indique ainsi qu' « *Actuellement la majeure partie des grossesses pathologiques sont vues cliniquement par les sages-femmes qui ensuite sollicitent les médecins pour les conduites à tenir, quand ces dernières ne sont pas protocolisées* ».

La consultation du registre des événements indésirables révèle le caractère souvent difficile dans lequel les conduites à tenir sont sollicitées par les sages-femmes dans les maternités périphériques (difficulté à joindre un médecin, absence de réponse par fax, conduites à tenir orales, etc.).

Selon les dispositions du code de la santé publique (article L. 4151-1), les sages-femmes assurent en toute autonomie la surveillance de la grossesse normale. S'agissant des grossesses à risque, le suivi relève du médecin. La Haute Autorité de santé, dans ses recommandations de 2007⁴⁶, distingue deux types de situation :

- lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme,
- lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Les maternités périphériques suivent les grossesses à bas risque, conformément au positionnement qui avait été acté dans le schéma d'organisation des soins de Mayotte de 2006-2010. Ce suivi appelle de la part de la chambre deux observations :

- la distinction entre les cas de grossesse à bas risque suivis par les maternités périphériques sous le contrôle des médecins de la maternité centrale et les grossesses à haut risque dont le suivi est renvoyé à la maternité centrale n'est pas clairement établie. L'ARS, dans le schéma régional d'organisation des soins, reconnaît que « *l'interprétation variable des critères utilisés par les professionnels pour caractériser les grossesses à bas et haut risque se traduit par des transferts insuffisants des grossesses à risque des maternités périphériques vers la maternité de référence du CHM* ».
- le suivi des grossesses à bas risque par les maternités périphériques se fait dans une organisation à stabiliser afin de sécuriser la procédure des conduites à tenir (identification dans le planning médical du ou des médecins en charge de répondre aux sollicitations des maternités périphériques ; prescriptions écrites).

La chambre recommande à l'établissement de définir clairement les modalités de suivi de la grossesse à risque entre les maternités périphériques et la maternité centrale (recommandation n° 5).

5.1.3. Au final, une indispensable clarification du rôle de la PMI et de l'hôpital pour le suivi prénatal

Le rôle réduit de l'hôpital dans le suivi des grossesses normales et les insuffisances dans le pilotage de la filière des grossesses pathologiques interrogent sur la capacité du CHM à coordonner des acteurs qui ont des logiques institutionnelles et financières différentes. Or les indicateurs de périnatalité sont préoccupants et plaident pour une implication forte du CHM et une clarification du rôle de la PMI et de l'hôpital dans le suivi de la grossesse.

La chambre demande au CHM de mettre en place les consultations obligatoires du début du troisième trimestre et recommande à l'établissement de s'impliquer davantage dans le suivi des grossesses (recommandation n° 6).

L'établissement indique qu'il s'inscrira dans la réflexion qui sera conduite par le groupe de travail initié par l'ARS sur les hypothèses de réorganisation de l'offre des maternités de Mayotte.

⁴⁶ Recommandation 2007 HAS, « Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement » ;

Outre les consultations obligatoires prévues pour le début du troisième trimestre de grossesse, le CHM peut s'impliquer davantage selon deux formules possibles.

La solution a minima consisterait pour l'hôpital à organiser la première consultation selon la logique du dispositif *prima facie* que le CHU Sud de La Réunion met en place et qui permet un dépistage au premier trimestre de grossesse de l'ensemble des parturientes. Cette solution présenterait l'avantage de confier au CHM le « tri » entre les grossesses normales et à bas risque qui peuvent être suivies en PMI et/ou dans les maternités périphériques et les grossesses à haut risque nécessairement suivies à Mamoudzou. Cette solution impliquerait la mise en place d'un protocole clarifiant le suivi des grossesses à bas risque dans les maternités périphériques et en PMI (identification des critères de conduites à tenir entre sages-femmes et médecins).

La deuxième formule consisterait en un transfert du suivi des grossesses de la PMI vers le CHM (maternités périphériques et maternité centrale). Dans cette hypothèse, il conviendrait d'une part que l'État clarifie les conditions de la prise en charge financière du suivi de grossesse des femmes non affiliées au CHM – prise en charge prévue par l'ordonnance du 31 mai 2012 – et d'autre part que les conditions d'un transfert des sages-femmes de la PMI vers le CHM soient également précisées, l'hôpital n'ayant pas actuellement les effectifs pour assurer l'ensemble des consultations. Cette solution présenterait l'avantage de donner à l'hôpital les moyens d'agir à tous les niveaux en cohérence avec la recommandation de la Haute Autorité de santé.⁴⁷

La PMI présente, certes, l'avantage d'offrir un suivi de grossesse au plus près du domicile des femmes concernées. Écarter la PMI du suivi des grossesses présente le risque d'aggraver l'exclusion d'une partie des femmes enceintes du fait de difficultés de transport ou par crainte des contrôles de la police aux frontières. Mais l'éloignement des structures est relativisé par un maillage complet du territoire par le CHM (dispensaires et maternités périphériques) et la nécessité reconnue par l'ARS de progresser sur le champ du transport sanitaire.

