



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

Exercices 2015 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 17 septembre 2019.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	2
RECOMMANDATIONS.....	3
PROCÉDURE.....	5
OBSERVATIONS	6
1. GOUVERNANCE ET PILOTAGE	8
1.1 La gouvernance.....	8
1.1.1 Le conseil de surveillance.....	8
1.1.2 Les autres instances	10
1.2 Le pilotage	11
1.2.1 Le pilotage stratégique.....	11
1.2.2 Le pilotage opérationnel financier	13
1.2.3 Le pilotage des moyens opérationnels	14
2 . ENJEUX ET PERSPECTIVES	20
2.1 Sécuriser les effectifs	20
2.1.1 Attirer et fidéliser les professionnels de santé	20
2.1.2 Clarifier l’assiette des cotisations sociales.....	22
2.2 La reconstruction de l’hôpital	23
2.2.1 L’opération de Petite Terre.....	23
2.2.2 La reconstruction sur site.....	24
2.3 Les coopérations	25
2.3.1 Le groupe hospitalier de territoire	25
2.3.2 L’installation d’opérateurs de santé privé.....	26
2.3.3 La protection maternelle infantile.....	27

SYNTHÈSE

Avec un budget de plus de 223 M€, le centre hospitalier de Mayotte (CHM) détient le quasi-monopole de l'offre de soins sur l'île. Il emploie 2 251 agents et plus de 250 médecins.

Le département de Mayotte est le plus pauvre des départements français. Une large partie de la population ne parle pas le français. Par suite, près d'une centaine d'agents sont aussi interprètes.

Le CHM doit faire face à un isolement géographique qui conditionne tant sa politique de recrutement que d'approvisionnement, le tout aggravé de manière récurrente par des situations de blocage dans le contexte de conflits sociaux fréquents et imprévisibles.

L'île connaît une explosion démographique en grande partie générée par l'immigration comorienne. Elle représente près de 40 % de la population. Elle impacte l'activité de l'hôpital qui est à dominante gynécologique et obstétrique. Le taux de natalité est de 40 ‰ contre 12,5 ‰ en métropole. La prise en charge de l'urgence constitue l'autre pôle majeur de l'activité de l'établissement.

Au plan sanitaire, le CHM fonctionne aujourd'hui avec un régime d'autorisation incomplet qui doit être régularisé selon un échéancier adapté.

Le CHM bénéficie du régime de financement par dotation globale, plus favorable que celui de la tarification à l'activité. Sa conservation permettra le rattrapage du retard qu'enregistre Mayotte en matière de santé. La situation sanitaire des populations est très dégradée : l'espérance de vie est nettement inférieure à celle de la métropole (près de sept ans de moins), les dépenses de santé par habitant sont quatre fois inférieures à celles de La Réunion, les taux de mortalité infantile et de mortalité maternelle sont respectivement quatre fois et six fois plus élevés qu'en métropole.

Pour autant la pérennisation de ce mode de financement doit s'accompagner, en s'appuyant sur une gouvernance améliorée et avec le soutien de la nouvelle agence nationale de la santé (ARS), de la réalisation de progrès significatifs en matière de structuration du pilotage opérationnel de l'établissement.

Des marges importantes de progrès existent en matière de pilotage financier et de fiabilisation des trajectoires financières annoncées. Il en est de même en matière de gestion des ressources humaines, du temps de travail, de la gestion logistique, des médicaments ou encore de la gestion des systèmes d'information. La mise en place d'un dialogue de gestion avec les pôles pourrait être fédératrice.

L'utilisation de toutes ces marges de manœuvre devrait permettre au CHM de mieux faire face aux défis qui se profilent.

L'amélioration de l'attractivité et la fidélisation des personnels médicaux et non médicaux est un préalable à la réalisation de tout autre projet. L'accès à un régime d'œuvres sociales comparable à celui offert par les établissements hospitaliers métropolitains ou ultramarins pourrait constituer une piste intéressante pour fidéliser le personnel soignant.

La reconstruction d'un hôpital est une nécessité pour la population de Mayotte et un enjeu majeur pour le CHM qui devra s'organiser au mieux pour en sécuriser la procédure complexe, l'instruire dans les règles et les délais, et en garantir le financement.

L'arrivée annoncée d'opérateurs privés sur l'île est une chance pour le CHM, qui ne peut assumer seul l'offre de soins. Les coopérations et mutualisations qui se dessineront devront être équilibrées en terme de mission et de financement pour les différents acteurs et permettre un accès aux soins du plus grand nombre.

RECOMMANDATIONS¹

Numéro	Domaine	REGULARITE	Page
1	Gouvernance	Présenter annuellement au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique ;conformément aux dispositions des articles L 6143-1 et R. 6145-7 du code de la santé publique.	9
2	Gouvernance et organisation interne	Poursuivre la procédure en vue de l'obtention des autorisations requises pour l'exercice des activités de soins qui en sont dépourvues, conformément à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.	13
3	Gouvernance et organisation interne	Produire l'ensemble des rapports infra annuels prévus par l'instruction interministérielle du n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/D /6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.	14
4	Gestion des ressources humaines	Mettre fin à la majoration de salaire et indexation des primes versées sans aucune base légale aux agents contractuels non médicaux.	15
5	Gestion des ressources humaines	Mettre fin à l'assimilation généralisée de la pause déjeuner à du temps de travail effectif, pour les personnels non soignants, conformément au décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé.	16
6	Gestion des ressources humaines	Mettre fin à la majoration de traitement versée sans base légale aux médecins contractuels.	17

¹ Les recommandations sont classées sous la rubrique « régularité » lorsqu'elles ont pour objet de rappeler la règle (lois et règlements) et sous la rubrique « performance » lorsqu'elles portent sur la qualité de la gestion, sans que l'application de la règle ne soit mise en cause.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Numéro	Domaine	PERFORMANCE	Page
1	Gouvernance et organisation interne	Décliner d'ici le 1 ^{er} semestre 2020, des contrats de pôle avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs précis ainsi qu'un intéressement motivant.	12
2	Gestion des ressources humaines	Corriger et sécuriser au sein des différents domaines de la gestion des ressources humaines médicales et non médicales, et d'ici fin 2019, les étapes du processus identifiées comme présentant encore un risque pour l'établissement.	15
3	Gestion des ressources humaines	Mettre fin au versement aux praticiens hospitaliers de la majoration de 40 % du traitement durant leurs congés bonifiés.	17
4	Gouvernance et organisation interne	Améliorer la disponibilité et la continuité sécurisée de son système informatique en étendant au besoin son contrat d'assistance.	20
5	Gestion des ressources humaines	Engager une réflexion sur le développement d'une véritable politique sociale en faveur de ses personnels.	22
6	Finances	Mettre en place le suivi et un contrôle effectif sur l'assiette, la liquidation et les versements des cotisations maladie et FNAL.	23
7	Gouvernance et organisation	Structurer un groupe projet COPERMO (comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers) avec un coordinateur et les moyens nécessaires pour mener à bien l'instruction de son projet immobilier de reconstruction.	25

PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Mayotte a été ouvert le 18 janvier 2019 par lettre du président de la chambre à Mme Catherine Barbezieux-Bêtinias, sa directrice. Par lettre du président du même jour, M. Etienne Morel, son prédécesseur, en a également été informé.

Le président du conseil de surveillance en a été avisé.

Les entretiens de fin de contrôle prévus par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières ont eu lieu le 8 mai 2019 simultanément avec Mme Catherine Barbezieux-Bêtinias et M. Etienne Morel.

La chambre, dans sa séance du 17 septembre 2019, a arrêté les observations définitives suivantes.

OBSERVATIONS

L'appréciation de la qualité de la gestion du centre hospitalier de Mayotte (CHM) ne peut être réalisée en dehors de toute contextualisation, compte tenu des forts particularismes de son environnement qui impactent son organisation, son fonctionnement et son activité.

Le CHM est quasiment le seul acteur du système de santé dans le département le plus pauvre de France : le produit intérieur brut (PIB) par habitant y est quatre fois inférieur à celui de la métropole et trois fois inférieur à celui de La Réunion. Le territoire se trouve isolé à près de deux heures d'avion du plus proche département français avec des liaisons aériennes directes avec la métropole qui ne sont pas quotidiennes. Le département est confronté, à une explosion démographique pour l'essentiel générée par l'immigration qui représente près de 40 % de la population. Avec une croissance de + 3,8 % en moyenne par an depuis 2012, la population s'établit à 256 500 personnes au 31 décembre 2017 selon les données de l'INSEE. Le recensement de la population est complexe et les chiffres sont controversés. L'insécurité est un autre élément déterminant de l'île. Elle est en partie à l'origine de la mobilisation de la population au printemps 2018, à la situation fréquente de paralysie de l'île ainsi qu'à nombre de réactions identitaires voyant dans l'immigration la source de tous les problèmes.

La situation sanitaire est très dégradée. L'espérance de vie des populations est nettement inférieure à celle de la métropole (près de sept ans de moins), les dépenses de santé par habitant sont quatre fois inférieures à celles de La Réunion et moitié moindre qu'en Guyane.

Le CHM compte au 31 décembre 2018, 352 lits d'hospitalisation complète (HC) en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), 10 lits de psychiatrie et 49 places de MCO en hôpital de jour.

Cette répartition, caractérisée par la place prépondérante des lits dédiés à la gynécologie-obstétrique ainsi qu'à la pédiatrie, est atypique. Une autre spécificité réside dans la répartition des capacités en lits sur l'ensemble d'un aussi petit territoire. L'île compte 13 dispensaires et 4 centres de références avec des maternités périphériques et une permanence médicale.

En terme d'activité, le CHM se singularise par une triple spécificité : des taux d'occupation très importants, une activité en grande partie orientée vers l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie néonatalogie et les urgences dans ces mêmes disciplines et enfin, une évolution modérée des séjours au cours de la période contrôlée.

Les taux d'occupation sont élevés et s'expliquent par une combinaison de facteurs. Les capacités en lits restent insuffisantes en dépit d'une augmentation du capacitaire de 39 lits en 2015, et les alternatives à l'hospitalisation et les lits d'aval sont quasiment inexistantes. Il n'existe pas pour l'heure à Mayotte de soins de suite et de réadaptation (SSR), de structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de structures d'hospitalisation privée. Le seul projet de SSR est actuellement porté par le CHM. De la même manière il n'existe pas de secteur médico-social, pas d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ni de foyer d'accueil médicalisé.

