

Évaluation à mi-parcours du PRS 2 de la Corse

Rapport d'évaluation



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Octobre 2022



Table des matières

Synthèse exécutive	5
Objectifs et méthodologie	5
Constats et perspectives	6
Recommandations	7
Liste des recommandations	8
Partie 1 - Le dépistage organisé des cancers	8
Partie 1 - Le réseau des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	8
Partie 2 - L'effectivité de la présence des usagers au sein des CDU	9
Partie 2 - Les processus de concertation récurrents et la perception par les élus	9
Partie 3 - Le parcours bien vieillir	10
Partie 3 - Le parcours santé mentale (dont addictions) centré sur les 11-25 ans	10
Partie 4 - L'exercice coordonné	10
Partie 4 - La filière régionale des urgences AVC	11
Partie 4 - Les filières gériatriques départementales	11
Partie 4 - L'imagerie médicale	12
Partie 4 - Les diagnostics des TND	12
Partie 4 - Les diagnostics des MND	13
Partie 4 - La contractualisation territoriale en santé	14
Partie 5 - Le dispositif Qualitair	14
Partie 5 - La gestion des signalements	14
Partie 6 - La télémédecine	14
Partie 6 - Innovation et AFM Téléthon	15
Partie 7 - Le programme IPI-MED	15
Introduction	17
Objectif du rapport d'évaluation	17
Méthodologie d'évaluation	18
Partie 1 : Dans quelle mesure, les actions de prévention et promotion de la santé ont-elles contribué à prévenir les risques de maladie et réduire les inégalités de santé dans la population corse ?	21
Synthèse exécutive	21



Focus n°1 : Déploiement du dépistage organisé du cancer en Corse	25
Rappel du contexte du dépistage organisé des cancers en France et en Corse	26
Malgré des améliorations, des taux de DO toujours bas par rapport à la période passée et aux moyennes nationales	27
Des explications aux résultats mitigés des actions engagées en faveur d'une meilleure participation au DO	30
Axes d'amélioration	32
Focus n°2 : Un réseau des PASS en cours de structuration	34
Rappel des PASS en place et de leur impact.....	36
Les limites actuelles du réseau des PASS.....	37
Axes d'amélioration : comment le réseau des PASS peut se renforcer et mieux prendre en charge les publics démunis ?	39
Partie 2 : Dans quelle mesure les actions à l'initiative de l'ARS ont permis de positionner l'utilisateur comme un acteur éclairé et actif du système de santé ?	43
Synthèse exécutive	43
Focus n°1 : Le pouvoir d'agir des patients a été renforcé grâce à l'action associative facilitée par la PRAMCA.....	47
La PRAMCA a contribué à faire progresser la démocratie sanitaire sur le territoire.....	47
Deux associations rencontrées dans le cadre de l'étude témoignent de l'impact positif de la PRAMCA.....	49
Focus n°2 : Les représentants des usagers dans les établissements peinent néanmoins à faire vivre la démocratie sanitaire de façon homogène sur le territoire	51
Freins identifiés à la participation des RU.....	51
Recommandations et bonnes pratiques à généraliser	52
Perspectives	53
Focus n° 3 : Le processus de concertation avec les élus a été transformé pour mieux prendre en compte les besoins locaux dans une approche ascendante....	54
Focus sur la crise sanitaire.....	55
Partie 3 : Les parcours santé des plus fragiles (personnes âgées et les publics jeunes), en particulier lors des phases d'amont, ont-ils pu être renforcés ?	56
Synthèse exécutive	57
Focus n°1 : Les personnes âgées fragiles sont-elles mieux repérées, dès l'amont du parcours, pour prévenir la dépendance ?	61



Zoom sur un des éléments du parcours personnes âgées : l'hébergement temporaire en EHPAD.....	64
Focus n°2 : Le repérage des situations d'urgence et de crise suicidaire du public jeune a été amélioré mais des efforts doivent encore être faits, en particulier sur les addictions.....	69
Partie 4 : Le PRS n°2 a-t-il permis de renforcer l'accès en proximité à un système de santé gradué et de qualité sur le territoire et d'une manière homogène ?	74
Synthèse exécutive	75
Focus n°1 : L'offre de soin de proximité a été renforcée grâce au développement de l'exercice coordonné, partout sur le territoire	82
Focus n°2 : La structuration de filières de santé complètes permet d'organiser une offre de soins de second recours graduée et de proximité sur le territoire Corse.....	87
La filière gériatrique, en manque de gériatres, doit penser la logique parcours de bout-en-bout de la personne âgée, en concentrant les efforts sur l'orientation / la coordination d'une part, et le renforcement des étapes clés du parcours, en amont et en aval.....	91
La filière imagerie médicale renforce le nombre des équipements lourds sur la période du PRS n°2 et contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins.....	94
La stratégie mise en œuvre valorise les initiatives des professionnels à la maille des territoires tout en posant la question de l'efficacité des équipements	95
La stratégie mise en œuvre est aussi fondée sur la mutualisation des compétences pour faire face au nombre limité de professionnels	96
L'accès à des diagnostics pertinents sur l'autisme et les TND s'améliore sur l'ensemble du territoire, bien que la cible ne soit pas encore atteinte	97
Le diagnostic des MND chez les personnes âgées est un marqueur de la capacité à travailler en écosystème ; celle-ci est à renforcer pour poursuivre les avancées enregistrées sur la période passée.	102
Focus n°3 : La contractualisation territoriale a permis de s'approprier le PRS pour mettre en œuvre une politique en santé au plus près des enjeux du territoire .	105
Partie 5 : Le PRS a-t-il consolidé les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risque sanitaire ?	110
Synthèse exécutive	110
Focus n°1 : Qualit'air Corse.....	113
Bilan de la campagne de mesures de 2021 à Patrimonio et Sposata.....	113
Perspectives	116



Focus n°2 : L'amélioration continue de la qualité des soins doit continuer à être promue via les actions de sensibilisation sur la déclaration des EIG / EIGS 117

Le faible volume de signalement semble dû à une méconnaissance des circuits de déclaration et une appréhension de déclarer des ES et ESMS de Corse ... 117

Perspectives : comment développer la culture du signalement et permettre l'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements ? 118

Partie 6 : Comment les acteurs de santé en Corse ont-ils contribué au renforcement des pratiques innovantes en santé et ainsi à l'amélioration de la qualité et à l'accessibilité à la santé ? 120

Synthèse exécutive 121

Focus n°1 : L'usage de la télémédecine s'est renforcé en Corse sur la période du PRS, notamment porté sur la téléexpertise par des expérimentations et des initiatives locales, qui doivent être pérennisées et coordonnées..... 127

Focus n°2 : L'expérimentation AFM Téléthon, comme d'autres expérimentation Article 51, a mis en exergue la question de la pérennisation et le devenir des solutions innovantes qui améliorent et renforcent le soin, mais qui arrivent à terme en 2022 ou en 2023. 129

Partie 7 : L'action de l'ARS et de ses partenaires a-t-elle développé une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante ? 131

Synthèse exécutive 132

Focus : Le programme IPI MED a permis de contribuer à augmenter le nombre d'internes en médecine générale, les efforts sont à poursuivre pour favoriser les installations 136

Des actions coordonnées qui ont eu des effets tangibles..... 136

Axes d'améliorations : une politique volontariste qui doit être poursuivie et amplifiée 138

Annexes 140

Annexe 1 : Tableaux des interlocuteurs rencontrés..... 140

Pendant la phase de cadrage : 140

Pendant la phase d'évaluation : 141

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des dispositifs 144



Synthèse exécutive

Objectifs et méthodologie

Le PRS pour la Corse a été arrêté le 19 février 2019, et est constitué de 3 composantes : le **COS**, couvrant la période 2019-2028 d'une part, et le **SRS** et le **PRAPS** d'autre part, pour la période 2019-2023.

Dans la perspective d'élaboration de nouveaux **SRS** et **PRAPS** couvrant le second quinquennat du PRS 2019-2028, l'ARS a sollicité Capgemini Invent pour évaluer, à mi-parcours, la politique de santé déployée ces 5 dernières années sur le territoire.

La méthode d'évaluation a consisté à interroger, pour chacun des **7 objectifs stratégiques** du COS 2019-2028, l'évolution des grandes thématiques du SRS et du PRAPS s'y attachant. Dans ce contexte, **l'ARS et la CRSA, ont identifié 20 dispositifs structurants**, permettant de mettre en lumière les avancées qualitatives comme les défis à relever pour le système de santé Corse.

L'évaluation a été conduite en suivant une méthodologie visant **à mesurer l'efficacité des 20 dispositifs emblématiques**, c'est-à-dire, à se poser la question des effets et des impacts de ces actions sur la population.

La rédaction du rapport d'évaluation s'est fondée, d'une part sur les **auditions menées avec les acteurs référents identifiés par l'ARS** pour chaque dispositif (référents internes de l'ARS ou externes, issus du monde sanitaire, médico-social, associatif ou politique). L'évaluation s'est d'autre part fondée sur l'analyse de **la documentation et des données transmises par ces acteurs**, ainsi que **sur des rapports nationaux**. Par ailleurs, il est à noter qu'un bilan quantitatif réalisé sur la base des indicateurs fixés dans le SRS est conduit par l'ARS ; celui-ci ne fait pas partie du rapport d'évaluation.

Le présent rapport d'évaluation a pour objectif de mettre en évidence, de façon concrète, à partir d'illustrations d'actions significatives, **les avancées qualitatives** du système de santé régional de santé Corse. Il présente également des **défis, perspectives et pistes de travail pouvant alimenter les prochains travaux pour la définition des futurs SRS et PRAPS pour la période 2023-2028**.



Constats et perspectives

L'évaluation externe menée pendant 5 mois de juin à octobre 2022 a permis d'identifier plusieurs défis et facteurs clés de réussite communs aux 20 dispositifs étudiés.

Défis majeurs

La lutte contre les inégalités d'accès aux soins, qui se caractérise par la poursuite de la densification de l'offre en proximité (en cohérence avec la médecine de ville) pour lutter contre les **inégalités territoriales** et par le déploiement de programmes « d'allers vers » pour toucher les **populations exclues** du système de santé ou isolées.

Le renforcement des filières de soins avec une priorité à donner aux personnes âgées dépendantes, alors que la Corse compte plus de 94.000 habitants de 60 ans et plus soit 29% de sa population totale contre 25% au niveau nationale et que le territoire pourrait compter 21.000 seniors dépendants en 2030 selon l'INSEE.

Le renforcement des compétences soignantes et médicales, avec la mobilisation de **l'innovation organisationnelle et technologique** (exemple du lancement de l'appels à projets pour la mise en œuvre de plateaux d'imagerie médicale mutualisée). A cela s'ajoute **le prolongement des actions en faveur de l'attractivité RH** tant sur le volet internes en médecine générale et de spécialité que sur le volet visant à favoriser l'installation des professionnels.

Le renforcement de l'information des publics et des professionnels de santé. C'est particulièrement prégnant pour le dépistage organisé des cancers qui demeure bien en deçà des cibles fixées par le PRS n°2 et des données observées au national.

Facteurs clés de réussite

Quatre facteurs clés de réussite permettant la mise en œuvre des objectifs inscrits dans le PRS n°2 sont identifiés par la mission. **Ces quatre modes d'action** sont à **pérenniser**, notamment dans le cadre de la construction des futurs SRS et PRAPS courant la deuxième moitié du PRS 2018-2028, afin de s'assurer de la mise en œuvre effective des engagements et des objectifs opérationnels.

- **La territorialisation des actions** comme levier prioritaire pour mieux répondre aux attentes des usagers, renforcer l'accès aux soins de proximité ou adapter les projets de prévention dans le contexte d'un territoire qui présente de grandes disparités socio-économiques et géographiques. Dès lors, **il est recommandé de prolonger la déclinaison des objectifs et actions au niveau infra-territorial autour des 9 territoires de projet.**



- **La promotion de la coopération et de la co-construction**, avec le positionnement d'une ARS en position **de facilitatrice et de coordinatrice des projets**. L'ARS de Corse peut renforcer son rôle fédérateur en pérennisant les conditions nécessaires à la concertation, à la co-construction et en déployant **un cadre favorable au lancement d'initiatives innovantes sur les territoires**. Ce positionnement a été reconnu comme un facteur clé de succès dans plusieurs des dispositifs étudiés (IPI-MED, les travaux de mise en place du DAC, la démarche de contractualisation territoriale engagée sur la Plaine Orientale, la mise en place d'innovations organisationnelles dans le cadre expérimental de l'articles 51,etc.)
- **La mobilisation de l'innovation en santé, afin de résoudre les principales problématiques de santé régionales, qu'il s'agisse d'innovations technologiques ou organisationnelles**. La recherche de solutions pragmatiques via le levier de l'innovation, permet par exemple de résoudre temporairement la problématique de l'accès au soin dans les déserts médicaux. Ces solutions s'inscrivent en soutien des travaux visant à favoriser l'installation de médecins en Corse
- **La mobilisation des usagers du système de santé dans leur diversité** à la maille des territoires de projet, le renforcement de l'écoute des usagers sur leurs besoins et « de leur pouvoir d'agir », ainsi que l'implication des représentants des usagers des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Recommandations

Les recommandations formulées pour chaque objectif stratégique du COS donnent à voir des propositions **issues des échanges avec les acteurs rencontrés, de recherches documentaires ou de travaux de parangonnage**. Celles-ci donneront lieu à des arbitrages dans la perspective du SRS 2023-2028 et peuvent nourrir les travaux des groupes de travail mobilisés.

Les **62 recommandations** constituent des pistes de travail et portent sur des **enjeux** de 4 natures différentes :

- L'évolution des **organisations** et des modes de travail vers plus de **coopération entre les acteurs du territoire** ainsi que la poursuite de la **co-construction** et la mise en place d'instance de communication et de coordination à l'échelle **régionale**, et **infra-territoriale**. Cet esprit de travail en réseau, salué par les acteurs lorsqu'il existe ou souhaité lorsqu'il semble manquer, doit être une boussole sur **toute la vie des projets**, depuis les travaux de **conception** à la **mise en œuvre** et le **pilotage** ;



- Le **renforcement des compétences** via **l'information** et la **sensibilisation**, à la fois des **professionnels** de santé, mais aussi des **usagers** et de leurs **représentants**, sur les enjeux de santé prioritaires (prévention, dépistage organisé du cancer, repérage de la fragilité des personnes âgées, repérage des enfants souffrant d'autisme ou de TND etc.) ;
- La diffusion **d'une culture fondée sur la qualité et l'innovation**, pour permettre de faire de la Corse un **territoire attractif** pour les jeunes professionnels de santé (internes, médecins généralistes, médecins spécialistes, professions paramédicales) ;
- La définition d'une **stratégie concertée** de **l'innovation** technologique ou organisationnelle. Cette stratégie doit être pilotée finement pour répondre à des **objectifs clairs**, adresser les **enjeux prioritaires définis collectivement** (personnes âgées, maillage territorial, précarité), **mesurer** l'avancement et **maîtriser les risques**.

Liste des recommandations

Partie 1 - Le dépistage organisé des cancers

1. Cibler les populations en infra-territorial et déployer des actions « d'aller vers » **en relation avec des relais sur le terrain** (pharmaciens, association, élus locaux, etc.) comme le suggère la stratégie décennale 2021-2030.¹
2. Prolonger les efforts d'implication des professionnels et d'information du public en s'inspirant de la réussite de l'expérimentation menée sur le dépistage du cancer du côlon : s'appuyer sur **les associations de professionnels** pour **embarquer dès la mise en place du projet** afin d'éviter de faire naître des sentiments de contrainte chez les médecins.

Partie 1 - Le réseau des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

3. S'assurer du **respect du référentiel de 2022** en matière de ressources humaines dans chaque PASS, qui doit disposer a minima d'un référent médical en médecine générale (minimum de 0,2 ETP dédié), d'infirmier diplômé d'Etat et assistant de service social (minimum de 0,5 ETP dédié).
4. Lancer une réflexion sur **la structuration en réseau des PASS et des associations à l'échelle des territoires non couverts**, afin de coordonner les actions et maximiser la couverture géographique. Définir **des critères objectifs** (taux de pauvreté, taux de renoncement aux soins etc.) **pour cibler**

¹ Action I.12.4 : « Envisager des partenariats, par exemple avec des associations d'aide alimentaire, pour réaliser des opérations de sensibilisation. »



des territoires prioritisés et prévoir des **plans d'action spécifiques**, construits avec les acteurs.

5. Poursuivre le **développement de l'aller vers** à l'occasion de la mise en place du prochain PRAPS, en particulier dans les zones rurales, en déployant plus largement les dispositifs tels que **les équipes mobiles « santé-précarité » ou les « bus santé-social »**.

Partie 2 - L'effectivité de la présence des usagers au sein des CDU

6. **Associer**, quand cela est pertinent, les RU dans **les groupes de travail**, ou en les incitant à participer à des **dispositifs nationaux** pour une mise en valeur de leurs engagements et projets, c'est par exemple le cas du label et concours « Droits des usagers de la santé. »
7. Continuer à **valoriser** et **encourager** les RU qui se rendent disponibles, par exemple, en leur permettant d'avoir plus facilement **accès aux formations existantes**
8. Diffuser les invitations aux **RU suppléants**, qui font pleinement partie des équipes de RU et doivent à ce titre être complètement intégrés au fonctionnement des commissions.
9. Améliorer le **mode de désignation des RU** : communiquer plus tôt et plus largement, consulter les associations agréées et contrôler les renouvellements d'agrément.
10. **Construire** et **tenir à jour** un **listing des associations agréées** et le mettre à disposition **comme base de travail pour proposer des candidatures**.

Partie 2 - Les processus de concertation récurrents et la perception par les élus

11. Prolonger le soutien à la mise en place de contrats de santé avec les collectivités locales (notamment des CTS et des CLS) par le financement par exemple de postes d'animateur.
12. Poursuivre la **participation active aux processus de rédaction** (fait aujourd'hui, à poursuivre).
13. À l'échelle départementale, appuyer **la mise en place des conseils territoriaux de santé** qui sont amenés à prendre une place majeure dans le fonctionnement de la démocratie en santé en **coordonnant les échelles locales et régionales**.



Partie 3 - Le parcours bien vieillir

14. Dans la logique promue par le rapport Libault, en lien avec **la médecine de ville**, concentrer les actions sur le **soutien à domicile** et **l'organisation de l'admission directe** à l'hôpital (par exemple avec l'organisation de hotlines gériatriques).²
15. Assurer, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés (établissements de santé, EHPAD, dispositif d'appui à la coordination, Collectivité de Corse) **la pérennisation de l'organisation du dispositif "hébergement temporaire** en sortie d'hospitalisation en EHPAD"

Partie 3 - Le parcours santé mentale (dont addictions) centré sur les 11-25 ans

16. Dans la logique promue par la MILDECA, **généraliser les formations telles que le programme sentinelle**, en particulier à destination des adultes encadrants et professionnels aux contacts de publics jeunes.
17. Renforcer la coordination des acteurs en **renforçant la communauté psychiatrique de territoire (CPT)** : Communiquer pour améliorer **la visibilité de la CPT**, l'élargir à de nouveaux membres pour fédérer et créer une **dynamique collective**, conforter le **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** comme un outil pour **aligner les acteurs** et créer/mettre en place **une stratégie de parcours commune et concertée**.
18. Positionner les lieux d'exercice coordonné comme des acteurs de repérage et de diagnostic de 1^{ère} ligne des TND.
19. Instruire **l'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation spécialisés** dans les deux départements pour réduire les prises en charge inadéquates en pédiatrie, voire une impossibilité de prise en charge.

Partie 4 - L'exercice coordonné

- 20.19. Poursuivre l'accompagnement initié sur l'exercice coordonné et s'assurer de l'inclusion de tous les partenaires : Etat, Collectivité de Corse, Assurance Maladie et MSA.
21. Poursuivre la stratégie de soutien / développement des CPTS. Soutenir le mouvement de décroisement et de réorganisation des soins autour du patient (organisation des SNP, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coordination entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile).

² Entretien avec le Dr GRISONI (URPS-ML)



22. Poursuivre l'expérimentation ESP et prévoir une expérimentation sur les Equipes de Soins Spécialisés compte tenu de la difficulté d'accès aux soins dans certaines spécialités
23. Poursuivre l'intégration des structures d'exercice coordonné dans la **stratégie d'innovation en santé** de la Corse **en accompagnant les réponses aux appels à projet (lien avec la FCCIS)**, et en **pilotant les évaluations** d'expérimentation de façon à permettre la **pérennisation, la généralisation** des bonnes idées, et **l'orientation de l'innovation** vers les sujets prioritaires (type article 51)
24. Favoriser la prise en compte de **la télémédecine** et **la télémédecine accompagnée** dans les projets médicaux des MSP comme une **solution complémentaire** permettant d'augmenter le rayonnement territorial d'une MSP. **Piloter le recours à la télémédecine** pour éviter **les dérives afin qu'elle ne se substitue à l'examen en présentiel**.

Partie 4 - La filière régionale des urgences AVC

25. En amont de la prise en charge, renforcer **les actions de prévention** à destination du grand public
26. Définir une stratégie **pour attirer les professionnels de santé spécialisés** (en neurologie), et ainsi consolider la filière AVC avec l'installation **d'une nouvelle UNV en Haute-Corse**, en prolongeant l'ambition du PRS (mise en place d'une UNV à Bastia également).
27. En Haute Corse, veiller à la **coordination des acteurs** pour garantir la **pérennité** de la prise en charge existante et contribuer à **diffuser plus largement une expertise** neurologique autour de l'UNV.

Partie 4 - Les filières gériatriques départementales

28. Dans le cadre du PRS 3, travailler, non pas sur la logique filière (hospitalo-centrée), mais à **un parcours**, qui permet d'élargir **le cercle des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social dans une logique de proximité** (cf. territoires de projet).
29. Renforcer ou créer une **gouvernance partagée** sur le parcours de la personne âgée, en lien avec la **Collectivité**, le DAC, et **l'ensemble des partenaires**. Travaux engagés par l'ARS.
30. S'appuyer **sur la mise en place du DAC pour renforcer la coordination** entre les acteurs autour du parcours complexe de la personne âgée, dans une logique de parcours sanitaire, social et médico-social, et non plus seulement de filière sanitaire.



31. **Sensibiliser et former** les professionnels, y compris dans les structures d'exercice coordonné, comme les aidants familiaux³, pour **identifier les personnes à risque** et les orienter rapidement.
32. Identifier le sujet de l'accès à une **expertise gériatrique comme un sujet prioritaire pour la Corse** et accompagner, dans les différents projets d'innovation, des solutions de **téléexpertise**, de **télésurveillance** ou de **téléconsultation accompagnée pour les personnes âgées**.

Partie 4 - L'imagerie médicale

33. Animer et piloter, en tant que facilitateur, **la mise en place d'un PIMM**, en partant des besoins des territoires (lancement d'un appel à projet par l'ARS en 2022 sur cette thématique)
34. Envisager, en complément de la mutualisation au travers le PIMM, le **développement de la télé-imagerie organisée à l'échelle régionale comme une solution de recours**.
35. Envisager **l'expérimentation** ou le **déploiement de module d'intelligence artificielle** pour certains traitements, selon une **logique d'efficience** (gains de productivité dans le traitement des clichés, optimisation de la qualité des acquisitions...)
36. Evaluer les **impacts associés aux nouvelles organisations des plateaux d'imagerie** (flux de patients, réduction des délais, pertinence des prises en charge...) et **questionner la pérennité** des évolutions proposées. La question suivante se pose : **Dans quelle mesure est-il possible de concilier une accessibilité renforcée pour l'imagerie et l'efficience des équipements ?**

Partie 4 - Les diagnostics des TND

37. Améliorer **la lisibilité de l'offre** auprès des usagers en construisant et en communiquant sur la **carte des acteurs du parcours autisme et TND** (y compris le diagnostic mais également la prise en charge).
38. **Renforcer l'offre de prise en charge** sur le territoire et assurer un lien fluide entre les acteurs du diagnostic et les acteurs de la prise en charge. Les acteurs rencontrés ont insisté sur le fait que leurs efforts en matière de diagnostic étaient en partie rendus vains du fait de l'insuffisante offre de prise en charge.

³ Près de 28 000 aidants familiaux estimés en Corse, selon l'UNAFAM.



39. Intégrer dans les travaux d'amélioration **de l'attractivité médicale de la Corse**, les actions en direction **des spécialités médicales et paramédicales** renforçant le parcours de enfants atteints d'autisme et de TND (en orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, neuropsychologie, neuropédiatrie et pédopsychiatrie). De l'avis des acteurs rencontrés, les diagnostics sont rendus plus difficiles du fait du manque de professionnels sur ces spécialités.

Partie 4 - Les diagnostics des MND

40. Soutenir la nouvelle dynamique insufflée par **la révision du cahier des charges de CMR et CM** pour aller vers :
- Une communication et une **articulation renforcée entre les 2 pôles du CMRR**
 - Une visibilité accrue vis-à-vis des autres acteurs de la prise en charge (notamment vis-à-vis des UCC) afin de bien **positionner le CMRR dans son rôle centre ressource expert**
41. **Animer / piloter le parcours** des personnes âgées atteintes de MND dans une **logique élargie et globale**, en veillant à intégrer **tous les acteurs** : les acteurs sanitaires hospitaliers et libéraux de la gériatrie, les acteurs médico-sociaux, les acteurs associatifs, et le DAC en cours de mise en place ainsi que la Collectivité.
42. Apporter de **la lisibilité dans le parcours** des personnes âgées atteintes de MND en mettant à disposition des acteurs de santé du territoire **une carte des acteurs impliqués** dans le diagnostic et la prise en charge.
43. Instruire les sujets de **renforcement de l'offre** de diagnostic (**opportunité de créer un centre de ressource et d'expertise** spécialisé sur la maladie de Parkinson, mise en place des **consultations mémoires délocalisées** à Corte, Bonifacio et en Balagne pour renforcer le diagnostic des troubles neurocognitifs).
44. Instruire les sujets de **renforcement de capacités (hôpital de jour, développement d'unités Alzheimer** dédiées, nombre de **PASA**, mise en place **de centres de répit** en Balagne, à Bastia, dans le Sud et en Plaine orientale).
45. Créer une **dynamique de travail entre le CMRR et les acteurs du domicile**. Adapter à ce type de profils l'outil d'amélioration des pratiques professionnelles créé par la HAS consistant au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation⁴.

⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.



Partie 4 - La contractualisation territoriale en santé

46. S'assurer de la solidité du modèle économique du projet d'antenne pharmaceutique dans le Haut-Taravo pour permettre **la pérennisation du projet au titre de l'article 51**.
47. Etudier les moyens pour permettre aux CPTS en construction sur l'île de **bénéficier d'un poste de coordonnateur** (facteur déterminant dans le succès de la CPTS de Balagne).

Partie 5 - Le dispositif Qualitair

48. Etudier la possibilité de multiplier les analyses pour **connaître en temps réel** les niveaux de pollution à des fins **de gestion des risques**.
49. **Communiquer largement** les résultats des analyses pour **informer** la population et les professionnels afin d'orienter **la prise de décision politique** avec des éléments tangibles et documentés visant à réduire l'exposition aux polluants (en particulier pour les enfants ou les femmes enceintes).

Partie 5 - La gestion des signalements

50. Construire les bases **d'un système qualité partagé** et **organiser des campagnes de communication** avec l'appui de la SRA PASQUAL afin de **responsabiliser les acteurs** en leur faisant prendre conscience de l'intérêt de l'analyse des EIGS. **En effet, sans un nombre de signalements suffisant, il n'est pas possible de mettre en place des stratégies ciblées d'amélioration continue de la qualité des soins telles que préconisé par la HAS.**
51. Clarifier **les procédures** de signalement afin d'apporter plus de **lisibilité** au dispositif mais aussi plus de **fluidité** et de **coordination**.

Partie 6 - La télémédecine

52. Construire **et piloter une feuille de route concertée de la télémédecine en Corse**, à partir d'un **diagnostic territorial sur les 9 territoires de projet de la Corse**, et en lien avec les acteurs de santé des territoires, et dans le sillage du CPER⁵ (et des crédits de télémédecine)
53. Piloter cette feuille de route en intégrant **un pilotage des risques de la télémédecine**, et en particulier de la téléconsultation, en définissant **des indicateurs clés à surveiller**.

⁵ Contrat de Plan Etat-Région



54. En lien avec les GRADeS, la Collectivité de Corse, l'Assurance Maladie, et les acteurs de santé du territoire (CPTS, Territoires de projet, et FCCIS), créer **une plateforme régionale d'accompagnement des projets de télémédecine** dans une logique de coordination et d'animation territoriale.
55. Etablir **un cahier des charges des solutions de télémédecine**, en veillant au respect de **l'interopérabilité des outils** et à **la facilitation du partage des documents et des données de santé**, en lien avec le **Sécur du numérique en santé** et la généralisation, début 2022, de **Mon espace santé**.

Partie 6 - Innovation et AFM Téléthon

56. Organiser la **stratégie d'innovation en santé** du territoire à travers une **gouvernance régionale**, en lien avec les **acteurs du territoire** (représentants de l'exercice coordonné, représentants associatifs, GRADeS, acteurs universitaires et représentant du monde de la recherche etc.), sur le même modèle de **l'Article 51** ou de la **PRAMCA**, pour créer **un cadre propice à l'expérimentation**, laboratoire de l'innovation.
57. Identifier **les champs prioritaires de l'innovation**, en concertation avec les acteurs de santé du territoire et la Collectivité de Corse (des **champs fonctionnels** mais aussi des **périmètres géographiques** définis).
58. **Evaluer le dispositif AFM Téléthon, dans le cadre de l'Article 51 pour plaider sa pérennisation.**
59. Capitaliser sur le **réseau local de l'association AFM Téléthon** et **sa connaissance historique du tissu des acteurs** sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du **parcours complexe** des patients atteints de maladies rares pour en faire un acteur de la coordination et de l'orientation sur le territoire. **Envisager l'articulation avec le DAC.**

Partie 7 - Le programme IPI-MED

60. Renforcer **le plan de communication** déployé à l'échelle nationale et régionale sur l'offre de soins en Corse, les aides existantes, les atouts naturels de l'île, des retours d'expériences de médecins ou étudiant. Exemples issus d'autres régions :
- *« Adopte un doc », la campagne d'informations de la maison de santé de Querqueville en Normandie : pour trouver un médecin pour la Maison de santé de Querqueville et favoriser l'installation de jeunes diplômés dans la ville, cette campagne utilise des supports de communication variés (réseaux sociaux, presse spécialisée, annonces locales ; lettre rédigée à l'attention de médecins de la région etc.)*



- *L'Agence d'attractivité de l'Indre réunit l'ARS, la CPAM, et les établissements de santé pour développer une approche animation et mettre en place des actions telles qu'un weekend de compétitions sportives organisé pour les jeunes du CHU, un village « Club Med » mis en place pour les internes en stage.*
61. Déployer une **stratégie d'accompagnement et de fidélisation des professionnels de santé**, ciblant l'installation des professionnels. Exemple d'action issu d'une autre région :
- *« Mediguya » : la conciergerie gratuite de l'URPS ML de Guyane qui propose quatre services d'aide dans des domaines clés (scolarisation des enfants, recherche d'un logement, emploi du conjoint, aide administrative). L'offre est relayée sur le PAPS de la Guyane et le site de l'URPS. Les annonces sur le site Remplafrance mentionnent aussi Mediguya.*
62. **Poursuivre l'aller vers** à destination des médecins et des internes en professionnalisant le processus de promotion (coordonner la participation aux congrès, fournir des outils de communication, des éléments de langage, etc.) avec **une logique de préparation et de suivi des contacts pris**.
63. **Favoriser les facteurs de dynamisme** et d'attractivité, comme **l'innovation** (Articles 51, incubateur de projets d'installation) ou **l'exercice coordonné** (l'exercice coordonné est plébiscité par les internes au moment de s'installer (72%).



Introduction

Objectif du rapport d'évaluation

Le Projet Régional de Santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les **objectifs pluriannuels du système de santé dans les domaines de compétences de l'ARS, ainsi que les mesures visant à les atteindre.**

Le PRS de Corse, dans ses trois composantes, a été arrêté le 19 février 2019. Il est composé :

- du cadre d'orientation stratégique (COS) 2018-2028 ;
- du schéma régional de santé (SRS) 2018-2023 ;
- du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2018-2023.

Le COS pose les **objectifs stratégiques** à dix ans (au nombre de sept sur la période en cours). Ceux-ci sont déclinés dans le SRS en **objectifs opérationnels** à cinq ans. Ces derniers sont transversaux et détaillent les ambitions d'évolution pour l'ensemble de l'offre de santé. Le SRS est complété par le PRAPS sur les questions ayant trait à l'égal accès au système de santé et à l'amélioration de la cohérence dans le parcours de santé des personnes démunies.⁶

Le SRS est révisé, après évaluation de l'atteinte de ses objectifs au moins tous les cinq ans (cf. article R1434-8 du CSP). De même, le PRAPS prévoit les modalités de son suivi et de son évaluation (cf. article R1434-11 du CSP). L'évaluation du SRS est donc une obligation réglementaire.

Dans la perspective d'élaboration des orientations des SRS et PRAPS couvrant la seconde période du COS (2023-2028), l'ARS Corse a sollicité l'appui de Capgemini pour réaliser une évaluation à mi-parcours du PRS.

L'évaluation interroge, pour les **sept objectifs stratégiques du COS, les évolutions sur les grandes thématiques du SRS s'y rattachant.**

Afin que ses résultats puissent être lisibles et communicables largement, le choix est fait de ne pas faire de bilan exhaustif des 186 objectifs du schéma régional de santé mais de se focaliser sur l'étude de 20 dispositifs marqueurs, représentatifs de l'efficacité des actions menées par l'ARS.

Le présent rapport d'évaluation vise donc à mettre en évidence de façon concrète, à partir d'exemples et d'illustrations d'actions ou de dispositifs spécifiques, les

⁶ ARS Corse, « L'ARS publie son projet régional de santé (PRS) »



avancées qualitatives du système régional de santé corse, ainsi que des perspectives et pistes de travail pour la seconde période du PRS 2.

Méthodologie d'évaluation

La méthode d'évaluation a été la suivante :

1. Définition, pour chacun des sept objectifs stratégiques du COS, d'une question évaluative précise et des dispositifs illustratifs mobilisés pour illustrer les avancées et les axes de progrès.
2. Construction de la démarche d'évaluation pour chaque question évaluative, avec identification des référents en interne ARS, et des référents externes à l'ARS.
3. En fonction de la démarche d'évaluation choisie, conduite d'entretiens et d'ateliers avec les acteurs du territoire, collecte de données et de documents clés. De multiples acteurs ont été auditionnés pour la production de ce rapport : professionnels du médical (médecine de ville et hospitalière) et du médico-social, acteurs institutionnels, élus locaux, monde associatif, monde académique.

Cartographie des acteurs rencontrés dans le cadre de l'étude

ACTEURS RENCONTRÉS POUR L'ÉVALUATION DU PRS



La large mobilisation de l'écosystème du système de santé corse

+50 entretiens réalisés et 70h d'entretiens



Liste non exhaustive



4. Analyse, consolidation et rédaction du rapport d'évaluation. La version finale du rapport a fait l'objet d'itérations avec l'ARS et la CRSA.

Le rapport traitera donc les sept questions évaluatives suivantes, qui se rattachent aux sept objectifs stratégiques du COS :

- **Partie 1** : L'action de l'ARS et de ses partenaires a-t-elle renforcé la prévention et la promotion de la santé en corse ?
- **Partie 2** : Dans quelle mesure les actions engagées ont permis de positionner l'usager comme un acteur éclairé et actif du système de santé ?
- **Partie 3** : Les parcours santé des plus fragiles (personnes âgées et jeunes), en particulier lors des phases d'amont, ont-ils pu être renforcés ?
- **Partie 4** : L'accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité a-t-il pu progresser de façon homogène sur le territoire ?
- **Partie 5** : Comment la qualité des soins et la capacité d'anticipation des risques sanitaires ont-t-elles pu être renforcées ?
- **Partie 6** : Comment les acteurs de santé en Corse ont-ils contribué au renforcement des pratiques innovantes en santé et ainsi à l'amélioration de la qualité et l'accessibilité à la santé ?
- **Partie 7** : L'action de l'agence et de ses partenaires a-t-elle développé une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante ?

Chacune des parties s'appuiera sur l'analyse de l'un ou plusieurs des vingt dispositifs sélectionnés. Les focus sur les dispositifs seront précédés d'une synthèse exécutive par partie rassemblant les principaux constats et recommandations.



Partie 1

Dans quelle mesure, les actions de prévention et promotion de la santé ont-elles contribué à **prévenir les risques de maladie** et **réduire les inégalités de santé** dans la population corse ?



Partie 1 : Dans quelle mesure, les actions de prévention et promotion de la santé **ont-elles contribué à prévenir les risques de maladie et réduire les inégalités de santé dans la population corse ?**

Synthèse exécutive

[1] le PRS n°2 se fixait l'objectif d'appuyer l'ensemble des politiques de santé mises en œuvre sur les socles de la prévention et de la promotion de santé (Objectif n°1 du COS), en lien avec les orientations nationales.

Au niveau national, la prévention revêt une importance particulière comme le démontre le Plan interministériel Priorité prévention mis en place en 2018 et la volonté de renforcer le volet prévention du système de santé français tant du côté de la patientèle (récente mise en œuvre d'une consultation médicale gratuite à 25 ans, 45 ans puis à 65 ans), que du côté des professionnels de santé avec le souhait d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) assise en partie sur des critères de prévention. Ces éléments permettent d'illustrer la priorité donnée aux actions de prévention et de promotion de la santé.

Prévention et promotion renvoient à une **approche globale de santé** qui vise l'évolution des comportements des publics et des environnements relatifs à la santé en mobilisant une série de stratégies individuelles, collectives et environnementales.