Le transfert du suivi des grossesses vers le CHM présenterait des avantages non négligeables. Il donnerait à l'hôpital la maîtrise des leviers pour faire progresser favorablement les indicateurs de périnatalité dans un contexte de pénurie médicale qui implique une allocation des ressources médicales au plus juste par rapport aux besoins : centrer l'intervention des médecins sur les cas les plus difficiles et éviter l'éparpillement actuellement constaté des consultations médicales.

⁴⁷ « Il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultants ou les examens. Il est recommandé qu'une personne « coordinatrice » dans ce groupe restreint de professionnels facilite l'organisation et la continuité des soins ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. Le « maître d'œuvre » du suivi régulier, déterminé en fonction du choix de la femme et du niveau de risque évalué peut tenir ce rôle de coordonnateur » (recommandation HAS « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiés », 2007).

Il permettrait le recentrage de la PMI sur ses missions plus traditionnelles de prévention. Dans son avis sur le plan stratégique de santé rendu le 4 avril 2011, la Conférence de la Santé et de l'Autonomie de Mayotte relevait un « *phénomène particulièrement interpellant du nombre de jeunes mères scolarisées (on parle de 500)* » qui « *nécessite également la mise en place d'une politique volontariste et partagée de lutte contre les grossesses précoces* ». Elle fixait parmi les priorités à retenir l'élaboration d' « *un plan de prévention et de prise en charge des grossesses précoces* ». La PMI elle-même indique dans son rapport d'activité 2013 que parmi ses perspectives pour 2014 figurent la création des centres d'éducation et de planification familiale, la préparation et l'accompagnement à la parentalité, l'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de détresse et le développement du recueil des données épidémiologiques et l'analyse des indicateurs de santé nationaux.

5.2. La sécurisation des accouchements par une transformation nécessaire des maternités périphériques

5.2.1. Les délégations de compétence: un outil intéressant mais insuffisant à la sécurisation des maternités périphériques

Afin de réduire les délais de prise en charge des hémorragies du post-partum et des souffrances fœtales, l'hôpital est engagé dans un projet de délégation de compétences entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes qui devrait être finalisé au premier semestre 2015. Ce projet, prévu dans le schéma régional d'organisation des soins 2012-2013, s'inscrit dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé autorisée par l'article 51 de la loi hôpital, patient, santé, territoire (cf. encadré n° 1).

Encadré n° 1 : Délégation de compétence : ce que prévoit la loi

Les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ces professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé. Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

Le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé. Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS. Celle-ci vérifie que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation.

Ce projet consiste à autoriser les sages-femmes à prendre en charge certains actes qui relèvent de la compétence des médecins. Ces délégations porteraient sur la prise en charge par les sages-femmes de la souffrance fœtale aigue lors des accouchements en les autorisant à pratiquer des extractions instrumentales par pose de ventouses Kiwi. Elles concerneraient également l'autorisation de pratiquer deux actes de prise en charge des hémorragies de la délivrance qui relèvent actuellement des médecins : la pose de sonde de Bakri et la prescription de Nalador. Le comité de pilotage a été mis en place le 9 septembre 2014 et s'est réuni deux fois.

Lors des contrôles sur place, des propos parfois contradictoires ont été tenus par les acteurs rencontrés, certains considérant que ces délégations de compétence vont permettre aux sages-femmes de pratiquer des actes qui leur sont aujourd'hui inaccessibles, d'autres remarquant que ces délégations régulariseront des pratiques déjà en cours. Le compte-rendu de la première réunion du comité de pilotage rend compte de cette ambiguïté des pratiques actuelles : « *Principaux éléments de réflexion : réalisation d'actes qui ne sont pas dévolus directement mais que les SF (sages-femmes) sont amenées à faire sans encadrement : c'est le cas dans l'exercice actuel des sages-femmes dans les maternités périphériques* » (9 septembre 2014).

La chambre attire l'attention de l'établissement sur les dispositions de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique qui prévoient la nécessité pour le professionnel souhaitant bénéficier d'une délégation de compétence d'apporter « *la preuve de son expérience dans le domaine considéré (..)*. Pour près de la moitié des sages-femmes exerçant dans les maternités périphériques, ce poste constitue le premier emploi après leur diplôme. L'absence d'expérience autre que celle acquise durant la formation à l'école de sage-femme, ajoutée à des délégations qui portent sur des actes à fort enjeu (hémorragie de la délivrance et souffrance fœtale), pourraient dès lors priver de tout intérêt l'enjeu de protocoles qui ne concerneraient que la moitié des effectifs de sages-femmes dans les maternités rurales.