L'étude de l'activité du CHM montre le poids prépondérant des activités liées à la gynécologie, l'obstétrique mais aussi et par voie de conséquence, la pédiatrie et même la néonatalogie, tant en activité programmée qu'en urgence. Elles représentent plus de 61 % de l'activité totale de l'établissement.

L'activité tant au travers des entrées, des journées, des taux d'occupation que de la valorisation théorique des séjours est en hausse, mais avec un tassement observé en 2018. Les deux mois de blocages en février et mars 2018 peuvent en partie expliquer cette évolution ; l'insuffisance de capacité en lits peut constituer une autre explication, tout comme le ralentissement des flux migratoires.

Entre 2015 et 2018, les séjours augmentent de 1 %, les résumés d'activités de 4 %, les journées de 12 % du fait d'une hausse de la durée moyenne de séjour et les naissances de 5 %. La hausse est modérée au regard de l'évolution démographique de l'île.

Le budget de fonctionnement du CHM pour le dernier exercice clos 2017 est de 223,5 M€.

Le CHM est soumis à la certification des comptes. Le premier exercice à avoir fait l'objet d'un examen des commissaires aux comptes (CAC) est celui de 2016. Pour l'exercice 2017, le CAC a certifié les comptes avec quatre réserves, qui sont les mêmes que pour l'exercice précédent. Elles portent sur le cycle des stocks, des immobilisations, du personnel et enfin des recettes. Un rapport d'étape du CAC en janvier 2019 est venu souligner une amélioration de la gestion des personnels. Quant aux points portant sur les cycles des immobilisations et des stocks, ils n'ont pas connu d'avancée significative selon ce même rapport.

Le financement de l'établissement n'est pas assuré par la tarification à l'activité (T2A) à la différence de la plupart des hôpitaux publics mais par une dotation globale. La période 2015-2017 est marquée par des résultats déficitaires, proches de 2 % du montant des produits en 2015 et de 1% en 2016-2017. Une amélioration est enregistrée en 2018 avec un excédent de 13,7 M€ en compte financier. La capacité d'autofinancement est impactée par le dernier résultat excédentaire et passe ainsi de 6 M€ en 2015 à 28 M€ en 2018.

Le compte report à nouveau, composé de la somme des résultats constitués au travers des exercices, présente un déficit de 20,9 M€ au 31 décembre 2018. Un mois et demi de recettes suffiraient pour solder ce déficit. Le passif enregistre également un emprunt, restructuré avec beaucoup de volontarisme par l'établissement en 2017.

Entre 2015 et 2018, les charges de personnel progressent plus rapidement (27 %) que l'ensemble des charges (21,07 %). Les effectifs en personnel non médical (PNM) évoluent en équivalent temps plein rémunéré de 11,04 % alors que les personnels médicaux (PM) progressent de 19 %.

Durant cette même période, la dotation globale de financement et le fond d'investissement régional progressent plus vite (35 %) que l'ensemble des produits (33,2 %). Le financement par dotation globale apparaît très largement favorable à l'établissement : les dotations augmentent six fois plus vite (30 %) que l'activité (5 %) mesurée au travers des résumés d'unité médicale ou du nombre de séjours. Dans un système de tarification à l'activité, et avec la tendance à la baisse des tarifs payés par l'assurance maladie depuis plus de cinq ans, la hausse modérée du volume d'activité n'aurait pas permis au CHM de réaliser des recettes à pareille hauteur et donc de financer ses dépenses.

Ce système de financement avantageux doit être conservé. Il doit permettre de combler le retard que connaît Mayotte en terme d'équipement par rapport au reste de la France. Mayotte a le taux d'équipement le plus faible avec 352 lits et 49 places pour la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). La Réunion compte 2 122 lits et 270 places en MCO, 628 lits en SSR pour 850 000 habitants.

Aucun département d'outre-mer n'a une situation comparable à celle que connaît Mayotte. La Guyane bénéficie pour 10 000 habitants de 28 lits et 2 places en MCO, de 4 lits en SSR, de 9,4 places en hospitalisation à domicile et de 4,2 lits et 1,8 places en psychiatrie. Mayotte ne peut offrir que 13,7 lits et 2 places toutes spécialités confondues.

Pour autant ce système de financement favorable au CHM ne doit pas dispenser l'établissement d'un pilotage précis.

Le CHM a fait l'objet de trois rapports d'observations définitives de la chambre en septembre 2014, avril 2015 et mai 2015 portant respectivement sur le personnel, les maternités et la situation financière, lesquels ont donné lieu à plusieurs séries de recommandations.

S'agissant des personnels, la première recommandation a été mise en œuvre. Le CHM a réalisé une étude comparative des frais de déplacement et de déménagement, lesquels sont désormais directement gérés par la direction générale. La seconde, qui demandait la réalisation d'une étude sur l'adéquation des effectifs à l'activité, n'a pas été mise en œuvre en raison de deux difficultés. La première est relative aux taux d'occupation des unités d'hospitalisation qui dépassent régulièrement les 100 % et réduisent de facto l'intérêt de l'étude. La seconde porte sur l'absence d'outils reconnus par les professionnels de santé et faisant consensus pour mesurer la charge en soins. Depuis de longues années,

les études en la matière se sont plutôt orientées vers des ratios de personnel en lits et des maquettes organisationnelles que des mesures de la charge en soins.

S'agissant des maternités, sept des neuf recommandations formulées ont été mises en œuvre ou sont en cours de l'être. Deux n'ont pas fait l'objet d'un commencement. L'une de ces mesures, visant à placer le fonctionnement des maternités périphériques en conformité avec la réglementation qui prévoit la présence continue de gynécologue s'est heurtée à la pénurie de médecins dans la spécialité gynécologie mais aussi anesthésistes, pour pouvoir les affecter sur les quatre centres de référence. Le CHM a privilégié le site principal dans l'affectation de ses ressources médicales où il réalise deux tiers des 9 400 accouchements. Il s'est employé à mettre en œuvre des mesures compensatoires, notamment en élevant le seuil de compétences des sages-femmes dont la majorité sont titulaires du diplôme universitaire d'échographie, ou encore en protocolisant les transferts des maternités annexes vers le site de Mamoudzou.

S'agissant de la situation financière, la renégociation de l'emprunt structuré a été opérée, et la fiabilisation des comptes progresse dans le contexte de la certification. Pour les autres recommandations, elles seraient en cours de réalisation.

1. GOUVERNANCE ET PILOTAGE

Le CHM, établissement public de santé dispose d'une gouvernance et d'un pilotage à la fois stratégiques et opérationnels dont le mode de désignation, les compétences et le fonctionnement sont encadrés par le code de la santé publique (CSP).

1.1 La gouvernance

Le CHM est doté d'une instance délibérante, le conseil de surveillance. Il comprend aussi des instances consultatives. La commission médicale d'établissement (CME), représente la communauté médicale et le comité technique d'établissement (CTE), les personnels non médicaux. Il existe une commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT), un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Il comprend enfin une instance de concertation et d'exécution, le directoire.

Le fonctionnement de certaines des instances a été durant la période contrôlée, perturbé par les situations de crise et de blocage que l'île a connues, notamment en 2016, 2017 et 2018. Pour l'essentiel, les réunions de ces instances donnent lieu à l'élaboration d'un procès-verbal.

1.1.1 Le conseil de surveillance

Le CHM dispose d'un conseil de surveillance dont les attributions sont fixées par les articles L. 1643-1 et suivants du code de la santé publique. Ils lui confèrent un rôle de définition des orientations stratégiques et une mission de contrôle de l'ensemble de l'activité de l'établissement.

Le conseil se réunit avec régularité et au moins quatre fois par an conformément à la réglementation. Pour autant, il connaît un présentéisme faible qui nécessite, faute de quorum, l'envoi de nouvelles convocations. Six des seize séances de 2015 à 2018 ont nécessité une telle procédure.

Pour 2016, seuls trois procès-verbaux sont produits, celui du 14 décembre 2016 n'a pas été retrouvé. Le représentant du préfet, le maire de Koungou, le président du conseil départemental ou son représentant n'ont siégé à aucune de ces trois séances.

Pour l'année 2017 une des 4 séances, celle du 12 octobre 2017, sera déclarée ouverte, alors que le quorum qui est de 8 sur 15 membres, n'est pas atteint. Le conseil de surveillance a siégé avec seulement 6 membres, fragilisant ainsi ses délibérations. Pour cette même année, le maire de la commune de Koungou, ou la personne chargée de le représenter n'ont siégé à aucune des séances du conseil.

En 2018, 3 des 4 séances se sont tenues avec un quorum de 8 personnes sur les 15 conviées. Le maire de Koungou, ou son représentant, et la personne qualifiée, désignée par le préfet, n'ont siégé à aucune des 4 séances de l'assemblée délibérante.

Aux termes des dispositions de l'article R. 6143-13 du code de la santé publique : « tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire ». La chambre relève que l'ARS n'a pas fait usage de ces dispositions.

Le CHM est l'acteur majeur de l'île en termes de santé. Il est aussi un employeur avec une forte capacité d'investissement. Le conseil de surveillance doit, par la présence régulière de ses membres, jouer le rôle que lui confèrent les textes, et ce tant dans un contexte social atypique que d'accompagnement du projet COPERMO (comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers) de reconstruction de l'hôpital sur site. Selon l'établissement, le renouvellement récent d'une partie des membres du conseil de surveillance aurait permis de mettre fin à cet absentéisme élevé et de tenir ainsi les séances de manière régulière.

Le conseil de surveillance délibère aux termes de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique sur le compte financier et l'affectation des résultats. Ces délibérations sont éclairées par la communication des avis des instances consultatives et rendus obligatoires par l'article R. 6144-40 du code précité.

Au cours de l'exercice 2017, le conseil de surveillance n'a pas pu délibérer sur le compte financier 2016 ni sur l'affectation des résultats. De la même manière, il n'avait pu délibérer sur le rapport annuel du directeur sur l'activité de l'établissement au titre de 2016.

Faute de présentation et de vote sur ces dossiers, le conseil de surveillance n'a pu jouer pleinement la mission de contrôle permanent de la gestion qui lui est conférée par le code de la santé publique.

Il doit être destinataire d'un certain nombre d'informations prévues par le code de la santé publique.