La promotion de la santé⁷ présente des actions dirigées prioritairement vers les milieux de vie, le contexte ou le système global (« *one health* »). Une action de promotion de la santé se caractérise par l'implication des personnes depuis l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation de l'action. Elle intègre notamment le pouvoir d'agir (« *empowerment* »).

La prévention s'applique à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents et se définit par rapport à des facteurs de risques. Celle-ci peut être analysée autour d'une approche populationnelle distinguant la prévention universelle, la prévention sélective de sous-groupes de la population et la prévention de sous-groupes de population spécifiques présentant des facteurs de risque⁸.

[2] En Corse, la mise en œuvre des programmes de promotion et de prévention de la santé passe par une déclinaison territoriale (rappelée dans le SRS) en tenant compte des disparités en matière d'accès aux soins et de réduction du taux de mortalité avancée. D'autre part, les actions engagées visent à améliorer l'accès aux

⁷ Notion conceptualisée dans la charte d'Ottawa de 1986 et rappelée par Santé Publique France

⁸ Cette dernière définition a été adoptée par l'Inserm dans le cadre de ses expertises collectives



soins des publics les plus démunis. Plus largement, les programmes engagés visent à poursuivre la baisse de la mortalité prématurée avant 65 ans, estimée à 500 décès chaque année⁹. Les trois principales causes étant le cancer (41% des décès), les traumatismes divers et les maladies cardiovasculaires. La Corse présente la triple caractéristique d'avoir une mortalité prématurée stable depuis plusieurs années, située au niveau moyen hexagonal et présente des inégalités territoriales et géographiques fortes. En l'espèce, la Corse présente une mortalité prématurée plus faible que le niveau national dans le nord de l'île, et une surmortalité prématurée dans l'Extrême Sud.¹⁰ Par ailleurs, le territoire est confronté à une mortalité prématurée évitable expliquée par l'impact des conduites de comportements à risque (usage du tabac, de l'alcool, conduites alimentaires mal équilibrées), et une exposition à des risques psychosociaux.

[3] Le question évaluative formulée interroge les résultats obtenus par les programmes de prévention et promotion de la santé et donne à voir des implications par capillarité pour d'autres actions de préventions.

Ainsi, le dépistage organisé des cancers (DO) est-il déployé en tenant compte des spécificités locales et des écarts dans les taux de mortalité prématurée ? Dans quelle mesure, les publics renonçant sont-ils approchés par ailleurs ?

Concernant les permanences d'accès aux soins, est-ce que l'ARS et ses partenaires se sont mis en capacité d'aller chercher les publics les plus démunis ? Les publics vulnérables situés en dehors des pôles urbains et soumis à des difficultés de transport sont-ils concernés par les dispositifs mis en œuvre ? Le positionnement du dispositif à l'interface ville/hôpital permet-il de limiter les risques de ruptures dans les parcours de soins ?

La question posée induit des réflexions secondaires en lien avec l'amélioration de la coordination des politiques publiques de prévention, la capacité à mettre en réseau les acteurs, la capacité à cibler les publics les plus à risque et l'information et l'association des citoyens et des professionnels de santé.

[4] Pour apporter des éléments de réponse, la mission s'est concentrée sur des deux dispositifs, chacun connecté à des enjeux clés pour la réussite des programmes de prévention.

⁹ ARS Corse – Analyse de la morbi-mortalité en région Corse

¹⁰ COS de la Corse



D'abord, avec le déploiement du DO, il s'agit d'étudier dans quelle mesure il permet d'améliorer l'information et l'orientation de l'ensemble des populations et contribue à détecter la maladie à un stade précoce, notamment chez les populations les plus éloignées du soins (renonçant pour des raisons économiques ou d'éloignement géographique) et présentant des facteurs de risque majeurs (tabac, conduites addictives).

Ensuite, avec le réseau des PASS, il s'agit d'analyser la capacité à rapprocher des populations précaires du système de santé en permettant leur inclusion plus large dans le parcours de soins et en contribuant à limiter le renoncement aux soins.

[5] Le focus sur le dépistage organisé du cancer permet de mettre en exergue plusieurs enseignements majeurs et de proposer des recommandations en cohérence avec la stratégie décennale de lutte contre le cancer. La mission met en avant les constats suivants :

Les taux de participation pour les trois cancers sont en-deçà des cibles fixées et des taux observés au niveau national. Sur le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), la Corse se situe par exemple en 2020-2021 à 33,8 % contre 48.50% au niveau national, soit nettement en-dessous de l'objectif de 51% fixé dans le PRS. L'autre DO déjà déployé, le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) est lui en-deçà des objectifs (son taux de participation était de 16.20% en 2018-2019¹¹ contre 30.50 % au niveau national, loin de l'objectif de 45 %).

La participation aux dépistages organisés a peu évolué au cours des dix dernières années, l'exemple du DOCS est là encore éloquent, puisque son taux de participation est passé de 33 % à 33,8 % entre 2005 et 2021.

Le dépistage individuel (DI) reste très conséquent en dépit de l'objectif de transition vers le DO annoncé dans le PRS. Sur le cancer du sein en particulier, le recours au DI est largement plus important que dans les autres régions.¹²

Le faible taux de DO semble principalement tenir à la faible implication d'une partie des professionnels de santé¹³ et à l'éloignement géographique d'une part de la population par rapport à l'offre de soin (part importante des renoncants aux soins).

De fortes disparités existent entre les territoires et bassins de vie, avec des zones périphériques éloignées des centres urbains et disposant d'une faible offre de soins (Cortonais, Extrême Sud, Plaine orientale, etc.)¹⁴

¹¹ Santé publique France, Dépistage du cancer colorectal : données 2018-2019

¹² Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)

¹³ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)

¹⁴ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)



Les enseignements, limites et recommandations qui seront tirés de cette étude sur le dépistage organisé des cancers peuvent servir pour l'ensemble des programmes de prévention fondés sur l'implication des professionnels.

Recommandation 1 :

Cibler les populations en infra-territorial et déployer des actions « d'aller vers » **en relation avec des relais sur le terrain** (pharmaciens, association, élus locaux, etc.) comme le suggère la stratégie décennale 2021-2030.¹⁵

Recommandation 2 :

Prolonger les efforts d'implication des professionnels et d'information du public en s'inspirant de la réussite de l'expérimentation menée sur le dépistage du cancer du côlon : s'appuyer sur **les associations de professionnels** pour **embarquer dès la mise en place du projet** afin d'éviter de faire naître des sentiments de contrainte chez les médecins.

[6] Le focus sur les PASS¹⁶ donne à voir **des enjeux d'accès aux soins pour les publics défavorisés et dehors du soin**. Ce focus permet d'identifier plusieurs traits saillants :

- Trois PASS sont installées en Corse, couvrant ainsi trois territoires de projets sur les neuf de la collectivité et accueillant 650 patients par an.
- Le fonctionnement des PASS dépend largement du portage par les établissements, qui peut s'avérer parfois limité et d'autre part repose sur des personnes clés. L'enjeu ici identifié par la mission porte sur la pérennisation de ces dispositifs.
- Des leviers organisationnels pourraient être mobilisés pour augmenter la capacité d'accueil et de prise en charge, néanmoins ceux-ci sont liés au renforcement des effectifs, notamment IDE et assistant de service social. Un enjeu organisationnel de communication à renforcer et de mise en visibilité des PASS est aussi identifié par la mission.
- Le dispositif fonctionne relativement bien dans les zones urbaines (avec des chiffres d'activité différent en fonction des trois PASS), mais les territoires

¹⁵ Action I.12.4 : « Envisager des partenariats, par exemple avec des associations d'aide alimentaire, pour réaliser des opérations de sensibilisation. »

¹⁶ Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui coopèrent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, associations humanitaires, etc. Elles ont pour objectif de rendre effectif l'accès des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En cela, elles contribuent à la réduction des inégalités d'accès aux soins sur l'île et aux actions de promotion et prévention de la santé, auprès des publics les plus précaires.

Il existe trois PASS en Corse : une installée au sein du CH d'Ajaccio, qui a accueilli 25 patients différents en 2020, une seconde localisée au sein du CH de Bastia qui a accueilli 288 patients différents la même année, et une au sein de la Polyclinique du sud de la Corse de Porto Vecchio, 326.



- ruraux et leurs populations ne sont pas couverts, de même que la Balagne et le Cortenais.
- L'articulation avec les associations ainsi qu'avec les professionnels de santé, (notamment dans le cadre des projets d'exercice coordonné) devrait être renforcée pour cibler les populations renonçantes et isolées, notamment dans les périphéries et territoires ruraux.
 - Enfin, les PASS et les établissements pourraient renforcer les actions d'aller vers, en particulier dans les zones rurales dans lesquelles l'offre est encore insuffisante malgré les efforts entrepris.

Recommandation 3 :

S'assurer du respect du **référentiel de 2022** en matière de ressources humaines dans chaque PASS, qui doit disposer a minima d'un référent médical en médecine générale (minimum de 0,2 ETP dédié), d'infirmier diplômé d'Etat et assistant de service social (minimum de 0,5 ETP dédié).

Recommandation 4 :

Lancer une réflexion sur la **structuration en réseau des PASS et des associations à l'échelle des territoires non couverts**, afin de coordonner les actions et maximiser la **couverture géographique**. Définir des **critères objectifs** (taux de pauvreté, taux de renoncement aux soins etc.) pour **cibler des territoires** prioritaires et prévoir **des plans d'action spécifiques**, construits avec les acteurs.

Recommandation 5 :

Poursuivre le développement de **l'aller vers** à l'occasion de la mise en place du prochain PRAPS, en particulier **dans les zones rurales**, en déployant plus largement les dispositifs tels que les **équipes mobiles « santé-précarité »** ou les **« bus santé-social »**.

Focus n°1 : Déploiement du dépistage organisé du cancer en Corse

Un dépistage organisé (DO) des cancers qui présente des résultats inférieurs aux objectifs fixés dans le PRS n°2, malgré les actions de mobilisation du CRCDC.

Durant la période passée, l'ARS Corse et de ses partenaires, au premier rang desquels le centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), l'Assurance maladie et la mutualité sociale agricole, se sont engagés à faire évoluer le DO pour **« accompagner la transformation d'un dépistage individuel vers un dépistage organisé »**. Il s'agissait donc de favoriser l'adhésion des usagers, des professionnels de santé, des associations et des élus au dépistage organisé (DO). **Le but étant d'atteindre au terme du PRS 2 un taux de participation de 51 %**



pour le sein, 45% pour le dépistage colo-rectal et 50 % pour le dépistage du col utérin.¹⁷

Rappel du contexte du dépistage organisé des cancers en France et en Corse

Trois DO organisés de façon nationale

En France, la stratégie en matière de dépistage est portée par les plans cancer. Elle s'appuie notamment sur trois DO qui sont régis par des cahiers des charges nationaux. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) invite les femmes âgées à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé tous les deux ans.¹⁸ Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) repose sur un test de détection de sang occulte dans les selles.¹⁹ Enfin, le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) est constitué d'un examen cytopathologique de dépistage pour les femmes entre 25 et 30 ans et d'un test de recherche de papillomavirus humains à haut risque pour les femmes à entre 30 et 65 ans.²⁰

Au niveau national, les taux de participations aux DO sont en-deçà des ambitions de la stratégie décennale qui ambitionnait en 2021 de dépasser les objectifs de couverture recommandés au niveau européen en matière de dépistage (70 % pour le DOCS, 65% pour le DOCCR, 70% pour le DOCCU).²¹

Le pilotage des DO est complexe car porté par de nombreux acteurs au niveau national²² :

- la direction générale de la santé (DGS) pilote les programmes et prépare les instructions adressées aux ARS ;
- la haute autorité de santé (HAS) élabore des recommandations de pratiques à destination des professionnels. Ces recommandations servent ensuite de base aux cahiers des charges de chaque dépistage ;
- l'institut national du cancer (INCa) a en charge le pilotage opérationnel des programmes, en particulier dans le domaine de la promotion des dépistages et des invitations ;
- l'assurance maladie (CNAM, MSA et leurs réseaux) participe au financement et au pilotage régional des CRCDC, transmet les fichiers permettant aux CRCDC d'inviter la population cible, anime les réseaux territoriaux pour promouvoir le dépistage et négocie les conventions avec les professionnels concernés ;

¹⁷ SRS, p.212.

¹⁸ IGAS, rapport « Le dépistage organisé des cancers en France. », Janvier 2022

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

²¹ Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Feuille de route 2021-2025

²² IGAS, rapport « Le dépistage organisé des cancers en France. », Janvier 2022



- Santé Publique France réalise l'évaluation des programmes en lien avec la commission européenne, l'ANSM est l'autorité compétente pour les dispositifs médicaux et édicte les normes du contrôle de la qualité de l'ensemble des installations et tests de dépistage ;
- la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) édicte des règles structurantes pour l'échange d'informations entre les acteurs et la protection des données personnelles.

Au niveau régional, le pilotage des DO est assuré par l'ARS en lien avec l'Assurance maladie et la Mutualité sociale agricole. Ces derniers signent une convention avec les CRCDC et leur attribuent des financements. La mise en œuvre repose quant à elle sur les professionnels, ce qui pose des enjeux d'information et de mobilisation.²³

Situation en Corse lors de la rédaction du PRS 2

En Corse, le PRS n°2 indique que deux DO étaient déjà déployés et portés par CRCDC : le DOCS et le DOCCR. La population cible des 50 à 74 ans est de 102 504 personnes (52 754 femmes et 49 750 hommes), **le taux de participation en 2016 était de 37% pour le DOCS et de 15 % pour le DOCCR.**

Le DOCCU a été déployé pendant le temps du PRS 2. Il devait permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national qui se fixait deux objectifs : un taux de couverture de 50 à 80 % et un dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables ou éloignées du système de santé.²⁴

Malgré des améliorations, des taux de DO toujours bas par rapport à la période passée et aux moyennes nationales

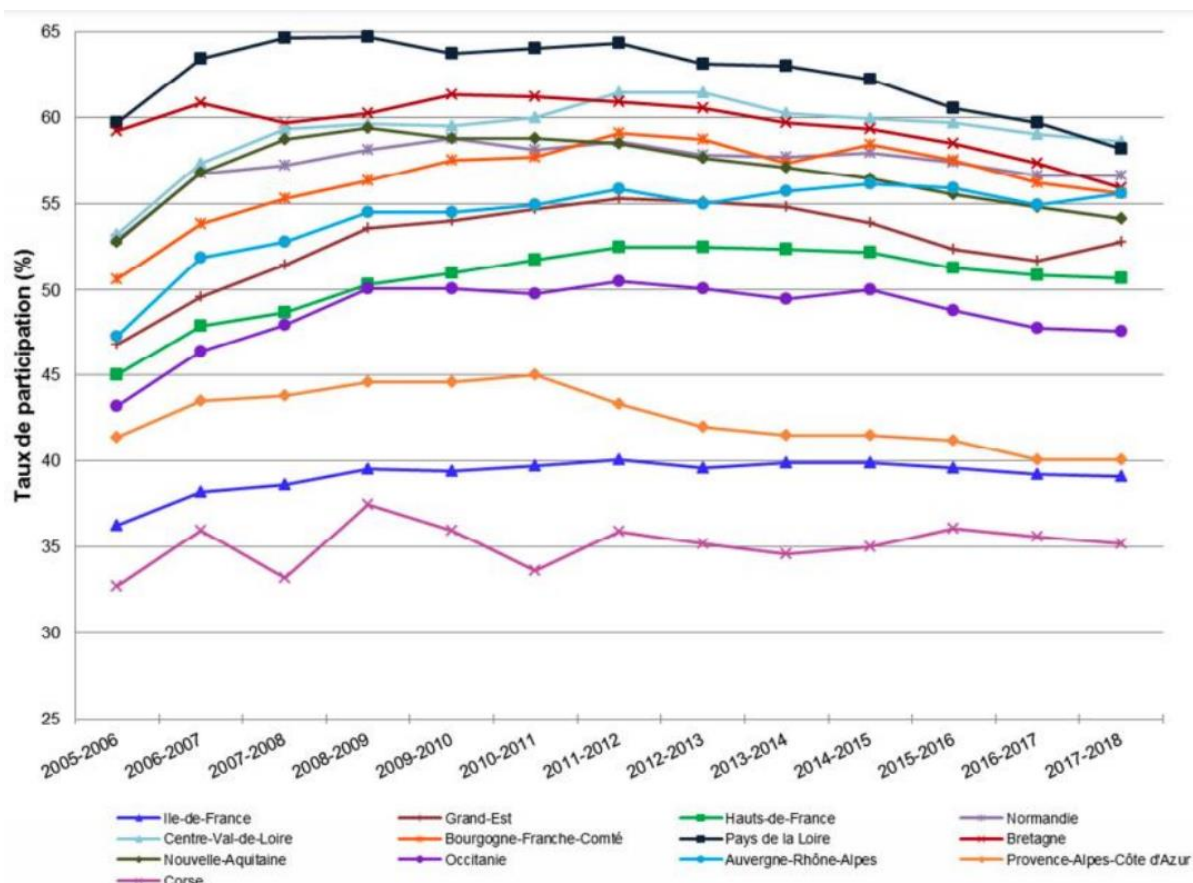
Sur les trois DO, tous les taux de participation se situent en-dessous des moyennes nationales, et un seul atteint l'objectif fixé dans le PRS2.

²³ Ibid.

²⁴ SRS 2, p.212



Pour le DOCS, le taux de participation en Corse était de 33,8 % en 2020-2021 contre 48.50% au niveau national, soit nettement en-deçà de l'objectif de 51% fixé dans le PRS.²⁵ Comme on peut l'observer dans le graphique ci-après qui présente l'évolution des taux de participation par région entre 2005 et 2018, la Corse est en retrait et n'a pas réduit l'écart avec le reste du pays.²⁶



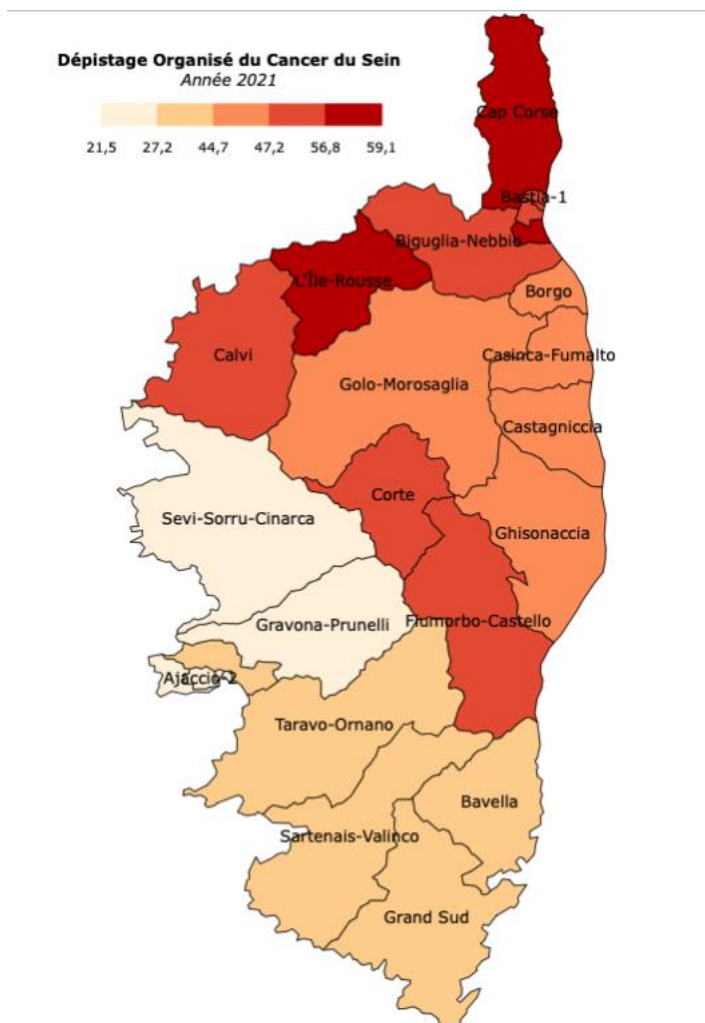
On observe des différences entre les territoires de l'île sur les taux de participation au DOCS, comme on peut le voir sur la carte qui suit. La situation était en 2021 bien meilleure en Haute-Corse, avec une faiblesse importante à l'Ouest, en particulier dans les cantons de Sevi-Sorru-Cinarca, d'Ajaccio et de Gravona-Prunelli.

En Corse, comme en France, en 2005, le cancer du sein était le cancer le plus fréquent chez les femmes : il représentait 38 % des nouveaux cas de cancers chez celles-ci. En Corse, entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du sein a fortement augmenté (+121 %), de façon plus marquée qu'en France. L'extension du dépistage individuel, ainsi que la mise en place d'un dépistage organisé depuis les années 1990, semblent expliquer en partie ce phénomène. D'autres facteurs liés à l'environnement ou aux

²⁵ Santé publique France, Dépistage du cancer du sein : données 2020-2021

²⁶ Données épidémiologiques des dépistages des cancers en Corse

comportements sont discutés. En Corse, en 2005, le risque de présenter un cancer du sein était similaire à la moyenne nationale. Alors que l'incidence du cancer du sein est maximale autour de 65 ans, 30 % des cas surviennent chez des femmes de moins de 55 ans. Les cancers survenant chez des femmes jeunes ont un pronostic moins favorable que ceux survenant ultérieurement.

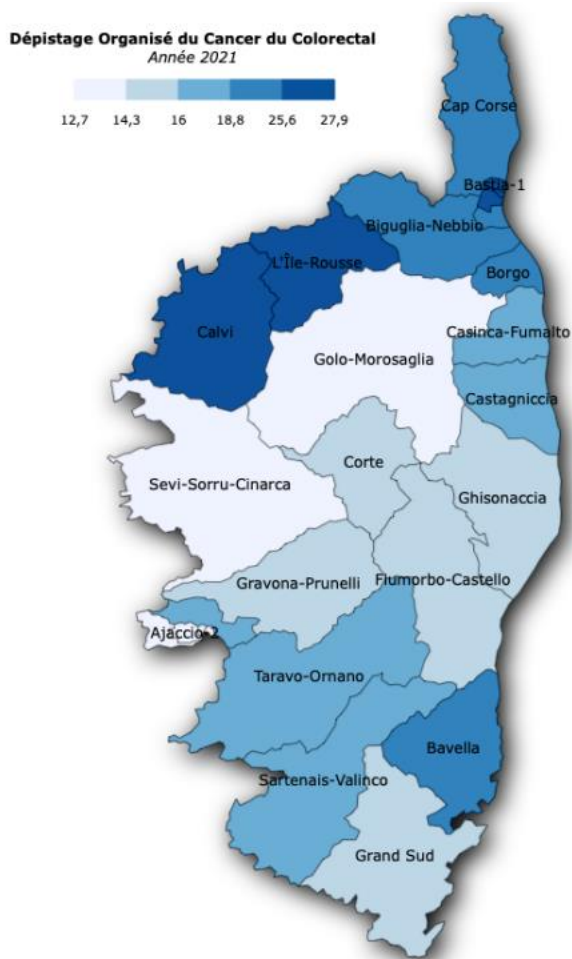


Pour le DOCCR, le taux de participation en Corse était de 16.20% en 2018-2019²⁷ contre 30.50 % au niveau national, là encore loin de l'objectif de 45 %. Les chiffres sont en outre très hétérogènes sur le territoire. Selon les données de 2017, la participation était plus haute en Balagne (22,5 % à l'Île-Rousse) et plus faible dans le canton du Grand Sud (11,8%) et dans celui de Sevi-Sorru-Cinarca (6,6 %).²⁸ Les données de 2021 montrent une légère amélioration globale (comme on peut le voir

²⁷ Santé publique France, Dépistage du cancer colorectal : données 2018-2019

²⁸ CRCDC, Données épidémiologiques des dépistages des cancers en Corse

sur la carte qui suit), mais le canton de Sevi-Sorru-Cinarca reste en retrait, de même que le canton de Golo-Morosaglia.



Enfin, pour le DOCCU, le taux de participation était en 2018-2020 de 59,2 % en Corse-du-Sud et de 54,2 % en Haute-Corse, au-dessus de la moyenne nationale de 59 % pour la Corse-du-Sud,²⁹ et au-dessus de l'objectif de 50 % annoncé dans le PRS n°2.

Des explications aux résultats mitigés des actions engagées en faveur d'une meilleure participation au DO³⁰

²⁹ Santé publique France, Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2018-2020

³⁰ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC) ; entretien avec le Dr MERLENGHI (Ligue contre le cancer 2A)



Les réticences chez les professionnels

De façon générale, les DO sont plus lourds que le DI d'un point de vue administratif et la communication sur leur intérêt est trop faible, ce qui désincite les professionnels.³¹

Dans le cas du DOCS il semblerait que certains professionnels soient de plus freinés par la double-interprétation obligatoire, perçue comme une remise en cause de leur compétence.³² Or, celle-ci permet de diagnostiquer 5 % à 10 % du total des cancers détectés dans le cadre du DO. Passer par le DI représente donc une perte de chance importante pour les patientes.³³ La plupart en ont bien conscience et demandent à bénéficier du DO, ce que leur refusent certains professionnels.³⁴ Sur ce point, il semble que l'insularité et la démographie médicale fragile jouent un rôle important. Contrairement au continent, les patientes n'ont en effet parfois pas d'autre choix que de recourir au dépistage dans les conditions offertes par le praticien.³⁵ Il arrive également que l'intérêt d'attendre deux ans entre chaque dépistage soit mal compris par les médecins, qui font par conséquent des ordonnances pour des dépistages tous les six mois ; ou qu'ils réalisent une échographie et une mammographie simultanément en DI.³⁶

Ces limites du déploiement du DO du fait des réticences de certains professionnels à participer à un tel programme est préoccupant dans la mesure où il met en lumière le faible intérêt d'une partie des médecins pour un enjeu de santé publique et fait peser une incertitude sur le soutien dont pourraient bénéficier des programmes similaires à l'avenir. Ceci est d'autant plus dommageable pour les publics éloignés (pour des raisons financières ou géographiques) qui ont tendance à plus renoncer aux soins et sont ainsi exposés à une perte de chance plus importante que le reste de la population.

Les réticences de la population

Pour l'un des professionnels rencontrés, il existe en Corse une réticence au dépistage du cancer plus importante que dans les autres régions françaises, qui semble

³¹ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)

³² « L'exercice de la seconde lecture consiste à relire les mammographies, avec pour unique objectif la détection d'images susceptibles d'être des cancers et que le premier lecteur n'aurait pas détectées. », arrêté du 24 janvier 2008

³³ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*



notamment liée à la faible densité d'offre de soin dans certaines régions de l'île.³⁷ Si la peur du dépistage ou du résultat peut être un frein secondaire en volume sur lequel les médecins généralistes et pharmaciens peuvent agir en informant,³⁸ la question de l'offre de soin semble le facteur causal le plus important. L'accès à un médecin, qu'il soit généraliste ou à plus forte raison, spécialistes (gynécologues, radiologues ou gastroentérologues) est en effet difficile pour les personnes résidant en zone rurale sous-dotée. Les professionnels interrogés notent ainsi que les temps et les coûts de transports sont un facteur limitant du DO³⁹ : le dépistage n'étant pas considéré comme un soin, le transport n'est pas pris en charge. Le plan décennal de 2021 insiste également sur cette nécessité de lever les inégalités d'accès et de recours au dépistage afin d'atteindre les niveaux de participation cibles quel que soit l'indice de défavorisation.

Sur le cas du DOCCR, les échantillons sont acheminés par la Poste sur le continent où ils sont analysés. Il arrive qu'ils soient délivrés trop tard au laboratoire qui doit alors les refuser (dans un pourcentage supérieur de 3 à 4 points à la moyenne nationale), ce qui décourage les personnes ayant tenté de se faire dépister.⁴⁰

Axes d'amélioration

Gouvernance et organisation

Les interlocuteurs interrogés indiquent que l'activité du centre s'inscrit dans un contexte difficile. Le CRCDC a en effet pâti d'évolutions organisationnelles et d'un changement dans la direction. Ce contexte n'a pas permis de déployer les actions prévues dans leur intégralité sur le territoire.⁴¹ La nouvelle direction installée en avril 2018 a donc entamé un travail pour rattraper le retard pris, en particulier en matière d'image du DO dans la population et chez les acteurs médicaux.⁴² La CRCDC s'est notamment illustrée par la mise en place en 2017, en partenariat avec l'URPS, d'une expérimentation portant sur la distribution en pharmacie de kits pour le dépistage du cancer du côlon. Celle-ci a permis de multiplier par trois le taux de participation et ce succès a conduit à un déploiement national du dispositif en 2022.

Sur le DOCS, il semble souhaitable de poursuivre les efforts engagés pour développer la téléexpertise de façon à réduire les coûts et les délais de traitement : pour

³⁷ Entretien avec le Dr MERLENGHI (Ligue contre le cancer 2A)

³⁸ INCa, Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre

³⁹ Entretien avec le Dr MERLENGHI (Ligue contre le cancer 2A)

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC) ; entretien avec le Dr MERLENGHI (Ligue contre le cancer 2A)

⁴² *Ibid.*



permettre la double interprétation, les mammographies sont aujourd'hui transportées par la route entre les deux départements, ce qui s'avère coûteux et chronophage.

Ciblage des populations et aller vers

Il semblerait utile de développer les logiques d'aller vers et de partage de l'information pour atteindre les publics cibles les plus éloignés des soins. À cet égard, il serait bénéfique de systématiser les partenariats avec les acteurs qui pourraient être des relais utiles dans la promotion du dépistage (associations en particulier celles travaillant avec les publics éloignés des soins, structure locales de soins, élus locaux, etc.) ; cette approche est d'ailleurs promue par la stratégie décennale.⁴³

Implication des professionnels

Les interlocuteurs interrogés jugent nécessaire de considérer les leviers possibles pour inciter les professionnels à réaliser des dépistages organisés afin d'éviter des pertes de chance pour les patients. La logique d'incitation par le biais de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) semble être un levier à l'effet limité : elle agrège en effet l'ensemble des examens réalisés (y compris le dépistage individuel pour le DOCS). Certains médecins peuvent donc se détourner du dépistage organisé, d'autant que l'incitation financière est d'un montant limité par rapport au total de leurs revenus. Reste donc la **logique d'information et de mise en place de projets innovants**, qui nous semble la plus pertinente. La réussite de l'expérimentation sur le DOCCR a en effet montré qu'une bonne information peut permettre une forte implication des professionnels.

Information des patients

Une obligation du dépistage telle que suggérée pendant un entretien⁴⁴ semble difficile à mettre en place en l'état. Il apparaît donc nécessaire, afin de les lever, de comprendre les freins de la population à se faire tester (dans quelle mesure le

⁴³ Action I.12.4 : « Envisager des partenariats, par exemple avec des associations d'aide alimentaire, pour réaliser des opérations de sensibilisation. »

⁴⁴ Entretien avec le Dr MERLENGHI (Ligue contre le cancer 2A)



manque de connaissance, gêne, l'embarras, la peur ou l'anxiété peuvent être bloquant).⁴⁵

Des actions facilitantes pourraient de plus être mises en place, telles que la prise en charge des déplacements pour les personnes les plus précaires (comme le suggère la stratégie décennale)⁴⁶, ou une réflexion sur les durées de traitement par la Poste des échantillons pour le DOCCR.

Focus n°2 : Un réseau des PASS en cours de structuration

L'objectif stratégique 1 du cadre d'orientation stratégique est d'appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé. Afin d'inclure les personnes les plus précaires dans cette ambition, le PRAPS a posé dans son axe 5 l'objectif **d'améliorer le fonctionnement et la lisibilité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**.

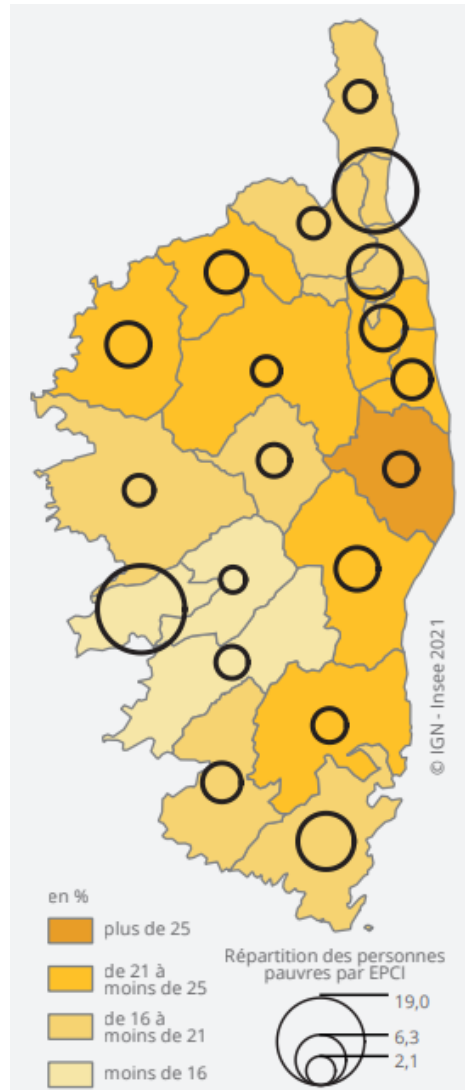
La Corse affiche le taux de pauvreté le plus élevé de France métropolitaine.⁴⁷ La précarité y touche particulièrement les familles monoparentales, les jeunes adultes les moins qualifiés, les retraités à revenus modestes et les personnes âgées. Par ailleurs, la pauvreté est répartie inégalement sur le territoire comme on le constate sur la carte suivante.

⁴⁵ A. LE BONNIEC, M. PREAU, F. COUSSON-GELIE, Etude qualitative sur les freins et les facilitateurs à la participation au dépistage du cancer colorectal : quels sont les enjeux du changement de test ?

⁴⁶ Action I.12.7 : « Expérimenter des incitatifs matériels pour faciliter la participation des personnes au dépistage. »

⁴⁷ INSEE

Part de personnes pauvres par EPCI, Insee 2021



Or, l'effet de la pauvreté sur le renoncement aux soins est documenté. Selon la Drees, toutes choses égales par ailleurs, être pauvre en conditions de vie⁴⁸ le multiplie **par 3,2 le risque de renoncer à des soins**.⁴⁹

De plus, **le non-recours aux droits est très important sur l'île** : alors que la pauvreté monétaire est supérieure à la moyenne nationale, **le taux de couverture**

⁴⁸ La pauvreté en conditions de vie est mesurée à partir d'une trentaine de questions concernant l'insuffisance des ressources, des privations matérielles quotidiennes et des difficultés de logement. Il s'agit d'une mesure absolue de la pauvreté, qui évalue l'exclusion de pratiques et de consommations de base. (Drees)

⁴⁹ Drees, Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, juillet 2021



par la protection universelle maladie (PUMA) était en 2018 inférieur à la moyenne en France métropolitaine (2,7% contre 3%). Le nombre de personnes ayant recours à l'aide médicale d'Etat (AME) était lui aussi faible eu égard à l'estimation de population éligible faite par les acteurs sur le terrain, le taux de couverture étant estimé entre 3 et 9%.⁵⁰ La Corse compte donc non seulement une proportion plus importante de personnes pauvres que la moyenne nationale, mais ceux-ci disposent plus rarement d'une couverture santé. Or, les personnes non-couvertes renoncent davantage aux soins. La Drees a en effet démontré qu'être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins : les bénéficiaires de la CMU-C renoncent ainsi cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé.⁵¹

Les PASS, en accueillant des personnes ne disposant pas d'une telle couverture et en les aidant à en bénéficier, doivent donc permettre d'éviter le renoncement au soin en ramenant vers le système de santé les publics qui en sont éloignés.

Enfin, la densité médicale joue un rôle dans le renoncement aux soins. La Drees rappelle que **dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, le risque de renoncement aux soins pour des personnes pauvres en conditions de vie est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population** (contre 3,2 fois supérieur toutes choses égales par ailleurs). La Corse étant marquée par des zones où l'offre de soins est très faible, **le rôle des PASS est d'autant plus fondamental.**

Rappel des PASS en place et de leur impact

Les PASS en place et leurs partenaires

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui coopèrent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, associations humanitaires, etc. Elles ont pour objectif de rendre effectif l'accès des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.⁵² **En cela, elles contribuent à la réduction des inégalités d'accès aux soins sur l'île et aux actions de promotion et de prévention de la santé auprès des publics les plus précaires.**

Il existe trois PASS en Corse : une installée au sein du CH d'Ajaccio, qui a accueilli 25 patients différents en 2020, une seconde localisée au sein du CH de Bastia qui a accueilli 288 patients différents la même année, et une au sein de la Polyclinique du

⁵⁰ PRAPS, Annexe 2 – Pauvreté, précarité et droits à la santé en Corse

⁵¹ Drees, Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, juillet 2021

⁵² Ministère Santé et de la Prévention, disponible sur www.solidarites-sante.gouv.fr



sud de la Corse de Porto Vecchio, 326.⁵³ Deux de ces PASS bénéficient du soutien d'associations implantées localement, en particulier Médecins du monde à Ajaccio et Corse Malte à Bastia.