La Haute Autorité de santé a publié un guide méthodologique⁴⁸ afin d'offrir une aide opérationnelle aux initiateurs de projets de coopération et d'aider les professionnels de santé à rédiger des protocoles de coopération. L'analyse des recommandations figurant dans le guide méthodologique de la Haute Autorité de santé appelle de la chambre les observations suivantes :

- Il est recommandé de faire une analyse critique de l'organisation en place ; or aucune évaluation ou bilan n'est actuellement réalisé par le CHM sur les pratiques actuelles de la prise en charge des actes concernés par le projet de délégation de compétence ;
- Il est également précisé que le projet soit piloté par une ou plusieurs personnes disponibles et légitimes aux yeux des professionnels médicaux et non médicaux. Or, si le comité de pilotage a défini deux sous-groupes de travail⁴⁹ lors de sa première réunion, aucun responsable n'a été désigné pour conduire les travaux, le comité de pilotage se contentant d'indiquer qu'il fallait prévoir « *un référent par sous-groupe* » (source : PV comité de pilotage du 9 septembre 2014) ;
- La nécessité d'une relation de confiance partagée et un environnement stable sont aussi prévus. Or, le turn over très important qui affecte tant les gynécologues-obstétriciens (dont plus de la moitié sont des remplaçants) que les sages-femmes ainsi que la désorganisation du service de gynécologie-obstétrique pourraient être des freins importants à la mise en place de la délégation de compétence ;
- La nécessité de ne pas concevoir la coopération entre professionnels de santé comme un moyen de pallier les carences ponctuelles de personnels soignants est aussi un élément à retenir⁵⁰ ; or, un des arguments présentés précisément à offrir une réponse à la pénurie médicale.

⁴⁸ Guide méthodologique tome 1 « Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 », Guide méthodologique tome 2 « Élaboration d'un protocole de coopération – article 51 de la loi HSPT ».

⁴⁹ Un sous-groupe « hémorragie du post-partum » et un sous-groupe « extraction instrumentale par pose de ventouse Kiwi ».

⁵⁰ « Ce que n'est pas la coopération entre professionnels de santé (article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique) : (...) la coopération n'est pas un moyen de pallier les carences ponctuelles de personnels soignants (...) » (guide méthodologique, HAS, tome 2).

5.2.2. La télémédecine

Dans son projet médical pour les années 2010-2012 l'établissement a prévu de mettre en place un réseau de télémédecine local par voie satellitaire pour les maternités périphériques et la maternité de référence à Mamoudzou afin de réaliser des téléconsultations⁵¹, des télé-échographies par robot piloté par la sage-femme et interprétées en temps réel par le médecin à distance, ainsi que la réalisation de téléexpertise⁵² en cours d'accouchement.

Le schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 reprend ce projet de téléconsultation et de téléexpertise. Le programme des systèmes d'information et de télémédecine de La Réunion et de Mayotte (PSIT), arrêté en juin 2012, prévoit la réalisation de téléconsultation et de téléassistance de gynécologie-obstétrique ainsi que d'actes de téléexpertise en cours d'accouchement entre la sage-femme qui se trouve dans la maternité périphérique et le gynécologue-obstétricien à Mamoudzou. Il est attendu d'une telle organisation qu'elle permette des consultations spécialisées à distance sans déplacement des patientes ou des médecins.

Selon l'agenda figurant en annexe au CPOM 2013-2017, la télémédecine doit être développée d'ici 2015. Au vu de l'expertise de l'état d'avancement du projet réalisée par l'ARS en avril 2014, des retards sont constatés pour le développement des systèmes d'information et de la télémédecine. Le diagnostic établi par la mission d'expertise démontre l'existence de plusieurs faiblesses parmi lesquelles le manque de pilotage global de la politique d'informatisation générant une grande hétérogénéité des solutions techniques déployées, le cloisonnement et l'isolement des systèmes d'information hospitalier nuisant aux échanges de données et à la coordination des soins et l'inadéquation des outils et des techniques de communication et d'échanges d'informations. Au vu de ces constatations, la chambre s'interroge sur la faisabilité du projet de télémédecine dans le calendrier prévu. L'ARS indique que les pre-requis Hôpital numérique seront atteints par le CHM au cours du premier semestre 2015 et que les projets télésanté devraient alors pouvoir débiter.