Ainsi il doit être informé avant la nomination ou la révocation des membres du directoire par son président. Le directoire est un organe de gouvernance majeur de l'hôpital, il constitue son « exécutif ». Au cours de la période contrôlée et malgré de nombreux mouvements opérés au sein du directoire, l'information n'a jamais été portée devant l'assemblée délibérante.

De la même manière le conseil de surveillance, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique, doit être rendu destinataire pour information des résultats de la comptabilité analytique. Durant la période contrôlée, l'assemblée délibérante n'a jamais été destinataire de ces résultats. Ce manquement traduit en réalité l'absence de comptabilité analytique. Au-delà de l'aspect réglementaire, ces éléments peuvent être de nature à mieux éclairer les administrateurs dans leur rôle de surveillance et les autorités de planification dans leur octroi de moyens à l'établissement.

La chambre recommande au CHM de présenter annuellement au conseil de surveillance le compte financier et l'affectation des résultats ainsi que les résultats de la comptabilité analytique, conformément aux dispositions des articles L. 6143-1 et R. 6145-7 du code de la santé publique.

1.1.2 Les autres instances

Le directoire

Le code de la santé publique prévoit en ses articles L. 6143-7 et suivants que les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ce directoire à composante médico administrative est l'exécutif de l'établissement. Il s'est ainsi réuni deux fois en 2015, trois en 2016, quatre en 2017 et deux en 2018. Même s'il s'entend qu'à Mayotte la pénurie médicale justifie que l'on affecte en priorité la ressource aux soins des patients plutôt qu'aux réunions, la chambre relève que le nombre de réunions reste très éloigné de la préconisation du texte qui fixe à huit leur nombre annuel.

Le code de la santé publique précité prévoit qu'après concertation du directoire, le directeur « arrête le bilan social », « fixe l'EPRD » et « arrête le compte financier ». Le bilan social et le compte financier de 2014 n'ont pas été soumis au directoire pour concertation en 2015. En 2017, le compte financier 2016 n'a pas été soumis pour concertation au directoire. En 2018, ni le compte financier 2017, ni le bilan social 2017 n'ont été soumis au directoire.

Le comité technique d'établissement

Dans chaque établissement, il existe un comité technique d'établissement (CTE). C'est une instance représentative du personnel non médical dotée de compétences consultatives sur les sujets ayant une incidence sur le fonctionnement de l'établissement et qui lui sont conférées par l'article R. 6144-40 du code de la santé publique, comme le plan de formation, le compte financier et le règlement intérieur. Les sujets essentiels, sur lesquels un avis est requis, portent sur les comptes financiers, les bilans sociaux, le plan de formation et les modifications d'organisation.

Le compte financier de 2014 et l'affectation de résultats ne paraissent pas avoir été soumis pour concertation au CTE en 2015. Le compte financier 2016 a été examiné tardivement soit en mai 2018.

Le CTE doit se réunir en principe au moins une fois par trimestre. Au CHM, il s'est réuni normalement en 2015 et 2017, mais seulement trois fois en 2016 et 2018. Les conflits sociaux que l'île et l'établissement ont connus, particulièrement en 2018, n'ont pas favorisé la tenue de cette instance.

La commission médicale d'établissement

La commission médicale d'établissement (CME) est une instance consultative qui représente les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle doit se réunir au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Au CHM, la CME se réunit avec régularité et dans le respect des règles de quorum. Elle traite pour l'essentiel des sujets qui lui sont conférés par le code de la santé publique. En matière de certification de la qualité des soins, elle s'attache à lever les réserves formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

En 2015 et 2016, ni le compte financier ni l'affectation des résultats des exercices antérieurs, ni les rapports d'activité du directeur n'ont été présentés à la CME. Le compte financier 2016, dans un contexte de certification des comptes, ne lui a été présenté qu'en avril 2018, amoindrissant de facto l'intérêt de son examen. En 2018, ni le compte financier ni l'affectation des résultats 2017 ne lui ont été présentés.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT), instituée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, vise à associer, conformément aux dispositions de l'article L. 6146-9 du code de la santé publique, les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement. Cette commission est consultée pour avis et informée sur divers sujets

comme le projet de soins infirmiers élaboré par le coordinateur général des soins, la politique d'amélioration de la qualité. Son fonctionnement prévoit au moins trois réunions annuelles.

L'examen des procès-verbaux de cette instance montre qu'elle est consultée ou informée des sujets de sa compétence sur lesquels elle débat. En 2015 et 2016, les trois réunions annuelles prévues aux articles R 6146-10 et suivants du code de la santé publique ont eu lieu. En 2017 et 2018, leur fréquence n'a pu être respectée en raison d'un contexte de fortes tensions sociales.

Au vu de ce qui précède, l'amélioration de la gouvernance, du fonctionnement des instances et de leur organisation constituent des pistes en vue de renforcer le dialogue et la cohésion des équipes du CHM pour répondre aux besoins des populations dans le contexte atypique de ce « jeune » département.

1.2 Le pilotage

1.2.1 Le pilotage stratégique

Le pilotage d'un établissement comme le CHM nécessite à la fois une vision stratégique et une déclinaison opérationnelle. La vision stratégique s'organise autour d'un projet d'établissement. Elle s'adosse à un régime d'autorisation et s'appuie sur un dialogue interne de gestion.

Le projet d'établissement

Il consiste en une feuille de route interne dressant les perspectives et orientations stratégiques de l'hôpital pour les cinq ans à venir au regard des besoins des populations et de l'environnement sanitaire concurrentiel. Le projet d'établissement se décline en plusieurs documents, dont le projet médical et de soins qui en est l'élément essentiel.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'agence régionale de santé (ARS) en valide en principe les orientations et les crédits d'accompagnement.

Initialement conclu pour une période de cinq ans (2013-2017), ce CPOM a fait l'objet d'une prorogation 2018-2022 intégrant les nouvelles orientations du projet régional de santé de 2^{ème} génération (PRS 2).

Le CHM est doté d'un projet d'établissement pour la période 2015-2019.

Le projet comprend un volet médical. Ce dernier se fixe des objectifs qui correspondent aux besoins des populations dans les nombreuses disciplines (soins primaires et santé publique, santé mentale, médecine, grands brûlés, AVC, cancérologie, etc.). Il est conforme au projet régional de santé. Il comprend également un projet en soins infirmiers, un projet de management et un projet social. Le volet financier est très succinct.

Le projet d'établissement ne prévoyait pas de dispositif d'évaluation en cours de mise en œuvre. Un bilan de ce projet sera nécessaire dans le cadre de la conception et de l'écriture du nouveau projet d'établissement 2020-2025 qui devra intégrer un volet évaluation.

La contractualisation et le dialogue de gestion

La loi hôpital patient santé et territoire (HPST)² a développé le rôle des pôles. Les directions hospitalières ont été invitées à signer des contrats de pôle, à instaurer un dialogue avec ces derniers, à les responsabiliser en vue d'améliorer leur performance et l'efficacité de l'ensemble du dispositif de soins.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'article R. 6146-8 du code de la santé publique a mis à disposition des directions, les éléments opérationnels de cette démarche. Il permet d'instaurer des délégations de signature au bénéfice des chefs de pôle, il les autorise à engager des dépenses dans les domaines énumérés par la réglementation comme les remplacements, les médicaments et dispositifs médicaux, les dépenses à caractère hôtelier, les petits travaux et au final d'assouplir les règles de fonctionnement.

Le CHM est organisé autour de huit pôles regroupant des disciplines proches (la médecine, les chirurgies, etc.). Des contrats de pôle ont été signés en décembre 2018 avec chacun d'entre eux, ce qui est une avancée encourageante. Il a été prévu dans le contrat une délégation de gestion (une enveloppe de mensualités de remplacement déléguée aux pôles ainsi qu'une enveloppe au titre de la formation). Il est aussi prévu dans le contrat de pôle un intéressement collectif sous forme de mensualités de remplacement supplémentaires ou de petits travaux. Toutefois, les contrats de pôles ne sont pas encore effectifs : si les principes sont déclinés, les modalités ne sont pas opérationnelles.

Dans ce contexte, la chambre recommande au CHM de décliner d'ici le 1^{er} semestre 2020, des contrats de pôle avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs précis ainsi qu'un intéressement motivant.

Le régime des autorisations

La régulation de l'offre de soins sur le territoire national a été confiée à des agences déconcentrées de l'État : les agences régionales de santé (ARS) mises en place par la loi HPST. L'objectif a été de confier à un acteur unique la mission de protection de la santé publique et de gestion de l'offre de services de santé, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Le régime des autorisations a été simplifié par l'ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 et le décret n° 2018-117 du 19 février 2018 relatif à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds. Pour autant sont soumises à autorisation de l'ARS nombre d'opérations, comme notamment, la création de tout établissement de santé, l'installation des équipements matériels lourds, le regroupement d'activité de soins ou encore le renouvellement des autorisations.

AU CHM, si la médecine et la chirurgie en hospitalisation complète ont fait l'objet d'arrêtés d'autorisation en 2012 et 2013, les disciplines de gynécologie obstétrique, réanimation pédiatrique, néonatalogie et pédiatrie sont exercées sans autorisations. De la même manière, la chirurgie ambulatoire, la psychiatrie enfant et adulte en hospitalisation complète ou partielle (HC/HP) ne font pas l'objet d'autorisation.

L'existence d'un tableau de suivi des autorisations pouvait laisser penser que d'ici la fin du 1^{er} semestre 2019, la situation du CHM se serait améliorée. Une régularisation des autorisations des services de chirurgie (HP/HC) et de psychiatrie (adulte/enfant) devait intervenir à échéance du 30 juin 2019, Selon l'établissement l'ARS a demandé à au CHM, considérant que les délais étaient dépassés. A leur réception les dossiers ont été considérés comme incomplets et un avis défavorable notifié pour tous les dossiers Une nouvelle fenêtre de dépôt interviendra entre le 30 septembre et le 30 octobre, pour que l'établissement dépose à nouveau des dossiers complets.

Les périodes de dépôt sont ouvertes par activité de soins et par équipement pour permettre un examen de l'ensemble des demandes simultanément et d'en apprécier l'opportunité. La période de dépôt d'activité de soins a été publiée au répertoire des actes administratifs de Mayotte. Elle est fixée du 1^{er} mai au 30 juin 2019, pour les spécialités de SSR, réanimation (adulte/enfant) médecine (HP/HC), gynéco-obstétrique.

Le CHM manifeste une attitude pragmatique, avec des objectifs de mise en œuvre progressive, mais pérenne des autorisations.