Ressources

Depuis 2022, les PASS sont financées au titre du fonds d'intervention régional (FIR).⁵⁴ Ce financement couvre les consultations, la prise en charge et l'accompagnement des patients en situation de vulnérabilité et les activités de facilitation de l'accès aux soins. En revanche, il ne concerne pas les frais d'hospitalisation des patients accueillis au sein des PASS qui sont quant à eux pris en charge par les établissements, de même que la majeure partie des frais généraux liés à la PASS tels que l'interprétariat, ou la fourniture de médicaments.⁵⁵ Dans l'ensemble, les moyens financiers alloués ne semblent pas poser de difficulté. Les patients qui se présentent sont pris en charge quelle que soit leur situation, les examens complémentaires demandés sont effectués et les médicaments prescrits sont fournis.⁵⁶

Files actives et patients traités

Les PASS sont initialement conçues comme une offre de soins qui permet l'entrée dans le système de santé des publics précaires ou renonçants aux soins. Or, dans la plupart des cas dans les trois PASS de l'île, les patients semblent être adressés depuis les urgences, ou par les associations partenaires. Dans ce cas, les permanences d'accès aux soins **deviennent de fait une offre de recours après un premier passage hospitalier**. Elles prennent alors en charge les cas trop complexes pour être gérés par les associations, qui accompagnent les patients vers la PASS où ils peuvent ensuite être aiguillés pour bénéficier de la consultation de spécialistes ou d'examens qui requièrent l'utilisation du plateau technique de l'hôpital.⁵⁷

Les limites actuelles du réseau des PASS

Gouvernance

De manière générale, la mission observe que les hôpitaux concernés ou les PASS elles-mêmes ne communiquent pas suffisamment sur les PASS et leur missions.⁵⁸ Il

⁵³ Rapports d'activité PIRAMIG 2020

⁵⁴ Direction générale de l'offre de soins, disponible sur www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_mig_u02_permanence_acces_soins_sante_pas1.pdf

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Entretiens avec le Dr. FANTON (PASS d'Ajaccio) et Mme PEGAZ (PASS de Porto-Vecchio)

⁵⁷ Entretiens avec le Dr. FANTON (PASS d'Ajaccio), Mme PEGAZ (PASS de Porto-Vecchio) et Mme OLIVIERO (Médecins du monde Ajaccio)

⁵⁸ Entretien avec le Dr. FANTON (PASS d'Ajaccio)



convient d'une part de réfléchir à l'opportunité **d'engager des programmes de communication vers les publics concernés** et d'autre part **d'accélérer la mise en place de politiques d'aller vers**. Concernant la communication, il s'agit notamment d'informer sur le fonctionnement et les missions (dont le repérage des personnes en situation de précarité) les services, les partenaires externes (dont les médecins de ville), les représentants des professionnels de ville (URPS). Il peut également s'agir de mettre en place une **signalétique adaptée pour rendre la PASS visible et accessible aux patients et aux professionnels**.⁵⁹

Limites organisationnelles

Pour Médecins du monde, **le nombre réduit de plages horaires** sur lesquelles la PASS d'Ajaccio reçoit des patients est une raison importante de la file active plus faible qu'attendue. Le nombre de créneaux de consultations possibles étant restreint (une demi-journée de consultations par semaine), les patients vulnérables préfèrent en effet avoir recours aux associations avec lesquelles ils ont en plus un lien de confiance et qui sont plus faciles d'accès. Pour les PASS, la demande de soin ne justifie donc pas des horaires d'ouverture étendues. D'une certaine façon, le phénomène s'auto-alimente : le nombre relativement faible de créneau de consultation pousse les patients potentiels à chercher d'autres options de soin en dehors de la PASS, la PASS constate que sa file active ne nécessite pas une augmentation du nombre de demi-journées de consultation et maintient donc le statu quo.

Concernant l'interprétariat, le service par téléphone n'est pas utilisé car jugé trop peu réactif et pas assez fiable. Il est remplacé par des services de traduction en temps réel à Ajaccio ou par un recours aux personnels de l'équipe maîtrisant la langue requise à Porto Vecchio. Si ces options semblent pas pérennes, elles offrent néanmoins des résultats satisfaisants.⁶⁰

Enfin, la complexité administrative inhérente au passage à l'hôpital est un obstacle pour les publics vulnérables. Par exemple, l'obligation de présenter un pass sanitaire à l'entrée des hôpitaux a été un frein pendant plusieurs mois. De la même façon, il est impossible pour les personnes vulnérables de prendre rendez-vous sur Doctolib comme le reste de la population. Il convient donc là encore de renforcer les pratiques d'aller vers pour faciliter la prise de rendez-vous sans avoir recours à l'informatique.

Eloignement

Les hôpitaux sont souvent peu accessibles sans véhicule individuel, ce qui constitue un obstacle pour les personnes n'en disposant pas. À Ajaccio par exemple, l'hôpital, bien que peu éloigné du centre, est peu accessible en transports

⁵⁹ Organiser une permanence d'accès aux soins de santé, publication du ministère de la Santé

⁶⁰ Entretiens avec le Dr. FANTON (PASS d'Ajaccio) et Mme PEGAZ (PASS de Porto-Vecchio)



en commun et les locaux de consultations sont situés dans les étages, loin du service des urgences et donc peu accessible pour le public. De plus, ils ne bénéficient pas d'une signalisation suffisante. Ces freins rendent nécessaire un accompagnement des patients par les associations dans la grande majorité des cas.⁶¹ Dans les nouveaux bâtiments vers lesquels un déménagement aura lieu sous peu, la PASS jouira normalement de locaux mieux situés (à proximité du service des urgences) et plus accessibles. L'hôpital en lui-même sera cependant encore plus loin du centre-ville.

Axes d'amélioration : comment le réseau des PASS peut se renforcer et mieux prendre en charge les publics démunis ?

Du point de vue des personnels : nécessité d'avoir des équipes de soignants complètes

Il semble nécessaire que chaque PASS dispose au moins, en plus d'un médecin référent et d'un assistant social, d'un IDE afin de suivre le bon déroulement des traitements prescrits, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.⁶² Le référentiel 2022 indique de plus qu'« *une PASS doit obligatoirement être composée a minima par un trinôme référent médical en médecine générale (minimum de 0,2 ETP dédié), infirmier diplômé d'Etat et assistant de service social (minimum de 0,5 ETP dédié pour chacun).* »⁶³ Le renforcement des temps médicaux et paramédicaux dans les trois PASS du territoire doit donc être un objectif.

Renforcement des liens PASS-associations

Les associations constituent une offre pertinente et bienvenue pour les publics précaires : elles créent avec les individus fragiles des liens de confiance, sont au fait des difficultés de ces derniers (en matière d'aller vers, d'interculturalité, de peur du monde hospitalier, de difficulté à se déplacer et à appréhender la complexité administrative du système de santé) mais ce faisant, elles n'incitent pas les PASS à mener ces actions qui sont au moins en partie leur prérogative. Par exemple, à Ajaccio, les professionnels de l'hôpital n'ont pas besoin de fournir un effort d'aller vers (même si un projet de permanence itinérante est à l'étude) puisque Médecins du monde et la Croix Rouge jouent ce rôle et accompagnent les personnes jusqu'à l'hôpital.

Il apparaît souhaitable de coordonner les hôpitaux avec les tissus associatifs existants afin de créer des synergies et unir les forces (les associations étant par exemple très efficaces dans l'aller vers, l'hôpital permettant une prise en charge des pathologies lourdes). La tâche est cependant loin d'être aisée du fait des cultures de travail

⁶¹ Entretien avec Mme OLIVIERO (Médecins du monde Ajaccio)

⁶² Entretien avec le Dr FANTON (PASS Ajaccio)

⁶³ Instruction N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)



différentes des entités en présence. À Ajaccio par exemple, des tentatives de coordination des efforts ont eu lieu, mais se sont heurtées à la peur des associations de perdre leur liberté d'action en s'associant avec l'hôpital de manière trop étroite. L'exemple de l'expérimentation d'un territoire zéro non-recours aux droits à Bastia semble intéressant à analyser plus en détail. Cette démarche reposant sur une logique d'aller vers avec une offre de service phygital construite avec des habitants a été mise en œuvre grâce au redéploiement de travailleurs sociaux et la mobilisation de 30 partenaires. Cela a permis une meilleure coordination des acteurs sur le territoire, ce qui serait bénéfique pour les PASS et les associations.

Néanmoins, même si l'organisation actuelle s'éloigne parfois des préconisations ministérielles, l'offre de soin fonctionne dans les centres urbains qui disposent d'une PASS (et donc pas en Balagne ni dans le Cortenais). Les associations fournissent des soins de premier recours et orientent ensuite vers les PASS, ce **qui contribue à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à la promotion de la santé pour le plus grand nombre**. Sur ce point, plutôt que de tenter d'imposer une coordination entre les hôpitaux et les associations, il serait sans doute plus pertinent d'organiser des temps d'échange avec les publics vulnérables pour partir de leur besoin au moment d'améliorer l'offre de soins.

Développer l'aller vers, en particulier en milieu rural

Les PASS étant par nature non-mobiles, les publics qui pourraient bénéficier du dispositif dans les zones rurales en sont éloignés et restent mal connus,⁶⁴ c'est particulièrement le cas pour les personnes âgées qui sont touchées par la pauvreté sur l'île. **À cet égard, les efforts pour toucher les publics précaires dans les territoires ruraux doivent être poursuivis, en coordination avec les associations.** Cette démarche qui s'inscrit dans la logique promue dans le PRAPS pourrait prendre la forme d'un déploiement plus large d'équipes mobiles « santé précarité » composées de trois à quatre professionnels sociaux et sanitaires (médecin et infirmier, travailleur social, médiateur en santé, interprète, etc.).⁶⁵ De même, la poursuite de la mise en place de « bus santé-social » afin de couvrir tous les territoires sous-denses pourrait constituer un objectif, en partenariat avec les élus locaux.

Une réflexion devrait par ailleurs être menée pour inclure systématiquement des soins dentaires et ophtalmologiques au sein des PASS (par exemple associé à un système de recueil et de dons de lunettes en lien avec les associations).⁶⁶

Cette démarche devrait s'accompagner d'un meilleur ciblage des publics, en étudiant par exemple la possibilité de déployer une campagne de communication par le biais

⁶⁴ Entretien avec le Dr FANTON (PASS Ajaccio)

⁶⁵ Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : le point sur la mise en œuvre 2018-2021 - Rapport d'étape national, octobre 2021, p. 72

⁶⁶ Entretien avec le Dr FANTON (PASS Ajaccio)



d'associations et d'institutions en contact avec les publics précaires (Restos du cœur, Secours populaire, centres sociaux de quartier, etc.)

Agir pour surmonter les difficultés de pérennisation des dispositifs au-delà des bonnes volontés individuelles

Une des faiblesses constatées lors de notre évaluation tient enfin au fait que les PASS semblent reposer sur l'action de quelques individus motivés mais relativement isolés, ce qui, en plus de compliquer le fonctionnement des permanences, **pose la question de leur pérennité en cas de départ de la personne qui les porte**. C'est le cas de la PASS d'Ajaccio.

Cette difficulté à construire des équipes de soignants, à structurer des dynamiques autour de PASS en y intégrant plusieurs médecins, voire des internes, comme cela arrive dans certains établissements de France semble liée à la question plus large de la démographie médicale sur l'île abordée dans la partie 7 de ce rapport.



Partie 2

Dans quelle mesure les **actions à l'initiative de l'ARS** ont permis de positionner **l'utilisateur** comme un **acteur éclairé et actif** du système de santé ?



Partie 2 : Dans quelle mesure les **actions à l'initiative de l'ARS** ont permis de positionner **l'utilisateur** comme un **acteur éclairé et actif** du système de santé ?

Synthèse exécutive

[1] **Dans son objectif stratégique n°1, le PRS 2 affirmait la nécessité de faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé**, appelant ainsi à promouvoir **l'engagement des usagers**, en particulier par le développement de la **démocratie en santé**.

En santé, l'engagement des usagers désigne « *toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de ceux de leurs pairs. Cet engagement nécessite en regard l'engagement des professionnels et des décideurs, afin que l'expérience, les besoins et préférences des personnes concernées soient prises en compte, tant dans le soin et l'accompagnement social et médico-social que dans l'amélioration des pratiques et des organisations que l'enseignement et la recherche.* »⁶⁷

La démocratie en santé est le terrain privilégié de l'engagement des usagers. Elle consiste en une démarche **qui associe l'ensemble des acteurs du système de santé à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé**.⁶⁸ Elle nécessite le développement de processus de concertation et de débat public, de même qu'une information aussi complète et claire que possible entre les soignants et l'administration d'une part et les usagers et leurs aidants, ainsi que les associations et les élus d'autre part. Cette information devant se faire dans les deux sens :

- celui de l'information donnée aux usagers ou aux personnes qui les représentent ;
- celui de l'information recueillie auprès des derniers afin de connaître leurs besoins et leurs préoccupations.

En France, l'animation au niveau local de la démocratie en santé est dévolue aux ARS.⁶⁹ Elle se déploie sur trois échelles : celle de l'individu, de l'établissement et du territoire. Nous les aborderons à travers les trois dispositifs couverts.

⁶⁷ HAS, *Évaluation de l'engagement patients et usagers selon le référentiel de certification*, 2020

⁶⁸ Ministère de la Santé et de la Prévention ; Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁶⁹ Ministère de la Santé et de la Prévention, ARS, *Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé*



[2] La thématique de l'évaluation est caractérisée par un **écosystème large** marqué **par l'action d'acteurs divers que l'ARS soutient et coordonne** : les organes ou plateformes tels que l'IREPS et la Plateforme Régionale d'Accompagnement du Malade Chronique vers l'Autonomie (PRAMCA); les associations (membres de France Assos Santé ou non, telles que l'UNAFAM, les Diabétiques de Corse, la Ligue contre le Cancer, Médecins du monde, etc.) ; les établissements de santé et leurs commissions des usagers (CDU)⁷⁰ ; les structures d'exercice coordonné et les représentants de la médecine de ville. Enfin, les élus jouent un important rôle en tant que relais privilégiés dans les territoires. C'est en particulier vrai en milieu rural, pour remonter les informations quant aux lacunes de l'offre de soins et proposer des évolutions locales. 96,7 % des communes de l'île sont dites rurales, contre 88 % à l'échelle nationale, ce qui fait de la Corse la région la plus rurale de France métropolitaine.⁷¹

[3] Sur le territoire Corse, les leviers privilégiés pour favoriser le développement de la démocratie en santé ont été de trois natures, portant sur les trois échelles de l'animation de la démocratie sanitaire :

- **A l'échelle individuelle**, le renforcement du pouvoir d'agir de l'utilisateur, et donc par conséquence indirecte de son observance thérapeutique, et de son engagement actif dans sa santé. Celui-ci est porté d'une part par les actions autour de l'éducation thérapeutique déployées en établissement sanitaire ou médico-social et d'autre part par des actions de sensibilisation et de formation déployées par des associations d'utilisateurs, qui s'appuient sur les principes de la pair-aidance et de l'aller-vers pour engager et mobiliser les patients.
- **A l'échelle des établissements**, ce sont les représentants d'utilisateurs qui, représentés dans les CDU (et par extension les CVS), permettent de faire respecter les droits des usagers en faisant remonter les dysfonctionnements et en étant des moteurs de l'amélioration continue de la qualité des soins.
- **Enfin, à l'échelle du territoire**, la démocratie sanitaire doit s'appuyer sur les élus locaux, qui sont le relais principal entre les instances de santé et la population. Ils sont cruciaux, en particulier dans les territoires ruraux, pour faire remonter les carences dans l'offre de soins et initier des dynamiques entre les acteurs locaux de la santé.

⁷⁰ La Commission des usagers (CDU) d'un établissement de santé (public ou privé) a pour principale mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches. Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'établissement par les usagers. Elle est également consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle est notamment composée du représentant légal de l'hôpital, de deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement et de deux représentants des usagers (RU) et leurs suppléants, désignés par l'ARS. Les RU doivent être membres d'associations agréées par l'Etat.

⁷¹ INSEE



[4] La question évaluative invite à étudier l'impact des actions engagées sur la période du PRS n°2 en faveur du renforcement du rôle de l'utilisateur. Celle-ci nous conduit à considérer ces trois niveaux d'action :

- Au niveau individuel, l'étude s'est concentrée **sur l'action d'« empowerment » (pouvoir d'agir) des utilisateurs portée par les associations d'utilisateurs** (et donc en dehors des actions d'ETP pouvant être déployées dans les établissements) **dans le cadre de la PRAMCA⁷² et des enseignements à en tirer plus globalement sur les thèmes de la prévention et le rétablissement.**
- Au niveau de l'établissement, **l'étude s'est concentrée sur la présence des représentants des utilisateurs (RU) dans les CDU** et sur les actions mises en place de façon proactive par les établissements permettant de la renforcer.
- Au niveau territorial, l'analyse s'est focalisée **sur la façon dont les élus ont perçu le changement de méthode dans la concertation**, qui est désormais ascendante et qui donne plus de place aux acteurs locaux.

[5] La PRAMCA est centrale dans le développement de l'engagement des utilisateurs et de la démocratie sanitaire en ce qu'elle a permis **de développer une dynamique de prévention et d'aller vers tout en renforçant la mise en réseau des acteurs.** Elle a répondu à un besoin des associations de mettre en place des actions plus larges que ce qu'elles pouvaient faire jusque-là telles que l'organisation de grands événements, ou d'ateliers en continu. **Néanmoins, son impact -par exemple sur l'amélioration de l'adhérence thérapeutique- ne peut être démontré.**

[6] Les CDU fonctionnent de **façon inégale selon les établissements interrogés.** Les freins principaux à la participation des RU dans les établissements où elle est faible semblent être le cadre trop contraignant des CDU qui peut parfois rebuter ; la contrainte administrative que représente la nécessité d'être membre d'une association agréée ; l'insuffisante reconnaissance financière de l'engagement des RU ; ainsi que la perception par les RU d'un manque d'intérêt de la part de l'administration et des professionnels de santé (dans un nombre restreint d'établissements, que les personnes interrogées n'ont pas souhaité identifier).

Les établissements avec des taux de participation faibles peuvent donc s'inspirer des **actions proactives** mises en place par certains établissements tels que les groupes de travail qu'a par exemple établis l'hôpital d'Ajaccio. Il apparaît également nécessaire de **repérer les établissements** dans lesquels les professionnels de santé

⁷² La PRAMCA est une plateforme de ressources à destination des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social qui interviennent auprès des malades chroniques et des aidants autour des cinq affections de longue : maladies cardio-vasculaires, broncho pneumopathies chroniques obstructives, diabète de type 1 et 2, affections psychiatriques de longue durée et cancers. L'ensemble des acteurs du territoire peut s'associer à la plateforme afin de participer à la stratégie régionale d'intervention autour des maladies chroniques. Ceux-ci peuvent également bénéficier de ressources pour intervenir auprès du public (documentation, méthodologie, formation), ainsi que de financement pour mener des actions. (IREPS)



et les membres de l'administration ne sont pas convaincus du bien-fondé de la participation des RU afin d'y remédier. Il semblerait aussi utile de réfléchir à une modification du **mode de désignation des RU**, en communiquant plus et en impliquant les associations ; ainsi qu'à un **défraiement des RU** pour leur participation.

Recommandation 6 :

Associer, quand cela est pertinent, les RU dans **les groupes de travail**, ou en les incitant à participer à des **dispositifs nationaux** pour une mise en valeur de leurs engagements et projets, c'est par exemple le cas du label et concours « Droits des usagers de la santé. »

Recommandation 7 :

Continuer à **valoriser** et **encourager** les RU qui se rendent disponibles, par exemple, en leur permettant d'avoir plus facilement **accès aux formations existantes**

Recommandation 8 :

Diffuser les invitations aux **RU suppléants**, qui font pleinement partie des équipes de RU et doivent à ce titre être complètement intégrés au fonctionnement des commissions.

Recommandation 9 :

Améliorer le **mode de désignation des RU** : communiquer plus tôt et plus largement, consulter les associations agréées et contrôler les renouvellements d'agrément.

Recommandation 10 :

Construire et **tenir à jour** un **listing des associations agréées** et le mettre à disposition **comme base de travail pour proposer des candidatures**.

[7] La mission observe, à la lumière des entretiens réalisés,⁷³ que la relation entre l'ARS et les élus locaux (qui sont dans les territoires ruraux un des principaux relais entre la population et les instances de santé) semble être satisfaisante. Pour les acteurs rencontrés, **l'ARS contribue avec efficacité à la construction des CTS et des CLS**. Par ailleurs, les conseils territoriaux de santé, soutenus par l'ARS sont

⁷³ Deux entretiens menés : M. GIUDICI (Maire de Ghisonaccia) et Mme GIRASCHI (Adjointe au maire de Porto-Vecchio)



amenés à prendre une place majeure dans le fonctionnement de la démocratie en santé en coordonnant les échelles locales et régionales.

La crise sanitaire a permis de montrer les bénéfices de la démarche de concertation développée par la nouvelle équipe de direction de l'ARS. Comparativement aux agences régionales dans le reste du pays, l'ARS de Corse est reconnue comme ayant mieux agi en coopération avec les élus. Ce processus de concertation doit néanmoins être ancré dans la durée pour éviter qu'il ne s'étiolle quand les équipes de direction viendront à changer.

Recommandation 10 :

Prolonger le soutien à la mise en place de contrats de santé avec les collectivités locales (notamment des CTS et des CLS) par le financement par exemple de postes d'animateur.

Recommandation 11 :

Poursuivre la **participation active aux processus de rédaction** (fait aujourd'hui, à poursuivre).

Recommandation 12 :

À l'échelle départementale, appuyer **la mise en place des conseils territoriaux de santé** qui sont amenés à prendre une place majeure dans le fonctionnement de la démocratie en santé en **coordonnant les échelles locales et régionales**.

Focus n°1 : Le pouvoir d'agir des patients a été renforcé grâce à l'action associative facilitée par la PRAMCA

La PRAMCA, la Plateforme Régionale d'Accompagnement du Malade Chronique vers l'Autonomie, créée par l'IREPS (l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) en 2017, est une plateforme de ressources qui réunit les acteurs et permet leur **coordination** autour des maladies chroniques (professionnels du sanitaire, du social et du médico-social qui interviennent auprès des malades et des aidants), et les encourage à développer des actions sur l'ensemble du territoire, notamment en finançant leurs projets. Ces projets ont pour but d'informer et d'accompagner le patient et ses proches sur la maladie et les aides, afin de le positionner comme un acteur éclairé et actif du système de santé et ainsi de développer son pouvoir d'agir.

La PRAMCA a contribué à faire progresser la démocratie sanitaire sur le territoire



Le mode de gouvernance de la PR.AMCA est une illustration de la place centrale accordée aux usagers et aux associations d'usagers. Sa gouvernance collégiale facilite l'expression et les remontées du terrain. En effet, une assemblée plénière se réunit chaque année et consacre un temps aux acteurs de l'écosystème de santé pour présenter leurs actions. La plateforme a construit un réseau de plus de 70 partenaires (ARS, conseil de l'ordre, collectivités, URPS, établissements de santé privés et publics, laboratoires ...), qui peuvent également se réunir lors de groupes de travail. Cette gouvernance et cette écoute des partenaires est très appréciée des associations et a été soulignée à de nombreuses reprises dans les entretiens réalisés.⁷⁴ Ces partenariats permettent aussi une mutualisation des ressources (par exemple dans l'utilisation des salles). En plus d'avoir encouragé la diversification des compétences au sein de l'IREPS, la PRAMCA a permis un renforcement de la coordination des acteurs régionaux. L'ARS et la collectivité de Corse confirment toutes deux l'utilité de la PRAMCA, qui permet de faire remonter des besoins et des alertes.⁷⁵

Par son soutien aux actions des associations, la PRAMCA a aussi permis la progression de la démocratie sanitaire. En effet, la PRAMCA lance une fois par an un appel à projet régional pour soutenir et apporter son aide aux projets sur le territoire corse. Depuis 2018, la PRAMCA a financé 84 actions.⁷⁶ En 2020, 37 projets ont été soumis à la PRAMCA, qui en a retenu 24. Les actions soutenues sont celles qui concourent au renforcement du pouvoir d'agir et la littératie (accès et compréhension des informations) en santé des patients. Ces actions, souvent des ateliers ou des formations, sont gratuites pour le public.

Parmi les porteurs de ces actions, on retrouve l'IREPS, des associations de malades telles que les Diabétiques de Corse, Interform RCMC, la Ligue contre le cancer 2B, ou encore l'UNAFAM, des structures d'exercice coordonné comme la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Ile Rousse ou la MSP San Nicolao.

En 2020, les actions concernent surtout le diabète et le cancer, mais aussi les maladies cardiovasculaires et les affections psychiatriques dans une moindre mesure. Ces actions se matérialisent sous la forme d'ateliers d'informations, de discussion ou d'ateliers culinaires, de groupe de paroles, de salons, de séances de soins (sophrologie et podologie), ou encore par le lancement d'une application en 2020 pour accompagner les femmes atteintes d'un cancer du sein. Des actions sont aussi destinées aux professionnels, notamment pour les former à l'Education thérapeutique du patient (ETP).

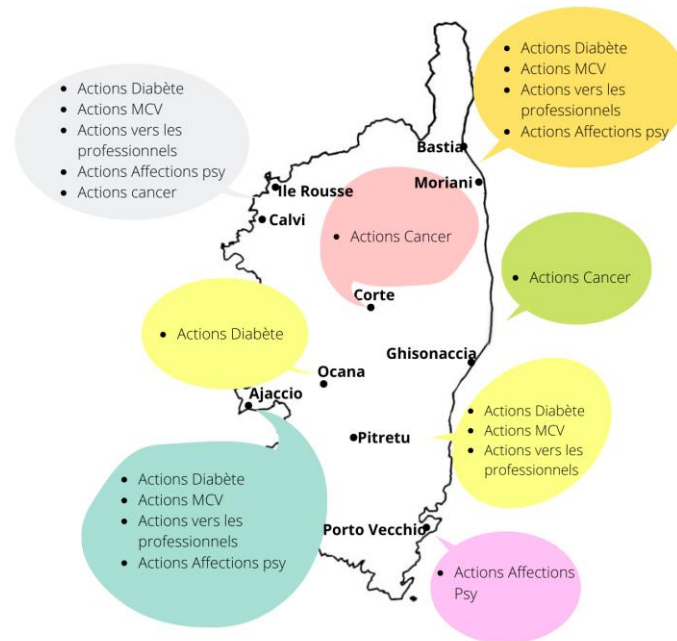
⁷⁴ Entretiens réalisés le 6 et le 12 septembre 2022 avec des représentants des associations des Diabétiques de Corse et UNAFAM

⁷⁵ Entretien réalisé le 1 août avec un membre du dispositif de la PRAMCA

⁷⁶ 2018 : 26 actions, 2019 : 34 actions, 2020 : 24 actions. Rapports d'activité de la PRAMCA 2018, 2019 et 2020.

De plus en plus d'efforts d'aller vers sont déployés,⁷⁷ notamment dans les territoires ruraux, comme en témoigne l'exemple de la mise en place d'ateliers d'informations, séances ou entretiens individuels par l'Association les Diabétiques de Corse au centre Valicelli. Cette initiative a permis à l'association de toucher plus de patients, alors qu'elle se restreignait uniquement aux zones urbaines et touchait moins de dix personnes par ateliers auparavant.

Preuve de la large couverture du territoire, la carte ci-dessous présente les actions de la PRAMCA, issue du rapport d'activité 2019.



Deux associations rencontrées dans le cadre de l'étude témoignent de l'impact positif de la PRAMCA

L'Association des Diabétiques de Corse est l'un des acteurs qui a réalisé le plus d'action (15) dans le cadre de la PRAMCA, permettant à ses malades de tendre vers l'autonomie. Pour les rendre plus autonomes, l'association s'attache à leur fournir une meilleure information, à travers plusieurs types d'actions. Elle a par exemple une chaîne YouTube et construit des ateliers culinaires ou d'information avec un système de **pair-aidance**, où des malades eux-mêmes viennent parler aux patients. Elle organise chaque année la Semaine du Diabète, une semaine de prévention sur le diabète, pour réunir les différents acteurs de l'environnement des diabétiques.

⁷⁷ Entretien avec Mme COSIMI du 1/08



Il a été indiqué lors de l'entretien⁷⁸ avec l'association que l'action de la PRAMCA leur a été très bénéfique, notamment pour mieux informer les malades : beaucoup des personnes atteintes de diabète de type 1 et 2 sont très mal informées sur leur propre maladie. Les actions de l'association permettent à leurs patients de vivre avec, d'adapter leur régime alimentaire, et de suivre leur traitement. Chaque année, le nombre d'adhérents en Corse augmente, passant de 46 personnes en 2018 à un total de 75 adhérents en 2021.

Soutenue par la PRAMCA, l'action de l'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques) permet un soutien complet et continu des malades. L'un des projets principaux lié à la PRAMCA est le recrutement d'assistantes sociales, pour aider les malades à tendre vers l'autonomie. En 2021, un total de 2415 interventions sur toute la région a été réalisé par les assistantes sociales, dans les territoires de Bastia, Porto-Vecchio et Ajaccio. Ces interventions sont réalisées sous forme d'entretiens téléphoniques, permanences, entretiens en présentiel ou visites à domicile. Il y a trois assistantes sociales en Corse qui sont rémunérées de manière forfaitaire par la PRAMCA, pour aider les patients dans des tâches principalement administratives, liées au logement, au judiciaire, aux soins, ou encore aux aides sociales. La PRAMCA permet d'autres types d'actions : l'accueil téléphonique puis physique des aidants par des bénévoles dans des lieux confidentiels et conviviaux en dehors du lieu de vie des personnes, les groupes de paroles pour ces aidants, avec un psychologue ou un psychiatre et des pair-aidants bénévoles. Les séances d'accompagnements spécialisées sont un dispositif propre à la région qui permet de faire jouer plusieurs acteurs de tout type (proches, assistantes sociales, urgences, gendarmerie, etc.) face à une situation complexe ou urgente.

Pour l'UNAFAM, l'action de la PRAMCA a permis d'améliorer l'autonomie des patients et leur pouvoir d'agir. C'est notamment le fait des aidants, qui, mieux renseignés grâce aux ateliers, accompagnent les malades de manière plus éclairée et des assistantes sociales, qui, en allant vers les patients, leur permettent de gagner en autonomie.

La PRAMCA apparaît donc comme un l'un moteur de l'écosystème de santé corse, qui a permis d'initier une dynamique de prévention et de l'aller vers, de renforcer la mise en réseau et le pouvoir d'agir des acteurs. Elle a renforcé cet écosystème qui réunit de nombreuses associations, mutualise les forces, partage les connaissances interdisciplinaires et permet de faire remonter les besoins et attentes des patients sur le territoire corse. Les limites se résument à la période restreinte sur laquelle s'inscrit la PRAMCA, mais aussi au financement que certains auraient aimé voir être élargi à d'autres sujets. Elle a répondu à un réel besoin des associations de mettre en place des actions d'une envergure plus importante, dont l'impact est proportionnel à l'investissement : l'organisation de grands événements

⁷⁸ Entretien avec l'association des Diabétiques de Corse du 6 septembre 2022



réunissant beaucoup de patients et leurs proches, d'ateliers en continu, ou encore la venue d'experts ou d'aides-soignantes.

Elle a également participé au renforcement des missions-socles de l'IREPS, à la diversification de ses compétences en interne, à l'expérimentation de différents outils et pratiques, et à l'actualisation des connaissances sur l'autonomisation des patients atteints de maladies chroniques.

Focus n°2 : Les représentants des usagers dans les établissements peinent néanmoins à faire vivre la démocratie sanitaire de façon homogène sur le territoire

Cette partie de l'évaluation, se concentre sur **l'effectivité de la présence des représentants des usagers (RU)** au sein des **commission des usagers (CDU)** des établissements de santé. Il s'agira d'en comprendre les ressorts afin d'identifier de potentiels axes d'amélioration. Ce sujet se trouve au croisement des objectifs opérationnels 1 à 4 contenus dans le SRS afin de répondre à l'ambition posée dans le PRS 2 de **promouvoir une démocratie sanitaire éclairée et active** :

- (1) conforter l'union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé (URAASS) de Corse et les instances de démocratie en santé dans leur rôle ;
- (2) développer l'information auprès des représentants des usagers, des usagers et des citoyens ;
- (3) dynamiser l'action des représentants des usagers ;
- (4) accroître l'effort de formation des RU et les professionnels de santé en matière de démocratie en santé.

Freins identifiés à la participation des RU

Les dynamiques de présence des RU dans les CDU sont inégales en fonction des établissements de l'île. Si elle est par exemple jugée bonne dans les CH d'Ajaccio et Bastia, elle l'est moins dans d'autres. Le premier frein identifié semble être le manque de reconnaissance des RU dans certains établissements, de la part de l'administration et des médecins.⁷⁹ Les personnes interrogées n'ont pas souhaité identifier les établissements en question.

De même, le cadre des CDU peut rebuter certains RU, du fait du caractère contraignant des ordres du jour, où le traitement parfois fastidieux des réclamations tient une place importante.⁸⁰ Preuve en est que là où d'autres instances de consultations sont mises en place par les établissements, elles suscitent plus l'intérêt des RU que les CDU. Les cas des CH d'Ajaccio et Bastia que nous abordons plus bas en sont des exemples parlant.⁸¹

⁷⁹ Entretien avec Mmes FELIX et POLI (France Assos Santé)

⁸⁰ Entretien avec M. PISELLA (CH de Bastia)

⁸¹ *Ibid.*



La nécessité d'appartenir à une association agréée par l'Etat semble également constituer un frein à la participation des usagers. Il arrive fréquemment que des personnes expriment leur intérêt pour les CDU mais reculent devant cette obligation.⁸² Enfin, l'absence de reconnaissance financière des RU peut aussi représenter un frein compte tenu de l'investissement personnel nécessaire à l'accomplissement de leurs missions.⁸³

Recommandations et bonnes pratiques à généraliser

Au CH de Bastia comme au CH d'Ajaccio, les acteurs interrogés ont noté l'importance de créer une dynamique autour de la démocratie sanitaire et de l'écoute des usagers, au-delà du cadre formalisé des CDU. En effet, dans les deux établissements, les RU sont mobilisés plus largement dans la vie de l'établissement, soit à travers des groupes de travail, soit à travers des instances ad hoc.

Au sein du CH d'Ajaccio, par exemple, les RU participent à un groupe de travail sur le droit des patients. Ce dernier comprend plusieurs membres de la direction (DG, Directeur des relations avec les usagers, Directeur de la qualité, Directeur des soins, cadres de santé, etc.) et se réunit deux fois par trimestre. Le taux de présence des RU dans ces instances est très élevé.⁸⁴

De la même façon, le CH de Bastia affiche un haut taux de participation des RU dans une instance ad hoc de concertation entre les RU et la direction de l'hôpital. Ces réunions sont organisées tous les deux mois depuis le printemps 2022. Elles permettent aux représentants des usagers de soumettre des propositions à la direction de l'hôpital et de suivre leur mise en œuvre. Ce groupe de représentants a développé une dynamique interne et est impliqué dans la vie de l'hôpital, il considère par exemple l'idée d'organiser des permanences dans le hall de l'établissement.⁸⁵ Cette démarche est cependant contestée par une partie des interlocuteurs rencontrés.⁸⁶

Sur la question du manque d'intérêt ressenti par les RU dans certains établissements, nous suggérons de se rapprocher des associations afin d'identifier ces derniers (nos interlocuteurs n'ont pas souhaité les nommer pour éviter toute attaque ad hominem). Cela permettra d'y mettre en place des **formations ciblées telles que suggérées par l'HAS**,⁸⁷ pour tous les membres de la CDU (professionnels du soin, représentants du personnel, etc.), de façon à **permettre à chacun de comprendre l'intérêt d'une collaboration effective**. Dans le même temps, il convient de s'assurer que les formations adéquates sont proposées aux RU (ce qui semble être le cas dans tous

⁸² Entretien avec Mmes FELIX et POLI (France Assos Santé)

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Entretien avec M. GERMANI (CH d'Ajaccio)

⁸⁵ Entretien avec M. PISELLA (CH de Bastia)

⁸⁶ Entretien avec Mmes FELIX et POLI (France Assos Santé)

⁸⁷ HAS, *Commission des usagers : Faciliter et améliorer la représentation des usagers*, mai 2022



les établissements dont nous avons rencontré les représentants), de façon à s'assurer qu'ils ont une connaissance suffisante du système de santé et constituent un apport pertinent pour les professionnels.

De même, il semble nécessaire de faire évoluer le **mode de nomination des RU** en le rendant plus participatif et transparent afin d'impliquer les associations et les utilisateurs. Les appels à candidature devraient être communiqués de façon plus précoce et plus large aux associations, de façon à s'assurer que tous les candidats potentiels aient connaissance de la démarche engagée. Sur ce point, il serait par ailleurs utile d'engager une réflexion sur la périodicité des renouvellements, il semble en effet que le décalage entre la procédure au fil de l'eau qui a cours sur l'île et celle en place dans le reste du pays soit source de confusion et nuise à la visibilité du processus de désignation pour les adhérents des associations.⁸⁸

Cette désignation devrait également éviter une reconduction automatique des RU en place et prendre en compte les motivations de tous les candidats.⁸⁹ La diversité des associations devrait par ailleurs être prise en compte autant que possible au moment du choix. Un des interlocuteurs interrogés a en effet regretté que la totalité des RU d'un établissement puissent appartenir à la même association spécialisée dans une pathologie spécifique.⁹⁰

Afin de faciliter la participation de nouveaux RU, l'ARS pourrait également réfléchir aux moyens d'accélérer la délivrance des agréments pour les associations qui en font la demande.⁹¹

Il semblerait par ailleurs utile **d'impliquer pleinement les RU suppléants** en les invitant systématiquement et en s'assurant que les informations leur sont bien diffusées.⁹²

Enfin, il semble nécessaire de réfléchir aux moyens de généraliser le **remboursement des frais de déplacement** des RU. Comme le suggèrent l'HAS et les représentants des usagers, il serait même souhaitable d'aller plus loin en étudiant la possibilité d'indemniser les RU pour leur participation.⁹³

Perspectives

La pérennité de la représentation des usagers est une préoccupation exprimée de façon constante par les personnes interrogées. Plusieurs défis semblent en effet se

⁸⁸ Entretien avec Mmes FELIX et POLI (France Assos Santé)

⁸⁹ Entretien avec Mme SEONI (CH de Castelluccio)

⁹⁰ Entretien avec M. GIACOMONI (CICS)

⁹¹ Entretien avec Mmes FELIX et POLI (France Assos Santé)

⁹² *Ibid.*

⁹³ HAS, *Commission des usagers : Faciliter et améliorer la représentation des usagers*, mai 2022



présenter pour les associations agréées. D'une part, la moyenne d'âge des RU est élevée et les recrutements difficiles. Il existe donc un enjeu de rajeunissement et de diversification des modes de recrutement des RU.