5.2.3. La nécessaire transformation des maternités périphériques

5.2.3.1. Une reconversion envisagée par l'hôpital et l'ARS sans calendrier ni objectif précis.

La chambre relève que l'hôpital et l'ARS ont tous deux envisagé la reconversion des maternités périphériques sans pour autant l'inscrire dans un agenda clair ni préciser les conditions de cette reconversion, c'est-à-dire la transformation en centres périnataux de proximité ou en maternité de niveau 1 où les accouchements seraient autorisés sous réserve de remplir les conditions (bloc obstétrical, gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes).

Dans le schéma d'organisation des soins de Mayotte pour la période 2006-2010, l'objectif est de parvenir à transformer les maternités périphériques en maternités de niveau 1⁵³. Aucun agenda n'est indiqué, mais l'objectif est clairement affiché.

⁵¹ « La téléconsultation ou télédiagnostic a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. » (source : Programme des Systèmes d'Information et de Télémédecine de La Réunion et de Mayotte, PSIT)

⁵² « La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ». (source : PSIT).

⁵³ « Sur le plan réglementaire, les maternités intercommunales devront être considérées dans un premier temps davantage comme des « maisons de naissance » (sans définition particulière à ce jour) plutôt que comme des maternités de niveau 1 qui restent néanmoins à terme l'objectif vers lequel il faut tendre », SOS Mayotte 2006-2010.

Dans son projet médical pour les années 2010-2012, l'hôpital reconnaît la nécessité de reconvertir les maternités périphériques, même si l'échéance est renvoyée à une période ultérieure non définie :

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2012-2016 prévoit « *d'étudier la possibilité à terme de reconversion d'une ou plusieurs maternités périphériques dès lors que le nombre de lits mère-enfant peut passer à partir de 2014 de 45 à 70 lits sur Mamoudzou. Selon l'évolution d'activité des centres périphériques, une transformation en centre périnatal de proximité ou une conversion des lits pourront être étudiées* ».

Le CPOM 2013-2017 signé par l'ARS et le CHM prévoit la participation de l'hôpital à une étude sur « *le rôle de chacune des structures du CHM assurant une activité de périnatalité en vue d'envisager plusieurs évolutions pour les centres de référence* » sans mention toutefois d'un calendrier précis contrairement aux autres objectifs figurant dans ce document contractuel.

Lors de l'entretien de fin de contrôle, l'ancien directeur du CHM a indiqué avoir signalé à plusieurs reprises le caractère irrégulier des maternités périphériques et la nécessité de recentrer les accouchements sur Mamoudzou.

5.2.3.2. L'irrecevabilité des arguments pour le maintien des maternités périphériques en l'état

Durant le contrôle, plusieurs arguments ont été opposés à une reconversion des maternités périphériques : les difficultés de transport, les obstacles d'ordre culturel (« *il faut accoucher près du village* ») et le fait que les maternités périphériques devraient être maintenues car elles pourraient être considérées comme un modèle à développer en métropole : des maternités sans plateau technique et sans médecin qui fonctionnent avec exclusivement des sages-femmes.

D'autres considèrent que les maternités périphériques pourraient être maintenues par un aménagement juridique spécifique à Mayotte. Ainsi, des médecins, extérieurs au CHM, dans leur rapport de novembre 2013, proposent que le statut des maisons de naissance soit aménagé pour Mayotte par l'instauration d'une dérogation à l'obligation de proximité d'une structure hospitalière.

Par ailleurs, l'impossibilité pour la maternité de Mamoudzou de proposer un nombre de lits suffisant, estimé à 108 lits⁵⁴, plaiderait également pour le maintien des maternités périphériques dans leur forme actuelle. Ce chiffre ne prend cependant pas en compte l'évolution à la baisse des naissances.

Ensuite, un autre argument est parfois avancé : l'éloignement du site d'accouchement est susceptible de majorer le nombre déjà élevé d'accouchements hors structure. La chambre relève là encore que le déploiement des maternités périphériques n'a pas empêché la hausse des accouchements à domicile sur la période (cf. supra).

Enfin, selon certaines propositions extérieures à l'hôpital, l'élargissement du champ des délégations de compétence des gynécologues-obstétriciens aux sages-femmes et aux médecins généralistes à l'ensemble des actes prévus pour une maternité de niveau 1 sécuriserait juridiquement le dispositif. La chambre note que cette proposition ne permettrait pas de satisfaire à l'obligation de présence médicale prévue par le code de la santé publique d'une part et que, d'autre part, les délégations de compétence ne peuvent avoir pour effet de transférer l'ensemble des actes d'une profession médicale vers une autre profession de santé.