Pour l'heure, l'absence d'autorisation peut faire courir à l'établissement plusieurs risques. Celui d'une exclusion du régime d'assurance en responsabilité pour les dommages créés dans le cadre d'une activité non autorisée paraît le plus critique.

La chambre recommande au CHM, notamment suite à l'avis défavorable qui lui a été notifié récemment suite à ses dépôts de dossier, de poursuivre la procédure en vue de l'obtention des autorisations requises en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique pour l'exercice des activités de soins qui en sont dépourvues.

1.2.2 Le pilotage opérationnel financier

Le CHM a beaucoup de difficulté à structurer une direction des affaires financières pérenne autour d'effectifs stables. De 2014 à 2019, trois directeurs des affaires financières se seront succédés, ainsi que deux attachés d'administration.

La direction générale ne dispose pas d'un tableau de bord synthétique de suivi de l'activité et des dépenses sur la période 2015 à début 2019. Dans ses réponses aux observations provisoires de la chambre l'établissement a pu produire un tableau de bord synthétique qui devra néanmoins être complété en ce qui concerne le suivi des effectifs médicaux et non médicaux.

L'établissement éprouve une réelle difficulté à suivre sa trajectoire au travers de grands agrégats, de manière macroéconomique et tels qu'ils sont prescrits par la réglementation.

L'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements de santé antérieurement sous dotation globale a été introduit en 2006. Sur la base des prévisions d'activité, les établissements doivent déterminer leurs recettes prévisionnelles pour ensuite prévoir leurs dépenses.

Pour le suivi de l'exécution de l'EPRD, les établissements s'appuyaient jusqu'en 2015 sur trois rapports infra-annuels (RIA). Ces RIA sont constitués à l'issue du premier semestre (RIA1), au 30 septembre de l'exercice (RIA2) puis au 31 décembre de l'exercice (RIA3). Le RIA3 confère une prévision précise de la situation financière pour l'exercice dans la mesure où il est élaboré sur la base des réalisations au 31 décembre. À partir de 2016 ces rapports infra annuels sont limités à deux. Au-delà de l'aspect réglementaire, ces rapports infra annuels doivent permettre aux établissements un suivi de leurs recettes et dépenses par grands titres, ainsi qu'une projection au 31 décembre de l'année.

Au CHM, l'exercice devrait être facilité par le fait que les recettes, pour l'essentiel constituées par la dotation globale, ne sont pas soumises à des aléas d'activité, à la différence des établissements qui sont en tarification à l'activité. Il ne reste dès lors qu'à opérer un suivi des dépenses par grands postes et effectuer des projections.

Le CHM n'a transmis à l'ARS aucun rapport infra annuel pour les exercices 2015 à 2018. Il ne dépose pas ses situations de trésorerie sur la plateforme prévue à cet effet.

Selon l'établissement, un RIA aurait été produit en 2015, 2016 et 2017. Pour 2018, le 3^{ème} RIA a été finalisé et serait en cours de dépôt sur la plateforme de l'agence de traitement de l'information hospitalière.

Il résulte de ces productions partielles de grandes approximations dans le suivi de l'exécution budgétaire du CHM.

Ainsi pour l'exercice 2017, après avoir prévu un déficit de 9 M€ dans la construction de l'EPRD version mai 2017, ce déficit sera ensuite estimé à 11,3 M€ pour être annoncé au final à 2,3 M€ en séance du 4 juillet 2017.

Pour l'exercice 2018, des mêmes écarts de résultats sont enregistrés tout au long de l'année dans un contexte de sous exécution de dépenses, de charges exceptionnelles, ou de non prise en compte

de produits constatés d'avance. En phase d'EPRD n° 1, puis d'EPRD n° 2 et en fin de compte financier anticipé, le résultat passe en quelques semaines d'une situation à peine équilibrée à un excédent de 17,7 M€ pour finalement être ramené à 13,7 M€ en phase de clôture.

Les principales variations enregistrées portent sur les dépenses. L'exemple des achats pharmaceutiques illustre un suivi approximatif. La variation enregistrée sur le chapitre budgétaire produits pharmaceutiques est de - 23 % entre l'EPRD n° 1 et le compte financier anticipé de 2018. Au-delà du problème de la fiabilité des stocks, soulevé par le commissaire aux comptes, ou d'omission de produits à recevoir, évoquée par le CHM, de telles variations sont révélatrices de difficultés à la fois à estimer une dépense de départ, mais également à en assurer un suivi régulier au cours de l'année, alors même que les produits pharmaceutiques sont suivis en stock et doivent faire l'objet d'une sortie valorisée lors de chaque dotation réalisée, au profit d'un service consommateur.

L'ARS³ considère à raison que « des améliorations fortes devront être menées sur le pilotage des finances, RH » et « que des opérations urgentes et la reconstruction obligeront le CHM à renforcer sa technicité. Les outils de régulation et de suivi, des remontées nationales obligatoires et cadrées, seront structurantes et devront être tenus ».

Le financement par dotation globale, favorable au CHM, ne doit pas dispenser ce dernier d'effectuer un pilotage financier. L'établissement gagnerait à l'égard de ses divers partenaires, ARS, assurance maladie, partenaires sociaux, collectivités locales comme institutions bancaires, à assurer un suivi budgétaire tel que prévu par la réglementation et présentant une meilleure fiabilité.

La chambre recommande au CHM de produire l'ensemble des rapports infra annuels prévus par l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé. Cette démarche lui permettra d'assurer un suivi plus rigoureux de l'exécution budgétaire. Comme indiqué par l'établissement, l'arrivée d'un nouveau directeur financier et l'organisation devraient permettre à l'avenir de produire ces rapports dans les délais impartis.

1.2.3 Le pilotage des moyens opérationnels

Le CHM dispose de moyens opérationnels multiples pour exercer sa mission, des ressources humaines et des ressources logistiques.

1.2.3.1 Les ressources humaines

Un audit externe du pilotage des ressources humaines (RH) a été réalisé en 2017. S'agissant des ressources non médicales, il s'est intéressé au dossier d'embauche, à la création du dossier dans la base, aux modifications et évolutions de carrière liées à l'avancement de l'agent ou son changement de statut ou de corps, aux éléments variables de paye, comme les heures supplémentaires, le travail de nuit ou de dimanche. Il a permis d'identifier des risques qualifiés de majeurs par le consultant, payer le salaire de base à un agent qui n'intègre pas son poste, ou qui est parti ou ne pas le payer alors qu'il a pris son poste car son dossier n'est pas finalisé.

Si une mission du commissaire aux comptes en janvier 2019 a permis d'observer des progrès notables dans la gestion des RH, il apparaît encore des risques dans nombre de sous processus. Ils portent notamment sur la validation de la demande de recrutement de personnel non médical, le contrôle de l'existence d'une liste de pièces nécessaires à l'entrée de l'agent. Des contrôles portant sur les NBI⁴, nets à payer et astreintes n'apparaissent pas suffisamment matérialisés. D'autres fragilités résident dans les tests sur le contrôle des heures supplémentaires ou du premier bulletin de paye.

³ Réponse questionnaire CRC mars 2019.

⁴ NBI : nouvelle bonification indiciaire. Il s'agit d'une prime de responsabilité.

L'audit précité a également porté sur les ressources médicales en 2017. Leur gestion est complexifiée par la multiplicité des statuts des médecins⁵. Une autre source de complexité réside dans la gestion des éléments variables de paye des médecins: rémunération des gardes, astreintes, prises en compte du repos compensateur⁶.

Un nouvel état des lieux a été opéré sur la gestion des ressources humaines médicales début 2019. Des progrès ont été observés, mais des risques importants ont encore été identifiés par l'auditeur. Ils portent notamment sur les droits d'accès au logiciel webplan pour des chefs de service et certains agents administratifs qui disposent de droits étendus portant sur la saisie, la modification et la suppression des informations relatives aux variables de paie. En termes de profil, il n'existe aucune restriction dans les droits d'accès de ces personnes. Les risques portent aussi sur le suivi des modifications sur les variables de paye, également sur la validation des plannings et les compteurs d'absences. Concernant notamment la gestion du temps de travail médical, le service a reconnu que le système actuel ne permettait pas une gestion sécurisée de ce domaine. Il partage l'analyse de la chambre sur la nécessité de son informatisation au plus vite.

La chambre recommande au CHM de corriger et sécuriser au sein des différents domaines de la gestion des ressources humaines médicales et non médicales, et d'ici fin 2019, les étapes du processus identifiées ci-dessus présentant encore un risque pour l'établissement. Comme indiqué par l'établissement dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le processus d'amélioration des pratiques du CHM est en cours au niveau de la direction des ressources humaines ainsi que la poursuite de la sécurisation des protocoles.

La majoration de rémunération des personnels contractuels non médicaux

Au CHM, les agents contractuels non médicaux bénéficient de la sur rémunération comme les agents titulaires. La mise en place de ce dispositif a été progressive (10 % en 2014, 20 % en 2015, 30 % en 2016 et 40 % depuis 2017). Cette majoration constitue un élément d'attractivité des agents sous contrat, dans un établissement qui rencontre des difficultés de fidélisation de son personnel. Or, juridiquement, la majoration n'est prévue que pour les agents titulaires, les textes relatifs à la sur rémunération visent explicitement les fonctionnaires, ce qui exclut donc en principe, sauf dispositions législatives et réglementaires contraires, les agents contractuels. Dans son rapport public annuel de 2015, la Cour des comptes a ainsi rappelé que la sur rémunération est réservée aux agents titulaires.

L'article 1-2 du décret n° 91-155 du 11 février 1991 relatif aux dispositions applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dispose que « le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience ».

Au regard de ces règles, la chambre, sans ignorer les problèmes d'attractivité des personnels que connaît le CHM, constate que ce dernier déroge au cadre juridique applicable à la sur rémunération. Pour la seule année 2018, le montant de cette majoration versée sans base légale représente 4,5 M€. La chambre recommande au CHM de mettre fin à la majoration versée sans base légale aux agents contractuels non médicaux. L'établissement dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre indique qu'il va substituer au régime de majoration actuel sans base légale, un dispositif contractuel conforme à la réglementation.

La pause méridienne

⁵ Parmi les titulaires, il y a des praticiens hospitaliers, des assistants et des cliniciens. On distingue des internes de subdivision et hors subdivision. Il y a des contractuels.

⁶ Interdiction d'exercer une activité clinique suite à une garde.