D'autre part, les mutations du monde associatif (professionnalisation et regroupement des associations au sein de grandes structures nationales) font peser une incertitude sur la capacité de celui-ci à maintenir une dynamique indépendante, au plus proche des territoires.⁹⁴

Focus n° 3 : Le processus de concertation avec les élus a été transformé pour mieux prendre en compte les besoins locaux dans une approche ascendante

La concertation avec les élus locaux est un élément central dans l'action des ARS en lien avec la démocratie en santé. Les élus sont en effet **un des relais privilégiés entre l'ARS et les usagers**, en particulier en milieu rural, qui constitue un des enjeux majeurs du territoire.

De l'avis des élus interrogés, **cette concertation est de meilleure qualité depuis quelques années**. Deux facteurs semblent expliquer ce constat : l'approche adoptée par la direction de l'agence depuis qu'elle a été renouvelée en 2019 et la crise sanitaire débutée en 2020. Cette dernière a en effet contraint les professionnels à faire évoluer leurs pratiques et a poussé les pouvoirs publics à adopter des modes d'organisation nouveaux, en témoigne les réussites qu'ont représenté les centres de vaccinations (que nous aborderons plus bas).

Les élus interrogés ont salué l'efficacité avec laquelle l'ARS contribue à la construction des contrats territoriaux de santé (CTS) et contrats locaux de santé (CLS). À Porto-Vecchio par exemple, où un CTS est en cours d'élaboration, la communication très fluide avec les services de l'ARS est présentée comme un des facteurs du bon déroulement du projet.⁹⁵ Il en va de même à Ghisonaccia, où les travaux pour la construction d'un CTS ont été initiés. L'ARS y joue un rôle moteur en finançant par exemple un poste d'animateur pour coordonner le montage du projet. Le maire de la commune a noté une différence sensible depuis l'arrivée de la nouvelle direction : « aujourd'hui, on construit ensemble ».⁹⁶

La communication fluide et la concertation avec les acteurs (qui se traduisent par une écoute des besoins locaux, en particulier par une participation aux travaux de construction des contrats locaux) semble cependant largement liées à des bonnes relations interpersonnelles et à des approches individuelles, ce qui pourrait constituer

⁹⁴ Entretien avec Mmes FELIX et POLI (France Assos Santé) ; entretien avec M. GIACOMONI (CICS)

⁹⁵ Entretien avec Mme GIRASCHI (Mairie de Porto-Vecchio)

⁹⁶ Entretien avec M. GIUDICI (Mairie de Ghisonaccia)



une fragilité pour le processus de concertation. Il conviendrait de travailler à l'inscrire dans la durée dans le fonctionnement des institutions.

Focus sur la crise sanitaire

Les deux élus interrogés jugent que l'ARS de Corse a bien géré la crise sanitaire et a communiqué de façon adéquate avec les élus locaux. C'est d'autant plus remarquable que l'avis n'est pas partagé dans tout le pays, le rôle des ARS pendant la crise a en effet été jugé sévèrement par les élus locaux.⁹⁷

L'exemple du succès du centre de vaccination contre la COVID-19 à Porto-Vecchio est illustratif de ces constats partagés. L'ARS a joué un rôle important en apportant une aide à la fois financière et opérationnelle, en gérant au quotidien les stocks de vaccins et de masques de façon fine.⁹⁸ Cette réussite a d'ailleurs permis de créer une dynamique de coopération entre les personnels soignants qui a amené *in fine* à la construction de projets de soins coordonnés.⁹⁹

⁹⁷ Rapport d'information n° 712 (2020-2021) de MM. Jean-Michel ARNAUD et Roger KAROUTCHI, *Les collectivités territoriales : un intervenant de santé publique à part entière*, juin 2021

⁹⁸ Entretien avec Mme GIRASCHI (Mairie de Porto-Vecchio)

⁹⁹ Entretien avec Mme GIRASCHI (Mairie de Porto-Vecchio)



Partie 3

Les **parcours santé** des **plus fragiles** (personnes âgées et les publics jeunes), en particulier lors des phases d'amont, ont-ils pu être renforcés ?



Partie 3 : Les parcours santé des plus fragiles (personnes âgées et les publics jeunes), en particulier lors des phases d'amont, ont-ils pu être renforcés ?

Synthèse exécutive

[1] L'objectif stratégique n°3 du PRS est d'accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu. Cette ambition appelle le développement de parcours soins coordonnés et gradués¹⁰⁰ permettant de faire en sorte que « les usagers reçoivent les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment »¹⁰¹. Cette étude se concentre sur le **parcours bien vieillir** et le **parcours santé mentale, dont l'addictologie (centré sur les 11-25 ans)**.

Construire et consolider un parcours implique de travailler d'une part sur **les étapes du parcours**, à commencer par l'amont, avec le **repérage et le diagnostic**, voire **la prévention**, d'autre part sur la limitation des ruptures dans le parcours pour le patient et ses aidants, mais aussi la **gradation de la filière**, avec l'identification sur le territoire des structures et **acteurs de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale**. Cette volonté d'aborder toute la complexité d'un parcours a bien été identifiée et déclinée en plan d'action dès le SRS.

Pour le parcours Bien Vieillir, qui vise le parcours de la personne âgée, le SRS a identifié les axes de travail suivants : 1) la prévention et le repérage de la fragilité, 2) la structuration de la filière gériatrique sur le territoire, 3) l'amélioration des transitions hôpital-EHPAD-médecine de ville, 4) le sujet du projet de vie à domicile et enfin 5) la coordination des professionnels de santé du territoire. Ces axes ont été identifiés et déclinés en plans d'action dans le SRS. **Pour le parcours de santé mentale, le SRS a identifié les axes de travail suivants :** 1) Le repérage et la prévention, 2) l'accessibilité à une offre graduée, 3) le soutien aux malades et aux aidants, 4) le déploiement d'une offre graduée sur l'addictologie en particulier.

[2] La logique de parcours s'inscrit dans la doctrine nationale, notamment à la suite de la loi de modernisation de notre système de santé. Celle-ci incite à raisonner non pas par secteur (soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux, etc.) mais à **concevoir la prise en charge des patients de façon globale**, continue et structurée, au plus près de leur domicile. Cette démarche

¹⁰⁰ Un parcours de soin permet l'accès aux consultations de premier recours ainsi qu'aux les autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non, hospitalisation à domicile, soins de suite et réadaptation, unité de soins de longue durée, EHPAD etc.

¹⁰¹ Site du ministère des solidarités et de la santé



constitue donc une évolution majeure du système de santé afin de réunir prévention, soins et suivi médico-social voire social.¹⁰²

Cela nécessite **l'intervention coordonnée des professionnels de la santé et du social** (à la fois en ville, en établissement de santé, en cabinet libéral, en maison de santé, etc.). Cette démarche requiert pour chaque patient la prise en compte, **de facteurs périphériques déterminants tels que l'hygiène, le mode de vie, l'environnement, l'éducation ou le milieu professionnel**.¹⁰³

Afin qu'elle soit effective pour chacun, cette démarche implique de garantir un **égal accès à la santé**, des prises en charge **lisibles, complètes et accessibles** et une **adaptation aux besoins des patients** et de leur entourage.¹⁰⁴

[3] L'étude se concentre sur deux populations dites « fragiles » : les personnes âgées et les adolescents et jeunes adultes.

La part des personnes âgées de 65 ans et plus était en 2018 de 23,3 % en Corse contre 19,8 % au niveau national. Cette part a augmenté plus vite que dans le reste du pays avec un taux d'évolution annuel de 3,16 % entre 2013-2018 (contre 2,58 %)¹⁰⁵ et pourrait atteindre 33 % en 2040.¹⁰⁶ En Corse, les personnes âgées sont par ailleurs plus touchées par la pauvreté que dans le reste du pays : la moitié des personnes vivant dans un ménage où le référent fiscal a 75 ans ou plus possède un revenu disponible annuel inférieur à 19 632 euros contre 20 718 euros en France métropolitaine. Leur taux de pauvreté est de 17,5 % contre 8,4 % en métropole.¹⁰⁷

Les adolescents et jeunes adultes sont quant à eux particulièrement fragiles face aux troubles psychiques : 75 % des affections psychiatriques débutent avant 25 ans, la moitié avant 15 ans et l'entrée dans la vie active est une période sensible à cet égard.¹⁰⁸ Sur l'île, 4,3 % des décès chez les 15-24 ans sont dus au suicide et cette proportion tend à s'aggraver depuis la crise sanitaire.¹⁰⁹ Or, un repérage précoce accompagné d'une prise en charge adaptée réduit les risques de développement et de chronicisation des troubles psychiques et d'apparition de tendances suicidaires.¹¹⁰

Enfin, les jeunes Corses sont plus fortement touchés par des alcoolisations ponctuelles importantes (API), de plus de trois points par rapport à la moyenne nationale.¹¹¹ L'île est par ailleurs la région où le niveau d'expérimentation de l'alcool

¹⁰² Ministère de la Santé et de la Prévention, « Parcours de santé, de soins et de vie - Une approche globale au plus près des patients »

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ INED, Taux d'évolution annuel des 65 ans et plus

¹⁰⁶ INSEE, modèle Omphale - scénario central

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ Assurance Maladie

¹⁰⁹ INSEE

¹¹⁰ Assurance Maladie

¹¹¹ Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 2018



à 17 ans pour l'année 2017 est le plus haut, avec 94 % des personnes questionnées contre 85,7 % dans l'ensemble du pays. Les jeunes sont également fortement touchés la dépendance au tabac, plus de 31% fument quotidiennement contre 25,1% à l'échelle nationale.¹¹²

[4] Ces constats réalisés sur l'état de santé de la population corse, conduisent aux questions évaluatives suivantes avec une focalisation sur certains points de ruptures :

- Les actions menées à la suite du PRS n°2 ont-elles permis d'améliorer la détection de la fragilité, en amont du parcours de la personne âgée ? Est-ce le cas pour l'ensemble de l'île ?
- Le repérage précoce des troubles psychiques et la prise en charge des situations d'urgence ou de crise pour le public jeunes (adolescents et jeunes adultes) ont-t-ils progressé ?
- Pour le même public cible, existe-t-il en matière d'addictologie une offre de prise en charge diversifiée ? La couverture territoriale de ces offres est-elle satisfaisante ?

[5] Concernant **le parcours Bien Vieillir**, les multiples initiatives et expérimentations témoignent d'une accélération sur ces deux dernières années. Les points suivants sont remontés:

- Les acteurs de santé Corse ont collectivement gagné en visibilité sur les ruptures rencontrées par les personnes âgées sur leur parcours de soin, à la fois sur l'aspect sanitaire, social, ou médico-social, pour la personne prise en charge comme pour les aidants¹¹³ ;
- La nécessité d'une approche parcours, c'est-à-dire globale, couvrant toutes les étapes du soin (du repérage de la fragilité, voire en amont, la prévention, jusqu'à la fin de vie) est comprise et reconnue par tous les acteurs. Cette approche doit permettre de consolider la filière gériatrique, mais surtout, la coordination et le renforcement des liens ville-hôpital-EHPAD.
- Le parcours a connu une accélération récente, notée sur les deux dernières années, avec des expérimentations et des dispositifs qui ont permis de franchir de premières étapes, notamment induite par la crise COVID,¹¹⁴ et qui se parachève dans la co-construction du Schéma Directeur de l'Autonomie.
- La période passée est également jugée comme plus positive au titre de la collaboration et à la co-construction, avec une collaboration Collectivité-ARS appréciée par les acteurs¹¹⁵ notamment lors des travaux de préfiguration du DAC, du Schéma Directeur de l'Autonomie, ou pendant la crise COVID. Il a été

¹¹² Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 2018

¹¹³ Présentation à la CRSA, page 5

¹¹⁴ Expérimentations sur l'hébergement temporaire, sur l'astreinte gériatrique, mais aussi les plans canicules

¹¹⁵ Entretien Direction de l'Autonomie à la Collectivité de Corse



noté, dans un entretien avec la Direction de l'Autonomie, une amélioration de la coopération avec l'Agence, à travers l'exemple du programme coordonné de la conférence des financeurs, ou l'organisation du Tour de France de la Silver Economie.¹¹⁶

Recommandation 13 :

Dans la logique promue par les rapports Libault, en lien avec **la médecine de ville**, concentrer les actions sur le **soutien à domicile** et **l'organisation de l'admission directe** à l'hôpital (par exemple avec l'organisation de hotlines gériatriques).¹¹⁷

Recommandation 14 :

Assurer, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés (établissements de santé, EHPAD, dispositif d'appui à la coordination, Collectivité de Corse) **la pérennisation de l'organisation dispositif "hébergement temporaire** en sortie d'hospitalisation en EHPAD".

[6] Sur le parcours santé mentale, dont l'addictologie (centré sur les 11-25 ans), **l'étude fait apparaître plusieurs réussites telles que le dispositif 3114 ou les formations (comme sentinelle)**, ces dernières doivent être étendues à un nombre d'acteurs aussi important que possible. **La coordination entre certains acteurs s'est par ailleurs améliorée** (par exemple, entre les MDA et les CMP) ; mais de l'avis général des personnes interrogées, elle demeure encore globalement insuffisante. Le réseau des acteurs n'est pas assez constitué, certains ne se connaissent pas assez. Cela conduit à des redondances dans les dispositifs ou à un maintien délicat des parcours (à la sortie des MDA notamment). Des efforts doivent donc être menés sur la coordination et l'information des acteurs, par exemple en renforçant la communauté psychiatrique de territoire (CPT). Cette meilleure coopération qui doit inclure les associations est une piste pour répondre aux faiblesses de la couverture territoriale en développant des relais dans les zones sous-denses, qui s'appuient sur les forces des institutions existantes (par exemple, en Balagne, dans l'Alta Rocca et l'Ouest Corse, où l'offre en matière d'addictologie est insuffisante).

¹¹⁶ L'implication de l'ARS dans les travaux sur le Schéma Directeur de l'Autonomie a également été notée comme un point positif permettant de renforcer les liens Agence-Collectivité sur le sujet complexe de la prise en charge de la personne âgée.

¹¹⁷ Entretien avec le Dr GRISONI (URPS-ML)



Recommandation 15 :

Dans la logique promue par la MILDECA, **généraliser les formations telles que le programme sentinelle**, en particulier à destination des adultes encadrants et professionnels aux contacts de publics jeunes.

Recommandation 16 :

Renforcer la coordination des acteurs en **renforçant la communauté psychiatrique de territoire (CPT)** : Communiquer pour améliorer **la visibilité de la CPT**, l'élargir à de nouveaux membres pour fédérer et créer une **dynamique collective**, conforter le **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** comme un outil pour **aligner les acteurs** et créer/mettre en place **une stratégie de parcours commune et concertée**.

Recommandation 17 :

Positionner les lieux d'exercice coordonné comme des acteurs de repérage et de diagnostic de 1^{ère} ligne des TND.

Recommandation 18 :

Instruire **l'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation spécialisés** dans les deux départements pour réduire les prises en charge inadéquates en pédiatrie, voire une impossibilité de prise en charge.

Focus n°1 : Les personnes âgées fragiles sont-elles mieux repérées, dès l'amont du parcours, pour prévenir la dépendance ?

Le contexte démographique de la Corse fait de la construction d'un parcours ciblant les personnes âgées une priorité. Le vieillissement de la population, la précarité et la dépendance des personnes âgées justifient la consolidation du parcours bien vieillir.

En Corse, **les personnes âgées de 65 ans et plus pourraient représenter un tiers de la population en 2040**. La moitié des personnes vivant dans un ménage où le référent fiscal a 75 ans ou plus possède un revenu disponible annuel inférieur à 19 632 euros contre 20 718 euros en France métropolitaine. Leur taux de pauvreté est de 17,5 % contre 8,4 % en métropole. Ces faibles revenus sont dus à des retraites et des pensions plus faibles que la moyenne nationale.¹¹⁸

¹¹⁸ INSEE



En 2015, la Corse compte 15 000 personnes dépendantes âgées de 60 ans ou plus, ayant à la fois besoin de soins médicaux et d'assistance dans leur vie quotidienne. En suivant l'hypothèse intermédiaire de projection de la dépendance, la région compterait 60 000 seniors de plus potentiellement dépendants à l'horizon 2030. La Corse détient le taux le plus élevé de bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) des régions françaises, la moyenne métropolitaine étant de 8 %.¹¹⁹

La présentation à la CRSA du bilan sur le parcours Bien Vieillir (réalisé en 2022)¹²⁰ rappelle les principales réalisations ainsi que le reste à faire sur ce parcours, au regard des objectifs du PRS.

En effet, le PRS n°2 avait fixé des objectifs ambitieux parmi lesquels le développement de la prévention, la structuration de la filière gériatrique, la limitation des ruptures de parcours, la sécurisation du maintien à domicile et la coordination des professionnels du territoire.

La mission s'est attachée, en complément du bilan des réalisations et du reste à faire sur le parcours qui a été présenté en CRSA, à s'interroger sur le bilan au regard des objectifs fixés dans le PRS n°2. À cet égard, il apparaît que le parcours de la personne âgée s'est renforcé sur la période passée par « petits pas », c'est-à-dire, par des expérimentations qui ont permis de poser une problématique et de faire mûrir les acteurs, mais qu'il reste des efforts à mener, notamment en matière de coordination et de construction d'une filière gériatrique complète. Toutefois, les acteurs ont noté une dynamique enclenchée qu'il convient de soutenir dans le prochain PRS.¹²¹

Sur l'objectif n°1 de développement de la prévention et du repérage de la fragilité, le fait majeur est le lancement des premières inclusions pour le Programme ICOPE, **dédié au repérage des premières difficultés des patients âgés**. Le projet ICOPE a été mis en place par l'OMS pour permettre au plus grand nombre de vieillir en bonne santé et de limiter la perte d'autonomie des personnes âgées en repérant les difficultés avant même la fragilité chez les seniors de plus de 60 ans encore autonomes. Pour ce faire, est réalisé un premier dépistage simple, suivi d'une évaluation de soins primaires plus en profondeur si une anomalie est détectée. Si besoin, un plan de soins personnalisé est ensuite élaboré, puis un suivi du plan de soin et l'orientation du patient vers la filière nécessaire. Le projet a permis, depuis deux ans, la structuration d'équipes de premier recours territoriales autour du projet et l'élaboration d'un cahier des charges d'ateliers de préventions. Cinq inclusions ont déjà été faites en 2022.

Par ailleurs, l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) de 2017 à 2020 a permis de former au repérage de la fragilité, notamment en identifiant les points de ruptures. Le dispositif d'échelle nationale vise à maintenir l'autonomie des personnes âgées de

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ Date de la présentation inconnue

¹²¹ Direction de l'Autonomie comme en ARS (Dr Grimaldi)



plus de 75 ans, en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments), en améliorant leurs prises en charge sociales et médicales et en renforçant la coordination entre acteurs

De plus, toujours sur le volet prévention, il est à noter que le Schéma Directeur de l'Autonomie, lancé en 2022, dédie de nombreuses fiches action à ce sujet, reconnaissant ainsi son importance (repérage de la fragilité mais aussi repérage de l'isolement).

Sur l'objectif n°2 de structuration d'une filière gériatrique coordonnée, graduée, et soutenable, il est noté, par la Collectivité comme par l'ARS, que l'objectif n'a pas été atteint.¹²² Si les raisons de ces difficultés sont développées en Partie 4 de ce rapport, les acteurs de la Direction de l'Autonomie notent la difficulté à construire un réseau Ville-Hôpital durable et un fonctionnement encore trop hospitalo-centré (avec des liens avec le médico-social et le social encore balbutiants). Preuve en est, la difficile mise en œuvre des CCP (Cellules Parcours Personnes Âgées) qui n'ont pas pu facilement trouver leur place dans les centres hospitaliers. Les CCP ont toutefois atteint aujourd'hui un fonctionnement optimal et comptent parmi les grandes réalisations de la période.

En effet, elles apparaissent comme une réelle avancée pour la construction d'un parcours bien vieillir, permettant le suivi des prises en charge et la coordination des acteurs à chaque étape. Elles sont le renforcement des deux équipes/cellules parcours pour la coordination des sorties d'hospitalisations des personnes âgées en situation complexe, dont la mise en place aux CH d'Ajaccio et de Bastia a été précipitée par la crise sanitaire. Elles se chargent de la planification des interventions, du suivi et de l'évaluation des patients lors du retour à domicile. En matière de résultats, 86 patients ont été accompagnés à fin décembre 2020 au CH de Bastia et 45 situations à fin janvier sur le CH d'Ajaccio, avec une montée en charge très forte. Parmi ces chiffres, tous les patients ne sont pas des personnes âgées, un travail de recentralisation sur la PA est en train d'être mené. Elles permettront notamment de favoriser l'admission directe ou l'anticipation de retour au domicile des PA.

Sur l'objectif n°3 visant à limiter les ruptures dans le parcours de la personne âgée en améliorant le lien ville-hôpital-EHPAD, la mise en place de l'astreinte gériatrique COVID pour les EHPAD est un bon marqueur des capacités de coordination entre les Equipes Mobiles Gériatriques et les EHPAD. Par ailleurs, une expérimentation a permis de tester un outil numérique de coordination, partagé entre la ville, l'hôpital, le secteur médico-social et le secteur social. L'outil Globule a permis de favoriser les liens entre les professionnels de santé, les établissements, les professionnels sociaux et les fonctions de coordination en facilitant la gestion des situations complexes et le partage d'information entre les acteurs.

¹²² Pas de filière gériatrique labellisée à date.



Concernant l'objectif n° 4 de sécurisation du maintien à domicile, quelques initiatives ont pu émerger pour renforcer ce volet. Par exemple, **les Equipes locales d'accompagnement pour les aides techniques EQLAAT**, initiative de l'ARS de Corse et de la Collectivité de Corse portée par l'UMCS, mettent en place une équipe locale sur toute la Corse pour l'évaluation et l'accompagnement, par un ergothérapeute pour les personnes en situation de handicap et personnes âgées. D'autres initiatives, comme la Technicothèque¹²³ ou le Living Lab ont été évoquées par la Direction de l'Autonomie comme des réalisations significatives (mais n'ont pas pu être approfondies dans le cadre du rapport).

Enfin, sur l'objectif n° 5 visant à favoriser la coordination des professionnels de santé, **la mise en place récente du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) constitue une réalisation importante permettant une meilleure lisibilité sur le parcours complexe**. Impliquant les référents d'une grande partie de l'écosystème autour de la personne âgée, son lancement est désormais effectif. A travers l'unification des dispositifs d'appui à la coordination, le DAC propose un guichet unique accessible aux professionnels soignants, afin d'améliorer leur coordination et ainsi décroiser les secteurs du sanitaire, du médico-social et du social pour conforter le travail partenarial des professionnels du territoire. Il intervient en appui aux professionnels de santé dans la prise en charge des patients et étend son champ d'action à l'ensemble des personnes âgées, dont le parcours est complexe.

Zoom sur un des éléments du parcours personnes âgées : l'hébergement temporaire en EHPAD

L'hébergement temporaire en Corse est un dispositif au fonctionnement encore limité par plusieurs facteurs

En mai 2022, La Corse-du-Sud dispose de 889 places d'EHPAD, la Haute-Corse 1072, soit respectivement 44 et 51 places pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans.¹²⁴ L'hébergement temporaire (HT) offre la possibilité à une personne âgée vivant à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée. Il peut avoir lieu dans un établissement pour personnes âgées ou chez des accueillants familiaux,¹²⁵ **nous nous focalisons ici sur l'EHPAD**.

L'HT permet notamment aux personnes qui y ont recours de continuer à vivre chez elles en offrant à leurs proches aidants la possibilité de s'absenter ponctuellement.¹²⁶ Il peut également servir de première étape pour la personne âgée avant une entrée

¹²³ La technicothèque vise à améliorer l'accompagnement des plus de 60 ans et des bénéficiaires de l'APA orientés par la CdC en facilitant leur accès aux aides techniques et à l'adaptation du logement.

¹²⁴ UFC Que Choisir, rapport – « Inégalités d'accès Aux EHPAD - Une fracture territoriale intolérable qui impose des réformes structurelles », mai 2022, p.26

¹²⁵ www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-daccueil-temporaire/lhebergement-temporaire-ce-quil-faut-savoir

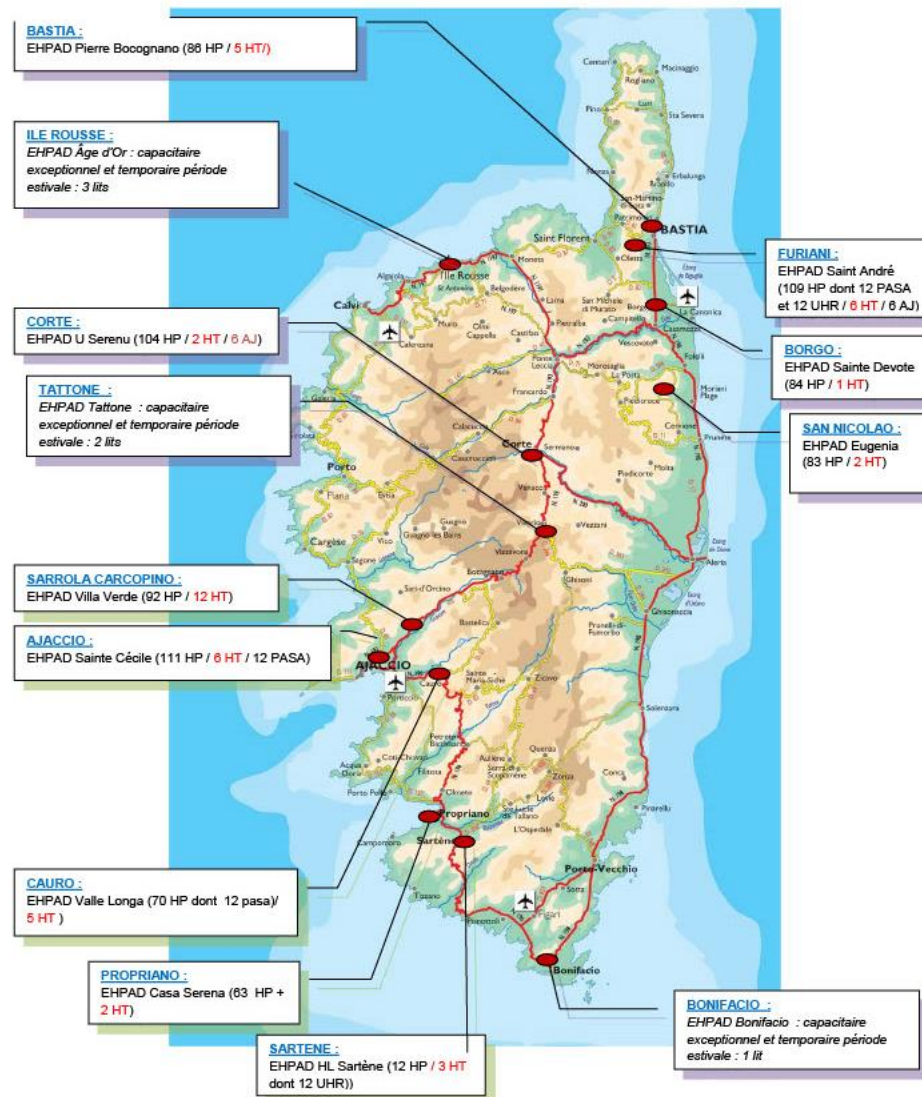
¹²⁶ *Ibid.*



définitive en maison de retraite. Au 15 juin 2022, la Corse dispose de 44 places d'HT répartis dans 10 établissements. L'HT ne fonctionne pas de façon satisfaisante en Corse, et ce pour plusieurs raisons.

L'offre est inadéquate

Comme on peut le constater sur la carte ci-après, l'offre est inégalement répartie sur l'ensemble de l'île, et est inexistante dans certains territoires de projet.



Le dispositif n'est pas mobilisé correctement par les établissements

L'hébergement temporaire est plus difficile à organiser pour les établissements (par définition, les personnes sont prises en charge moins longtemps et bénéficie d'une tarification moindre par rapport au reste de l'activité).



L'attractivité de l'EHPAD est réduite

Le maintien à domicile est promu et la récupération sur succession de l'aide sociale est un frein.

Fort de ces constats, L'ARS a mis en place une politique volontariste pour favoriser le recours à l'HT

L'HT s'inscrit dans le cadre plus large du développement d'une offre de répit

L'action entreprise par l'ARS s'inscrit dans la logique de développement d'une « **formule globale de répit** », qui vise à permettre l'accès (au sein de chaque territoire de projets) à une offre de répit pour les aidants et à un accompagnement sécurisé et coordonné favorisant le maintien à domicile. Elle comprend notamment les actions suivantes :

- mise en place de plateformes de répit pour renforcer les actions de formation auprès des aidants ;
- relayage/baluchonnage (un rapprochement a été initié sur cette question avec la MSA de Corse) ;
- accueils de jour avec une perspective de renforcement de l'offre à travers des équipes itinérantes.

La mise en place de cette formule de répit est au centre du **Plan de renforcement et de rattrapage de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes** dont la rédaction a été lancée au printemps 2022. Il est en cours d'adoption par l'ARS après avis de la Collectivité de Corse mais il contient des actions qui relèvent de la seule compétence de l'ARS et qui ont donc déjà pu être mises en place, notamment le rebasage des places d'HT autorisées sous réserve d'un taux d'occupation d'au moins 50 % et d'une participation au dispositif HTSH. Ce rebasage permet un financement des lits d'HT à la hauteur du coût constaté pour les lits d'hébergement permanent de l'EHPAD donné, ce qui permet d'annuler la différence de rentabilité entre les places d'HT et les places permanentes.

Le dispositif d'HTSH est une manière de renforcer l'HT

L'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) est un dispositif proposé aux personnes âgées en perte d'autonomie à leur sortie de l'hôpital. D'une durée maximale de 30 jours, il permet de préparer au mieux leur retour à domicile et se fait sur des places d'HT. L'assurance maladie prend en charge une partie du coût, le reste à charge pour les patients étant ramené à 20 € par jour maximum selon la circulaire fondatrice.

Ce dispositif a été mis en place au niveau national en 2019 et est pleinement entré en fonctionnement à la suite de la crise sanitaire. Il a pour objectif de fluidifier les parcours des patients et de maintenir à domicile autant que possible, ce qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de diminuer le risque d'infection nosocomiale, mais a aussi pour avantage d'éviter l'engorgement des services



hospitaliers. Il fait actuellement l'objet d'une évaluation en vue de sa pérennisation éventuelle dès la fin 2022.

Un renforcement du dispositif HTSH est prévu en cas déclenchement de plan blanc ou pendant l'été. Ainsi, le plan estival 2022 (en place sur la période allant du 15 juin au 15 septembre) permet une augmentation temporaire de six places du capacitaire en matière d'HT sur les territoires de projet non couverts, de façon à rationaliser l'offre sur l'ensemble de l'île. L'offre totale d'HT est donc portée provisoirement à 50 places au total sur l'île. De cette façon, des places d'HTSH sont disponibles, y compris dans les territoires de projet ne disposant pas (ou pas assez) de places d'HT en temps normal.

Cette couverture de l'ensemble du territoire est fondamentale. Elle permet en effet une prise en charge au plus près des lieux de vie des usagers, autorisant ainsi un maintien de relations étroites avec les aidants et les proches. Elle était en outre nécessaire afin d'anticiper les possibles tensions hospitalières dues à l'augmentation saisonnière d'activité.

Perspectives : les efforts restent à poursuivre

La lisibilité des dispositifs est encore insuffisante pour les usagers

Les efforts de communication doivent être poursuivis, la diversité des acteurs et des offres est encore trop souvent source d'un manque de lisibilité globale et à d'une absence de coordination.

La sécurisation financière du dispositif sera un enjeu important

Pour beaucoup d'usagers, le reste à charge de 20 € par jours constitue un frein lorsqu'il s'agit de recourir à l'HTSH. Cette question sur laquelle l'ARS travaille déjà devrait être résolue; Les travaux d'évaluation engagés doivent également permettre un ajustement des critères d'entrée dans le dispositif pour répondre aux mieux aux besoins des usagers tout en assurant l'objectif premier d'un retour à domicile sécurisé.

La pérennisation des places d'HT issue du plan estival est nécessaire à terme

L'objectif est qu'une offre d'HT soit disponible sur chacun des territoires de projets. Il semble nécessaire de pérenniser la structuration rationalisée de l'offre issue du plan estival 2022 ce qui doit passer par une dynamique partagée entre l'ARS et la Collectivité de Corse toutes deux compétentes en la matière



Extrait du rapport Libault – recommandations du le parcours de la personne âgée

- Éviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un découplage de leurs interventions
 - Définir par la voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées
 - Généraliser des plans personnalisés de santé (PPS) à compter de 2020
 - Garantir et rendre obligatoires des systèmes d'information partagés, collaboratifs et évolutifs entre les informations médico-sociales, sanitaires ou sociales, accessibles en mobilité pour tous les parcours
 - Mettre en place un dispositif de soutien à la logique de parcours
 - Faire évoluer l'organisation interne des ARS pour une meilleure prise en compte des logiques de parcours
- Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables
 - Contribuer au soutien à domicile dans le cadre de l'organisation territoriale des soins de proximité grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et par le développement du numérique
 - Tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées en organisant l'admission directe des personnes âgées dans le service hospitalier
- Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours
 - Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences
 - Favoriser les admissions directes en soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents ou gériatriques des personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences
 - Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité labellisés à l'égard de la personne âgée Renforcer le recours à l'expertise gériatrique dans les services de spécialité et renforcer l'offre de gériatrie
 - Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées
 - Expérimenter le financement par l'APA d'1 à 2h hebdomadaires de présence au chevet en cas d'hospitalisation dans une logique de continuité de services et pour faciliter le retour à domicile
- Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée
 - Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé
 - Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé



Dominique LIBAULT, Rapport Concertation Grand âge et autonomie, mars 2019 conforté par le rapport de 2021.

Focus n°2 : Le repérage des situations d'urgence et de crise suicidaire du public jeune a été amélioré mais des efforts doivent encore être faits, en particulier sur les addictions

Le SRS a annoncé l'ambition de protéger les jeunes en souffrance psychique, en créant un maillage des professionnels du premier recours à partir des dispositifs existants : Centres Médico-Psychologiques (CMP), maisons des adolescents (MDA), etc. et en améliorant la fluidité des prises en charge, du repérage à l'accompagnement médico-psycho-social.

Objectifs opérationnels sur le parcours santé mentale et addictologie, extrait du SRS 2018

- (1) Agir tôt
 - a. améliorer le repérage précoce des troubles psychiques
 - b. contribuer à la prévention du risque suicidaire
- (2) Prendre soin et conforter la capacité d'ajustement de l'intensité des soins aux besoins
 - a. améliorer l'accessibilité à une offre de soins graduée et de qualité sur l'ensemble du territoire
 - b. prévenir et mieux prendre en charge les situations de crises et d'urgence
- (3) Soutenir la personne et l'aidant dans la cité
 - a. assurer les soins et les accompagnements coordonnés dans un cadre ambulatoire (domicile ou établissement)
 - b. faciliter l'accès aux logements et à l'emploi des personnes porteuses de troubles psychiques
 - c. favoriser les dynamiques de proximité qui mobilisent le pouvoir d'agir
- (4) Focus addictologie
 - a. Poursuivre, consolider et compléter le déploiement d'une offre diversifiée, graduée et cohérente
 - b. Renforcer les consultations de proximité auprès des publics en situation de précarité, en périnatalité et dans le dispositif des consultations jeunes consommateurs
 - c. Améliorer la coordination des intervenants en addictologie
 - d. Favoriser le développement de l'offre de formation
 - e. Développer une offre de prévention cohérente sur l'ensemble du territoire



En Corse, 4,3 % des décès chez les 15-24 ans sont dus au suicide,¹²⁷ et cette proportion tend à s'aggraver depuis la crise sanitaire.¹²⁸ Sur le plan des addictions, les jeunes Corses sont plus fortement touchés par des alcoolisations ponctuelles importantes (API) que le reste du pays (de plus de trois points par rapport à la moyenne nationale),¹²⁹ et l'île fait face à des besoins de prise en charge à cause de conduites addictives plus importants pendant la période estivale.¹³⁰

Plusieurs dispositifs mis en place récemment sont bien perçus par les professionnels

Le dispositif « 3114 » a été mis en place au niveau national le 1^{er} octobre 2021.¹³¹ Si les acteurs interrogés disposent donc encore de peu de recul, les retours sont néanmoins positifs à ce jour. Nos interlocuteurs jugent en effet ce service opérationnel et facile d'accès, et indiquent que son accessibilité à tout moment constitue un atout pour les CMP ou MDA dans la prise en charge de situations courantes. Les adolescent qui en ressentent le besoin y ont recours facilement et jugent le service utile.¹³²

L'offre de formations a par ailleurs augmenté au cours des dernières années, avec en particulier la formation sentinelle, ouverte à toutes les institutions ainsi que deux autres formations consacrées à l'intervention d'urgence et à la crise suicidaire. Ces formations sont appréciées des professionnels.¹³³ Dans la logique promue par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), ces formations devraient être systématisées, en particulier pour les adultes encadrants et professionnels aux contacts du public.¹³⁴

La coordination entre les MDA et les CMP s'améliore

La MDA de Haute-Corse a mis en place des recrutements conjoints avec le CMP de façon à fluidifier la relation entre les structures. En parallèle, un travail a été mené pour construire avec les CMP et les CMPP des fiches de liaisons afin de permettre des

¹²⁷ INSEE

¹²⁸ Entretien avec Mme BROSSARD (ARS)

¹²⁹ Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 2018

¹³⁰ Entretien avec M. GUILLEMET (IREPS)

¹³¹ Le dispositif « 3114 » consiste en un numéro de téléphone donnant accès 24h/24, 7j/7 à une cellule d'écoute et d'accompagnement gérée par des professionnels hospitaliers (infirmiers, psychologues, sous la supervision d'un médecin spécialiste).