⁵⁴ Le rapport de novembre 2013 établi par des médecins extérieurs au CHM, a réalisé cette estimation : sur la base des naissances et du taux de césariennes observés ces dernières années, d'une DMS à 4 jours (3 pour un accouchement normal et 5 pour une césarienne) et en visant un taux d'occupation moyen de 80 %, il faudrait disposer de 108 lits d'hospitalisation complète (78 lits de suites de couches et de 30 lits de grossesses pathologiques) et d'environ 20 lits pour la chirurgie gynécologique.

La chambre rappelle que le maintien des maternités rurales en l'état actuel des effectifs médicaux est contraire aux dispositions du code de la santé publique relatives aux conditions techniques de fonctionnement des unités d'obstétrique (cf. supra).

À cette observation en régularité s'ajoutent des observations liées à la sécurité des accouchements déjà relevées par la chambre (prise en charge des hémorragies de la délivrance dans des conditions moins favorables qu'à la maternité centrale, impossibilité de proposer la péridurale, difficultés liées à la réanimation des nouveau-nés en maternités périphériques etc.) qui relativisent les propositions de ménager un statut spécifique à Mayotte ou l'extension à la métropole du fonctionnement actuel des maternités périphériques.

La régularisation des maternités périphériques et la sécurisation des accouchements conduisent la chambre à demander à l'établissement d'identifier, dans un calendrier précis, les mesures à prendre pour mettre le fonctionnement des maternités périphériques en accord avec la réglementation (centres périnataux de proximité ou maternités de niveau 1, la formule de la maison de naissance n'étant pas possible) (recommandation n° 7).

Cette recommandation vise à prévoir la régularisation de la situation des maternités périphériques qui est un préalable nécessaire à celle de l'autorisation d'exercice de l'activité de gynécologie-obstétrique. En réponse au rapport de la chambre, le directeur de l'établissement indique que, selon lui, la maternité centrale ne peut pas absorber les 7 300 accouchements annuels et que la fermeture des maternités périphériques n'est pas envisageable au vu des besoins et sur le plan social. Il ajoute que les maternités périphériques ne pourront être dotées des ressources humaines médicales et para-médicales nécessaires aux conditions de fonctionnement de maternités de niveau 1 mais que, néanmoins, le CHM s'inscrira dans les réflexions que souhaite initier l'ARS sur ce sujet. La chambre rappelle au CHM que l'établissement n'a pas d'autres choix que de régulariser la situation de ses maternités périphériques afin de les mettre en conformité avec la réglementation applicable.

La chambre demande au CHM de solliciter auprès de l'ARS l'autorisation d'exercice pour les activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie (recommandation n° 8)

L'ARS indique à la chambre que suite aux différents travaux réalisés, elle a prévu de se doter d'un plan d'actions pour la périnatalité, actuellement en cours d'élaboration et qui sera finalisé en juin 2015.

5.3. L'absence de pilotage stratégique

5.3.1. Le défaut de suivi des indicateurs de périnatalité

La mise en place d'un dispositif d'information fiable et pérenne sur la périnatalité est une priorité du schéma d'organisation des soins de Mayotte. En 2014, pour la première fois à Mayotte, un exercice a été engagé par l'observatoire régional de la santé à la demande de l'ARS sur l'élaboration d'un tableau de bord sur la périnatalité. Réalisé à partir d'un travail collaboratif avec le réseau RePeMa, la PMI et le CHM, il a abouti à la rédaction d'un document publié en avril 2014, intitulé « Autour de la grossesse à Mayotte ». Mais, selon ses auteurs, l'exercice reste encore limité : *« la production d'indicateurs fiables et continus en périnatalité se heurte à plusieurs difficultés dont la faiblesse de systèmes de recueil de données et notamment l'absence de recueil en routine informatisé sur certaines thématiques, des données disponibles mais une hétérogénéité dans leur exhaustivité et leur qualité, une comparabilité avec La Réunion et la métropole pas toujours possible selon les sources et les thématiques »*.

Les indicateurs de périnatalité dont dispose le CHM proviennent de deux sources internes : ceux issus du registre des naissances et sur lesquels le pôle de gynécologie-obstétrique bâtit ses rapports d'activité et ceux issus du département de l'information médicale. La chambre souhaite attirer l'attention de l'établissement sur l'absence d'indicateurs précis relatifs au suivi prénatal du fait d'une absence de coordination avec la PMI et la divergence entre les chiffres du DIM et ceux du pôle de gynécologie-obstétrique qui peut parfois porter sur des indicateurs de base tels que le nombre des naissances.