Le temps de travail effectif est celui « pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles »⁷. Le temps consacré au repas ne correspond en principe pas à du travail effectif dans la mesure où l'agent n'est pas à la disposition de son employeur et a la possibilité de s'absenter de son lieu de travail. La pause méridienne reste exclue de la durée du temps de travail effectif pour la plupart des agents de la fonction publique. Les temps de pause et de repas peuvent s'apparenter à du temps de travail effectif dans la mesure où l'agent reste en permanence à la disposition de l'employeur en raison des fonctions qu'il exerce.

Au CHM, la pause repas est considérée comme du temps de travail effectif pour l'ensemble du personnel non médical. Or, elle ne peut l'être qu'à la double condition que le personnel prenne son repas sur son lieu de travail ou au restaurant du personnel et puisse être joint et intervenir immédiatement en cas de besoin. Par ailleurs, ce temps de repas ne peut dépasser 30 minutes.

Le CHM ne dispose pas d'un système automatisé de contrôle de la durée effective de cette pause et lors des contrôles sur place, il a pu être constaté que la généralisation à l'ensemble des services du décompte de la pause déjeuner sur le temps de travail n'était pas justifiée par les nécessités du service public et des activités ; la comptabilisation de la pause méridienne sur le temps de travail doit être exceptionnelle et s'appliquer uniquement aux agents dont la présence est indispensable durant la pause repas, comme les soignants.

Sur la base des effectifs moyens rémunérés au 31 décembre 2018, autres que les personnels des services de soins et les familles d'accueil, le surcout est estimé à 921 000 €, soit l'équivalent de 16,7 ETP. Même s'il s'entend qu'il s'agit là de fractions de temps, qui ne sont pas cumulables pour libérer autant de postes de manière immédiate, il apparaît que le CHM dispose ici, d'un levier pour améliorer son organisation et sa situation financière.

La chambre recommande au CHM de mettre fin à l'assimilation généralisée de la pause déjeuner à du temps de travail effectif pour les personnels non soignants conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002. L'établissement dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre indique qu'il prend acte de cette recommandation et rappellera à l'encadrement les dispositions réglementairement en vigueur.

La rémunération des médecins contractuels

Les règles relatives à la fonction publique ne s'appliquent pas aux médecins qui n'ont pas la qualité de fonctionnaires et dont les règles statutaires spécifiques sont fixées par le code de la santé publique.

Les articles R. 6152-71, R. 6152-247 et R. 6152-529 du CSP prévoient, respectivement pour les praticiens hospitaliers à temps plein, à temps partiel et les assistants en fonctions notamment à Mayotte, une indemnité mensuelle égale à 40 % des émoluments. Aucune disposition similaire n'est prévue pour les praticiens contractuels dont les modalités de rémunération sont fixées aux articles R. 6152-416 et D. 6152-417 du CSP.

Au CHM, les praticiens hospitaliers contractuels, assistants, assistants associés ou encore attachés bénéficient d'une majoration de 40 % en sus de celle de 10 %. En outre et pour des raisons d'attractivité, les praticiens contractuels sont recrutés sur une base de traitement qui va au-delà de celle communément admise et appliquées par les hôpitaux, à savoir un salaire d'un praticien hospitalier au 4^{ème} échelon⁸.

⁷ Article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁸ On atteint souvent celui d'un praticien hospitalier 7^{ème}, voire 8^{ème} échelon.

L'octroi de ces avantages, qui sont sans base légale, est justifié par le CHM au regard à la fois de problèmes d'attractivité et de fidélisation du personnel médical : près de la moitié des personnels médicaux sont en contrat, et 60 % de ces contrats ont une durée inférieure à trois mois. L'octroi de ces avantages ne suffit pas à fidéliser le personnel médical, mais de surcroît il aboutit à ce que des contractuels, par le cumul de divers avantages (transport, hébergement, mise à disposition de voiture, sur rémunération) soient mieux rémunérés que des titulaires. Le CHM est conscient de cette réalité et a déployé d'autres dispositifs.

Ainsi il a été mis en place des postes d'assistant partagé. Mais hormis en pharmacie ce dispositif n'a pas donné lieu à la fidélisation des praticiens concernés au-delà de l'année réalisée à Mayotte.

Quelques internes sont quant à eux restés pour un engagement de plus longue durée soit en médecine de ville, soit en qualité de praticien hospitalier (1 aux urgences, 1 en médecine de secteur).

Pour ce qui concerne les postes de praticien clinicien, actuellement deux praticiens sont concernés et sont pour l'instant fidélisés (réanimation et médecine interne). Ce statut, doit encore être plus largement encouragé par le CHM, même s'il ne reste attractif que pour les très jeunes praticiens, jusqu'au milieu de la grille.

La chambre, sans nier la réalité des problématiques de démographie médicale à Mayotte, ni le fait que le CHM n'a aucun recours à l'intérim médical⁹ ne peut que constater que cette « majoration » est versée sans base juridique.

À partir des bases de la paie de 2018, le coût de la majoration versée à tort aux praticiens contractuels est estimé à 880 000 €. Ce montant pourrait baisser à l'avenir si les mesures incitatives d'attractivité des praticiens titulaires fin 2018 produisent les effets escomptés. La chambre recommande au CHM de mettre fin à la majoration de traitement versée sans base légale aux médecins contractuels. L'établissement dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre indique qu'il a pris acte de cette recommandation.

La rémunération des médecins pendant les congés bonifiés

L'article R. 6152-69 du CSP précise que les praticiens hospitaliers à temps plein en fonction dans un département d'outre-mer, ont droit par période de 3 ans à un congé bonifié d'une durée de 30 jours ouvrables pour se rendre en métropole. Il n'existe pas de dispositif spécifique pour les praticiens contractuels.

Concernant les fonctionnaires, les dispositifs applicables à la fonction publique en matière de congés bonifiés, conduisent à suspendre le versement des éléments de sur rémunération durant les congés bonifiés en métropole.

Au CHM, si moins d'une dizaine de médecins bénéficient de cette disposition chaque année, l'économie générée par l'arrêt de cette mesure est évaluée à 70 000 € par an. La chambre recommande au CHM de mettre fin au versement aux praticiens hospitaliers de la majoration de 40 % durant leurs congés bonifiés.

L'établissement dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre indique qu'il a pris acte de cette recommandation.

La rémunération des internes

En application de l'article R. 6153-10 du CSP, les internes perçoivent des émoluments forfaitaires mensuels et le cas échéant diverses indemnités ; aucune disposition législative ou réglementaire ne prévoit le versement d'un complément de rémunération dans les établissements de santé d'outre-mer. Le versement d'une sur rémunération aux internes sans base légale aurait

⁹ En général, 2,5 fois plus couteux que le salaire d'un contractuel.

historiquement été autorisé par le ministère de la santé. La chambre relève qu'au CHM, les internes bénéficient d'une majoration de 40 % comme les praticiens ou assistants hospitaliers.

Le CHM perçoit une dotation « missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) » majorée pour la rémunération des internes afin de couvrir partiellement les surcoûts liés à cette pratique et la prise en charge de divers frais.

Cette majoration ne concerne pas les internes en année de recherche, ceux venant d'autres établissements et ceux affectés en stage chez un praticien de médecine générale. Sans compensation financière, le CHM assume la charge de cette majoration pour ces catégories d'internes. Il résulte un écart entre la dotation MERRI et le coût supporté par le CHM de 90 000 €.

1.2.3.2 Les ressources logistiques

La pharmacie

L'activité des pharmacies à usage intérieur (PUI) est réglementée par les articles L. 5126-1 et suivants du CSP. Les missions définies dans le même code sont la gestion, l'approvisionnement, le contrôle et le stockage des médicaments et des dispositifs médicaux, les activités de pharmacie clinique visant à sécuriser les prescriptions, l'information des patients et des professionnels sur la promotion du bon usage des médicaments ainsi que les actions relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament et l'activité de rétrocession.

Les dépenses pharmaceutiques recouvrent les achats de médicaments et l'ensemble des fournitures médicales, qui comprennent des dispositifs médicaux stériles et non stériles. Sur ce dernier point, le périmètre des dépenses placées sous la responsabilité du pharmacien, et celles relevant des achats logistiques, peut varier selon les établissements.

L'optimisation des charges médicales, qui représentent l'un des principaux postes de dépenses avec les charges de personnel, repose sur deux enjeux : la performance des achats et la minimisation des pertes de stocks du fait d'un suivi adapté des consommations des unités de soins.

La pharmacie du CHM est souvent exposée à des ruptures logistiques d'origines variables et de longues durées. En cause et de façon récurrente, il y a les suspensions des rotations aériennes directes entre la métropole et Mayotte, les retards d'acheminements maritimes en saison cyclonique et les fréquents aléas portuaires ou mouvements sociaux qui peuvent bloquer l'approvisionnement des médicaments vers l'île. Hors contexte de crise, il faut compter en moyenne deux à quatre semaines pour recevoir un médicament par voie aérienne et trois à quatre mois par voie maritime.

Ces aléas et lenteurs logistiques imposent à la PUI de disposer des stocks suffisants assurant une autonomie minimale de trois mois en médicaments jugés indispensables, et assurer ainsi sa mission réglementaire première, celle de garantir une continuité d'approvisionnement en médicaments pour les unités de soins du CHM.

L'établissement a fait le choix de positionner sa plateforme logistique proche du port de Longoni, par lequel transitent l'ensemble des conteneurs. Cette plateforme permet de réaliser des stocks de plusieurs mois de fournitures et de matériel hôtelier mais également de médicaments.

L'étude des stocks a révélé un montant financier important de médicaments périmés pour les années 2017 et 2018. Pour les années antérieures, plusieurs Unités Fonctionnelles (UF) existaient dans lesquelles des produits périmés ou défectueux étaient transférés et valorisés, mais il n'y avait alors pas de procédure précise sur le contenu de ces UF et donc une impossibilité de valorisation totale des périmés. Une estimation a pu néanmoins être faite sur la base des factures de destructions¹⁰. Ainsi de 2015 à 2018 plus de 1,1 M€ de médicaments auraient été périmés ; leur destruction aurait coûté 0,18 M€.

¹⁰ Les médicaments sont détruits en métropole avec facture et cerfa.