¹³² Atelier : Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B) et Mme SERRA (Académie de Corse)

¹³³ Atelier : Mme ABRANI (Protection judiciaire de la jeunesse), Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B), Mme RUBINI (FALEP) et Mme SERRA (Académie de Corse)

¹³⁴ Préfecture de la Corse-du-Sud, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Appel à projets 2022 : actions régionales et départementales Corse-du-Sud et Haute-Corse



prises en charge rapides dans le cadre d'un parcours coordonné. Mais à ce stade, ce fonctionnement n'est pas systématique et dépend encore largement de la bonne volonté des personnels.

La MDA de Corse-du-Sud a elle aussi mis en place des fiches de liaisons semblables en 2021, ainsi qu'une liaison avec l'hôpital de Castelluccio qui permet une prise en charge d'urgence 24h/24 et un échange d'informations vertueux.

Sur l'addictologie, la coordination avec les associations est fluide

La prise en charge des adolescents sujets à des addictions est largement assurée par les associations spécialisées, l'association Addictions France et l'Association Départementale de Promotion de la Santé (ADPS) en particulier. Ces dernières travaillent de façon satisfaisante avec les MDA, l'Education nationale et la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).¹³⁵

En Haute-Corse, la MDA se coordonne avec France Addictions et l'ADPS qui dispose d'un Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à Bastia. Une fiche de suivi a été créée et des points d'orientation annuels sont organisés. Cela permet de maintenir un lien avec les adolescents et leurs familles, d'accompagner les décisions d'orientation et de vérifier le bon déroulement du suivi. La MDA Haute-Corse bénéficie de plus d'un poste de chargé de mission afin de piloter la lutte contre les addictions.

Le recours aux associations présente malgré tout une limite : la couverture insuffisante de certaines zones géographiques (Alta Rocca, Ouest Corse et Plaine orientale).¹³⁶

Les perspectives et axes d'amélioration remontés par les acteurs :

- Améliorer la communication

Les acteurs pointent dans l'ensemble un important déficit de communication : les structures mises en place sont mal connues.¹³⁷ Il serait nécessaire de réfléchir à la faisabilité de campagnes de communication auprès des professionnels et de la population (celle-ci devrait être aussi large que possible, se déployer dans les médias et sur les réseaux sociaux et viser en particulier les publics renonçants, de façon à contribuer à l'objectif d'accès égal aux soins).

- Entamer une réflexion sur le nombre de lits d'hospitalisation

¹³⁵ Atelier : Mme ABRANI (Protection judiciaire de la jeunesse), Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B), Mme SERRA (Académie de Corse)

¹³⁶ Atelier : Mme ABRANI (Protection judiciaire de la jeunesse), Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B), Mme SERRA (Académie de Corse)

¹³⁷ Atelier : Mme ABRANI (Protection judiciaire de la jeunesse), Dr DAHAN (Université de Corse), Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B), Mme RUBINI (FALEP) et Mme SERRA (Académie de Corse)



Selon une partie des acteurs interrogés, le trop faible nombre de lits d'hospitalisation spécialisés dédiés aux adolescents est un enjeu sur l'ensemble de l'île ; plusieurs regrettent en effet leur nombre insuffisant dans chacun des départements (six dans chacun d'eux), ce qui conduit parfois à des prises en charge inadéquates en pédiatrie, voire à une impossibilité de prise en charge.¹³⁸

- **Coordonner les acteurs plus efficacement en renforçant la communauté psychiatrique de territoire (CPT)**

Selon les acteurs interrogés, les coordinations sur le champ de la santé mentale des plus jeunes sont encore trop fondées sur les relations interpersonnelles. Il manque un animateur de réseau aux compétences étendues qui rapprocherait les individus et les associations et garantirait une complémentarité des actions.¹³⁹

Ce renforcement de la mise en réseau devrait également intégrer les élus locaux et « prescripteurs » (en premier lieu les commerçants) qui ont un rôle fondamental à jouer sur la question des addictions, cette démarche devrait reposer sur l'information et le développement de messages de prévention communs (leur multitude semble aujourd'hui nuisible à la clarté des messages.)¹⁴⁰

Il apparaît donc nécessaire de renforcer la communauté psychiatrique de territoire (CPT), en particulier en la faisant connaître aux professionnels et en étudiant la possibilité de l'élargir à de nouveaux membres, afin que le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) joue pleinement son rôle en fédérant les acteurs, en vue du renforcement de la logique de parcours.

- **Travailler au renforcement de la logique de parcours**

Il semble que des efforts sont encore nécessaires pour garantir une continuité des parcours des personnes suivies. La transition des personnes suivies d'une institution n'est pas encore assez fluide. Par exemple, les jeunes réorientés d'une MDA vers un CMP sont souvent rebutés par le fait qu'ils doivent à nouveau passer par une phase d'examen, et reviennent donc vers les MDA.¹⁴¹

Sur ce point, il semble là aussi nécessaire d'accroître la communication auprès des professionnels. Il apparaît par exemple que les CMP ignorent encore les fonctions des MDA.¹⁴² De la même façon, une réflexion doit être menée au niveau des chefferies de pôles sur les réorientations entre le niveau 2 et le niveau 3 ; il faut réfléchir à poser un protocole allant au-delà des fiches de liaison déjà en place.

¹³⁸ Atelier : Mme ETTORI (MDA 2A) et Mme MARTINELLI (MDA 2B)

¹³⁹ Atelier : Mme ETTORI (MDA 2A), Dr DAHAN (Université de Corse) et Mme MARTINELLI (MDA 2B)

¹⁴⁰ Entretien avec M. GUILLEMET (IREPS)

¹⁴¹ Atelier : Mme ETTORI (MDA 2A) et Mme MARTINELLI (MDA 2B)

¹⁴² Atelier : Mme ETTORI (MDA 2A)



- **Améliorer la couverture territoriale**

La couverture territoriale en matière de santé mentale est perfectible. Malgré des projets en cours, l'offre est à ce jour insatisfaisante pour l'Alta Rocca et la Plaine orientale. De même, des actions délocalisées devraient être menées dans le canton de Taravo-Ornano et l'effort de création de liens entre les acteurs de la santé mentale et les établissements devrait être poursuivi. Enfin, le manque de pédopsychiatre dans l'Extrême-Sud est un enjeu important.¹⁴³

- **Répondre aux nouveaux enjeux sur l'addictologie**

Si elle satisfait l'Education nationale, les MDA et la PJJ, la coordination semble insuffisante en matière d'actions à destination des étudiants. Un poste d'addictologue à l'Université fait en effet aujourd'hui défaut.¹⁴⁴ De la même façon, l'offre de prise en charge par les associations est insuffisante sur la Balagne, l'Alta Rocca et l'Ouest Corse.¹⁴⁵

De plus, les addictions émergentes (notamment le jeu en ligne) nécessitent le déploiement d'actions de prévention plus larges et plus coordonnées que ce que les associations ont mis en place jusqu'à présent (Addiction France essaie par exemple de mener des campagnes de prévention de façon ludique, ce qui semble fonctionner, mais dont l'ampleur est trop restreinte).¹⁴⁶ Cette problématique est soulignée dans les orientations du volet régional de la MILDECA qui prévoit de « prévenir les conduites addictives et notamment les risques d'addiction comportementale liées aux écrans et à la pratique intensive des jeux vidéo :

- par des actions auprès des jeunes en milieu scolaire au travers du renforcement des compétences psychosociales et l'aide à la parentalité,
- dans les établissements supérieurs et d'enseignement professionnel (CFA, lycées professionnels, agricoles et maritimes, université de Corse). »¹⁴⁷

¹⁴³ Mme ABRANI (Protection judiciaire de la jeunesse), Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B), Mme RUBINI (FALEP) et Mme SERRA (Académie de Corse)

¹⁴⁴ Dr DAHAN (Université de Corse),

¹⁴⁵ Mme ABRANI (Protection judiciaire de la jeunesse), Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B) et Mme SERRA (Académie de Corse)

¹⁴⁶ Mme ABRANI (Protection judiciaire de la jeunesse), Mme ETTORI (MDA 2A), Mme MARTINELLI (MDA 2B) et Mme SERRA (Académie de Corse)

¹⁴⁷ Préfecture de la Corse-du-Sud, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Appel à projets 2022 : actions régionales et départementales Corse-du-Sud et Haute-Corse



Partie 4

L'accès de **proximité** à un **système de santé gradué** et de **qualité** a-t-il pu progresser de façon **homogène** sur le territoire ?



Partie 4 : Le PRS n°2 a-t-il permis de renforcer l'accès en proximité à un système de santé gradué et de qualité sur le territoire et d'une manière homogène ?

Synthèse exécutive

[1] Dans son objectif stratégique 4, le PRS n°2 appelait à **assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité**. L'accès de santé de proximité est défini dans le PRS n°2 comme étant la nécessité pour l'utilisateur de **toujours pouvoir entrer dans une démarche de santé**, qu'elle porte sur la prévention ou la prise en charge sanitaire ou médico-sociale, **à partir de son bassin de vie** (à l'exception de la prise en charge aux urgences).

[2] En Corse, les contraintes **socio-démographiques** (le vieillissement de la population et sa précarité, avec les plus de 65 ans qui représentent 20,8% de la population et 1 habitant sur 5 qui vit avec moins de 970 euros par mois), **géographiques** (une île montagne avec 0 km d'autoroute et 8% de route nationale), et **la répartition inégale des professionnels de santé** posent **la question de l'accès de proximité comme un enjeu majeur de santé publique en Corse**.

Ainsi, construire une offre de soin de proximité sur le territoire corse nécessite de **penser la structuration sanitaire, sociale et médico-sociale d'un territoire et sa gradation**, c'est-à-dire, le fait **d'identifier différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau régional ou inter-régional**. Enfin, penser une politique de proximité de l'accès au soin **ne peut se faire au détriment de la qualité des prises en charge**, qui doit être la même pour tous, quel que soit le lieu de vie du patient.

[4] La question évaluative posée nous invite d'une part à nous interroger sur la façon dont le système de santé corse répond à ce **triple enjeu de proximité, de gradation et de qualité**, et cela de façon homogène sur le territoire. D'autre, l'angle choisi nous invite à questionner les évolutions observées sur la période du PRS n°2 et à mesurer leurs impacts sur la qualité de la prise en charge.

[5] Pour répondre à la question évaluative, l'étude s'est concentrée sur **trois leviers clés** concourant à l'atteinte de **ce triptyque proximité-gradation-qualité** :

- i. **L'organisation de l'exercice coordonné** en Corse qui permet d'apporter une réponse de 1^{er} recours ;
- ii. **Le renforcement des filières de sanitaires et médico-sociales**, en particulier pour les plus fragiles (la filière AVC, la filière gériatrique, la filière imagerie médicale, la filière Autisme et TND, la filière MND) ;
- iii. Enfin, la capacité des acteurs à travailler en écosystème, à construire **et s'aligner sur une stratégie de santé commune sur un territoire**, et à la suivre, **à travers la contractualisation en santé**.



[6] Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son rapport publié en septembre 2022 consacré à l'accès aux soins de proximité, **identifie le développement de l'exercice coordonné comme l'un des leviers majeurs pour faire face à la pénurie de médecins et aux déserts médicaux**, notamment en mettant en place des conditions d'exercice préparant le relais par les jeunes professionnels (pour faire face en particulier au nombre de médecins croissants partant en retraite).

L'exercice coordonné connaît un fort dynamisme en Corse depuis 2020, porté notamment par l'expérimentation ESP avec une augmentation du nombre de structures implantées. Ces structures d'exercice coordonné ont des impacts directs et indirects sur l'attractivité du territoire vis-à-vis des jeunes médecins, le renforcement du maillage territorial, la capacité à innover et à proposer des solutions organisationnelles nouvelles à des problématiques spécifiques à la Corse, ou encore le renforcement d'actions de santé publique. De plus, les structures d'exercice coordonné se sont avérées être des acteurs de première ligne pendant la crise COVID (relais ambulatoire de vaccination). L'effort doit se poursuivre pour couvrir les 9 territoires de projet et permettre un maillage optimal du territoire avec la création de CPTS afin de décroiser et réorganiser les soins autour du patient.

Recommandation 19 :

Poursuivre l'accompagnement initié sur l'exercice coordonné et s'assurer de l'inclusion de tous les partenaires : Etat, Collectivité de Corse, Assurance Maladie et MSA.

Recommandation 20 :

Poursuivre la stratégie de soutien / développement des CPTS. Soutenir le mouvement de décroissement et de réorganisation des soins autour du patient (organisation des SNP, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coordination entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile).

Recommandation 21 :

Etudier l'opportunité de **la prolongation de l'expérimentation ESP** pour continuer à installer sur le territoire un premier niveau d'équipe qui peut tester l'exercice coordonné et se constituer en MSP à terme.

Recommandation 22 :

Poursuivre l'expérimentation ESP et prévoir une expérimentation sur les Equipes de Soins Spécialisés compte tenu de la difficulté d'accès aux soins dans certaines spécialités Poursuivre l'intégration des structures d'exercice coordonné dans la **stratégie d'innovation en santé** de la Corse **en accompagnant les réponses aux appels à projet (lien avec la FCCIS)**, et en **pilotant les évaluations** d'expérimentation de façon à permettre la **pérennisation, la**



généralisation des bonnes idées, et **l'orientation de l'innovation** vers les sujets prioritaires (type article 51)

Recommandation 23 :

Favoriser la prise en compte de **la télémédecine** et **la télémédecine accompagnée** dans les projets médicaux des MSP comme une **solution complémentaire** permettant d'augmenter le rayonnement territorial d'une MSP. **Piloter le recours à la télémédecine** pour éviter **les dérives afin qu'elle ne se substitue à l'examen en présentiel**.

[4] Pour renforcer l'accès à une offre de soin graduée et de qualité sur l'ensemble du territoire, il est aussi nécessaire de **sécuriser le second recours**, à savoir les filières de santé dites « critiques » pour la Corse :

- La filière Urgences-AVC, dans le volet hospitalier, confrontée à la problématique de fond qu'est le manque de neurologues qui **n'est pas parvenue à atteindre le niveau de maturité projetée dans le PRS n°2, malgré des évolutions structurantes en vue de densifier l'offre ;**

Recommandation 24 :

En amont de la prise en charge, renforcer **les actions de prévention** à destination du grand public.

Recommandation 25 :

Mener un travail de fond **pour attirer les professionnels de santé spécialisés** (en neurologie), et ainsi consolider la filière AVC avec l'installation **d'une nouvelle UNV en Haute-Corse**, en prolongeant l'ambition du PRS (mise en place d'une UNV à Bastia également).

Recommandation 26 :

En Haute Corse, veiller à la **coordination des acteurs** pour garantir **la pérennité** de la prise en charge existante et contribuer à **diffuser plus largement une expertise** neurologique autour de l'UNV.

- La filière gériatrique, en manque de gériatres, doit penser **la logique parcours de bout en bout** de la personne âgée, **en concentrant les efforts sur l'orientation / la coordination d'une part, et le renforcement des étapes clés du parcours**, en amont (repérage de la fragilité) et en aval (hébergement temporaire, traité dans la partie 3.

**Recommandation 27 :**

Dans le cadre du prochain schéma, travailler, non pas sur la logique filière (« hospitalo-centrée »), mais à **un parcours**, qui permet d'élargir **le cercle des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social dans une logique de proximité** (cf territoires de projet).

Recommandation 28 :

Renforcer ou créer une **gouvernance partagée** sur le parcours de la personne âgée, en lien avec la **Collectivité**, le DAC, et **l'ensemble des partenaires**. Travaux engagés par l'ARS.

Recommandation 29 :

S'appuyer **sur la mise en place du DAC pour renforcer la coordination** entre les acteurs autour du parcours complexe de la personne âgée en particulier, et du parcours de santé complexe en général, dans une logique de parcours sanitaire, social et médico-social, et non plus seulement de filière sanitaire.

Recommandation 30 :

Sensibiliser et **former** les professionnels, y compris dans les structures d'exercice coordonné, comme les aidants familiaux¹⁴⁸, pour **identifier les personnes à risque** et les orienter rapidement.

Recommandation 31 :

Identifier le sujet de l'accès à une **expertise gériatrique comme un sujet prioritaire pour la Corse** et accompagner, dans les différents projets d'innovation, des solutions de **téléexpertise**, de **télésurveillance** ou de **téléconsultation accompagnée pour les personnes âgées**.

- La filière imagerie s'est renforcée sur l'offre en proximité (avec les équipements lourds de type scanner sur huit territoires sur neuf), avec une logique de responsabilisation des professionnels à la maille de ce territoire pour organiser l'offre. Par ailleurs, pour faire face à la pénurie de médecins et de manipulateurs, l'instruction d'un projet de PMIM pourrait être envisagée, de même que le développement de la télé imagerie à l'échelle régionale, et une réflexion sur l'efficacité des plateaux techniques pourrait être lancée.

¹⁴⁸ Près de 28 000 aidants familiaux estimés en Corse, selon l'UNAFAM.

**Recommandation 32 :**

Animer et piloter, en tant que facilitateur, **la mise en place d'un PIMM**, en partant des besoins des territoires (lancement d'un appel à projet par l'ARS en 2022 sur cette thématique).

Recommandation 33 :

Envisager, en complément de la mutualisation au travers le PIMM, le **développement de la télé-imagerie à l'échelle régionale**.

Recommandation 34 :

Envisager **l'expérimentation ou le déploiement de module d'intelligence artificielle** pour certains traitements, selon une **logique d'efficience** (gains de productivité dans le traitement des clichés, optimisation de la qualité des acquisitions...).

Recommandation 35 :

Evaluer les **impacts associés aux nouvelles organisations des plateaux d'imagerie** (flux de patients, réduction des délais, pertinence des prises en charge...) et **questionner la pérennité** des évolutions proposées. La question suivante se pose : **Dans quelle mesure est-il possible de concilier une accessibilité renforcée pour l'imagerie et l'efficience des équipements ?**

- L'accès à des diagnostics pertinents sur l'autisme et les TND qui s'améliore sur l'ensemble du territoire particulièrement pour les TSA, bien que la cible ne soit pas encore atteinte sur l'ensemble des TND. Concernant la question de l'accessibilité, l'offre de diagnostic en Corse est riche mais gagnerait à s'organiser et s'articuler de façon coordonnée pour améliorer la lisibilité pour l'utilisateur d'une part et le maillage territorial d'autre part.

Recommandation 36 :

Améliorer **la lisibilité de l'offre** auprès des usagers en construisant et en communiquant sur la **carte des acteurs du parcours autisme et TND** (y compris le diagnostic mais également la prise en charge).

Recommandation 37 :

Renforcer l'offre de prise en charge sur le territoire et assurer un lien fluide entre les acteurs du diagnostic et les acteurs de la prise en charge. Les acteurs



rencontrés ont insisté sur le fait que leurs efforts en matière de diagnostic étaient en partie rendus vains du fait de l'insuffisante offre de prise en charge.

Recommandation 38 :

Intégrer dans les travaux d'amélioration **de l'attractivité médicale de la Corse**, les actions en direction **des spécialités médicales et paramédicales** renforçant le parcours de enfants atteints d'autisme et de TND (en orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, neuropsychologie, neuropédiatrie et pédopsychiatrie). De l'avis des acteurs rencontrés, les diagnostics sont rendus plus difficiles du fait du manque de professionnels sur ces spécialités.

- Le diagnostic des MND chez les personnes âgées est un marqueur de la capacité à travailler en écosystème ; celle-ci est à renforcer pour poursuivre les avancées enregistrées sur la période passée.

Recommandation 39 :

Soutenir la nouvelle dynamique insufflée par **la révision du cahier des charges de CMR et CM** pour aller vers :

- Une communication et une **articulation renforcée entre les 2 pôles du CMRR**
- Une visibilité accrue vis-à-vis des autres acteurs de la prise en charge (notamment vis-à-vis des UCC) afin de bien **positionner le CMRR dans son rôle centre ressource expert**

Recommandation 40 :

Animer / piloter le parcours des personnes âgées atteintes de MND dans une **logique élargie et globale**, en veillant à intégrer **tous les acteurs** : les acteurs sanitaires hospitaliers et libéraux de la gériatrie, les acteurs médico-sociaux, les acteurs associatifs, et le DAC en cours de mise en place ainsi que la Collectivité.

Recommandation 41 :

Apporter de **la lisibilité dans le parcours** des personnes âgées atteintes de MND en mettant à disposition des acteurs de santé du territoire **une carte des acteurs impliqués** dans le diagnostic et la prise en charge.

Recommandation 42 :



Instruire les sujets de **renforcement de l'offre** de diagnostic (**Opportunité de créer un centre de ressource et d'expertise** spécialisé sur la maladie de Parkinson, mise en place des **consultations mémoires délocalisées** à Corte, Bonifacio et en Balagne pour renforcer le diagnostic de trouble neurocognitif) et de **renforcement de capacités** (**hôpital de jour**, développement **d'unités Alzheimer** dédiées, nombre de **PASA**, mise en place **de centres de répit** en Balagne, à Bastia, dans le Sud et en Plaine orientale).

Recommandation 43 :

Instruire les sujets de **renforcement de capacités** (**hôpital de jour**, développement **d'unités Alzheimer** dédiées, nombre de **PASA**, mise en place **de centres de répit** en Balagne, à Bastia, dans le Sud et en Plaine orientale).

Recommandation 44 :

Créer une **dynamique de travail entre le CMRR et les acteurs du domicile**. Adapter à ce type de profils l'outil d'amélioration des pratiques professionnelles créé par la HAS consistant au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation¹⁴⁹.

[5] **La contractualisation territoriale en santé constitue enfin un outil privilégié pour renforcer l'accès à une offre de soin graduée et de qualité sur l'ensemble du territoire.** La mission s'est concentrée sur quatre exemples : le recours à l'article 51 pour pallier la fermeture de la pharmacie de Cozzano dans le Haut-Taravo, les travaux de construction du CTS de la communauté de communes de Fium'orbu Castellu (autour de la commune de Ghisonaccia), la CPTS de Balagne et le processus de rédaction du CTS de l'extrême sud.

Si ces dispositifs sont à des niveaux de déploiement trop peu avancés pour évaluer leurs effets, il est à noter que leurs processus de construction sont vertueux pour la structuration de l'offre de soins au niveau local. Tous permettent en effet de rassembler utilement des acteurs divers (administration, professionnels de santé et élus) et de répondre aux enjeux exprimés par les élus en matière de méthode et d'actions déployées.

Recommandation 45 :

S'assurer de la robustesse du modèle économique du projet d'antenne pharmaceutique dans le Haut-Taravo pour permettre **la pérennisation du projet au titre de l'article 51**.

Recommandation 46 :

¹⁴⁹ Haute Autorité de Santé (HAS), L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.



Etudier les moyens pour permettre aux CPTS en construction sur l'île de **bénéficier d'un poste de coordonnateur** (facteur déterminant dans le succès de la CPTS de Balagne).

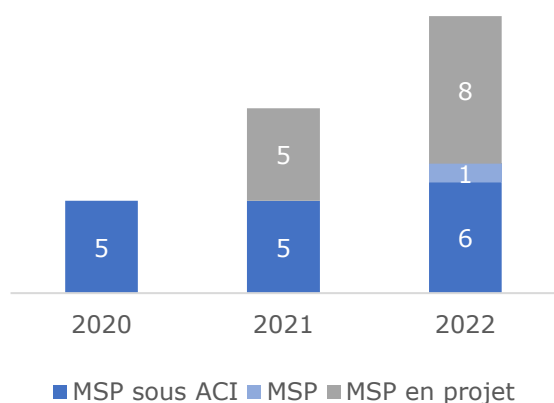
Focus n°1 : L'offre de soin de proximité a été renforcée grâce au développement de l'exercice coordonné, partout sur le territoire

L'exercice coordonné des soins de premier recours permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, et particulièrement dans les territoires caractérisés par une faible densité de professionnels. La stratégie « Ma santé 2022 », renforcée par les conclusions du Ségur de la santé a fixé comme objectif le doublement, d'ici à 2022, du nombre de maisons et des centres de santé pluriprofessionnels.¹⁵⁰

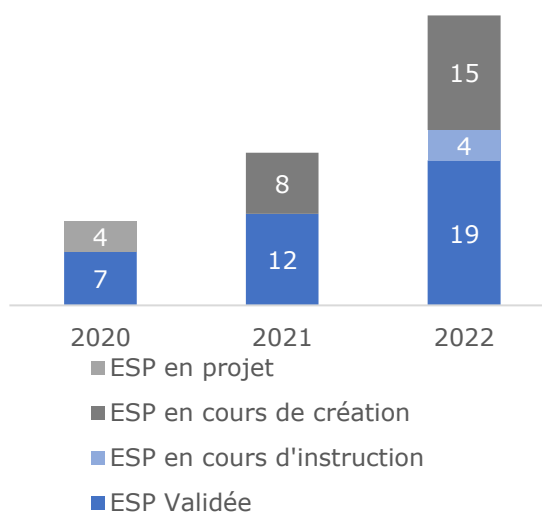
Depuis 2020, la Corse connaît un dynamisme important de l'offre en exercice coordonné. Cette dynamique est d'autant plus importante qu'elle permet en partie de répondre aux enjeux majeurs de la santé en Corse : le vieillissement des médecins, l'augmentation des maladies chroniques, et le virage ambulatoire.

Entre 2020 et mai 2022, le nombre de MSP (Maisons de Soins Pluridisciplinaires) a augmenté de 40% (passant de 5 à 7

Evolution du nombre de MSP



Evolution du nombre de ESP



MSP), avec 5 MSP en projet. Entre 2020 et juillet 2022, le nombre d'ESP

¹⁵⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne#:~:text=L'exercice%20coordonn%C3%A9%20des%20soins,accessibilit%C3%A9%20aux%20soins%20pour%20les>



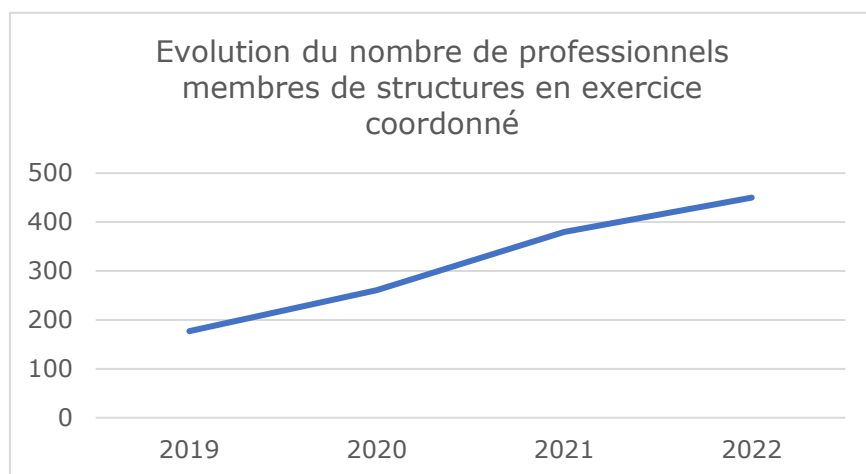
(Equipes de Soins Primaires) validées a augmenté de 170% (passant de 7 à 19 ESP), avec 15 ESP en projet.¹⁵¹

Source : Rapport d'activité 2021 de la FCCIS

La Corse est aujourd'hui dotée de 8 MSP labélisées, dont 6 qui ont contractualisé avec l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel). Au moment de l'étude, **d'autres structures devraient voir le jour prochainement**, puisque 8 projets de MSP sont en cours de structurant et 3 autres ont déposé une demande de financement pour se constituer en MSP. Enfin, 2 MSP en place bénéficient d'une vigilance particulière pour les réactiver (manque de professionnels) : la MSP de Sartène et la MSP Levie.

Ce dynamisme concerne également les ESP (Equipe de soins primaires) et CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé). En juillet 2022, la Corse compte une vingtaine d'ESP implantées, 4 en cours d'instructions et 15 en cours de création. De plus, l'île est désormais dotée d'une CPTS en Balagne.

L'exercice coordonné déclenche un cercle vertueux en ce qui concerne l'attractivité vis à vis des médecins (comme des autres professionnels de santé). Il est à la fois un facteur d'attractivité, car il fournit un cadre rassurant aux jeunes médecins qui s'installent, tout en permettant la transmission pour les médecins qui partent à la retraite. Mais aussi une conséquence de l'installation de nouveaux médecins : les MSP reçoivent aujourd'hui une trentaine d'internes



généralistes par an (de Nice et de Marseille), et les 4/5^e de ces internes se projettent dans une installation groupée.¹⁵²

Source : Rapport d'activité 2021 de la FCCIS

¹⁵¹ Rapport d'activité FCCIS 2021

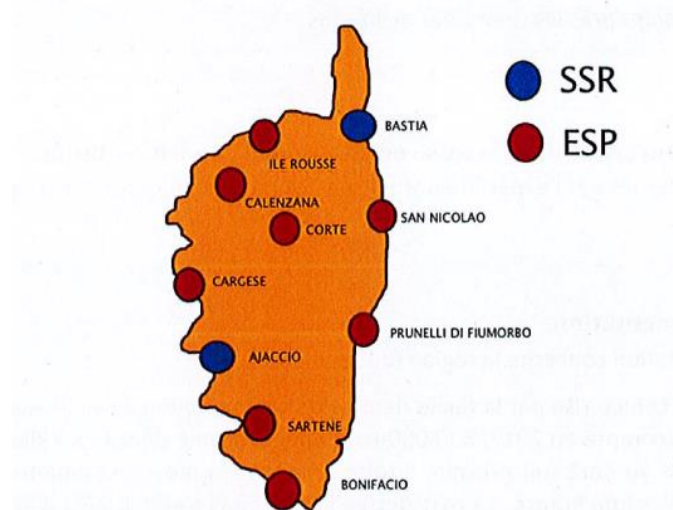
¹⁵² Entretien Dr AGOSTINI et M. GIUSTI le 28/07 et M. TRAMONI le 26/07.

L'exercice coordonné a apporté une réponse de soin de proximité dans une région où la couverture sanitaire est inégale. Cette inégalité étant aggravée par le caractère montagneux de l'île qui allonge les distances (0 km d'autoroute, 8% de route nationale) et les conditions socio-économiques de la population (vieillesse marquée avec les plus de 65 ans qui représentent 20,8% de la population, 1 habitant sur 5 vit avec moins de 970 euros par mois). Ces deux facteurs réunis conduisent souvent au renoncement au soin.

Au-delà du soin de premier recours, l'exercice coordonné peut offrir des solutions organisationnelles pour les manques du second recours. En témoigne l'expérimentation, lancée en 2020, au titre de l'article 51, EVA CORSE.

La réadaptation cardiaque est un atout majeur et éprouvé pour la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires (la prise en charge en RC diminue la mortalité de 20 à 30% et de 40% les ré-hospitalisations). Or, en Corse, les patients atteints de MCV renoncent au soin en RC.

En effet, malgré 2 SSR spécialisés « affection cardio-vasculaires » (à Bastia, et 1 à Ajaccio), 25% de la population se trouve à plus d'une heure de ces centres experts. Un patient en Balagne serait à 60 km de Bastia, soit à 3 heures de route aller-retour. Les patients abandonnent très fréquemment la RC (20 séances en SSR CV), voire la refusent quand elle leur est proposée.



Répartition des SSR/ESP sur le territoire. Source : Fiche projet EVA Corse

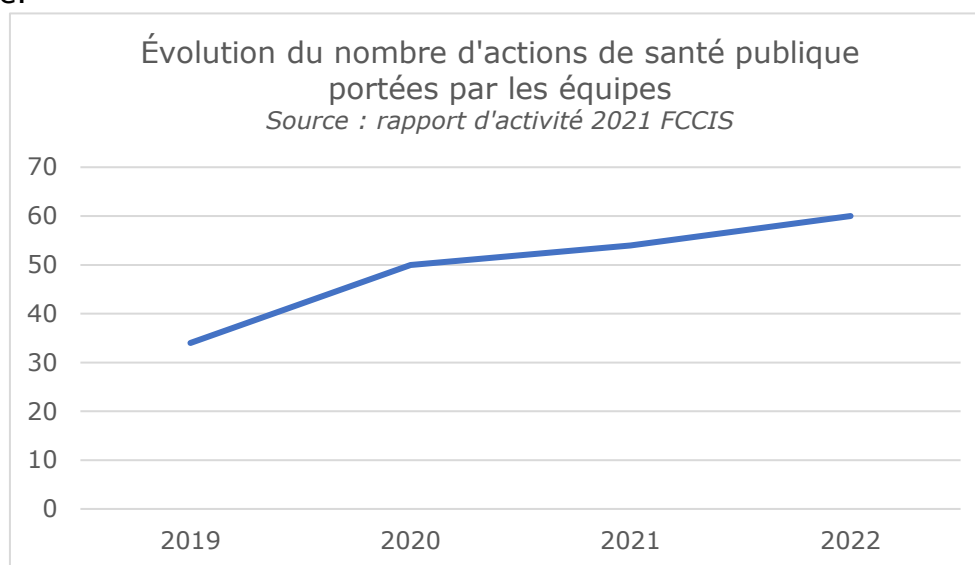
L'expérimentation EVA CORSE vise à trouver **une solution organisationnelle aux patients habitant à plus d'une heure d'un centre SSR CV**. La prise en charge cible les patients en prévention primaire et secondaire de pathologies CV et à bas risque de réadaptation cardio-vasculaire et consiste à réaliser 6 séances dans le SSR



CV, puis les 14 séances restantes en proximité par une équipe ESP, en lien avec le SSR CV.

Le dispositif EVACORSE monte progressivement en charge, avec 60 patients inclus dans le dispositif à juin 2022.

Enfin, l'exercice coordonné s'implique sur des actions de santé publique. En 2021, ces actions ont porté sur l'ETP et la prévention : ETP Prévention & Détection Diabète de type 2 & Rétinopathie diabétique, ETP Obésité infantile & Adulte, ETP Prévention des chutes (+ de 65 ans), Prévention Tabac, Prévention et Dépistage Cancer, Prévention Vaccinale (Grippe, COVID, etc.), Prévention pathologies cardiaque.



Par ailleurs, le dynamisme de l'exercice coordonné est porté par une triple action : institutionnelle, politique, et médicale.

- **Le rôle des institutionnels et des politiques : le pilotage Agence – Etat – Collectivité de Corse**

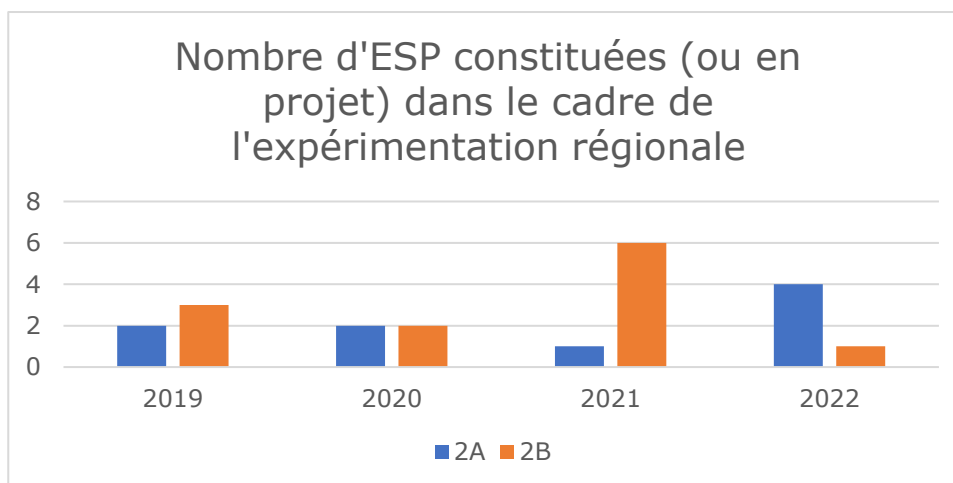
L'instance Régionale de Pilotage, coprésidée par le DG ARS, le Préfet et le Président du Conseil Exécutif de Corse, **pilote les programmes stratégiques portant sur l'organisation et l'accès aux soins de premiers recours en cohérence avec le Projet Régional de Santé**, les politiques d'aménagement du territoire (Etat-CTC), de transport et santé-social (CTC). Son objectif est de conforter et d'améliorer l'accès du premier recours en Corse. Le développement de l'exercice coordonné figure parmi ses leviers.

L'un des accélérateurs principaux du développement des MSP sur le territoire est l'expérimentation ESP, déployée par l'Agence pour permettre aux professionnels de tester l'exercice coordonné. Les équipes volontaires se constituent en ESP (forme de structure simple et souple, association loi 1901), bénéficient d'un programme de formation et d'une enveloppe pour financer la coordination de l'équipe



et des actions de santé publique. Au bout de deux années, l'équipe décide ou non de se constituer en MSP.

Au 1^{er} mai 2022, 21 ESP labélisées (ou en cours de labélisation) se sont formées, deux d'entre elles se sont transformées en MSP, et quatre ont manifesté la volonté de se convertir en MSP.



Le bilan de l'expérimentation régionale est positif avec une forte adhésion des professionnels de santé à la démarche,¹⁵³ mettant en avant l'accompagnement mis en place via la FCCIS (Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé), la formation Pacte Soins Primaires déployée, les incitations financières (contrats d'aides à l'installation, forfait structure)

- **Le rôle de la FCCIS :**

Depuis 2019, la fédération se structure, avec une équipe de salariés recrutés et un CPOM conclu avec l'ARS, **pour porter des actions de promotion et d'accompagnement de l'exercice coordonné en Corse et accompagner les projets innovants**. Elle est devenue l'acteur de référence des professionnels souhaitant se lancer dans un projet d'exercice coordonné. La FCCIS apporte de l'expertise dans la conception de projets, et en lien avec l'ARS et l'Assurance Maladie, soutient la mise en œuvre des projets et l'adhésion à l'ACI, coordonne les structures et leurs outils, et enfin, accompagne les structures dans la mise en œuvre des expérimentations innovantes ou des actions de santé publique.