Par ailleurs, la chambre s'interroge sur l'utilisation des informations ainsi recueillies par l'établissement. Ces indicateurs donnent lieu certes chaque année à deux rapports (celui du DIM et celui du pôle) mais à aucun pilotage stratégique. Le fait, par exemple, qu'un grand nombre des indicateurs recueillis par les cadres sages-femmes (tels que, par exemple, le nombre d'hémorragies de la délivrance ou d'accouchements de parturientes de moins de 15 ans) ne fassent l'objet d'aucune prise en compte particulière révèle à la fois une déperdition d'informations pourtant utiles à l'établissement et un dysfonctionnement dans le pilotage global de la problématique de la périnatalité à l'échelle de l'établissement.

5.3.2. La multiplication d'objectifs ambitieux sans mesure de leurs résultats

L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer à la chambre l'évaluation des résultats obtenus pour les objectifs pourtant ambitieux inscrits dans ses documents programmatiques. Sur l'évaluation des objectifs inscrits dans le CPOM 2007-2010 sur la périnatalité, l'établissement a indiqué ne pas avoir d'autre évaluation que celle réalisée par l'ARS. Le courrier de l'ARS au directeur du CHM transmis par l'établissement n'est pas daté mais, au vu de son objet portant sur l'évaluation du CPOM en 2008, son intérêt est limité et ne présente par ailleurs aucun développement de fond sur la périnatalité. La chambre s'étonne qu'aucune évaluation interne n'ait été réalisée par l'hôpital alors que les objectifs étaient pourtant ambitieux (organiser progressivement la maternité en niveau III, améliorer la densité médicale et augmenter la capacité du plateau technique en matière de salles d'opération, densifier les capacités d'hospitalisation en obstétrique dans les maternités périphériques, mise aux normes en néonatalogie et doublement des capacités ; définition des activités PMI/hôpital pour le suivi des grossesses).

Le projet médical du CHM de Mayotte, validé par la commission médicale de l'établissement le 6 juillet 2010, multiplie également des objectifs ambitieux répartis dans une dizaine de fiches action afin de « *faire progresser dans les plus brefs délais les conditions de prise en charge de la mère et de l'enfant* » selon la formulation retenue dans le projet médical : fiabiliser le dossier patient en obstétrique et mettre en place des indicateurs de suivi de morbidité et de mortalité de la grossesse et de la naissance ; améliorer le dépistage précoce des pathologies de la mère et du fœtus ; autonomiser la prise en charge des urgences obstétricales dans le service maternité avec la présence permanente d'un médecin anesthésiste et d'un infirmier ; renforcer la sécurité de l'accouchement dans les maternités périphériques ; renforcer la sécurité de l'accouchement à Mamoudzou ; reconnaître le niveau d'activité du service de néonatalogie ; généraliser la visite des nouveau-nés par des pédiatres à la maternité ; améliorer la prise en charge de la douleur péri-obstétricale ; généraliser la consultation anesthésiste au 9^{ème} mois ; améliorer l'organisation des soins en périphérie ; développer la télémédecine. Interrogé par la chambre, l'hôpital n'a pas été en mesure d'en évaluer les résultats.

5.3.3. L'empilement de diagnostics et de préconisations sans décision

La Cour des comptes, dans son rapport sur la santé en outre-mer publié en 2014⁵⁵, a relevé que 24 rapports de l'IGAS et diverses notes ont été réalisés en 28 ans. La chambre note également l'existence d'un empilement important de rapports et d'études portant exclusivement ou pour partie sur les problématiques de périnatalité et de prise en charge des femmes enceintes.

La majorité de ces rapports ont été établis à l'initiative de l'ARS ou de l'ARH (agence régionale d'hospitalisation) et communiqués à l'hôpital qui aurait pu se fonder sur les diagnostics et les préconisations pour progresser dans les différents champs de la périnatalité (suivi de grossesse et accouchements). Ces préconisations et recommandations sont restées lettre morte. L'inertie est particulièrement nette sur les insuffisances du suivi des grossesses et l'avenir des maternités périphériques dont le caractère irrégulier est connu. Aucune des préconisations faites n'a donné lieu à une position claire du CHM et de l'ARS.

Comme le notent plusieurs de ces rapports, la périnatalité à Mayotte souffre d'un manque de pilotage stratégique, aucun acteur de la filière (ARS, CHM et PMI) n'ayant été capable de suivre les indicateurs de périnatalité principaux, de définir des objectifs gradués dans le temps et d'en mesurer les résultats.

La chambre rejoint cette analyse et considère que l'amélioration des indicateurs de morbidité et de mortalité périnatale doit s'appuyer sur une stratégie globale portant sur le suivi de la grossesse jusqu'à la prise en charge des nouveau-nés en néonatalogie.

La chambre encourage le CHM à jouer un rôle actif dans une instance qui réunirait l'ensemble des acteurs de la filière autour d'une stratégie partagée avec des calendriers prévisionnels de réalisation et des indicateurs permettant d'évaluer périodiquement les résultats, la performance et les coûts (recommandation n° 9).