Le CHM est contraint de conserver de forts niveaux de stocks, en matière d'antidotes, de produits de nutrition entérale ou d'anti-infectieux. De la même manière il se doit de stocker pour avoir en réserve des médicaments pour prendre en charge des flambées épidémiques saisonnières. Enfin il doit faire face à des produits à péremption relativement courte¹¹ eu égard aux délais d'acheminement et de dédouanement. Pour autant nombre de périmés sont évitables.

Des procédures logistiques mal appliquées peuvent être source de péremption, notamment la règle de gestion des stocks « FIFO¹² » Il s'agit d'erreurs d'entrées manuelles de date limite d'utilisation dans le logiciel au moment de la réception et de bugs informatiques réinitialisant certaines données des lots déjà détenus¹³.

Des changements de pratiques liés aux départs et aux arrivées de praticiens avec des cultures de prescription différentes sont aussi à la source de péremption. La commission du médicament doit pouvoir évoquer ces questions et le respect strict du livret du médicament doit en principe les limiter.

Enfin de mauvaises conditions de stockage ont été constatées sur site. Des températures de 31 degrés au sol et de 33 ou 34 degrés sur les étagères les plus hautes des magasins ont été relevées. Ces températures sont fréquentes une grande partie de l'année¹⁴. Conformément aux recommandations de l'agence nationale de sécurité du médicament et produits de santé¹⁵ sur la conservation des médicaments en cas de vague de chaleur¹⁶, le CHM pourrait avoir intérêt à améliorer le rafraîchissement de l'entrepôt de conservation des médicaments, au regard tant de l'enjeu financier que représentent les stocks, que de la qualité des produits faisant ensuite l'objet d'une dispensation et d'une administration aux patients.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement indique avoir progressé dans la mise en œuvre de différentes mesures visant à exiger désormais de ses fournisseurs, des produits pharmaceutiques à date de péremption plus longue et déployer un système informatique de gestion plus automatisée.

L'informatique

Le système d'information du CHM bien qu'ayant satisfait à certains pré requis de sécurité informatique¹⁷ connaît des dysfonctionnements récurrents qui perturbent l'activité hospitalière. Leur réalité est reconnue tant par la directrice de l'établissement que la présidente de la CME¹⁸.

L'investissement des équipes informatiques, qui s'emploient via divers projets à moderniser le système, est important. Cependant les problèmes de continuité et de sécurité informatiques perturbent l'activité¹⁹. Certaines pannes ont abouti à une déconnexion de l'ensemble des applications, dont le SAMU, les urgences, le plateau médico technique y compris le standard. D'autres ont eu des incidences moindres mais pénalisantes avec un laboratoire et une imagerie ne traitant que les urgences vitales.

Des pannes d'origine électrique²⁰ ont affecté le fonctionnement informatique soit lors des essais réguliers de démarrage des générateurs de secours, soit lors de coupures. Parfois les onduleurs n'ont pas pris le relai, ou les groupes n'ont pas démarré. Une solution a été trouvée, qui consiste à prendre en

¹¹ Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.

¹² FIFO (First in, First Out ou en français Premier entré, Premier sorti). Ce système de gestion des stocks consiste à prélever les marchandises du stock en suivant l'ordre d'arrivée chronologique. Il permet de résoudre des problématiques de dégradation par le temps, denrées périssables ou encore d'obsolescence.

¹³ Réponse écrite du pharmacien à la CRC.

¹⁴ De novembre à mai.

¹⁵ ANSM depuis intégrée à l'HAS.

¹⁶ ANSM mai 2017.

¹⁷ Dossier hôpital numérique.

¹⁸ Lors du directoire du 18 décembre 2018.

¹⁹ Les 14 février, 21 février 2 mars, 7 mars 2019.

²⁰ Les 25,27,29 avril 2019.

secours les deux salles sur le même générateur et onduleur. Cette solution ne peut être que transitoire en ce qu'elle fragilise un système redondant mais alimenté par une seule source.

Tous ces événements ont révélé les fragilités du CHM et la nécessité de progresser dans la gestion de risques majeurs, les incidents se produisant avec une régularité telle qu'ils en deviennent prévisibles. L'alimentation électrique de l'établissement de santé et la disponibilité de ses communications data doivent être préservées.

L'établissement dispose d'un directeur des services informatiques très impliqué mais seul²¹ jusqu'alors à avoir la compétence²² dans ce type d'évènement. Le rapport du prestataire confirme cette fragilité : « les équipes du CHM ne sont pas autonomes, nous préconisons un audit ». En matière de maintenance, l'étude du contrat a permis de noter qu'il ne couvre que cinq jours sur sept et hors week-end. Or un incident majeur est intervenu le 2 mars, soit un samedi.

Il convient, selon la chambre, de mener à son terme l'audit des infrastructures informatiques et d'en exploiter les résultats avec l'obligation d'en sécuriser le fonctionnement. Le CHM devrait également et au plus vite faire réaliser une étude de criticité de ses courants forts et faibles par un expert indépendant²³.

Dans ce contexte la chambre recommande au CHM, d'améliorer la disponibilité et la continuité sécurisée de son système informatique en étendant au besoin son contrat d'assistance. Elle prend acte que des mesures ont déjà été initiées qui traduisent la réelle volonté du CHM de mettre l'intégralité de la recommandation en œuvre dans de brefs délais.

2 . ENJEUX ET PERSPECTIVES

Le CHM doit relever de nombreux défis. Ils conditionnent son avenir, comme la reconstruction du site, le devenir de la protection maternelle et infantile (PMI), l'arrivée d'opérateurs de santé privés, ou encore la question de l'assiette des cotisations sociales.

Dans la hiérarchie de ces enjeux, le recrutement et la capacité de s'adjoindre les compétences nécessaires au niveau médical viennent en toute première place. Il n'y aurait pas de logique à investir dans un hôpital neuf et moderne, si le CHM ne disposait pas d'équipes médicales stables pour le faire fonctionner.

2.1 Sécuriser les effectifs

2.1.1 Attirer et fidéliser les professionnels de santé

La question de l'attractivité puis de la fidélisation des personnels est une problématique majeure du CHM. Elle revêt une acuité particulière pour les personnels médicaux.

La situation en termes de ressources en personnel médical est marquée par plusieurs caractéristiques : une démographie atypique, un très fort taux de recours aux remplaçants, une rotation

²¹ Un second ingénieur vient d'arriver.

²² Intervention de Monsieur O H du samedi 2 Mars 22 h au dimanche 3 mars 12 h pour réaliser les préconisations.

²³ Si possible autre que son prestataire de maintenance actuel ou que son bureau de contrôle.

tout à fait excessive et des fragilités particulières dans des disciplines majeures comme la neurologie ou la cardiologie.

La sociologie du corps médical à Mayotte est particulière. Les leaders actuels, c'est-à-dire les chefs de pôle, ont un âge « avancé ». À l'autre extrémité, on trouve de jeunes praticiens, volontaires et engagés dans une mission quasi humanitaire. Au milieu on trouve des quadragénaires très engagés jusqu'aux dernières crises à répétition, qui ont pu entamer leur conviction de rester.

Très préoccupante est la proportion entre titulaires et contractuels. Il y a 54,64 % de contractuels sur l'effectif médical, et la part des contrats de courte durée²⁴ représente 69 % du total de ces derniers.

Cette instabilité du corps médical est pénalisante pour les services qui doivent en permanence informer les nouveaux médecins du fonctionnement. Elle constitue un facteur de risque dans la mise en œuvre des pratiques en vigueur dans le service concerné comme dans la cohérence de la prescription. Au final la rotation est telle que ces personnels quittent l'établissement au moment même où ils commencent à le connaître.

Le CHM a fait preuve de volontarisme face aux grandes fragilités que présente la démographie médicale sans que ses efforts ne produisent tous les résultats attendus. Pour ce qui concerne les contractuels et pour garantir la continuité des services, l'établissement a procédé à de multiples recrutements de remplaçants dans des conditions tout à fait avantageuses, voire généreuses. Ainsi les contrats de courte durée ont été nombreux et ont assuré à leurs bénéficiaires, frais de transport aérien, logement et mise à disposition d'une voiture.

Pour les titulaires, le dispositif instauré par le décret n° 2014-1024 du 8 septembre 2014 portant création d'une indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques dans le Département de Mayotte a été assoupli par le décret n° 2018-1298 du 28 décembre 2018.

Ainsi les praticiens s'engageant à rester deux ans (contre quatre ans antérieurement) à Mayotte bénéficient d'une « indemnité particulière d'exercice (IPE) égale à « huit mois des émoluments de base du praticien prévus à l'article R. 6152-23 du CSP ». Ce dispositif est trop récent pour que ses effets en soient mesurés, mais il offre des perspectives encourageantes au CHM.

Pour les internes formés à Mayotte, leur nombre augmente légèrement sur la période avec des effectifs d'environ trente personnes par semestre.

D'autres solutions avaient été évoquées lors de rapports d'inspection. Certaines sont en cours de mise en œuvre, comme l'assouplissement de l'IPE et nécessitent pour la majorité d'entre elles des dispositions réglementaires. Ainsi celle d'instaurer une bonification des périodes passées à Mayotte pouvant se traduire par une réduction des durées des échelons, proportionnelle au temps passé sur l'île n'a pas pour l'heure trouvé de concrétisation réglementaire, de même que celle de la mise en place d'un comité de vigilance et d'appui pour Mayotte associant le Centre national de gestion²⁵, la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé, les ministères de l'Enseignement supérieur et des Outre-mer.

En attendant, de tels dispositifs doivent être complétés de mesures sur lesquelles le CHM peut peser. Il en est ainsi de la télé-médecine afin de permettre un accès facilité au niveau recours et référence du CHU de La Réunion et diminuer ainsi les pertes de chance pour les patients. Il en est de même pour le renforcement des présences des spécialités médicales du CHU de La Réunion dans les disciplines

²⁴ Un à trois mois.

²⁵ Ex centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

pour lesquelles il assure la continuité des soins : cardiologie, neurologie et cancérologie notamment afin de réduire les transferts de patients et ce dans le cadre des coopérations CHM / CHU.

Si l'acuité de la problématique de l'attractivité du personnel non médical est moindre que pour le personnel médical, celle de sa fidélisation constitue un véritable enjeu pour le CHM.

L'examen du régime des œuvres sociales révèle que l'établissement se prive de certains leviers de fidélisation. Le personnel ne bénéficie pas de prestations comparables à celles habituellement offertes au personnel hospitalier des établissements de métropole ou d'outremer comme les prêts à 1 % ou sans intérêt, les aides diverses, ou l'accès à des centres de vacances. Il apparaît enfin que l'établissement ne cotise pas à hauteur des 1,5 % de sa masse salariale auprès de centres de gestion agréés, taux communément appliqué dans les établissements de santé pour les œuvres sociales.