La FCCIS déploie, dans le cadre d'une convention de partenariat tripartite ARS-FCCIS-EHESP, le programme de formation PACTE Soins Primaires (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe de Soins Primaires). La formation des coordinateurs d'équipes de soins primaires répond à des besoins identifiés sur le

¹⁵³ Rapport d'activité 2021 de la FCCIS



terrain pour créer des équipes de soins primaires capables d'améliorer les parcours de santé et la qualité des soins et soutenir les MSP / ESP.

Le constat d'un certain épuisement professionnel des leaders de MSP et, dans certaines régions, d'un essoufflement des créations de MSP, fait voir le programme comme un moyen de relancer une dynamique régionale en créant un nouveau vivier de leaders accompagnés de coordinateurs.

À date, 46 professionnels de santé participent à la formation : 13 pour la 1^{ère} promotion, 18 pour la 2^{ème}, et 15 pour la 3^{ème}.

- **La motivation des équipes médicales.**

La création d'une ESP ou d'une MSP repose avant tout sur le projet de santé de professionnels de santé qui s'organisent pour travailler ensemble. Une structure d'exercice coordonné est d'abord une équipe qui naît d'une impulsion et qui est ensuite accompagnée dans la mise en œuvre de son projet. **L'expérimentation ESP a été une première étape pour permettre de « dédramatiser » l'exercice coordonné en proposant un cadre plus souple (cahier des charges et projet de santé simplifié, elle a permis de faire la preuve que cela fonctionne** ; mais c'est bien la communication entre les pairs, le partage d'expérience et de bonnes pratiques entre les ESP-MSP constituées et celles en « projet » qui permet de passer à l'action.

En définitive, la volonté et la fédération autour d'un projet médical a été soulignée par tous les acteurs comme étant un facteur clé de succès de la mise en place de l'exercice coordonné.

Focus n°2 : La structuration de filières de santé complètes permet d'organiser une offre de soins de second recours graduée et de proximité sur le territoire Corse

La filière régionale des urgences et la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral en Corse a pu progresser mais reste insuffisante au regard des objectifs du PRS 2 en lien direct avec le manque de neurologues en Corse.

La filière AVC est une filière à très fort enjeu pour la Corse. D'abord parce que les ressources qu'elles mobilisent sont rares, au niveau national comme en Corse. Ensuite parce qu'elle nécessite une réponse rapide, dans les quatre heures trente



suivant la survenue de l'AVC. Enfin, parce que son renforcement était considéré comme un objectif à part entière du PRS 2.¹⁵⁴

En Corse, l'accident vasculaire cérébral (AVC) concerne chaque année plus de 500 patients¹⁵⁵, pouvant causer un décès, une baisse de l'espérance de vie, une hémiplégie, ou d'autres troubles physiques ou psychiques. Par ailleurs, en 2019, le taux standardisé sur la population de patient pris en charge pour un AVC aigu était de 1,68‰ personnes en Corse contre 1,81‰ personnes sur le territoire national.¹⁵⁶

Ce constat est rappelé dans le PRS n°2¹⁵⁷ **qui souhaite mettre en œuvre une filière Urgence AVC pour permettre la prise en charge des patients plus rapidement, leur orientation vers des soins multidisciplinaires adaptés et leur accompagnement vers une réinsertion à domicile.**

La prise en charge précoce et la réactivité sont essentielles pour la filière : la thrombolyse (consistant à injecter une substance capable de dissoudre le caillot qui bouche l'artère du cerveau), opérée par une UNV (Unité Neurovasculaire), ou la thrombectomie (opération qui consiste à retirer le caillot par voie endovasculaire), opérée en NRI (Neuroradiologie Interventionnelle), doivent être réalisées dans un délai de six heures après la survenue de l'événement¹⁵⁸.

Malgré une augmentation mesurée du nombre de neurologues en Corse (passant sur la période du PRS de 4¹⁵⁹ à 5 neurologues¹²), **les objectifs inscrits dans le PRS 2 n'ont pas pu être réalisés.** La carte sanitaire actuelle de la prise en charge de l'AVC (cf. Cartographie des dispositifs et modalités de prise en charge) indique une prévalence de la Corse du Sud (avec une UNV à Ajaccio), et une filière qui se structure à Bastia, malgré l'absence d'UNV (recours à la téléAVC et la NRI).

¹⁵⁴ Le PRS 2 a fondé son action sur 3 axes : Agir sur les délais de prise en charge par l'information et la sensibilisation des usagers et par des formations des professionnels de santé, Poursuivre l'organisation de la filière en prenant appui sur les établissements de santé disposant d'une UNV, Faciliter et sécuriser les retours à domicile post séjours hospitaliers ou post SSR

¹⁵⁵ Mortalité par Accident Vasculaire Cérébral en France en 2013 et évolutions 2008-2013 Santé Publique France

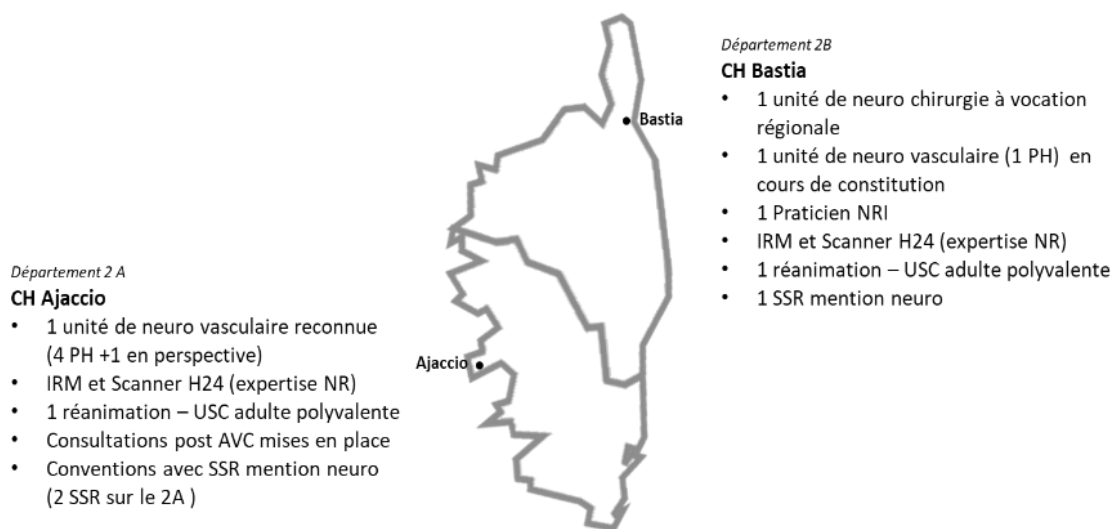
¹⁵⁶ CNAM : Personnes prises en charge pour accident vasculaire cérébral (AVC) aigu en 2019

¹⁵⁷ En cohérence avec le plan national AVC

¹⁵⁸ HAS Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), 2009

¹⁵⁹ Statistique « Nombre de neurologues en France 2018, par région »

Cartographie des dispositifs et des modalités de prise en charge¹⁶⁰



De plus, autorisation de NRI à vocation régionale.

Pour rappel, une UNV permet une prise en charge de l'AVC dans sa globalité (diagnostic, traitement incluant la thrombolyse, prise en charge de comorbidités et suite de la prise en charge). L'UNV d'Ajaccio a une capacité de 12 lits (dont 3 USINV) et permet la prise en charge 24h/24 des patients. On observe une augmentation du nombre de thrombolyse réalisé à l'UNV d'Ajaccio, passant de 12 en 2015 à 30 en 2017¹⁶¹, avec un taux de thrombolyse passant de 8,5% en 2016 à 12,9% en 2017.

A Bastia, le manque d'effectif¹⁶² n'ayant pas permis la création d'une UNV, l'établissement s'est tourné vers deux solutions organisationnelles : la télé-AVC reliée à l'UNV du CHU de Nice, et la mise en place d'une branche d'activité NRI. La mise en place d'une activité de NRI, au CH de Bastia de proposer une prise en charge interventionnelle de l'AVC, sans se substituer à l'UNV. Entre 2017 et 2019, ont été comptabilisés en moyenne 450 séjours pour AVC et AIT pour les seuls patients originaires de Haute-Corse¹⁶³.

De plus, **un effort important a été déployé pour réduire les délais d'accès à la thrombectomie en Haute Corse.** En effet, en 2021, les patients en Haute Corse nécessitaient une évacuation sanitaire pour être pris en charge. Le groupement de l'activité de neuroradiologie interventionnelle sur le site Bastia, par arrêté du 20 décembre 2021, a permis ainsi d'éviter les déplacements des patients à Nice, soit un gain de 4h11 dans le délai de prise en charge de l'AVC, correspondant à 3 ans et 9

¹⁶⁰ Document ARS : « Réunion du 5 novembre 2021 : Mise en œuvre d'une activité de neuro radiologie interventionnelle au CH de Bastia »

¹⁶¹ Dossier de presse 'A.V.C. Agir vite c'est important' 29 octobre 2017

¹⁶² Entretien du 12 Septembre 2022

¹⁶³ Société Française de Neuroradiologie



mois de vie saine en plus¹⁶⁴. En plus des thrombectomies mécaniques, d'autres actes de NRI peuvent être réalisés en cas d'impossibilité de transfert, évitant ainsi la perte de chance¹⁶⁵. A date du 7 janvier 2022, la mise en place de l'activité de NRI au CH de Bastia connaît un réel avancement, notamment avec l'identification d'un numéro unique pour joindre le NRI, la sécurisation de l'effectif médical avec un second recrutement, la validation avec les services des urgences, le bloc opératoire, la cardiologie, le réanimation et neurologie d'un process d'organisation interne, et l'initiation d'un projet de collaboration entre le CH de Bastia et d'Ajaccio pour les transferts de patients pour thrombectomie.

La filière est confrontée à des problématiques RH importantes ne permettant pas de répondre à l'enjeu de gradation de l'offre de soin : la Corse fait face à un problème important d'attractivité, ce qui l'empêche de recruter, aussi bien des agents des services hospitaliers¹⁶⁶, que des professionnels de médecine spécialisée¹⁶⁷. Une UNV avec 30 lits nécessite 3 neurologues spécialisés en pathologie neuro-vasculaire à plein temps¹⁶⁸. En 2021, la Corse-du-Sud compte 4 neurologues tandis que la Haute-Corse n'en compte qu'un seul.¹⁶⁹

L'Académie de Médecine¹⁷⁰ reconnaît la télémedecine appliquée aux AVC (la téléAVC) comme contribuant non seulement à l'effet de substitution du fait de ressources limitées, mais aussi à la diffusion des connaissances et des compétences pour une prise en charge optimale du bon patient, au bon moment, au bon endroit et avec des thérapeutiques adaptées. Ces dispositifs contribuant ainsi en partie à renforcer à l'égalité à l'accès aux soins sur le territoire corse.

La téléAVC est une solution à privilégier pour offrir un accès à la compétence de neurologue à distance, notamment l'expertise à Nice. La télé-AVC est à la fois un outil de diagnostic, mais permet aussi la réalisation d'actes de thrombolyse sur délégation du neurologue de Nice par des experts urgentistes. Grâce à l'intervention du CHU de Nice, le nombre de thrombolyse effectuées à Bastia est passé de 0 en

¹⁶⁴ EVASAN Neurovasculaire 2018 – 2020 - Neuroradiologie Interventionnelle Actualité et Perspectives

¹⁶⁵ Document ARS : "Réunion du 7 janvier 2022 : Mise en œuvre d'une activité de neuro radiologie interventionnelle au CH de Bastia

¹⁶⁶ Corse Matin, « Santé : pénurie et attractivité au cœur des préoccupations en Corse » citation de Christian Campana, 2021

¹⁶⁷ Les Médecins de France : « Dossier spécial Corse, des défis sanitaires pour l'île-montagne », 2022

¹⁶⁸ « Intérêt des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral: une avancée thérapeutique majeure », Y. BEJOT 1, G.V. OSSEBY 1, J.M. YEGUIYAN 2, A. CHANTEGRET 2, M. FREYSZ 2, M. GIROUD 1 (2008)

¹⁶⁹ La Corse compte donc en moyenne 1.5 neurologues pour 100 000 habitants, ce qui est relativement moins que la moyenne nationale de 4.4 neurologues pour 100 000 habitants.

¹⁷⁰ Académie nationale de Médecine : <https://www.academie-medecine.fr/telemedecine-et-accident-vasculaire-cerebral-role-de-la-telemedecine-dans-les-accidents-vasculaires-cerebraux/?lang=ena>



2015 à 18 en 2020¹⁷¹, et un taux de thrombolyse passant de 5,5% en 2017 à 12,2% en 2020¹⁷². Il a été noté que l'implication des urgentistes avait eu un impact positif sur le bon fonctionnement de la télé-AVC à Bastia¹⁷³. Mais la téléAVC intervient sur un périmètre géographique et médical restreint : elle ne peut rayonner sur le territoire puisqu'elle ne répond qu'aux besoins du CH de Bastia. De plus, les patients en phase post-aiguë continuent d'avoir besoin d'être pris en charge à Nice, sauf pour les activités interventionnelles (pris en charge par la NRI). Enfin, la téléAVC à Bastia reste dépendante des installations dans le centre de recours, comme la prise en charge vidéo, non disponible à Nice.

Malgré son importance et l'avancement qu'elle représente, la télé-AVC n'est pas un outil qui permet l'accès à la prise en charge de de l'AVC pour les territoires éloignés du CH de Bastia. En effet, le CH de Bastia est un récepteur d'expertise, non pas un diffuseur. Du fait de son fonctionnement, la télé-AVC est utilisée par le CH de Bastia pour ses besoins propres, mais ne permet pas aux autres centres de la région d'y accéder. L'installation d'une UNV à Bastia permettrait aux autres centres de bénéficier de l'expertise de celle-ci à travers la télé-AVC, et donc de réduire les inégalités territoriales d'accès au soin.

En conclusion, si la filière est renforcée en Corse du Sud (UNV à Ajaccio), elle reste à consolider en Haute Corse. En effet, malgré la mise en place d'un NRI et de la téléAVC, le CH de Bastia reste dépendant du centre de Nice, ne permet pas à date de rayonner dans le territoire, et ne propose pas une prise en charge complète. L'augmentation du nombre de thrombolyse, aussi bien à Ajaccio qu'à Bastia, pourrait être le témoignage d'une certaine progression de la filière.

La filière gériatrique, en manque de gériatres, doit penser la logique parcours de bout-en-bout de la personne âgée, en concentrant les efforts sur l'orientation / la coordination d'une part, et le renforcement des étapes clés du parcours, en amont et en aval

C'est dans le cadre du renforcement du parcours bien vieillir, après un constat sur l'augmentation de la dépendance et de la pauvreté des personnes âgées, et sur le vieillissement de la population Corse, que le PRS 2 fixe un objectif opérationnel reposant sur la structuration d'une filière gériatrique coordonnée, graduée et soutenable. Les différentes actions prévues à cet effet dans le PRS 2, concernant la mise en place de Projets Médicaux Partagés, de médecins coordinateurs et d'hôpitaux de jour dans chaque CH n'ont pas été réalisées. Les points de vigilance observés à la

¹⁷¹ AVC CHG BASTIA Télé expertise UNV Nice

¹⁷² Document ARS : "Réunion du 7 janvier 2022 : Mise en œuvre d'une activité de neuro radiologie interventionnelle au CH de Bastia

¹⁷³ Entretien du 29 Juillet 2022 avec la Direction Opération et Performance du CH de Bastia



fin du précédent PRS, concernant les flux entrants, la nécessité de structurer l'aval et d'organiser les liens hôpital/ville/Etablissements et services médicosociaux (ESMS), le déficit en gériatres, et les difficultés de prise en charge des personnes âgées désorientées, agitées ou déambulantes restent inchangés.¹⁷⁴

La filière gériatrique, au-delà des objectifs mentionnés dans le PRS 2, fait face à trois enjeux majeurs qui en font un cas d'école de la gradation d'une filière, c'est-à-dire, orienter le bon patient au bon endroit au bon endroit :

- Le 1^{er} enjeu est celui de l'accès à la ressource gériatrique, rare et en baisse sur la Corse, alors même que le besoin augmente¹⁷⁵ : en effet, le nombre de gériatres est passé de 5 à 2 sur la période du PRS 2, et la Corse souffre d'un déficit structurel avec 3 fois moins de gériatre par 100 000 habitants que le territoire national (0.9 versus 3.6).
- Le 2^{ème} enjeu de la coordination des acteurs du territoire : la population des personnes âgées, plus que les autres, concentre des problématiques médicales (avec complexité élevée), médico-sociale et sociale. Une vision 360° du profil du malade est souvent nécessaire, impliquant des acteurs multiples et différents, des acteurs sanitaires comme des acteurs médico-sociaux relevant de la Collectivité. Plus qu'ailleurs l'enjeu de la coordination des acteurs et de la construction d'une carte sanitaire claire, connue de tous les acteurs du 1^{ers} recours, est essentiel.
- Le 3^{ème} enjeu est celui du renforcement de la filière de bout-en-bout, avec en amont l'importance du repérage de la fragilité qui permet de repérer les personnes âgées en perte d'autonomie, de les orienter et de les prendre en charge le plus tôt possible, et en aval, avec la mise en place de solutions satisfaisantes (admission en SSR gériatrique, prise en charge en EHPAD, prise en charge à domicile, articulation avec les aidants, les patients, les unités gériatriques, etc...)

Il est à noter en préambule que les objectifs inscrits dans le PRS 2 au titre de la structuration d'une filière gériatrique en Corse n'ont pas été atteints.

Actuellement, aucune des deux filières (en Haute-Corse et en Corse-du-Sud) n'est labélisée.¹⁷⁶

Etat de la filière gériatrique dans chaque département :

	Corse-du-Sud (CH Ajaccio)	Haute-Corse (CH Bastia)
--	---------------------------	-------------------------

¹⁷⁴ Entretien Dr Grimaldi

¹⁷⁵ Vieillessement de la population + augmentation du nombre de séjours en médecine gériatriques

¹⁷⁶ Pour une filière complète, la circulaire du 28 mars rappelle le besoin de disposer : d'une unité de CSG, d'une EMG intra et extra hospitalière, d'une unité de consultation et d'hospitalisation gériatrique de jour, et d'un SSR.



Unité de court séjour gériatrique	Existant	Existant
Unité de SSR	Existant	Existant
Hôpital de jour	Absent <i>Non mis en place à cause d'obstacles organisationnels</i>	Existant <i>Existant, mais non-centré sur la PA</i>
Equipes mobiles gériatriques	Existant	Existant
Constats généraux	• Equipes mobiles gériatriques supposées être intra et extra hospitalières, focalisées sur les soins en intra • Manque de pôles gériatriques qui pose un problème d'hébergement : des patients dits « hébergés » sont placés dans des services (souvent liés à une comorbidité), sans suivi gériatrique, ce qui peut causer des problèmes d'iatrogénie médicamenteuse • Manque de culture gériatrique au sein des hôpitaux qui appelle le renforcement des équipes mobiles gériatriques	

Malgré ce constat, des avancées concrètes ont pu être réalisées pour renforcer l'offre de soin en gériatrie. Ces avancées répondent aux 3 principaux enjeux, à savoir optimiser le recours à l'expertise gériatrique dans un contexte de déficit de gériatres (astreintes gériatriques à pérenniser, organisations d'interventions téléphoniques extra-hospitalières de l'EMG de Bastia, notamment au sein d'ESMS), **renforcer la coordination et l'orientation des personnes âgées vers les bons acteurs de prise en charge** (mise en place de cellules parcours¹⁷⁷, contexte de mise en place du DAC) **et enfin, renforcer le**

¹⁷⁷ Les cellules parcours sont des équipes qui se chargent, dans une logique de parcours de santé des patients âgés, de planifier les interventions, leur suivi et leur sortie, le tout en coordonnant les différents acteurs médicaux concernés. Ces cellules ont principalement participé à l'amélioration de l'anticipation du retour à domicile, en accompagnant plus de 130 patients à fin janvier 2021. Leur rôle, pour l'instant focalisé sur l'aval des prises en charges, prévoit d'être étendu à l'amont, encore peu structuré, avec notamment un rôle important dans l'admission directe des patients. Leur mission est déterminante pour la structuration du parcours du patient, permettant d'orienter les patients vers les services les plus appropriés, et donc de mieux répartir les patients.



parcours de la personne âgée lors des étapes clés que sont le repérage de la fragilité en amont (lancement du programme ICOPE), **et l'hébergement temporaire en aval.**

Les enjeux de la vision parcours sont traités dans la partie 3 du document, Parcours Bien Vieillir.

La filière imagerie médicale renforce le nombre des équipements lourds sur la période du PRS n°2 et contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins

Le PRS 2 fixe des objectifs opérationnels pour le renforcement de la filière de l'imagerie en coupe. Ces objectifs se focalisent sur **la réduction des délais de prise en charge, l'accessibilité 24h/24h** sur tout le territoire, **l'optimisation du fonctionnement des plateaux**, ou les ressources humaines et la coopération public/privé, et notamment le fait de **positionner le radiologue en Corse comme un acteur à part entière de la prise en charge**, avec dans son périmètre d'activités la prévention de radioprotection et l'analyse de la pertinence des actes réalisés.

Sur la période du PRS, la filière s'est renforcée avec l'installation de nouveaux équipements à une maille infrarégionale. En augmentant l'offre publique en imagerie médicale, l'ARS contribue sur la période passée à renforcer l'accès à l'imagerie médicale dans les territoires moins bien dotés.

Sur la période du PRS n°2, cette ambition se traduit par le déploiement des équipements suivants :

- 2 scanners ont tout d'abord été autorisés depuis 2018 : un premier à la SAS Scanner polyclinique de FURIANI, autorisé en 2020 et mis en service en 2021.
- Un deuxième scanographe a été autorisé fin 2020 au CH Intercommunal de Corte Tattone, et mis en service en septembre 2022.
- De plus, après une demande liée à un besoin exceptionnel, une modification du Schéma Régional de Santé par reconnaissance d'un besoin exceptionnel a autorisé l'installation d'un EML scanographe à usage médical sur le grand Ajaccio¹⁷⁸.

Il en résulte que la Corse est en moyenne mieux fournie en équipement d'imagerie médicale que le reste de la France métropolitaine. A compter de septembre 2022¹⁷⁹, la Corse comptera 9 scanners, dont 4 en Corse-du-Sud, et 6 en

¹⁷⁸ Avis de la CSOS : procédure de besoins exceptionnels susceptible de rendre recevable une demande d'autorisation en équipement matériel lourd (scanner) 2022

¹⁷⁹ Avis de la CSOS : procédure de besoins exceptionnels susceptible de rendre recevable une demande d'autorisation en équipement matériel lourd (scanner) 2022



Haute Corse, ce qui fait un total de 2.3 scanners par centaine de millier d'habitants, au-dessus de la moyenne française s'élevant à 1.45 scanners pour 100 000 habitants en 2018¹⁸⁰. En 2018, le nombre d'IRM s'élevait au nombre de 6¹⁸¹, c'est-à-dire 1.8 IRM pour 100 000 habitants, là encore au-dessus de la moyenne du pays en 2018, de 1.5 IRM par centaine de millier d'habitants.

La stratégie mise en œuvre valorise les initiatives des professionnels à la maille des territoires tout en posant la question de l'efficience des équipements

Le taux d'équipement élevé a pour corolaire une forte hétérogénéité **concernant l'utilisation de ces équipements**. En 2021, des **écarts importants** en nombre d'actes réalisés par les scanners sont observés entre les plateaux techniques de l'île¹.

Activités en acte des 8 scanners installés en 2021

Secteur	Structures	Actes
Public	Secteurs Hospitaliers Ajaccio et Bastia	14 000 en 2021
	Secteur Hospitalier Balagne	5000/an, 6360 en 2021
	Secteur de Porto Vecchio	11 510/an
Privé	Secteur libéral Ajaccio	22 000/an
	Secteur libéral Bastia (scanner PC Furiani)	2407 (5 mois en 2021)
	Secteur libéral Bastia (imagerie nouvelle PC Maymard)	12 852/an
	Secteur libéral Prunelli di Fiumorbo	9862/an

Le choix du développement des équipements incite les professionnels à **se responsabiliser et à s'organiser à la maille de leur territoire** (renforcement des capacités de prises en charge des urgences ou en imagerie de spécialité...) et **contribue à clarifier la gradation des prises en charges en imagerie**, avec un recours organisé vers les plateaux à plus forte technicité ou plus fortement dotés en compétences de radiologues. Par ailleurs, ces évolutions **invitent les radiologues à converger autour d'un même projet et à construire une organisation qui répond aux enjeux de leur territoire**, tout en assurant une permanence de soins.

Enfin, de nouveaux équipements pourraient être autorisés dans les années venir, notamment en lien avec les évolutions de la réforme du régime d'autorisation ; sur les territoires bénéficiant d'une implantation, les professionnels pourront solliciter à

¹⁸⁰ L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratifs, Les établissements de santé, édition 2020, DREES

¹⁸¹ PRS 2 Corse



l'horizon 2024, de 1 à 3 équipements ce qui pourrait conduire à encore augmenter l'offre. Dans ce contexte, **les impacts associés à ces évolutions** (évolution des flux de patientèle, impact sur la qualité et la pertinence des prises en charge, efficience et occupation des équipements...) **devront être mesurés.**

La stratégie mise en œuvre est aussi fondée sur la mutualisation des compétences pour faire face au nombre limité de professionnels

La Corse fait face à une problématique d'effectifs. L'île compte 37 radiologues, dont la moyenne d'âge est de 57.8 ans. Au niveau régional, le CH d'Ajaccio ne compte plus de praticiens hospitaliers polyvalents, le CH de Bastia compte un seul praticien hospitalier à temps partiel polyvalent, tandis que le CH de Calvi Balagne n'a pas pu recruter de praticien hospitalier. Comme il a été indiqué lors des entretiens d'évaluation¹⁸², les plateaux techniques ont du mal à faire venir des radiologues, cumulé au fait que la plupart des imageurs du plateau sont proches de la retraite. Le manque d'effectif est notamment lié au problème d'attractivité des radiologues dans les hôpitaux publics : un rapport du Sénat de 2016¹⁸³ souligne le choix majoritaire des radiologues pour l'exercice libéral ou mixte, notamment pour un facteur économique. Ces informations ont été confirmées lors d'entretiens menés avec les plateaux techniques publiques de Corse. Ce manque d'effectif en hôpital a un impact direct sur l'égalité d'accès au soin, et ce malgré un nombre suffisant d'équipement.

Afin d'identifier les avancées et obstacles auxquels sont confrontés les plateaux, il a été décidé dans le cadre de la mission d'évaluation de prendre pour exemple les plateaux d'imagerie médicale de Corte et de Balagne.

Les plateaux d'imagerie médicales de Corte et Balagne ont tous deux fait part de problématiques liées aux installations d'équipements.

La première limite remontée est celle du nombre maximal d'installations : Le Schéma Régional de Santé limitait le nombre de nouveaux scanners à 2 pour une période de 5 ans. Une révision du PRS 2 a été acceptée pour permettre la mise en place de nouvelles installations, comme indiqué précédemment.

La deuxième limite remontée est celle du délai entre l'autorisation d'un équipement, son installation, puis sa mise en marche perçue comme très long par les acteurs rencontrés. En Corte, le scanner autorisé en 2020 a été mis en place en septembre 2022, été mis en place tandis qu'en Balagne, un scanner autorisé en 2014 n'a été mis en marche qu'en 2017.

Ces délais importants trouvent leurs origines dans plusieurs raisons : changements organisationnels, crise sanitaire du COVID-19, ou encore manque d'effectif pour faire fonctionner l'équipement. Enfin, la troisième limite remontée est celle du recrutement

¹⁸² Atelier mené le 6 septembre 2022

¹⁸³ Senat, Rapport d'information n°602, session ordinaire de 2015-2016, 2016



de radiologues comme de manipulateurs (dépendance organisationnelle vis-à-vis du secteur privé¹⁸⁴, absence d'une école de manipulateurs en Corse).

La mutualisation des plateaux et de la télé-imagerie, à travers la mise en place de PMIM, est une piste à instruire pour optimiser le recours aux plateaux techniques en Corse. En effet, les Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisées (PMIM) permettent de faire coopérer les radiologues au sein d'un territoire, même s'ils obéissent à des statuts différents (public et privé). Les PMIM répondent à plusieurs enjeux, dont le maintien de la permanence des soins, l'attractivité médicale, l'accès à l'innovation, mais surtout l'accessibilité de l'offre d'imagerie¹⁸⁵.

Déjà inscrit dans le PRS, le développement des PMIM nécessite un travail d'état des lieux et de définition d'un socle des besoins en effectif et en équipement, ce qui n'a pas encore été fait¹⁸⁶, mais aussi une convergence de rémunérations entre les différents praticiens du public au privé. **Les plateaux de Corse y voient une réelle réponse aux contraintes auxquels ils sont confrontés⁹.** En plus d'apporter une solution au problème d'effectif, le PMIM peut permettre des organisations sur de nouveaux équipements.

Dans ce contexte, l'ARS a lancé un appel à projets (AAP) en octobre 2022 co-construit avec les acteurs concernés visant à déployer des PMIM, avec un socle commun d'attendus autour de l'organisation de l'activité d'imagerie, de la gestion du risque, de la présence sur site des radiologues, de la permanence des soins, de la qualité de la prise en charge des patients (e.g. organisation dédiée pour les annonces) et pertinence des actes.

L'accès à des diagnostics pertinents sur l'autisme et les TND s'améliore sur l'ensemble du territoire, bien que la cible ne soit pas encore atteinte

La question du diagnostic sur l'autisme et les TND pose 2 questions majeures en Corse :

- L'accessibilité qui doit tendre vers un maillage territorial couvrant l'ensemble de la Corse pour répondre à l'enjeu de proximité et d'égalité d'accès aux soins, dans le contexte particulier de l'île montagne.
- La pertinence du diagnostic, et qui doit permettre, grâce aux RBP (référentiels de bonnes pratiques), d'améliorer la qualité du diagnostic d'une part et de l'homogénéiser sur le territoire.

¹⁸⁴ Atelier mené le 6 septembre 2022

¹⁸⁵ « Relancer les plateaux d'imagerie médicale mutualisés grâce au modèle public-public » Louis HANNETEL, 2021

¹⁸⁶ Entretien mené le 12 Septembre 2022



L'offre de diagnostic en Corse s'appuie sur des structures bien établies et fonctionnelles mais qui nécessitent une meilleure articulation entre elles.

Comme ailleurs en France, 3 types d'acteurs et d'institutions réalisent le diagnostic :

- Les acteurs de la « première ligne » repèrent les signes d'alerte (professionnels de la petite enfance, de l'éducation nationale, professionnels de santé exerçant en libéral, en PMI, médecins généralistes, pédiatres, professionnels paramédicaux et psychologues) ;
- Les acteurs de « deuxième ligne » effectuent les diagnostics (équipes pluridisciplinaires constituées de professionnels spécifiquement formés aux TND et au TSA) ;
- Enfin, les acteurs de la « troisième ligne » interviennent sur les diagnostics plus complexes (centres ressources autisme, services hospitaliers spécialisés).^{187 188}

La coordination entre les acteurs est jugée positivement par l'ensemble des interlocuteurs interrogés. Il apparaît que cette bonne coordination est en grande partie due aux bonnes relations interpersonnelles entretenues entre les différents acteurs.

Plusieurs acteurs notent cependant que le nombre de structures leur apparaît trop important, et considèrent qu'il est plus pertinent de renforcer les dispositifs existants que d'en créer de nouveaux qui compliquent la coordination et nuisent à la lisibilité des parcours¹⁸⁹(exemple de l'EDAP en Balagne, soulevé par l'ADPEP 2B).

Concernant la question de l'accessibilité, l'offre de diagnostic en Corse est riche mais gagnerait à s'organiser et s'articuler de façon coordonnée pour améliorer la lisibilité pour l'utilisateur d'une part et le maillage territorial d'autre part.

Pour le diagnostic des TSA (troubles du spectre de l'autisme), le CRA (centre de ressource autisme) en Corse joue un rôle prépondérant dans le diagnostic, tenant lieu parfois de filet de sécurité pour les acteurs de deuxième ligne (alors même que le périmètre d'un CRA est celui de la troisième ligne). Les dispositifs¹⁹⁰ en place en

¹⁸⁷ Groupement national des centres ressource Autisme. Accessible sur www.gncra.fr/autisme/la-prise-en-charge-et-le-parcours-de-soins

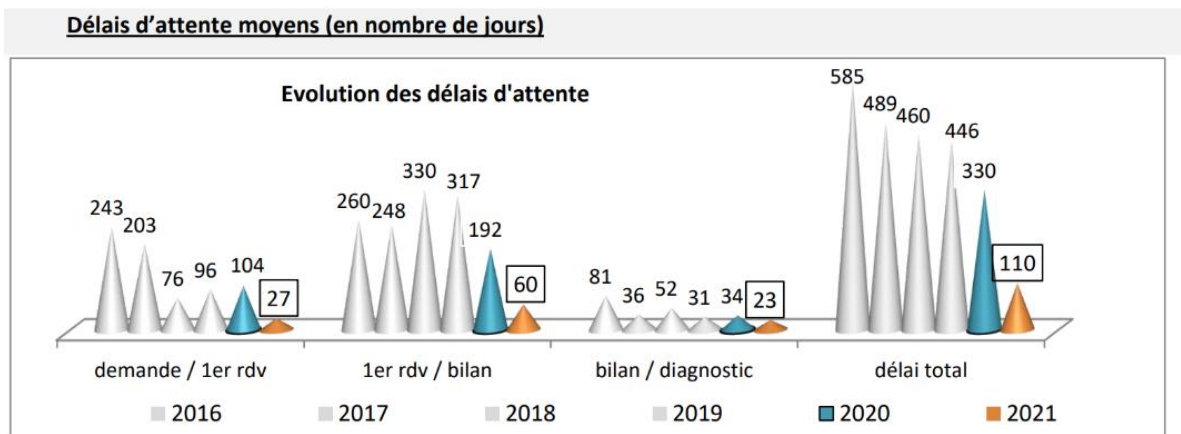
¹⁸⁸ En effet, selon la HAS, « La démarche diagnostique ne relève pas immédiatement d'un CRA ou d'un autre type de dispositif de 3e ligne [...] qui doivent traiter préférentiellement les situations les plus complexes : diagnostic différentiel difficile à établir ; troubles associés multiples [...] ; présentation clinique atténuée ou repérée tardivement ; tableaux cliniques atypiques ; etc. »¹⁸⁸

¹⁸⁹ Atelier avec l'ADPEP 2A, Entretien avec Mme BERTAZZONI et M. CARLOTTI (ADPEP 2B)

¹⁹⁰ Pour rappel, la Corse dispose de trois Équipe Diagnostic Autisme de Proximité (EDAP) qui sont adossées au CRA et intégrées aux Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) d'Ajaccio, de Bastia (avec une antenne « Moriani » à San Nicolao) et de Balagne. L'île compte également trois centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), à Ajaccio, Bastia-Moriani et en Balagne. Les CAMSP accueillent les enfants de 0 à 6 ans, et les CMPP les enfants et adolescents de 6 à 18 ans. Toutes ces structures dépendent en Corse des ADPEP 2A et 2B.

Corse pour le diagnostic des TSA permettent dans leur ensemble aux personnes et familles demandeuses de disposer d'une offre de diagnostic de proximité satisfaisante.¹⁹¹ Il est cependant à noter que cela est possible parce que le CRA agit comme un filet de sécurité pour les dispositifs de deuxième ligne lorsque ces derniers font face à des difficultés¹⁹² (soit des volumes trop importants occasionnant de longues files d'attente, soit une pénurie de spécialistes médicaux et paramédicaux à cause de laquelle certains postes ouverts ne peuvent pas être pourvus),¹⁹³ ce point sera détaillé plus bas. Or, une telle organisation s'écarte des objectifs des CRA tels que décrits par l'HAS.

Pour rappel, le CRA de Corse est établi sur deux pôles (à Ajaccio et Bastia), avec une équipe mobile adultes et affiche de bons résultats. En 2021, il a réalisé 166 bilans, soit une augmentation de 30% par rapport à l'année précédente (128 bilans effectués). La répartition de ces bilans était la suivante : 99 bilans à Bastia et 67 bilans à Ajaccio ; 100 concernant des enfants (dont 23 de moins de 7 ans) et 66 des adultes.¹⁹⁴ Concernant le délai d'attente total entre la demande et le diagnostic, les actions mises en place par le CRA ont permis une amélioration conséquente constante ces dernières années, comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous (de 585 jours en moyenne en 2016 à 110 en 2021).¹⁹⁵



Cette réussite en matière de réduction des délais est largement due au succès du plan de réduction des délais mis sur pieds par le CRA mené en collaboration avec l'ARS.

¹⁹¹ Entretien avec M. GUILLOUX (CRA Corsica)

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ Entretien avec Mme BERTAZZONI et M. CARLOTTI (ADPEP 2B) ; atelier avec l'ADPEP 2A

¹⁹⁴ CRA Corsica, Rapport d'activité 2021

¹⁹⁵ *Ibid.*



Pour les autres TND¹⁹⁶ (troubles du neurodéveloppement), le diagnostic est principalement porté par les UBDYS. En effet, ils sont essentiellement diagnostiqués par la Maison des Personnes Handicapées de Corse (MDPH) dans deux Unités de Bilans DYS (UBDYS) implantées à Ajaccio et Bastia qui proposent des bilans pluridisciplinaires aux enfants souffrant de ces troubles. À ce jour, elles sont les seules structures de diagnostic spécialisées sur les troubles DYS sur l'île.¹⁹⁷ Chaque unité diagnostique en moyenne une cinquantaine d'enfants par an grâce à des équipes composées de psychologues, neuropsychologue, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste, enseignants et médecins. Les bilans réalisés permettent d'orienter les familles vers des protocoles de soin et d'accompagnement adaptés.¹⁹⁸

Concernant les enfants de moins de 7 ans, **la PCO est un nouvel outil pertinent mais qui n'a pas encore pu démontrer son plein potentiel pour des raisons conjoncturelles.** Lancé en 2020, en application de la circulaire du 19 juillet 2019, la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) a pour but de poser un diagnostic et de mettre en place un accompagnement rapide afin de limiter au maximum les risques de sur-handicap des enfants ayant des retards de développement. Elle permet la coordination des différents professionnels, sur une durée de 15 mois, pour accompagner les enfants et leurs familles à travers le parcours de diagnostic et de prise en charge. À la fin du processus, un bilan fonctionnel et un projet d'intervention sont établis. En cas de nécessité, la PCO aide la famille dans la préparation d'un dossier MDPH afin de mettre en place une prise en charge dans les structures adaptées.