L'établissement se déclare prêt à participer, sous l'égide de l'ARS, à la qualité de l'offre dans la filière périnatale de Mayotte. L'ARS précise que la création d'une commission régionale de naissance est une opportunité pour définir une stratégie partagée et élaborer un programme de périnatalité.

6. Une facturation des soins aux femmes enceintes non affiliées non conforme aux dispositions de l'article L. 6416-5 du code de la santé publique

Toutes les personnes affiliées à la sécurité sociale de Mayotte bénéficient d'une prise en charge financière totale par l'assurance maladie des soins délivrés au CHM qui ne facture aucun supplément (pas de ticket modérateur, ni de forfait journalier). Une des particularités du CHM est d'accueillir une forte proportion de patients qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie (sont considérés comme non-affiliés les personnes affiliables n'ayant encore pas entamé la démarche d'affiliation et les étrangers en situation irrégulière). L'aide médicale d'État (AME) ne s'applique pas à Mayotte. En 2013, la part des non affiliés dans l'activité des maternités est de 57 % (49 % pour l'activité totale du CHM). Depuis 2004, le financement par l'État de l'ensemble des soins délivrés aux non affiliés a fortement baissé (8,65 M€ en 2004 : 3M€ en 2013).

⁵⁵ Rapport de la Cour des Comptes « La Santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République », 12 juin 2014.

L'État ne compensant que partiellement le coût des soins délivrés aux non affiliés, le CHM a mis en place pour ces patients un système de provision forfaitaire incluant les examens et les traitements. En application de l'article 2 de l'arrêté ARH n° 2/2005/ARH du 9 août 2005 relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie, « *les personnes qui ne sont pas affiliées au régime de Mayotte ou à un régime d'assurance maladie de métropole ou des départements d'outre-mer sont tenues, pour bénéficier des soins du centre hospitalier de Mayotte, de déposer une provision financière dont le montant est à acquitter auprès de l'hôpital ou des dispensaires* ».

S'agissant de l'activité des maternités, cet arrêté fixe un forfait périnatal de 300 € qui couvre le suivi de la grossesse, les hospitalisations éventuelles, l'accouchement ou la césarienne et le post-partum. L'établissement n'a pas été en mesure d'indiquer la part des recettes encaissées au titre de ce forfait accouchement dans le total des sommes versées par les non-affiliés⁵⁶. La chambre n'a pas obtenu, pour l'année 2013 des informations relatives au montant total encaissé au titre du forfait accouchement et au nombre de femmes concernées.

L'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au département de Mayotte a complété l'article L. 6416-5 du code de la santé publique qui dispose que « *Les frais concernant les mineurs et ceux destinés à préserver la santé de l'enfant à naître sont pris en charge en totalité lorsque les ressources des personnes concernées sont inférieures au montant (...)* » fixé par une décision du représentant de l'État. En application du dernier alinéa de cet article, ces personnes sont dispensées du dépôt d'une provision. Ces dispositions ont introduit à Mayotte la gratuité de la totalité des soins hospitaliers, sans qu'aucune condition d'urgence et de gravité de l'état de santé ne puisse être opposée, pour les mineurs et les enfants à naître, sous réserve de ne pas dépasser un seuil de ressources fixé par arrêté préfectoral.

Aucun arrêté fixant le niveau des ressources à prendre en compte pour appliquer cette gratuité n'a été pris en raison, selon l'ARS, de l'impossibilité de disposer d'éléments objectifs pour définir un niveau de ressources et d'obtenir des justificatifs des ressources des personnes concernées, la majorité d'entre elles étant en situation de précarité. Le critère des revenus dans l'éventuelle limitation d'un accès gratuit aux soins pour les mineurs et les femmes enceintes est peu opérationnel à Mayotte.

Dans les faits, l'ordonnance de 2012 n'est pas mise en œuvre. En l'absence d'arrêté préfectoral fixant le seuil de ressources et d'un financement adapté, le CHM, avec la tolérance de l'ARS, continue de solliciter le versement du forfait de 300 € auprès des femmes enceintes non affiliées. Cette demande est toutefois variable d'une maternité à l'autre et le versement est sollicité de façon aléatoire par les agents d'accueil qui disposent d'une marge d'appréciation pouvant conduire à des discriminations et à un défaut d'équité.

⁵⁶ En 2012, le total des sommes versées par les non affiliés est de 965 363 € toutes activités confondues.