Dans ce contexte de difficulté de recrutement et de fidélisation des agents, la chambre recommande à l'établissement d'engager une réflexion sur le développement d'une véritable politique sociale en faveur de ses personnels. Elle pourrait être partiellement financée par les économies générées par une correction de l'assiette des cotisations sociales. La chambre prend acte que l'établissement a d'ores et déjà pris des dispositions visant au travers de l'octroi de nouvelles prestations, à mettre en place une véritable politique sociale en faveur de ses personnels.

2.1.2 Clarifier l'assiette des cotisations sociales

Dans les établissements de santé métropolitains, antillais et réunionnais, l'assiette des cotisations sociales est limitée au traitement brut indiciaire. En France métropolitaine, le code de la sécurité sociale est applicable. Les fonctionnaires dépendent de régimes spéciaux de retraite.

Pour les agents titulaires de l'État, l'assiette de la cotisation patronale est, en application de l'article D. 712-38 du code de la sécurité sociale, le traitement soumis à retenue sur pension, auquel s'applique un taux de 9,7 %. Pour les agents titulaires des collectivités locales, l'assiette retenue est identique, mais le taux applicable est de 9,88 %. Le code de la sécurité sociale ne prévoit aucune exception pour les fonctionnaires mahorais.

Au CHM, il apparaît que l'assiette des cotisations maladie intègre la majoration, les primes et va au-delà du traitement brut indiciaire.

À Mayotte, malgré la départementalisation, s'applique l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte. Elle concerne notamment le financement de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Celle-ci contient diverses dispositions contradictoires.

En application de son article 22, le recouvrement est assuré selon les règles de la sécurité sociale, un décret fixant les taux particuliers pour Mayotte.

Aux termes de son article 21, les produits des contributions et cotisations prévues aux articles 28-3 et 28-4 sont affectés au financement de l'assurance maladie. L'article 28-3 concerne la contribution salariale, dont l'application ne soulève pas de question particulière.

Selon l'article 28-4, le financement est également assuré par une cotisation due par tout employeur de personnes mentionnées au II de l'article 19 sur l'ensemble des rémunérations fixées à l'article 28-1. Si l'article 19 II inclut les fonctionnaires de l'État et les fonctionnaires cotisant à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), la caisse de retraite des fonctionnaires territoriaux, l'article 28-1 vise les personnes énumérées à l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, qui concerne le régime général, non applicable aux fonctionnaires.

Sur cette base, l'État considère qu'il faut appliquer le régime métropolitain, c'est-à-dire une contribution assise sur le seul traitement brut indiciaire auquel est appliqué le taux de Mayotte, conformément à une circulaire du ministre de l'économie et des finances en date du 31 août 2004.

En application de l'article 18 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial, « les taux et l'assiette de la cotisation due par les agents CNRACL sont identiques à ceux de la cotisation imposée aux fonctionnaires de l'État. Les collectivités et établissements employeurs supportent de leur côté une cotisation dont l'assiette est identique à celle de la cotisation qui incombe à ses fonctionnaires ». L'État et les collectivités devraient donc appliquer le même régime.

En conséquence, une interprétation peut être ouverte que l'établissement doit évoquer avec la Caisse de sécurité sociale de Mayotte. Si l'interprétation de l'État, telle qu'elle ressort de la circulaire du 31 août 2004, doit être suivie, en ce cas les employeurs publics mahorais et notamment le CHM ont trop cotisé auprès de la CSSM et du Fond National d'aide au Logement (FNAL). Ceci ne serait pas sans incidence sur les ressources de chacun de ces organismes mais surtout sur celles du CHM. Pour la seule année 2018, l'enjeu serait de 1 M€ pour la cotisation maladie et de 0,17 M€ pour le FNAL.

La chambre recommande au CHM de mettre en place un contrôle effectif sur l'assiette, la liquidation et les versements des cotisations maladie et FNAL, Elle prend acte des premières démarches de l'établissement auprès de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM), traduction de sa volonté de mettre en œuvre la recommandation.

2.2 La reconstruction de l'hôpital

La reconstruction avec une augmentation significative des capacités en lits est un enjeu majeur pour le CHM et la population. La réflexion sur la capacité a abouti à une première version. Elle doit s'appuyer sur des éléments de prospective et des hypothèses d'évolution démographique complexes à modéliser. La première version permettrait une augmentation sensible des capacités portées ainsi de 362 lits et 49 places aujourd'hui à 584 lits et 77 places²⁶. La modernisation a débuté avec l'opération de Petite-Terre et se poursuivra avec la reconstruction sur site.

2.2.1 L'opération de Petite-Terre

L'hôpital de Petite-Terre a été retenu pour la création de lits d'aval en raison de la nécessité absolue de reconstruire l'hôpital historique localisé à Dzaoudzi, aujourd'hui dans un grand état de vétusté. La vulnérabilité du lien maritime Petite-Terre / Grande-Terre justifie aussi le maintien d'un accueil d'urgence et de lits de gynécologie-obstétrique sur Petite-Terre auxquels sont rajoutés des lits et places de soins de suite et de réadaptation. Une réserve foncière située à Pamandzi a été mise à disposition gratuitement par l'État et le département pour permettre la reconstruction de l'hôpital.

L'opération de reconstruction a été réalisée en s'appuyant sur l'expertise des professionnels de santé et traduite via un programme technique détaillé pertinent.

Cette opération tant au regard de sa conception, de sa réalisation, de l'économie du projet et de son fonctionnement, a été conduite de manière exemplaire. Elle va apporter une valeur ajoutée importante au CHM et à sa filière de lits d'aval.

Des maquettes organisationnelles ont été modélisées en matière d'effectifs soignants qui présentent des marges qui pourront être exploitées à l'avenir.

²⁶ Source CHM horizon 2030.

2.2.2 La reconstruction sur site

Le CHM a arbitré pour une reconstruction-restructuration sur site, plutôt qu'à l'extérieur de Mamoudzou. Elle permet une réalisation plus aisée et plus rapide qu'une construction neuve sur un autre site qui aurait nécessité une réflexion urbanistique d'ensemble sur les accès, de longues discussions sur le choix du terrain et ses modalités d'acquisition dans le cadre d'un environnement complexe.

L'opération de reconstruction sur site devrait débuter courant 2023. Elle doit être précédée d'opérations intermédiaires et préalables. Des négociations sont en cours pour réaliser l'acquisition de terrains jouxtant le site hospitalier, le déclassement d'une voie communale d'accès pour permettre l'implantation de futurs bâtiments. Pour l'heure, ces opérations sont intégrées dans le plan global de financement pluriannuel qui porte sur la période 2018-2022.

Le projet actuel, sous réserve de modifications comprend deux tranches, pour une enveloppe prévisionnelle de 290 M€ toutes dépenses confondues (TDC).

La première tranche porte sur la construction d'un pôle mère-enfant, un bâtiment logistique ainsi que l'hébergement de la psychiatrie, pour un coût prévisionnel de 190 M€ TDC. La seconde tranche concerne les soins critiques, les urgences et l'imagerie pour 100 M€ TDC.

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) est chargé d'une part, de définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'amélioration de la performance des établissements de santé, et d'autre part d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements. S'agissant du volet investissement, sont suivis les projets des établissements de santé dont le montant dépasse 50 M€ HT de travaux.

Avec un coût prévisionnel de 290 M€, le projet du CHM devra faire l'objet d'une instruction et d'un examen préalable par ce comité. Cette instruction longue et complexe doit obéir à un cahier des charges précis, et à la constitution d'un rapport d'évaluation socioéconomique. La modélisation des surfaces projetées doit se faire via des outils complexes et normatifs et tenir compte des projets d'implantation d'opérateurs privés. Le dossier doit être renseigné et paramétré via l'outil « Dossier d'Instruction des Projets d'Investissement ». Un volet retour sur investissement (RSI) doit faire apparaître un taux de marge non aidé de près de 8 % en fin de plan global de financement pluriannuel. Une fois le dossier validé par l'ARS et la complétude du dossier vérifiée par la Direction Générale de l'Offre de Soins, le dossier est transmis au COPERMO.

Par ailleurs, l'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012 instaure l'obligation d'évaluation socio-économique des projets d'investissements, et une contre-expertise indépendante et préalable par le commissariat général à l'investissement au-delà d'un certain seuil de travaux et d'un niveau de financement public fixé à 100 M€. Le projet du CHM devra également se soumettre à cette contre-expertise.

Dans ces différentes instructions, les services de contrôle de gestion et les services financiers du CHM seront largement sollicités pour extraire, exploiter, modéliser et valider les multiples données demandées sous l'autorité d'un chef de projet et d'un comité de pilotage. Ce service est de conception et construction récentes. Il n'est pas encore stabilisé dans ses effectifs au sein d'une direction financière dont les cadres sont en responsabilité depuis moins d'un an. Le CHM ne dispose pas à ce jour des ressources suffisantes en la matière pour instruire dans les délais et selon le formalisme requis ce dossier complexe qui nécessitera un groupe projet et un coordinateur. Or l'établissement ne peut prendre le risque d'un report de passage devant le comité ou d'un refus de ce dernier pour des raisons

de complétude. De la même manière, la nouvelle ARS²⁷ de Mayotte aura des difficultés à pouvoir co-instruire ce dossier.

La chambre recommande au CHM de structurer un groupe projet COPERMO avec un coordinateur, de lui adjoindre les ressources et compétences nécessaires pour mener à bien l'instruction de son projet de reconstruction. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement indique qu'il a d'ores et déjà engagé la constitution d'un groupe projet et complété ce dispositif par le recours à des consultants externes.

Un autre enjeu réside dans le financement de cette opération. La renégociation de l'emprunt structuré du CHM a fortement gonflé le stock d'emprunts contractés par le CHM avec un niveau global de l'encours qui passe de 64,10 M€ au 31 décembre 2015 à 103 M€ au 31 décembre 2018, soit une augmentation de près de 61 %. Même si le CHM a obtenu sur du long terme des aides pour payer une partie des intérêts, le capital est dû et sa charge va s'étaler sur de nombreux exercices.