À ce jour, la PCO poursuit sa montée en charge qui ne s'est pas réalisée selon la trajectoire définie initialement compte tenu de la crise sanitaire et de difficultés conjoncturelles. Son activité débutée à compter du second semestre 2020 a d'ores et déjà permis la validation de 75 parcours diagnostic TSA et de 65 forfaits validés. Il est rappelé que la PCO permet effectivement le déclenchement du forfait précoce induisant la solvabilisation des familles dans le parcours diagnostic au titre des évaluations et interventions des professionnels dont les actes ne relèvent pas d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Ces données d'activité sont encourageantes et traduisent une adéquation de l'offre avec les besoins territoriaux. Son développement doit néanmoins être soutenu. Une évaluation de la plateforme a été engagée par l'ARS fin 2021. Des conclusions ont permis d'envisager le renforcement de la plateforme à travers une augmentation de ses effectifs qui permettront également d'envisager à terme l'élargissement de la plateforme aux enfants âgés de 7 à 12 ans concernés par d'autres TND (troubles des apprentissages, TDAH par

¹⁹⁶ Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), communément appelés « troubles DYS » font partie des TND. Ils regroupent notamment la dysphasie, la dyslexie, la dysorthographe, la dyscalculie, la dyspraxie et les troubles de l'attention.

¹⁹⁷ Entretien avec la Dr LE GALLAIS et M. Guy (MDPH) ; présentation de l'UBDYS sur www.mdpd.corsica

¹⁹⁸ *Ibid.*



exemple). L'évaluation réalisée insiste également sur la définition d'une stratégie de communication qui devra soutenir les actions engagées de nature à apporter aux familles et aux différents professionnels une meilleure information quant au repérage des TND et l'existence de la PCO.

La couverture territoriale de l'offre de diagnostic reste à renforcer pour permettre à toutes les familles un accès facilité à l'offre, d'autant plus dans le contexte Corse de l'île montagne.

En effet, pour le diagnostic TSA, les familles doivent parfois parcourir de longues distances pour en bénéficier. Par exemple, compte tenu de la relative facilité du trajet par la route jusqu'aux centres de Moriani, des personnes issues de l'Extrême Sud s'y rendent au lieu de se diriger vers Ajaccio. En plus de l'Extrême Sud,¹⁹⁹ le Cortenais reste un point de difficulté, puisque les nouveaux dispositifs en Balagne (CAMSP, CMPP, EDAP) restent trop difficiles d'accès pour les personnes dans le Cortenais.²⁰⁰ Face à ce constat, l'ARS a engagé un appel à projet visant à déployer sur le territoire de l'Extrême Sud une plateforme d'accompagnement multimodal intégrant une mission de diagnostic des TND et un parcours accéléré pour les enfants de moins de 6 ans. La problématique de l'accès au diagnostic des TND à travers une approche territorialisée affinée doit également interroger sur la structuration de l'offre de première ligne actuellement trop peu développée et soutenue.

Le même enjeu se présente pour les 2 UBDYS implantées à Bastia et Ajaccio dont le fonctionnement et la taille ne permettent pas de mettre en place des antennes territorialisées ce qui induit des déplacements. Le coût de déplacement est lourd selon les situations. Cette problématique traduit le fait que concernant l'offre de diagnostic des TND autres que les TSA, le travail de graduation doit être poursuivi autour des UBDYS qui doivent être considérés comme des acteurs de deuxième voire de troisième ligne. Dans sa programmation médico-sociale de 2020, l'ARS a fixé comme priorité de créer un Centre Ressource des TND qui aura vocation à coordonner l'ensemble de l'offre diagnostic TND et permettra également à travers des actions de formation et d'outillage de développer une offre de diagnostic de 1ère et 2ème ligne au plus près des lieux de vie. La deuxième question majeure concernant le diagnostic de l'autisme et les TND est celle de la pertinence du diagnostic en lien avec l'application des recommandations de la HAS. Les acteurs rencontrés ont tous indiqué être favorables à l'application des recommandations de bonnes pratiques (RBP) émises par la Haute Autorité de Santé (HAS). L'application des RBPP peut cependant être complexe selon les acteurs et situations; la problématique de la formation et de l'information est prépondérante.

En complément, pour renforcer plus globalement la filière, deux points ont été soulevés par les acteurs :

¹⁹⁹ Entretien avec M. GUILLOUX (CRA Corsica) ; atelier avec l'ADEP 2A

²⁰⁰ Atelier avec l'ADEP 2A



1. Des diagnostics rendus plus difficiles par une offre de soin insuffisante sur des spécialités médicales et paramédicales clés

Les personnes interrogées ont toutes souligné que les diagnostics sont souvent rendus plus difficiles par des manques d'offre de soin sur certaines spécialités médicales et paramédicales, à la fois dans le public et dans le libéral, en orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, neuropsychologie, neuropédiatrie et pédopsychiatrie.²⁰¹

Sur ce point, la MDPH suggère de travailler avec les écoles de formation pour communiquer auprès des étudiants sur l'attractivité du système de santé corse. Cette démarche pourrait passer par une action sur les réseaux sociaux et auprès des syndicats d'étudiants, en parallèle des actions menées sur la promotion des stages d'internat de médecine sur l'île, et en s'inspirant des facteurs de réussite de ce dispositif.

2. Un travail à mener sur les offres de prise en charge

Plusieurs interlocuteurs ont pointé la nécessité de renforcer les offres de prise en charge. En effet, les efforts menés pour assurer des diagnostics précoces s'avèrent vains lorsqu'il est impossible de proposer une prise en charge adaptée, empêchant de circonscrire les aggravations des troubles (ce qui est pourtant l'objectif des dépistages précoces) et est source de découragement pour les équipes.²⁰² De plus, les CMPP gardent parfois plus longtemps des enfants lorsqu'aucune offre de prise en charge n'est disponible, au détriment d'autres enfants qui auraient besoin d'une prise en charge courte.²⁰³

Cette problématique est bien identifiée par l'ARS qui a poursuivi le renforcement de l'offre de services médico-sociale en faveur des enfants qui représente plus de 55% de l'offre régionale totale (un objectif de 50% est fixé au niveau national). Parmi cette offre, l'ARS a notamment soutenu la création de places d'interventions précoces en faveur des 0-6 ans (Autisme, DYS et TDAH).

Le diagnostic des MND chez les personnes âgées est un marqueur de la capacité à travailler en écosystème ; celle-ci est à renforcer pour poursuivre les avancées enregistrées sur la période passée.

Les maladies neurodégénératives (MND) concernent en Corse près de 6000 patients²⁰⁴ qui se répartissent comme suit :

²⁰¹ Atelier avec l'ADEP 2A ; Entretien avec Mme BERTAZZONI et M. CARLOTTI (ADPEP 2B) ; Entretien avec M. GUILLOUX (CRA Corsica) ; Entretien avec la Dr LE GALLAIS et M. Guy (MDPH)

²⁰² Atelier avec l'ADEP 2A ; Entretien avec Mme BERTAZZONI et M. CARLOTTI (ADPEP 2B) ; Entretien avec la Dr LE GALLAIS et M. Guy (MDPH)

²⁰³ Atelier avec l'ADEP 2A

²⁰⁴ IGAS MND, 2022.



- 3800 patients atteints d'Alzheimer et apparentés
- 1400 patients atteints de Parkinson
- 600 patients atteints de Sclérose en Plaque (SEP)

Maladies dont la fréquence augmente de manière importante avec l'âge, la Corse est un territoire particulièrement concerné car ce dernier représente l'une des régions les plus âgées de métropole. Ainsi, 94 000 personnes de 60 ans ou plus y résident actuellement, représentant 29 % de la population totale de l'île contre 25 % en France métropolitaine²⁰⁵.

Face aux MND, l'étape du diagnostic, et celle encore plus en amont du repérage (lorsque le médecin traitant ou l'aide à domicile détecte les premiers signes de la maladie), sont particulièrement importantes pour deux raisons. D'abord, la maladie d'Alzheimer, qui est la première MND en termes de nombre de patients en France (1,2 millions de patients contre 200 000 pour la maladie de Parkinson et 115 000 pour la SEP)²⁰⁶, reste largement sous-diagnostiquée, avec seulement 50% des patients diagnostiqués selon le programme européen ALCOVE (ALzheimer COoperative Valuation in Europe)²⁰⁷. Ensuite, un diagnostic précoce et précis permet d'informer le patient et la famille sur la maladie, à un moment où il est à un stade paucisymptomatique lui permettant d'être acteur de sa maladie²⁰⁸ et d'orienter au mieux le patient à son entrée dans le parcours de soins.

Les pertes cognitives progressives et irréversibles entraînées par les MND²⁰⁹ font apparaître une temporalité longue que la chaîne de soins se doit d'intégrer face à la perte durable d'autonomie et de dépendance chez les patients concernés. C'est la raison pour laquelle les structures de soin en Corse ont mis en place une offre de soins sanitaire et médico-sociale intégrant ces problématiques (hébergement, équipes spécialisées, aidants).

En la matière, le plan maladie neurodégénératives (PMND) corse a souhaité renforcer la connaissance du citoyen des soins de santé spécifiques en diffusant un guide d'aide à l'orientation des malades et des familles s'appuyant sur 10 conseils pratiques. Le guide apporte des éclairages sur :

- Le parcours de soins (6 conseils sur 10), il met surtout en avant les problématiques liées au domicile des patients. Ainsi, il énumère les offres de soins à domicile, les solutions alternatives au domicile et l'entrée en

²⁰⁵ INSEE, INSEE Analyses Corse, n°25, 19/04/2019.

²⁰⁶ Ministère de la Santé et des Solidarités, Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022.

²⁰⁷ Agence nationale du Développement Professionnel Continu, « Le DPC soutient le repérage et le dépistage précoces des troubles cognitifs », 03/08/2022.

²⁰⁸ HAS, Recommandation de bonne pratique, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge, décembre 2011.

²⁰⁹ Fondation pour la recherche médicale, Maladie d'Alzheimer.



établissement, le tout en listant à chaque fois les différentes structures en Corse du Sud et Haute-Corse.

- Les aides disponibles (2 conseils sur 10) pour les aidants proches (congé de solidarité familiale par exemple) ainsi que celles d'ordre financier (allocations).
- Les conseils consacrés à la maladie au quotidien (2 conseils sur 10) avec la vie professionnelle et les droits des personnes concernées (curatelle, tutelle, droits des usages recevant du personnel à domicile ou accueilli dans des établissements médico-sociaux).

L'offre de diagnostic et prise en charge des personnes âgées atteintes de MND a globalement progressé sur la période passée, dans le secteur sanitaire comme médico-social.

Sur le sanitaire, l'on identifie sur le territoire un nombre important de structure permettant le diagnostic, la prise en charge et le traitement des patients, à travers le déploiement de dispositifs d'accompagnement²¹⁰.

- Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR) ayant un pôle à Bastia et un à Ajaccio, centre expert ressource et de compétence pour la maladie d'Alzheimer
- Le CH d'Ajaccio, centre expert ressource et de compétence CRC sclérose en plaque (labelisé en juin 2022)
- Les centres mémoires labellisées (CML) sur chacun des 2 centres hospitaliers Ajaccio et Bastia.
- Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), adossées à deux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), pouvant intervenir à domicile (prise en charge en milieu ordinaire) mais disposant également d'une offre d'accueil, d'hébergement et de répit (prise en charge institutionnalisée). Ce dispositif se distingue par un haut degré d'encadrement et de personnalisation des patients
- Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC), disposant de 6 places au sein des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en gériatrie à Bastia. Elles accueillent des personnes atteintes de MND avec des troubles de comportement sévères et délivrent une réévaluation thérapeutique médicamenteuse pour amoindrir ceux-ci

Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR), par ses deux pôles à Ajaccio et Bastia, a doublé ses consultations neurologiques entre 2020 et 2021, après le premier épisode de confinement. Par rapport à 2020, il a également augmenté ses consultations psychiatriques (au plus haut depuis 2016), l'arrivée de nouveaux patients ainsi que ses bilans neuropsychologiques, toutefois moindres que ceux réalisés en 2017 et 2018.

• **Sur le médico-social, l'offre s'appuie sur :**

²¹⁰ IGAS MND, 2022.



- Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR), composée de petites structures de 12 à 14 places, présent dans 2 EHPAD, à Bastia et Sartène, pour les personnes diagnostiquées d'un Alzheimer ou d'une démence apparentée.
- Les Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) présents dans 5 EHPAD sur le territoire corse, prenant en charge des personnes qui ont des MND avec des troubles de comportement plus modérés que l'UHR (volonté d'augmenter leur nombre)
- Un centre de répit pour les aidants à Ajaccio (volonté d'augmenter leur nombre)
- Si la Corse dispose d'un CMRR dédié à la maladie d'Alzheimer, le territoire est dépourvu de centre d'expertise dédié à la maladie de Parkinson. Cette situation oblige donc certains patients à devoir se rendre dans des centres continentaux.
- Etape cruciale en amont du diagnostic, le repérage peut être renforcé en coopération avec les SSIAD qui interviennent auprès des personnes âgées afin de le signaler, le cas échéant, au médecin traitant/de famille.

Focus n°3 : La contractualisation territoriale a permis de s'approprier le PRS pour mettre en œuvre une politique en santé au plus près des enjeux du territoire

Dans le cadre de son objectif stratégique n°4, le PRS n°2 fixait l'ambition de renforcer **la mise en œuvre des dispositifs de contractualisation territoriale en santé.**

Pour mesurer les avancées en matière de contractualisation territoriale et évaluer leurs effets, la mission s'est concentrée sur quatre projets complémentaires : le recours à l'article 51 à la suite de la fermeture de la pharmacie de Cozzano, la démarche de contractualisation territoriale avec la communauté de communes de Fium'orbu Castellu, la construction du CTS sur l'extrême sud et la communauté professionnelle territoriales de santé (CPTS) de Balagne.

Dans le cas de Cozzano, la fermeture en 2019 de l'unique pharmacie de la commune a créé une absence d'offre dans une région rurale, certains habitants se trouvant à plus de 40 minutes de route de l'officine la plus proche. À l'initiative de la municipalité de Cozzano, **un projet recourant à l'article 51 est en cours d'élaboration.**²¹¹ Il consiste à mettre en place avec deux pharmaciens de la région

²¹¹ Ministère de la Santé et de la Prévention : « La loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif [...] qui propose aux acteurs de santé de



une antenne pharmaceutique permettant une présence de pharmaciens deux jours par semaine à Cozzano afin d'assurer la dispensation des médicaments, des actions de prévention et de promotion de la santé en lien avec les autres professionnels du territoire (vaccinations, entretiens pharmaceutiques, distribution de kits de dépistage, etc.). Une continuité d'activité sera assurée les autres jours de la semaine pour éviter toute rupture de prise en charge. Il ne s'agit pas d'une pharmacie à proprement parler (il est prévu que le stock soit limité à des réserves d'urgence), mais d'une **approche nouvelle permettant d'offrir un relais pharmaceutique dans une zone peu peuplée et sous-dotée en offre de soins.**

La MSA a contribué, à la demande de l'ARS, à la mise en place du projet qui a impliqué la mairie de Cozzano, l'ARS, l'URPS et les professionnels de santé du territoire et a consisté à la rédaction d'une lettre d'intention découlant de groupes de travail qui se sont tenus entre février et avril 2022.²¹² Ce texte doit maintenant être validé par le ministère de la Santé et par le Conseil de l'Ordre National des Pharmaciens (cette dernière validation est jugée indispensable par les pharmaciens impliqués dans le projet afin que le bien-fondé thérapeutique et juridique de l'expérimentation soit reconnu et établi).²¹³

S'il est impossible de juger des effets du projet à cette date, il est -de l'avis des acteurs interrogés- très bien perçu par l'ensemble des professionnels qui ont été associés à la démarche de construction. Ces derniers sont en effet satisfaits de voir se développer une offre de pharmacie sur ce territoire. Le processus de concertation s'est en outre avéré dynamique et vertueux en matière d'animation du réseau des soignants). Le caractère facilitant de l'action de l'ARS a également été salué.²¹⁴

Un point de vigilance existe cependant : **la viabilité économique du dispositif devra être assurée pour les pharmaciens participants afin que l'expérimentation soit reconduite.** La question des coûts de transports pour les personnels ainsi que celle du dédommagement des pharmaciens animant l'antenne pourra se poser.

La construction du CTS de la communauté de communes de Fium'orbu Castellu fait suite au CLS communal de Ghisonaccia mis en place en 2017. Son ambition est cependant bien plus importante, d'une part parce qu'il se déploie à l'échelle du bassin de vie (même au-delà des limites de l'EPCI) et non plus seulement

déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun et d'organisation, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. »

²¹² Entretien avec la Dr DE SOUSA (MSA)

²¹³ Entretien avec le Dr DELPOUX (Pharmacie Delpoux - Santa Maria Siché)

²¹⁴ Entretien avec le Dr DELPOUX (Pharmacie Delpoux - Santa Maria Siché) et entretien avec la Dr DE SOUSA (MSA)



à l'échelle de la commune, et d'autre part parce qu'il se veut structurant, là où le précédent CLS s'attachait à lister des actions à mener.²¹⁵ Ce processus de rédaction a été lancé en 2021, il est rythmé par des comités techniques auxquels participent les professionnels de santé du territoire, la MSA et la CPAM.

Les principaux enjeux identifiés sont l'absence d'unité de soins non-programmés sur le territoire qui impose parfois un trajet de deux heures aux habitants de l'EPCI, et le renforcement de l'offre de lits en EHPAD.

L'approche de l'ARS, qui s'engage pleinement dans les réunions de travail en vue de sa mise en place, est saluée.²¹⁶

Des travaux sont également en cours pour mettre en place un CTS sur l'extrême sud. L'ambition est que le personnel médical s'empare de ce projet à la suite des élus. C'est la raison pour laquelle des professionnels de santé seront associés au contrat dès sa signature, pour une durée de 3 ans. L'ARS s'avère être un très bon partenaire, la communication fluide entre les services de l'agence et les élus porteurs du projet est un facteur de réussite important.

Les premiers travaux de construction du CTS ont permis de mettre tous les acteurs autour de la table et de structurer les coordination (IREPS, ARS, élus, professionnels de santé, etc.). Le succès du centre de vaccination local contre la COVID-19 (qui a été le meilleur centre de France) est un exemple des potentialités de cette coordination.

La contractualisation entre la CPTS de Balagne, l'ARS et la CPAM est effective depuis juillet 2021. Celle-ci a permis de constituer une équipe dynamique de professionnels qui joue un rôle central dans l'innovation en santé en partant des besoins du territoire établis dans un diagnostic ; la CPTS répond donc bien aux enjeux locaux.²¹⁷ Cette approche ascendante semble donner de meilleurs résultats. Par exemple, il a été possible de fédérer localement une partie des professionnels de santé autour de la mise en place des parcours de soins.

Si l'approche de l'ARS a été perçue comme trop descendante aux prémices du projet, la relation s'est améliorée. Le soutien de l'agence fait encore néanmoins parfois défaut. La CPTS a par exemple proposé de travailler sur des protocoles de coopération,²¹⁸ et n'a pas reçu de l'ARS le soutien qu'elle attendait.

²¹⁵ Entretien avec M. GIUDICI (Mairie de Ghisonaccia)

²¹⁶ Entretien avec M. GIUDICI (Mairie de Ghisonaccia)

²¹⁷ Entretien avec la Dr SIMEONI (CPTS Balagne)

²¹⁸ Les protocoles de coopération sont une approche innovante, soutenue par les autorités nationales. La HAS indique que le dispositif a été « initié par l'article 51 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 [et a] été rénové par l'article 66 de la Loi Organisation et transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019. Les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent



Un autre point d'amélioration réside dans le **renforcement de la communication entre les acteurs de santé du territoire**, certains professionnels connaissent mal la CPTS ou doutent du bien-fondé des projets coordonnés. L'ARS pourrait réfléchir à un plan de communication pour aider la CPTS sur ce point. Enfin, une bonne pratique à généraliser pour les CPTS en construction est le recrutement dès que possible **d'une personne en charge de la coordination**. L'assistante de coordination de la CPTS (dont l'embauche a été rendue possible par les financements dont bénéficie la communauté) a été déterminante pour la réussite du projet.²¹⁹

entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient. »

²¹⁹ Entretien avec la Dr SIMEONI (CPTS Balagne)



Partie 5

Le PRS a-t-il consolidé les **capacités d'anticipation et de réponses** appropriées en matière de **risque sanitaire** ?



Partie 5 : Le PRS a-t-il consolidé les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risque sanitaire ?

Synthèse exécutive

[1] Le SRS a annoncé, dans son objectif stratégique 5, **l'ambition de consolider les capacités d'anticipation et de réponse appropriées** en matière de risques sanitaires et environnementaux.

Cela appelle entre autres un meilleur suivi des risques liés à la pollution, ainsi qu'un développement des signalements des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

[2] La notion de **risque environnemental** recouvre deux notions :

- « le risque environnemental au sens strict d'« écosystèmes », qui porte atteinte au milieu naturel (faune et flore) et à la biodiversité du fait de la présence de substances dangereuses dans l'air, l'eau ou le sol ;
- le risque pour la santé des populations humaines, potentiellement exposées à la présence de polluants dans leur environnement quotidien. »²²⁰

Concernant les risques environnementaux, **cette étude se concentrera sur le second aspect, elle abordera pour cela le dispositif Qualitair Corse**. Il est désormais établi, non seulement que les pesticides constituent des facteurs de risques (une caractéristique liée à une personne, à son environnement, sa culture ou son mode de vie et qui entraîne pour elle une probabilité plus élevée de développer une maladie). Ils sont responsables de pathologies telles que la maladie de Parkinson, le cancer de la prostate et certains cancers hématopoïétiques dans les cas d'exposition professionnelle ; mais également que des expositions au cours des périodes prénatale à la petite enfance semblent être à risque pour le développement de l'enfant.²²¹ La Corse étant une région où l'activité agricole (en particulier viticole) est importante avec 167 644 ha de surface utile,²²² une surveillance des pesticides dans une perspective de prévention des risques sanitaires et de promotion de la santé publique a toute sa pertinence.

En matière de **risque sanitaire**, l'étude se concentrera sur **les actions de sensibilisation sur la déclarations des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)**. Un EIGS est « un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel

²²⁰ INERIS

²²¹ INSERM, rapport "Pesticides : Effets sur la santé », 2013

²²² Chambres d'Agriculture de Corse



permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale. »²²³ **Leur déclaration est vitale afin de comprendre les raisons de leur survenue et construire les solutions pour éviter qu'ils ne se reproduisent.** La déclaration permet également un partage d'expérience entre les professionnels aux niveaux régional et national.²²⁴ Les EIGS doivent être déclarés à l'ARS par les professionnels. Ceux-ci sont ensuite transmis à la HAS qui élabore un bilan annuel accompagné de recommandations.²²⁵

Pour les deux focus que comporte cette partie, la méthodologie adoptée consiste à présenter les principales réalisations permises par les dispositifs étudiés, **en se fondant principalement sur les rapports d'activité disponibles ainsi que la conduite d'entretiens.**

[3] Grâce au soutien de l'ARS dans le cadre des Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE) 2 puis 3, Qualitair Corse réalise depuis 2016 des mesures de pesticides sur l'ensemble de la région. Celles-ci permettent de faire **un état des lieux des substances présentes dans l'air dans les deux départements de l'île.**

Ces études se répartissent sur le territoire pour couvrir les environnements urbains, péri-urbains et ruraux, ainsi que les différents types de cultures. Pour 2021, les mesures ont été réalisées à Patrimonio (en zone rurale) et à Sposata (en zone péri-urbaine). Il en ressort que 16 pesticides ont été détectés au cours de l'année sur ces deux sites, globalement dans des plus fortes proportions en zone rurale. **Ce dispositif permet donc de renforcer les capacité de gestion des risques en Corse.**

Il est probable que ces concentrations augmentent à l'avenir du fait du changement climatique.²²⁶ Il est donc nécessaire de poursuivre ces campagne d'analyse.

À long terme, il serait pertinent d'étudier la possibilité de diffuser plus largement ce type d'initiative et de communiquer leurs résultats en temps réel pour aider la population à adapter ses activités en fonction des niveaux de pollution afin de limiter son exposition (en particulier pour les enfants ou les femmes enceintes).

Recommandation 47 :

Etudier la possibilité de multiplier les analyses pour **connaître en temps réel** les niveaux de pollution à des fins **de gestion des risques.**

²²³ HAS, d'après art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016

²²⁴ HAS

²²⁵ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

²²⁶ Qualitair Corse, Rapport d'étude – La surveillance des résidus de pesticides dans l'air, 2021



Recommandation 48 :

Communiquer largement les résultats des analyses pour **informer** la population et les professionnels afin d'orienter **la prise de décision politique** avec des éléments tangibles et documentées visant à réduire l'exposition aux polluants (en particulier pour les enfants ou les femmes enceintes).

[4] Depuis 2016, **le signalement des événements indésirables graves liés aux soins EIGS est obligatoire et témoigne d'une attention à la qualité des soins et des prises en charge.**²²⁷ En 2020, 5 signalements ont été initiés en Corse, mais aucun n'est parvenu à la fin de la procédure. Le taux de signalement d'EIGS en Corse est donc nul alors que le nombre de signalement en France est passé de 288 en 2017 à 1081 en 2020 (soit 1,6 signalement pour 100 000 habitants),²²⁸ la Corse accuse donc un retard en la matière comparé aux autres régions de France. **Ce constat pose la question des freins associés au signalement des EIGS.**

Sur la base des rapports d'activité et des entretiens réalisés la mission propose **les hypothèses suivantes concernant les freins au signalement.**

Un premier élément explicatif semble tenir à une méconnaissance du circuit de déclarations par les établissements de santé.

Une seconde explication apparaît être la crainte des établissements d'être pointés du doigt.²²⁹

Face à cet état de fait, La Structure Régionale d'Appui à la Qualité des soins et la sécurité des patients de la région PACA-Sud et de la Corse, le SRA PASQUAL, a mis en place dès 2018 des actions de sensibilisation et d'initiation au signalement auprès des établissements de santé, pour faire connaître l'objectif d'un signalement et les étapes de la démarche aux établissements. Plusieurs actions ont été menées, telles que des formations et des rencontres régionales. D'autres sont prévues pour les années à venir, dont le développement d'un programme de formation sur toute la région.

Pour renforcer les actions en faveur du signalement, il est préconisé que les acteurs du territoire dont l'ARS s'articulent mieux autour d'actions communes de communication et fournissent des efforts de définition des rôles et responsabilité de chacun ainsi que des procédures de signalements.

²²⁷ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

²²⁸ HAS, Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS), Rapport annuel 2019, p.12

²²⁹ Entretien SRA PASQUAL

**Recommandation 49 :**

Construire les bases **d'un système qualité partagé** et **organiser des campagnes de communication** commune pilotées par l'ARS auprès des établissements de santé pour soutenir la SRA PASQUAL dans son action afin de **responsabiliser les acteurs** en leur faisant prendre conscience de l'intérêt de l'analyse des EIGS. **En effet, sans un nombre de signalements suffisant, il n'est pas possible de mettre en place des stratégies ciblées d'amélioration continue de la qualité des soins telles que préconisé par la HAS.**

Recommandation 50 :

Clarifier **les rôles et les responsabilités** de chacun entre l'ARS et la SRA PASQUAL ainsi que les procédures de signalement afin d'apporter plus de **lisibilité** au dispositif mais aussi plus de **fluidité** et de **coordination**.

Focus n°1 : Qualit'air Corse

Grâce au soutien de l'ARS dans le cadre des Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE) 2 puis 3, Qualitair Corse réalise depuis 2016 des mesures de pesticides sur l'ensemble de la région. Les différentes campagnes menées par Qualitair permettent de faire un état des lieux des substances présentes dans l'air dans les deux départements de l'île afin d'identifier -et le cas échéant, de limiter- les risques sanitaires liés à l'exposition aux pesticides. Ces études se répartissent sur le territoire pour couvrir les environnements urbains, péri-urbains et ruraux, ainsi que les différents types de cultures. Cette étude portera sur l'année 2021.

Bilan de la campagne de mesures de 2021 à Patrimonio et Sposata

Choix des sites

Pour 2021, les mesures ont été réalisées sur deux sites :

- Patrimonio, une zone rurale à l'agriculture majoritairement viticole située en Haute-Corse ;
- Sposata, une zone péri-urbaine sur la commune d'Ajaccio à l'agriculture majoritairement viticole située en Corse-du-Sud.

Ces sites ont été choisis pour leur caractère viticole et leurs environnements rural et semi-urbain. Ces mesures avaient un double objectif : la caractérisation des pesticides dus aux cultures viticoles, et la détermination de leur niveau de présence



en fonction du degré d'anthropisation. Cette connaissance est cruciale dans une région où 28 % des cultures végétales sont de nature viticole.²³⁰

La campagne de prélèvement a débuté en mars à Sposata et en mai à Patrimonio et s'est terminée au mois de décembre pour les deux sites. Comme on peut le voir dans le tableau ci-après, elle a donné lieu à respectivement 18 et 17 prélèvements.²³¹

	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
Sposata	2	1	2	3	2		4	2	1	1	18
Patrimonio			1	3	4	3	2	2	1	1	17

Tableau 1: Calendrier de prélèvements des sites de mesure

Substances détectées

Sur les 76 substances recherchées,²³² 16 des ont été détectées sur l'ensemble des sites (8 herbicides, 6 insecticides et 2 fongicides).

Comme le montre le graphique ci-après, les herbicides sont les substances détectées les plus commune (6 molécules détectées à Patrimonio et 5 à Sposata). La différence plus marquée pour les insecticides (6 molécules à Patrimonio contre 3 à Sposata). Enfin, les fongicides sont moins présents (1 molécule à Patrimonio et 2 à Sposata).

Un nombre plus grand de substances a donc été détecté en milieu rural qu'en milieu péri-urbain.²³³

²³⁰ Chambres d'Agriculture de Corse

²³¹ Qualitair Corse, Rapport d'étude – La surveillance des résidus de pesticides dans l'air, 2021

²³² Les molécules recherchées pour l'année 2021 étaient identiques à celles de la campagne nationale exploratoire des pesticides menée par l'ANSES, l'INERIS et la fédération ATMO.

²³³ Qualitair Corse, Rapport d'étude – La surveillance des résidus de pesticides dans l'air, 2021

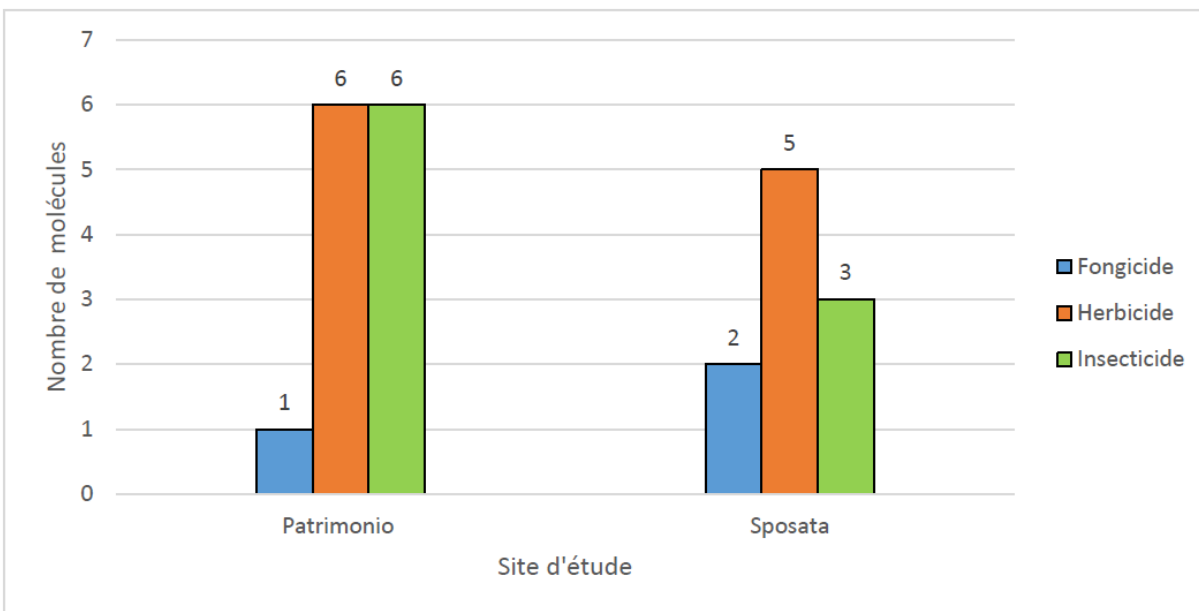


Figure 8 : Nombres de molécules détectées en 2021

Ces mesures établissent que des insecticides interdits sont encore présents dans l'air : le lindane (interdit depuis 1998), le chlorpyrifos méthyl (interdit en 2020) et le pentachlorophenol (interdit en 2003).²³⁴

Concentrations constatées

Concernant les concentrations, l'étude a abouti aux constats suivants :

- les concentrations d'insecticides sont plus importantes sur le site de Patrimonio, en milieu rural (près de trente fois supérieures en moyenne à celles observées à Sposata, en milieu péri-urbain) ;
- les concentrations de fongicides sont elles aussi plus élevées à Patrimonio qu'à Sposata (près d'une fois et demie supérieure en moyenne) ;
- les concentrations d'herbicides sont quant à elles légèrement plus élevées à Sposata.

²³⁴ Qualitair Corse, Rapport d'étude – La surveillance des résidus de pesticides dans l'air, 2021

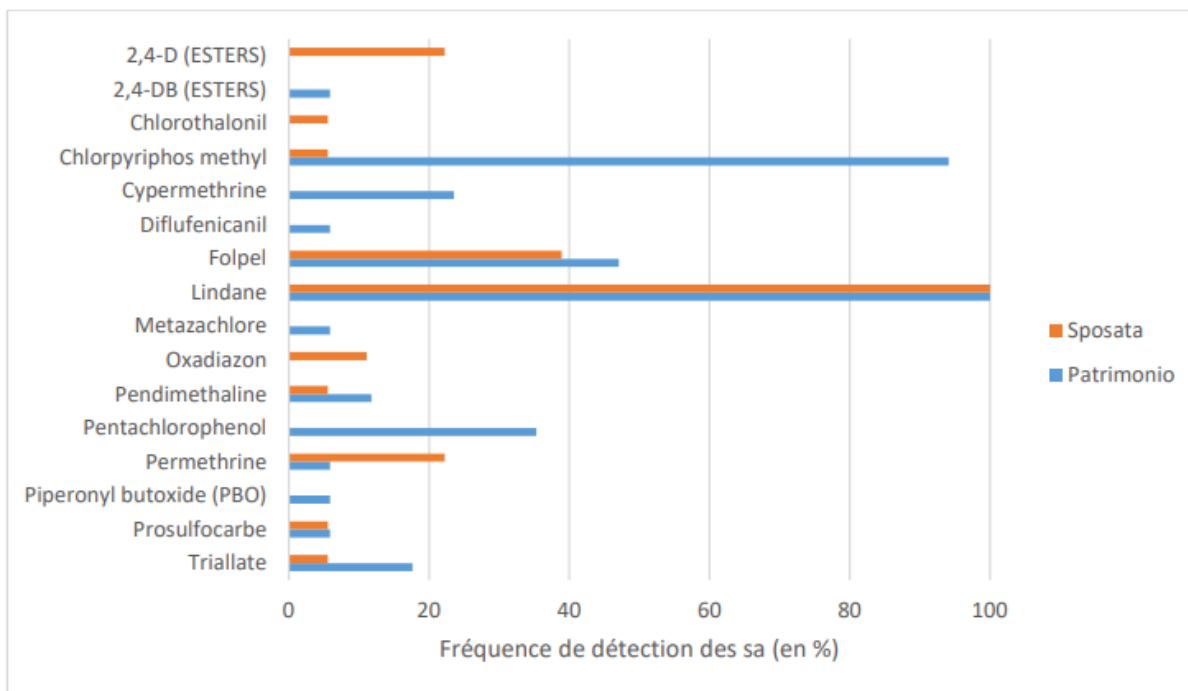


Figure 9 Fréquence de détection des molécules par site sur l'année 2021

Facteurs explicatifs des données constatées

Le Bulletin de Santé du Végétal (BSV) Corse²³⁵ permet d'éclairer les résultats des analyses menées. Plusieurs éléments peuvent ainsi être mis en avant :

- les fortes concentrations de fongicides semble s'expliquer par la lutte contre les maladies de la vigne (mildiou et oïdium) entre les mois de mai et juin ;
- la concentration importante d'insecticides à Patrimonio est due à la maladie de la flavescente dorée, qui a touché la commune limitrophe de Barbaggio au cours de l'année ;
- la concentration de lindane dans l'air sur les deux sites est due à la dégradation lente de cette substance dans l'atmosphère.

Perspectives

Il est probable que le changement climatique conduise à une augmentation des concentrations de pesticides dans l'air, et ce pour plusieurs raisons :

- les pesticides ont tendance à rester présents plus longtemps dans l'air lors de longues périodes de canicule ou lorsque les précipitations sont faibles ;

²³⁵ Chambres d'Agriculture de Corse



- à l'inverse, de fortes pluies suivies de températures élevées sont propices au développement des maladies des cultures, entraînant des traitements fongicides potentiellement plus importants.