Le caractère partiel de la prise en charge financière par l'État des soins délivrés aux non affiliés ne peut légitimer la restriction à l'accès aux soins des femmes enceintes que constitue la demande de versement du forfait de 300 € qui est contraire au droit international⁵⁷ et aux dispositions du code de la santé publique modifiées par l'ordonnance de 2012. Dans la décision n° MDE/2013-87 du 19 avril 2013 relative à la situation des mineurs étrangers isolés à Mayotte, le défenseur des droits recommande de « *veiller à la pleine application de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012, pour la gratuité des soins aux enfants et ceux afférents aux enfants à naître* ».

Telles sont les observations définitives que la chambre régionale des comptes a souhaité porter à la connaissance du centre hospitalier de Mayotte.

⁵⁷ La convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) du 20 novembre 1989, ratifiée par la France le 7 Août 1990, prévoit en son article 24 que : « 1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. 2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour : (...) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ; »



**Réponse de M. Etienne Morel
directeur du centre hospitalier de Mayotte**

(ci-jointe)

Article L. 243-5, alinéa 4 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs. ».



01 JUIN 2015

C.R.C. MAYOTTE

15 - 209

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

Monsieur Christian ROUX

44 rue Alexis de Villeneuve

97 488 SAINT DENIS CEDEX

Objet : Réponse aux observations du rapport définitif relatif à l'examen de gestion pour les exercices 2008 et suivants des maternités du Centre Hospitalier de Mayotte.

Le 21 mai 2015

Monsieur le Conseiller Référendaire,

En réponse au rapport d'observations définitives de la mission d'examen de gestion des maternités du Centre Hospitalier de Mayotte pour les exercices 2008 et suivants, je tiens à apporter les remarques suivantes :

Le facteur démographique et sociologique n'est à aucun moment évoqué comme une donnée contextuelle de la plus haute importance et pesant fortement sur les conditions d'exercice du CHM. Concernant tout particulièrement les maternités, le flux d'immigration clandestine massif, associé au développement économique encore fragile de la population mahoraise conduit à accueillir des femmes enceintes, présentant des états de santé précarisés et peu insérées dans des parcours de santé et dans une culture de prévention et dépistage.

Il est également nécessaire de tenir compte de la distorsion du chiffre officiel du dernier recensement avec la réalité démographique.

Concernant les conditions de fonctionnement :

- La politique d'attractivité médicale menée par le CHM accorde une attention toute particulière au recrutement des ressources en tension nécessaires au fonctionnement des maternités : gynécologue- obstétricien, pédiatres et anesthésistes. Malheureusement, malgré ces efforts, elle ne permet pas de couvrir tous les postes autorisés et nécessaires, ce qui obère notre conformité aux normes techniques.
- La chambre estime « regrettable que les travaux engagés dans le cadre du plan Hôpital 2007 aient conduit à la construction de maternités surdimensionnées » : Le CHM analyse la situation davantage en termes de sous-utilisation de la capacité pourtant nécessaire qu'en terme de surdimensionnement et ce, faute des ressources médicales permettant l'exploitation des équipements. L'activité de transfert vers le site central témoigne de



l'intérêt qu'aurait le territoire à voir ces sites fonctionner dans toute leur capacité prévisionnelle, qui répondrait à une bonne couverture du territoire.

- Un projet d'extension de l'hôpital avait été déposé et aurait permis de répondre aux dispositions réglementaires en matière de salle de travail et de pré-travail. Ce projet a été arrêté, la contrainte budgétaire ne permettant pas d'accompagner le CHM dans ce projet d'investissement lourd. Le CHM reste néanmoins très demandeur d'accompagnement pour ce projet essentiel pour le territoire mais qu'il n'a pas la capacité financière à assurer aujourd'hui.

En conclusion sur ce chapitre, le CHM rejoint la chambre dans son analyse, mettant en exergue le dilemme du fonctionnement de la maternité et de la néonatalogie au CHM. Nous confirmons nous trouver face à une double impossibilité :

Impossibilité Administrative :

- Impossible d'obtenir une autorisation d'activité de maternité normative au regard des difficultés du recrutement médical

Impossibilité Sanitaire :

- Impossibilité d'interrompre l'activité dans les centres périphérie, au regard du volume d'activité obstétricale sur l'île et de la situation « monopolistique » du CHM sur cette activité.

Le CHM souhaite d'autre part souligner que les données d'activités les plus récentes contredisent la tendance baissière constatée lors de la mission de la chambre. Pour 2014, le CHM (bilan DIM) a enregistré 7374 naissances et, pour le premier trimestre 2015, 2029 naissances.

Le CHM souhaite donc que son activité sur le territoire soit davantage contextualisé, les efforts en matière de prise en charge des femmes étant quotidiens et permettant malgré tout d'offrir aux femmes du territoire un recours de haut niveau pour leurs grossesses.

Etienne MOREL,

Directeur du Centre Hospitalier de Mayotte