Par ailleurs, les déficits cumulés ces dernières années, à l'exception de l'année 2018, ont dégradé la situation financière du CHM et sa capacité d'autofinancer ces opérations. Une aide de l'État a été annoncée dans le cadre du Plan pour l'avenir de Mayotte de 172 M€. La question du complément de financement se pose dès lors de manière cruciale et ne peut être reportée à plus tard.

Il serait dommageable d'instruire un dossier aussi complexe sur la base d'un financement modélisé notamment en terme d'emprunts, pour que l'établissement se trouve ensuite confronté à une difficulté prévisible à mobiliser des fonds. La structure bilancielle du CHM n'est pas bonne, d'autres sources de financement doivent être envisagées, tels que subventions des collectivités et recours au FEDER. La chambre encourage l'établissement à anticiper ces difficultés.

2.3 Les coopérations

2.3.1 Le groupe hospitalier de territoire

Le Groupement hospitalier de territoire Océan Indien (GHT-OI) a été mis en place comme le prévoient les textes et réalisé au travers d'une convention constitutive, signée par tous ses membres au 1^{er} juillet 2016, dont le CHM.

Il a pour objet, comme tous les GHT, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer à ces derniers une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il vise à garantir une offre de proximité ainsi qu'une offre de recours dans le cadre d'un projet médical partagé. Il ambitionne de rationaliser les modes de gestion par la mutualisation de fonctions supports.

Suite au mouvement de grève de novembre 2017, le Conseil de surveillance a délibéré le 20 décembre 2017, en faveur de la sortie du CHM du GHT-OI. Cette délibération a été confirmée à titre dérogatoire et provisoire pour un an, par arrêté du 27 décembre 2017 de l'ARS. Après une phase de négociation avec la direction et la communauté médicale du CHM début 2019, par arrêté du 15 mars 2019, cette décision dérogatoire a été confirmée. L'arrêté précise que « la dérogation à l'obligation d'être partie à un GHT accordée par l'arrêté du 27 décembre 2017 susvisé au CHM, est reconduite pour une durée indéterminée, à compter de la publication du présent arrêté ».

²⁷ L'ARS de Mayotte actuellement en préfiguration ne dispose pas d'ingénierie travaux génie civil.

Il ressort de cela que la mise en œuvre d'un GHT, dans lequel le CHM avait été pressé de s'inscrire, apportait peu de valeur ajoutée à cet établissement par rapport à une convention d'adossement classique.

Dans le contexte très sensible de Mayotte, l'appartenance à GHT-OI pouvait donner au CHM le sentiment d'une forme d'inféodation au CHU et à La Réunion.

Elle faisait courir le risque d'une hausse très significative des charges de personnel avec un alignement probable sur le taux d'indexation de La Réunion aux professionnels œuvrant dans le cadre du GHT.

La sortie du CHM du GHT-OI a été assortie de la nécessité de l'élaboration d'une convention cadre de coopération médico-soignante entre le CHM et le GHT-OI de La Réunion. Les deux entités ont un intérêt majeur, naturel et réciproque à coopérer pour garantir à leurs populations des parcours de soins les plus adaptés.

2.3.2 L'installation d'opérateurs de santé privé

Le CHM est en situation de quasi-monopole pour assurer les activités traditionnelles d'un établissement de santé dans le domaine de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (accueil des patients en urgence, consultations, hospitalisations, prestations du plateau médicotechnique, interventions chirurgicales et accouchements notamment). Il remplit aussi de multiples missions extra hospitalières (centre de dépistage, lutte contre la tuberculose, la lèpre, etc.).

L'offre de soins est insuffisante à Mayotte. La situation de monopole constitue un facteur de fragilité du système sanitaire qui s'est révélé lors des dernières crises de novembre 2017, puis février et mars 2018.

L'idée déjà ancienne de l'installation d'un opérateur privé vient de se concrétiser par l'ouverture d'une période de dépôt de dossiers de demande d'autorisation d'activité de soins par l'ARS OI entre novembre et décembre 2018.

Les disciplines concernées par cet appel à projet sont la médecine, la chirurgie, les soins de suite et de réadaptation, la dialyse et la psychiatrie.

À la date limite de dépôt, 16 dossiers étaient parvenus, ce qui donne une indication, sans présager de la qualité de ces derniers, d'une certaine attractivité de l'île en matière d'activité de soins. Les dossiers ont été instruits et un opérateur privé de la Réunion a été retenu. Même si le régime des autorisations ne porte plus sur un capacitaire, il est à penser que cet opérateur privé aura pour objectif de mettre en place des installations efficaces autour d'unités d'hébergement normées, avec des formules d'hospitalisation adaptées au patient et attractives pour les médecins, comme notamment l'hospitalisation de semaine.

L'installation d'opérateurs privés revêt, en terme de diversification de l'offre de soins un enjeu essentiel pour le CHM qui ne peut à lui seul assumer la mission de santé sur l'île.

Les modalités de coopérations entre le CHM et cet opérateur resteront à définir. Elles devraient porter sur le plateau technique, les soins critiques, les conventions de repli, avec le souci de mutualiser les installations déjà existantes.

Le CHM devra être vigilant sur la teneur et l'équilibre des conventions en terme de droits et obligations pour chacune des parties.

2.3.3 La protection maternelle infantile

Aux termes de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique, les missions de protection maternelle et infantile comprennent les actions préventives médicales et psychologiques pour les mères et enfants de moins de six ans, les consultations prénatales et postnatales, les contrôles des établissements accueillants des enfants de moins de six ans, l'aide aux familles et enfin la diffusion des moyens de contraception. Ces missions relèvent de la compétence des départements.

À Mayotte, la compétence PMI a été transférée au conseil départemental en 2006. La compensation financière s'est faite tardivement. Dans ce contexte, la dégradation lente et chronique du service assuré alors par la PMI départementale s'est traduite au fil des ans, par un transfert d'une grande partie des usagers vers le CHM qui a assuré la fourniture de produits médicaux et la réalisation d'actes de biologie relevant en principe de la PMI.

Les centres de PMI qui jouxtent les dispensaires sont soit fermés soit fonctionnent sur des plages réduites faute de personnel suffisant. Le dispensaire supplée alors au centre de PMI.

De la même manière, dans le domaine de la vaccination et de la contraception, le CHM a assuré la prise en charge des vaccins qui sont fournis au service de santé auquel le département fait appel.

Il en résulte pour le CHM la prise en charge de dépenses indues payées de facto par l'assurance maladie alors que de nouveaux moyens ont été alloués récemment par l'État au département, au titre de la PMI. Dans ce contexte, le CHM serait légitime à en demander le remboursement²⁸. La convention du 11 juillet 2018 entre le CHM et le département prévoit les modalités de remboursement des sommes engagées par l'hôpital pour le compte du département.

Le CHM doit rester attentif à l'évolution de la PMI à Mayotte. Le retour à la normale représente pour lui un enjeu majeur. À cet égard, la signature de la convention précitée révèle la volonté du CHM d'apporter au département un appui logistique, afin de rétablir en urgence un niveau de fonctionnement des PMI lui permettant d'assurer ses missions essentielles.

Le suivi de l'utilisation des crédits octroyés par l'État au département de Mayotte en matière de PMI est réalisé par un Comité de pilotage présidé par le préfet. Même si un bilan paraît encore prématuré, des tendances encourageantes se dessinent.

Pour son bon fonctionnement le service de la PMI a besoin d'un effectif normé. Selon la délégation territoriale de l'ARS de Mayotte « les perspectives de retour à un fonctionnement normal de la PMI autour de ses missions essentielles (vaccinations, suivi nutritionnel des nourrissons et suivi des grossesses) sont meilleures qu'elles ne l'ont été il y a une année et vont vers une amélioration certaine dans les six prochains mois ».

À moyen terme la situation paraît néanmoins problématique : le poste de médecin directeur n'est pas pourvu, il manque 9 médecins sur les 12 prévus, une dizaine de sages-femmes sur les 25 prévues et les postes de pharmacien et de préparateur ne sont pas pourvus.

Pour l'heure et dans l'urgence, il est fait appel à la réserve sanitaire pour une nouvelle campagne de vaccination et des formations ont été dispensées pour accompagner les personnels recrutés, mais la PMI n'est pas en mesure de fonctionner.

Il se pose visiblement du côté du département, une difficulté d'attractivité des postes notamment médicaux et de réactivité face à certaines demandes d'information ou de candidature de médecins. Dès lors que les conditions de recrutement de ces médecins, notamment contractuels, seront

²⁸ Soit 2,97 M€ pour 2017 (source ARS OI).

financièrement moins intéressantes que celles proposées au CHM, il est à craindre que le département n'y parvienne pas.

Pour la chambre, si cette situation venait à perdurer, et pour des raisons évidentes de santé publique, des solutions alternatives devraient être étudiées. Le transfert un temps donné de l'activité PMI du Département au CHM avec les moyens correspondants sous une forme juridique à déterminer pourrait constituer l'une d'entre elles. Pareille solution devrait recevoir l'aval de leurs instances délibérantes respectives ainsi que du contrôle de légalité.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Glossaire	30
Annexe n° 2 : Réponse	31

Annexe n° 1. Glossaire

ARS : agence régionale de santé

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHU : centre hospitalier universitaire

CME : commission médicale d'établissement

CTE : comité technique d'établissement

COPERMO : comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalière

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

MCO : médecine chirurgie obstétrique

SSR : soins de suite et de réadaptation

Annexe n° 2. Réponse



CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

Mamoudzou, le 21 novembre 2019

Rue de l'Hôpital B.P.04

97600 MAMOUDZOU

directiongenerale@chmayotte.fr

Tél 0269.61.86.03

Fax 0269.61.06.46

La Directrice

A

Monsieur le Président

M. Gilles BIZEUL

Chambre Régionale des Comptes La Réunion



19 - 447

Réf. : CBB/LL/046/11/2019

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me saisir du relevé d'observations définitives établi par la Chambre Régionale des Comptes concernant la gestion du Centre Hospitalier de Mayotte pour les exercices 2015 et suivants et je vous en remercie.

Je partage l'ensemble des constats et modifications apportées au rapport et prends acte des recommandations portées par la Chambre Régionale des Comptes.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma respectueuse considération.

La Directrice
CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE
Catherine BARBEZIEUX-BETINAS
Directrice



Les publications des chambres régionales des comptes
La Réunion-Mayotte
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-la-reunion-et-mayotte

Chambres régionales des comptes La Réunion-Mayotte
44 rue Alexis de Villeneuve
97488 Saint-Denis CEDEX