Il semble donc nécessaire de poursuivre ces campagne d'analyse. À long terme, il serait également pertinent d'étudier la possibilité de multiplier les mesures et de communiquer leurs résultats en temps réel pour aider la population à adapter ses activités en fonction des niveaux de pollution afin de limiter son exposition (en particulier pour les enfants ou les femmes enceintes). Cela pourrait se faire en suivant l'exemple des dispositifs d'information sur la pollution aux microparticules ou sur la concentration en pollens (tels que Recosanté, un service public numérique porté par le ministère de la Santé et de la Prévention).

Focus n°2 : L'amélioration continue de la qualité des soins doit continuer à être promue via les actions de sensibilisation sur la déclaration des EIG / EIGS

Depuis 2016, le signalement des événements indésirables graves liés aux soins EIGS est obligatoire et témoigne d'une attention à la qualité des soins.²³⁶ Les deux étapes du signalement, la déclaration (volet 1) puis l'analyse de l'évènement (volet 2), ont pour but d'insuffler une amélioration continue des soins au sein des établissements de santé (ES) et établissements et services médico-sociaux (ESMS). Malgré cela, le niveau de signalement reste encore faible en Corse.

Le faible volume de signalement semble dû à une méconnaissance des circuits de déclaration et une appréhension de déclarer des ES et ESMS de Corse

Le volume de signalement faible, comparé au niveau national, témoigne d'une adhésion limitée à la démarche en Corse. En 2020, 5 volets 1 de signalement ont été reçus,²³⁷ parmi eux, aucun n'a donné suite à un volet 2. En 2021, 14 volets 1 ont été reçus, 6 volets 2, mais aucun évènement n'a été clôturé. En 2020 il y a eu 3 EIGS signalés par des ESMS des territoires d'Ajaccio, de Bastia et de Porto-Vecchio. 11 EIGS ont été signalés par les ES de Bastia, Ajaccio, Castelluccio et de San Ornello. Puisqu'aucun évènement n'a été clôturé, Le taux de signalement d'EIGS en Corse est nul alors que le nombre de signalement en France est passé de 288 en 2017 à 1081 en 2020 (soit 1,6 signalement pour 100 000 habitants).

²³⁶ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

²³⁷ Données tirées des tableaux des signaux SIVSS ES et ESMS de 2021, fournis par l'ARS



Il est à noter que le volume de signalements bien qu'en deçà des cibles fixées, augmente pour les ESMS en Corse sur la période passée. Sur ces acteurs, une progression est observée.

Les freins au signalement semblent tenir d'une méconnaissance du circuit de déclarations, mais aussi d'une crainte de déclarer.

Les interlocuteurs rencontrés indiquent que les **circuits de signalements ne sont pas connus** ou compris par les établissements. Par exemple, les ESMS ont deux circuits, ce qui est source de complexité : celui du portail national de signalements pour les EIG et EIGS, et un autre pour d'autres types de dysfonctionnements graves concernant d'autres organismes hors ARS.

De plus, les établissements ne sont pas à l'aise avec le fait de déclarer des incidents aux autorités de tutelles, notamment par **peur du risque de contrôle** que leur déclaration occasionnerait.²³⁸

Perspectives : comment développer la culture du signalement et permettre l'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements ?

L'action de PASQUAL pour encourager les ES et ESMS à développer cette culture d'amélioration continue par le signalement repose principalement sur la formation et la sensibilisation des acteurs.

La Structure Régionale d'Appui à la Qualité des soins et la sécurité des patients de la région PACA-Sud et de la Corse, la SRA PASQUAL, s'adresse aux professionnels de santé d'établissements sanitaires et médico-sociaux pour les aider dans la procédure de signalement. Dès 2018, PASQUAL a mis en place des actions de sensibilisation et d'initiation au signalement, pour faire connaître l'objectif d'un signalement et les étapes de la démarche aux établissements.

En Corse en 2021,²³⁹ PASQUAL a organisé un comptoir qualité (une heure de visioconférence sur une thématique précise) ; une formation en vision conférence adressée aux professionnels de santé ; et une rencontre régionale. La participation et la victoire du CH d'Ajaccio à un challenge visant à réaliser la meilleure analyse d'EIG/EIGS par les équipes d'ES et d'ESMS en Corse et en PACA, démontre de l'adhésion des ES et ESMS au signalement.

Un programme prévisionnel²⁴⁰ jusqu'en 2023 est étudié par PASQUAL, et prévoit une trentaine d'actions dont le développement d'un programme de formation sur toute la région, des formations inter-établissement, de nouveaux

²³⁸ Entretien du 2 août 2022 avec des membres de la SRA PASQUAL

²³⁹ Bilan de l'activité de PASQUAL année 1

²⁴⁰ Budget prévisionnel sur la base du plan d'actions année 2 (10 avril 2022 au 9 avril 2023)
– datant du 8 avril 2022 - par ARS Corse/SRA PASQUAL



comptoirs qualités pour les ES et le ESMS, des accompagnements personnalisés pour certains ES, ou encore des actions de communication auprès des professionnels et des fédérations.

Pour aller plus loin, il est préconisé que les acteurs du territoire dont l'ARS s'articulent mieux autour d'actions communes de communication pour encourager la participation des ES et ESMS aux différents comptoirs ou formations de PASQUAL.

Enfin, il a été noté²⁴¹ qu'un travail de définition des rôles et responsabilité de chacun et des procédures de signalements, au sein des ES et ESMS, mais aussi entre l'Agence et la SRA PASQUAL serait utile pour apporter de la clarté et de la lisibilité.

²⁴¹ Entretien du 2 août 2022 avec des membres de la SRA PASQUAL



Partie 6

Comment les **acteurs de santé** en Corse ont-ils contribué au renforcement des **pratiques innovantes** en santé et ainsi à l'amélioration de la **qualité** et à l'**accessibilité** à la santé ?



Partie 6 : Comment **les acteurs de santé** en Corse ont-ils contribué au renforcement des **pratiques innovantes** en santé et ainsi à l'amélioration de la **qualité** et à **l'accessibilité** à la santé ?

Synthèse exécutive

[1] Dans son objectif stratégique 6, le PRS 2 appelait à soutenir l'intégration des pratiques innovantes pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.

Inscrit comme un objectif du Plan National de Santé 2022, le soutien à l'innovation s'appuie sur des leviers parmi lesquels : la facilitation de l'émergence d'expérimentations locales innovantes, et le soutien au virage numérique.

[2] En Corse, les contraintes spécifiques de l'insularité placent ces pratiques innovantes comme des leviers d'autant plus importants qu'ils doivent compenser les fragilités du territoire. Elles font l'objet d'un plan d'action spécifiques dans le Plan National de Santé 2022. Elles sont portées par des acteurs de différentes natures : les acteurs de médecine de ville, les acteurs régionaux comme le GRADeS ou la FCCIS, les acteurs associatifs. L'ARS joue un rôle de facilitateur. Elle contribue à la diffusion des innovations au niveau régional, en lien avec ses partenaires régionaux et les acteurs locaux de l'innovation au plus près des patients.

[3] Avant de procéder à une analyse visant à répondre à la question évaluative, il convient de rappeler que l'on distingue les innovations selon plusieurs typologies :

- **La nature profonde de l'innovation** : des innovations organisationnelles, technologiques, de structures n'oubliant pas qu'une innovation technologique n'est rien sans la modification organisationnelle qu'elle induit et réciproquement ;
- **Le mode de génération de l'innovation** : frugale (vient naturellement), tirée par les usages et les usagers (un détournement de fonction par exemple) ou provenant de R&D importante (plus forte consommation en investissements...) ;
- **Le niveau d'impact de l'innovation** : des innovations incrémentales qui reposent sur des ajustements paramétriques d'une partie d'un processus ou des innovations de ruptures qui vont venir modifier, transformer un pan entier à l'aide d'un nouvel outil ou d'une nouvelle organisation ;
- **La maturité de l'innovation** et son niveau de couverture d'une population éligible : émergence, preuve de concept, passage à l'échelle, généralisation.



Cette distinction nous rappelle que les **actions permettant le renforcement des pratiques innovantes seront différentes** fonctions de la nature, de l'impact et de la maturité à T0 de la dite pratique innovante observée, que le franchissement de seuils en termes soit d'impact soit de maturité nécessite parfois des investissements majeurs (notamment pour les innovations fortement consommatrices en investissements) ou parfois simplement une communication plus large (pour les innovations frugales). Dans le même esprit, on voit aussi nettement se dégager les enjeux de pérennisation, de passage à l'échelle.

[4] La question évaluative posée nous invite à nous questionner :

- D'une part sur le **renforcement** des pratiques innovantes, (en nous focalisant sur celles dont les objectifs étaient un renforcement de la qualité et de l'accessibilité à la santé) c'est-à-dire la capacité qu'on eut les acteurs de santé, à périmètre constant, à en renforcer **l'impact** (valeur de l'innovation), ou à impact constant à en **renforcer le périmètre** (volume de population éligible concernée).
- D'autre part sur la **durabilité** de ces innovations. Parce que d'expérience, le renforcement d'une innovation pose aussi la question de son passage à l'échelle, de son adoption par le plus grand nombre posant donc ainsi de nombreuses questions de soutenabilité économique (et donc d'efficacité opérationnelle), de soutenabilité humaine (capacité à trouver suffisamment de ressources pour opérer l'innovation) et de cohérence avec les organisations en place, posant aussi souvent la question de la conduite du changement (toutes les innovations, quelques soient leur nature, impactent les organisations et nécessitent des changements comportementaux et organisationnels).

Ainsi, et dans la mesure où toute innovation est en soit aussi porteuse d'impacts négatifs ou de potentielles déviations, il conviendra de questionner la capacité à réguler ces innovations et leur modèle opératoire dans le même temps qu'on en assure la promotion, il s'agit donc de chercher l'équilibre entre :

- promouvoir pour renforcer l'adoption, le périmètre et l'impact
- réguler pour limiter les effets pervers et accroître ainsi la soutenabilité, la durabilité et à terme le passage à l'échelle

[5] Pour éclairer ces questions, l'étude s'est concentrée sur deux pratiques innovantes, qui illustrent chacune les avancées et les impacts vertueux et concrets de l'innovation en santé sur la qualité du soin et l'accessibilité au système de santé en Corse, mais aussi les points de vigilance et les recommandations pour les renforcer (dans leurs impacts et leurs périmètres) et les pérenniser.

- Pratique innovante n°1 : La télémédecine, au titre d'une technologie innovante, qui permet, lorsqu'elle est encadrée et régulée, de faciliter l'accès



au soin sur tout le territoire, pour les patients comme pour les médecins en recherche d'un avis spécialisé.

- Pratique innovante n°2 : L'expérimentation d'une nouvelle organisation de la prise en charge, au travers d'une expérimentation article 51, qui permet à des acteurs associatifs ou de médecine de ville de tester et de faire la preuve d'un concept pour résoudre des problématiques propres à la Corse.²⁴² L'étude se focalise sur le dispositif AFM Téléthon, répondant principalement à la problématique de l'éloignement des centres de ressources ou centres de compétences maladies rares.

[6] Le focus sur la **pratique de la télémédecine en Corse permet d'éclairer une innovation dont s'est largement saisie tout un territoire**, notamment à la faveur de la crise et **dont l'intégration dans les fonctionnements nominaux mérite à la fois un travail de régulation et à nouveau de promotion. En effet l'usage s'est accéléré ces 5 dernières années portée par deux dynamiques** : la hausse naturelle, accélérée par la pandémie du COVID-19, des actes de téléconsultations d'une part²⁴³, puis la hausse des actes de téléconsultations ou de téléexpertises dans le cadre d'expérimentations ou d'initiatives de médecins²⁴⁴ ou d'infirmiers²⁴⁵, dans un cadre privé ou d'exercice coordonné. Ces initiatives peuvent apparaître comme un palliatif intéressant à la problématique de démographie médicale sur le territoire²⁴⁶. En effet en Corse, l'inégale répartition des professionnels de santé (ou leur absence), avec des zones sous-dotées où les déplacements de médecins au domicile du patient sont rares, peut entraîner des retards de prise en charge, d'orientation, voire un renoncement aux soins.²⁴⁷

Si l'usage s'est développé, notamment pour les téléconsultations, il convient de questionner les limites de cette pratique en en termes de qualité et en termes de renforcement de l'accessibilité.

En effet, la téléconsultation ne doit pas se substituer à un suivi par un médecin traitant, et il convient donc d'en contrôler le recours pour éviter de donner le sentiment d'une prise en charge de qualité qui en réalité ne l'est pas, en raison notamment du manque de suivi. Un élément qui permet de limiter ce manque de

²⁴² La Corse compte en 2022 6 expérimentations article 51 : CICA'CORSE, ICOPE, ONCOLink, EVA CORSE, AFM Téléthon, et EqLAAT.

²⁴³ L'évolution du nombre d'actes de téléconsultation n'a pas pu être mesurée par des chiffres. La hausse a été confirmée par le Dr Vallet (GRADeS et URPS-ML) et M. GIUSTI (FCCIS) en entretien.

²⁴⁴ Projet de téléexpertise du Centre de Valicelli, Projet de téléexpertise en oncodermatologie.

²⁴⁵ La téléconsultation pour les patients atteints de plaie chronique complexe dans le cadre de l'expérimentation CICA'CORSE

²⁴⁶ Manque de dermatologue pour Corsicaderm, manque de diabéto-endocrinologues pour la télédiabétologie, absence d'un centre de cicatrisation pour CICA'Corse.

²⁴⁷ A dire d'expert, entretien avec le Dr Vallet du GRADeS et URPS-ML et M. GIUSTI de la FCCIS ;



suivi est le bon raccordement des LGC au DMP en profitant notamment du programme Ségur numérique.

Les acteurs de santé (URPS-ML et la FCCIS) pour la médecine de ville, comme les acteurs institutionnels (ARS, GRADeS, CPAM) doivent se positionner également comme des acteurs de la vigilance pour éviter que la pratique de la téléconsultation en Corse ne tombe dans ces dérives ; la vigilance devant être d'autant plus accrue que la démographie et la géographie Corse est source de fragilité et de difficulté d'accessibilité.

Concernant les limites au titre de l'accessibilité, il convient de rappeler un trait majeur de la démographie Corse : le vieillissement de sa population, avec des personnes âgées qui sont donc naturellement moins acculturées au numérique et à la télé médecine.

Pour répondre à ces deux enjeux, il apparaît nécessaire que l'Agence, en lien avec le GRADeS, la Collectivité de Corse, l'Assurance Maladie ainsi que les acteurs de santé du territoire veillent à ce que les outils de télé médecine soient des outils complémentaires, pensés dans le cadre d'un parcours de soin coordonné et non une substitution à celui-ci. Cet ancrage dans un parcours de soin passe nécessairement par une réflexion territoriale de la télé médecine, avec un rôle majeur des 9 territoires de projet de Corse²⁴⁸. Par ailleurs, le pilotage des risques liés à la téléconsultation et la vigilance accrue des acteurs de santé Corse s'inscriraient en cohérence de la démarche d'encadrement souhaitée par la tutelle pour prévenir les abus de ce mode d'exercice accéléré par la crise sanitaire.²⁴⁹

Au-delà de la téléconsultation qui se développe, la téléexpertise est aussi un axe de dynamisme fort de la Corse, avec des expérimentations ou des projets qui s'appuient sur ce levier pour répondre à un manque de spécialistes sur le territoire (par exemple, en oncodermatologie, en endocrino-diabétologie, ou en cicatrisation). La multiplication des dispositifs et des initiatives, impulsées et portées par des acteurs médicaux (URPS-ML, URPS-Infirmiers ou établissement de santé), accompagné par l'ARS ou par la FCCIS dans le cadre d'expérimentation article 51, pose la question de la coordination régionale. Avec la mise en place du GRADeS, la Corse a une occasion de construire une gouvernance régionale du numérique en santé en général et de la télé médecine en particulier.

Recommandation 51 :

Construire et piloter une feuille de route concertée de la télé médecine en Corse, à partir d'un diagnostic territorial sur les 9 territoires de projet de la

²⁴⁸ Pays Bastiais, Castagniccia / Mare e Monti, Plaine orientale, Extrême Sud / Alta Rocca, Taravo / Valinco / Sartenais, Pays Ajaccien, Ouest Corse, Centre Corse, Pays de Balagne.

²⁴⁹ Intégration d'une mesure dans le PLFSS 2022 pour dérembourser des arrêts de travail délivrés en téléconsultation par un médecin hors médecin traitant et volonté globale de la CNAM de réguler les actes de téléconsultations.



Corse, et en lien avec les acteurs de santé des territoires, et dans le sillage du CPER²⁵⁰ (et des crédits de télémédecine)

Recommandation 52 :

Piloter cette feuille de route en intégrant **un pilotage des risques de la télémédecine**, et en particulier de la téléconsultation, en définissant **des indicateurs clés à surveiller**.

Recommandation 53 :

En lien avec les GRADeS, la Collectivité de Corse, l'Assurance Maladie, et les acteurs de santé du territoire (CPTS, Territoires de projet, et FCCIS), créer **une plateforme régionale d'accompagnement des projets de télémédecine** dans une logique de coordination et d'animation territoriale.

Recommandation 54 :

Etablir **un cahier des charges des solutions de télémédecine**, en veillant au respect de **l'interopérabilité des outils** et à **la facilitation du partage des documents et des données de santé**, en lien avec le **Sécur du numérique en santé** et la généralisation, début 2022, de **Mon espace santé**.

[7] Le focus sur **le dispositif AFM Téléthon, expérimentation article 51, pose la question de la pérennisation voire de la répliquabilité** et sur une innovation non tirée par la technologie mais par une transformation des organisations. En effet, une nouvelle organisation de la prise en charge est proposée pour les personnes atteintes de maladies rares²⁵¹. Il s'agit de proposer une prise en charge au plus près du patient, en réduisant les déplacements vers le continent²⁵², et en renforçant la qualité de la prise en charge sur des maladies complexes. La preuve du concept est faite : accompagnement d'un nombre croissant de personnes, organisation d'une articulation entre les centres de maladies rares de Nice et de Marseille et les centres hospitaliers de Bastia et Ajaccio, lutte contre les ruptures de parcours pour les personnes malades et leurs proches, coordination et orientation des malades sur les

²⁵⁰ Contrat de Plan Etat-Région

²⁵¹ L'AFM Téléthon cible des populations sur 4 filières de maladies rares : La filière FILNEMUS, avec les myopathies et les 300 maladies neuromusculaires (tous âges) et les filières FILSAN, FAI2R et Brainsteam, avec les pathologies rares neurodégénératives invalidantes : SLA (tous âges), Chorée de Huntington, et Ataxie de Friedreich (moins de 60 ans). Le dispositif s'est élargi par ailleurs à 2 pathologies neuro-dégénératives non rares, générant un handicap moteur pour des malades de moins de 60 ans : SEP et Parkinson.

²⁵² L'AFM Téléthon, comme d'autres dispositifs innovants, répond là encore à la question de l'insularité et de l'accessibilité aux soins : les centres de maladies rares les plus proches se trouvent à Marseille et Nice, obligeant les malades à se déplacer sur le continent.



champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.²⁵³ 3 éléments de perspectives ont été notés : La pérennisation du dispositif, au-delà de l'expérimentation Article 51, pour continuer d'apporter une prise en charge de qualité aux personnes atteintes de maladies rares ; la capitalisation sur le réseau local de l'association pour jouer un rôle de coordination et d'orientation sur le territoire, par exemple, en lien, ou dans le DAC ; enfin, le potentiel de répliquabilité de cette innovation et la création au niveau du territoire, d'une gouvernance de l'innovation.

[7] **L'innovation en santé, technologique, organisationnelle, ou comportementale peut être une solution durable aux problématiques et enjeux de santé de la Corse.** Elle permet d'améliorer le parcours des patients Corse en améliorant l'accessibilité aux soins. A travers l'article 51, l'ARS a priorisé, soutenu et facilité des projets d'innovation organisationnelle dont la question de la pérennisation se pose désormais.

Recommandation 55 :

Organiser la **stratégie d'innovation en santé** du territoire à travers une **gouvernance régionale**, en lien avec les **acteurs du territoire** (représentants de l'exercice coordonné, représentants associatifs, GRADeS, acteurs universitaires et représentant du monde de la recherche etc.), sur le même modèle de **l'Article 51** ou de la **PRAMCA**, pour créer **un cadre propice à l'expérimentation**, laboratoire de l'innovation.

Recommandation 56 :

Identifier **les champs prioritaires de l'innovation**, en concertation avec les acteurs de santé du territoire et la Collectivité de Corse (des **champs fonctionnels** mais aussi des **périmètres géographiques** définis).

Recommandation 57 :

Evaluer le dispositif AFM Téléthon, dans le cadre de l'Article 51 pour étudier l'opportunité de généraliser le dispositif (cf évaluation nationale en cours)

Recommandation 58 :

Capitaliser sur le **réseau local de l'association AFM Téléthon** et sa **connaissance historique du tissu des acteurs** sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du **parcours complexe** des patients atteints de maladies rares pour en faire un acteur de la coordination et de l'orientation sur le territoire. **Envisager l'articulation avec le DAC.**

²⁵³ L'évaluation de l'expérimentation Article 51 n'est pas encore faite par les pouvoirs publics. Ces éléments de résultats ont été partagés lors d'entretien qualitatifs avec la direction de l'antenne régionale Corse de l'AFM Téléthon, et à partir de l'analyse des rapports d'activité.



Focus n°1 : L'usage de la télémedecine²⁵⁴ s'est renforcé en Corse sur la période du PRS, notamment porté sur la téléexpertise par des expérimentations et des initiatives locales, qui doivent être pérennisées et coordonnées.

La télémedecine répond à des problématiques majeures en Corse : répartition des professionnels de santé inégale sur le territoire et manque de certains spécialistes. En effet, en Corse, le développement de la télémedecine répond à deux problématiques majeures.

- L'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire. En effet, l'étendue des déserts médicaux s'aggrave, avec une densité médicale toujours plus faible sur la période du PRS. D'après l'Atlas de la démographie médicale en France, la variation régionale des professionnels de santé réguliers en Corse a baissé de 1.1% entre 2020 et 2021, et « 69 % des communes de Haute-Corse et 60 % des communes de Corse-du-Sud n'ont pas de médecin »²⁵⁵ ;
- La sous-représentation, voire la non-représentation de certaines spécialités médicales. L'île a connu une diminution importante de la densité de médecins spécialistes au cours de la dernière décennie (-11,2 % entre 2010 et 2020), particulièrement marquée en Haute-Corse (-13,40 %). Par exemple, le territoire manque de neurologue, ce qui empêche la création de nouvelles unités cardio-vasculaires.

Ces deux enjeux sont notamment aggravés par le vieillissement des médecins, avec le départ à la retraite imminent de nombreux praticiens, ce qui participe à la diminution de la densité médicale sur le territoire, mais aussi à la perte de spécialistes médicaux qui ne sont pas remplacés. **Le contexte démographique corse rend l'usage de la télémedecine indispensable pour faire face aux inégalités territoriales d'accès au soin et au manque de représentation de certaines spécialités médicales.**

La téléexpertise, développée à travers des initiatives locales, est une réponse aux enjeux de l'accès à l'avis spécialisé. Deux projets de téléexpertise ont fait l'objet d'une analyse dans le cadre de l'évaluation : le projet de téléexpertise en endocrino-diabétologie du centre de Valicelli, et le projet de téléexpertise en dermatologie, Corsicaderm, porté par l'URPS-ML.

Le centre SSR de Valicelli, spécialisé dans les systèmes endocrino et diabète, a lancé, avec l'appui de l'Agence, un projet de développement de la téléexpertise à destination du 1^{er} recours, des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, en Corse, l'endocrino-diabétologie est en souffrance : 2 spécialistes seulement sont installés sur l'île, 1 en

²⁵⁴ NOTE Définition. Dans l'étude, elle correspond à la téléexpertise et la téléconsultation.

²⁵⁵ François Filoni, 2021, pour Corse Matin.



Corse du Sud et 1 en Haute Corse. Cette situation a pour effet l'allongement des délais de prise en charge (de 6 à 7 mois), et des médecins spécialistes sollicités de façon non organisée et non coordonnée, parfois via des outils non sécurisés, comme le sms ou le mail. Le projet est opérationnel depuis fin avril 2022. Le bilan, au bout du premier mois de fonctionnement est satisfaisant, avec 20 demandes de téléexpertise, issues de 11 requérants distincts (95% de médecins traitants, et 5% d'IPA, majoritairement situés en Corse du Sud), avec un délai de réponse entre 48h et 72h.

Le principal facteur clé de succès qui a été souligné est l'ergonomie de l'outil, qui facilite l'acculturation des médecins (Les sollicitations reçues en début de soirée parfois démontrent une utilisation sur smartphone). La plateforme bénéficie de plus de l'effet de capillarité de l'outil Omnidoc, puisque d'autres plateformes de téléexpertise y sont hébergées (par exemple Corsicaderm).

Le potentiel de télémedecine au centre de Valicelli est aujourd'hui reconnu, avec un projet d'utilisation de la télémedecine (téléconsultation, téléexpertise, et télésurveillance) pour les patients hospitalisés à domicile, et qui seraient suivis par des équipes ESP-MSP.

Le projet de Corsicaderm s'appuie sur la téléexpertise pour créer un point d'accès à un avis dermatologique à proximité du lieu de vie des patients, en évitant les déplacements, et en permettant aux médecins (généralistes ou en structure) d'accéder facilement à un avis spécialisé en dermatologie. En effet, la région connaît un déficit de dermatologues (densité de 1,9 en Corse du Sud en 2020, 2,2 en Haute Corse, contre 5,9 en 2018 au niveau national)²⁵⁶ ; à ce déficit s'ajoute la répartition inégale des dermatologues sur le territoire. En 2022, la plateforme comptabilise 276 demandes de téléexpertise, réparties sur l'ensemble du territoire, provenant de 52 requérants distincts, avec 9 dermatologues (et prochainement 10) qui répondent. 98% des demandes sont faites par des médecins généralistes. 80 médecins, en tout, sont inscrits sur la plateforme.

Au-delà de la réponse aux demandes d'avis spécialisés des médecins généralistes, le projet Corsicaderm doit être envisagé comme un 1^{er} pas vers la structuration d'une offre complète en oncodermatologie en corse. Aujourd'hui, par manque de spécialistes et de compétences, les médecins généralistes adressent les patients sur le continent pour les prises en charge de mélanomes. L'URPS-ML projette ainsi la création d'une équipe de soin spécialisé et d'une RCP en Corse. La structuration d'une telle filière en Corse permettrait d'améliorer la qualité du soin et de la prise en charge pour le patient, en évitant le stress ; la fatigue et les coûts liés aux déplacement Corse-Continent. De plus, cela réduirait les risques liés aux échanges d'informations et à la communication avec les équipes du Continent. Enfin, la mise en place d'une RCP régionale permettrait de répondre à la problématique de l'allongement des

²⁵⁶ Atlas médical 2020.



délais, les médecins rapportant des difficultés à inscrire leurs patients en RCP sur le continent.

Dans une logique de facilitation de la coopération de des professionnels de santé, la Corse a franchi en 2021 une nouvelle étape dans la santé, avec la mise en place du GRADeS Corse e-santé. Celui-ci travaille à la mise en place, en cours, d'une plateforme régionale de téléconsultation et de téléexpertise.

Focus n°2 : L'expérimentation AFM Téléthon,²⁵⁷ comme d'autres expérimentation Article 51, a mis en exergue la question de la pérennisation et le devenir des solutions innovantes qui améliorent et renforcent le soin, mais qui arrivent à terme en 2022 ou en 2023.

L'expérimentation propose un accompagnement aux personnes atteintes de maladies rares²⁵⁸ et de maladies neurodégénératives invalidantes (hors Alzheimer): en 2022, 54 personnes sont accompagnées depuis le début de l'expérimentation, essentiellement des adultes (54% des malades ont entre 21 et 60 ans), localisés en Haute Corse (pour 78% d'entre eux). 47 personnes (87%) sont atteintes de maladies neuromusculaires (MNM), et 7 de maladies neurodégénératives.

AFM Téléthon permet une articulation avec les centres de référence de maladies rares via les consultations avancées au CHA et au CHB. Les consultations avancées sont d'une importance majeure pour les patients qui ne peuvent plus se déplacer. En 2021, 6 journées de consultations MNM ont été organisées (4 au CH de Bastia, et 2 au CH d'Ajaccio), avec présence de l'équipe de l'AFM Téléthon (Assistante médico-administrative, Référent Parcours Santé, et coordinatrice). La présence de l'AFM Téléthon a permis, entre autres :

- D'assurer la continuité du parcours de soins via la traçabilité et l'enregistrement du dossier patient (au CH comme au CRMNM), ce qui permet d'avoir une réponse rapide et efficace lors des épisodes aigus de la pathologies (mise en place d'un kit urgence)

²⁵⁷ Depuis 2020, l'AFM a ouvert dans le cadre de l'Article 51 une antenne régionale en Corse et a mis en place des Référents Parcours de Santé qui assurent le suivi et l'accompagnement des malades.

²⁵⁸ L'AFM Téléthon cible des populations sur 4 filières de maladies rares : La filière FILNEMUS, avec les myopathies et les 300 maladies neuromusculaires (tous âges) et les filières FILSAN, FAI2R et Brainsteam, avec les pathologies rares neurodégénératives invalidantes : SLA (tous âges), Chorée de Huntington, et Ataxie de Friedreich (moins de 60 ans). Le dispositif s'est élargi par ailleurs à 2 pathologies neuro-dégénératives non rares, générant un handicap moteur pour des malades de moins de 60 ans : SEP et Parkinson.



- De créer les conditions favorables pour que le patient puisse être acteur de sa maladie, en apportant du soutien, de la lisibilité, de la facilitation (transmission d'une fiche de liaison).
- D'être vigilant sur l'évolutivité de la pathologie, en lien avec le CRMNM

Pour 45 personnes accompagnées, soit 83% du public accompagné, des consultations avancées ont été réalisées en 2021. Des prises en charge sont également développées avec d'autres centres, mais celles-ci restent encore mineures et nécessitent le déplacement des malades. Il s'agit de 9 personnes qui se déplacent au CRMNM de Bordeaux, l'institut de Myologie de Paris, le CRMNM de Toulouse, le CH Huntington de Créteil, le CC Huntington de Marseille, et le CR SLA de Marseille.

Au-delà du nombre de patients inclus dans le dispositif, la plus-value de cette expérimentation réside dans la réduction de l'isolement et des ruptures de parcours pour les malades via l'accompagnement sanitaire, social et médico-social du RPS et de l'association, qui finit par jouer un rôle de coordination sur le territoire pour les parcours complexes de maladies rares. En effet, les domaines d'intervention de l'AFM Téléthon couvrent :

- Le parcours de soins (informations sur la maladie, sur la prise en charges, essais cliniques / traitements, et les droits administratifs)
- La vie sociale et relationnelle (scolarité, enseignement supérieur, parcours professionnel, répit/vacances/loisirs, ouvertures des droits ...)
- La vie quotidienne, compensation et financement (aides techniques, aides humaines, logement, transport, aide animalière, parentalité etc...)

De plus, L'AFM, au travers de l'installation du Service Régional en Corse permet d'avoir une vue globale des partenaires existants sur le territoire et ainsi d'orienter le patient vers le bon professionnel, au bon moment de son parcours. Le RPS, placé au plus près du patient, permet d'identifier et de mobiliser les ressources et le réseau, sans se substituer aux intervenants et aux dispositifs existants. Les parcours patients présentés ci-haut démontrent la complexité et l'impact des RPS dans la mobilisation des intervenants.

Enfin, l'AFM peut aussi être lui-même vu comme un partenaire et un service d'accompagnement pour la plateforme de coordination Corse, en cours de mise en place. En effet, l'unification, en cours, des dispositifs d'appui à la coordination des parcours (MAIA, réseaux de santé, CTA ...) dans un dispositif unique DAC Corsica apportera, dès sa mise en place, encore plus de lisibilité dans le parcours. La coordination et la complémentarité entre l'AFM et le DAC sont des facteurs clés de succès dans l'amélioration du parcours des personnes atteintes de maladies neuromusculaires rares et neurodégénératives invalidantes (hors Alzheimer) en Corse.



Partie 7

L'action de l'ARS et de ses partenaires a-t-elle développé une **politique de ressources humaines** favorisant l'accès à des **soins de qualité** et à une **offre innovante** ?



Partie 7 : L'action de l'ARS et de ses partenaires a-t-elle développé une **politique de ressources humaines** favorisant l'accès à des **soins de qualité** et à une **offre innovante** ?

Synthèse exécutive

[1] Dans son objectif stratégique n°7, **le PRS n°2 a posé l'ambition de développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante, alors même que le territoire est confronté à un triple enjeu de vieillissement, de raréfaction des ressources médicales et de répartition inégale des ressources sur le territoire.**

[2] La Corse présente une démographie médicale limitée. **Les médecins (généralistes et spécialistes, libéraux et salariés) sont de moins en moins nombreux, et plus âgés que la moyenne nationale.** Entre 2010 et 2020, la Corse a été la région de France qui a enregistré la plus forte baisse de densité médicale (-11,6%). En 2020, l'âge moyen des médecins généralistes et spécialistes était en outre de 52,7 ans en Haute-Corse et de 52,2 ans en Corse-du-Sud, contre 50,3 ans au niveau national.²⁵⁹

Concernant les spécialistes, la situation est encore plus préoccupante puisque l'île a connu au cours de la dernière décennie une diminution importante de la densité de médecins spécialistes (-11,2 % entre 2010 et 2020), particulièrement marquée en Haute-Corse (-13,40 %). De ce fait, la situation est critique pour certaines spécialités (la pneumologie ou la neurologie, par exemple), avec un solde départ et installation négatif.²⁶⁰

Ce vieillissement des médecins installés sur l'île peut également être mis en lumière avec l'âge moyen de départ à la retraite au 31 décembre 2019. Il était de 70,9 ans en Corse-du-Sud et de 69,8 ans en Haute-Corse, soit largement au-dessus de la moyenne nationale se situant à 67 ans.²⁶¹

Enfin, comme on peut l'observer sur la carte ci-dessous présentant l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) par commune, l'offre de soins de premier recours **est inégalement répartie sur le territoire.** Si les centres urbains sont relativement bien couverts, des déserts médicaux existent dans les zones rurales qui présente un exercice médical particulièrement difficile.²⁶²

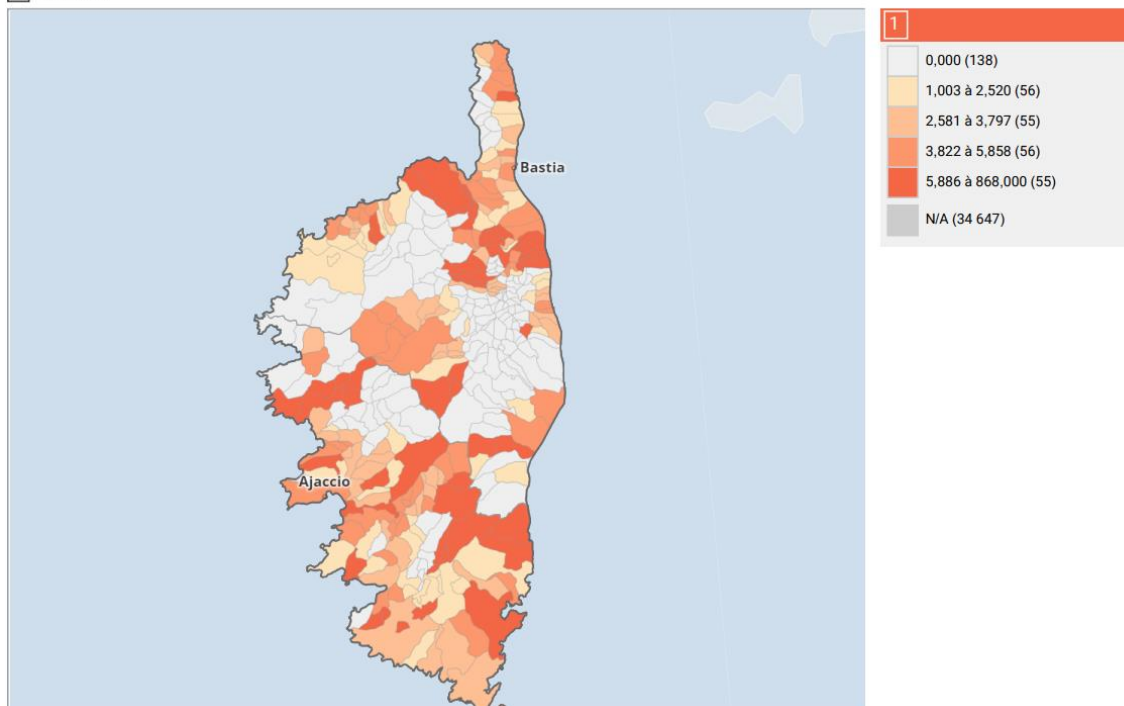
²⁵⁹ Atlas de la démographie médicale 2021

²⁶⁰ *Ibid.*

²⁶¹ DREES

²⁶² Mathieu PIAZZA, « L'exercice de la médecine générale dans la Corse rurale de 2017 »

1 APL2019



Accessibilité potentielle localisée²⁶³ – DREES, 2019

[3] Dans ce contexte d'inadéquation territoriale entre offre et demande de soins de ville, une action pluriprofessionnelle a été engagée en Corse **pour renforcer la densité médicale en ciblant deux publics, les internes en médecine générales et les jeunes professionnels lors de l'installation**. Cela offrirait un double avantage : une offre de soins supplémentaire à part entière, et une facilitation des installations de nouveaux médecins.

Or, pour un étudiant en médecine, réaliser son stage d'internat en Corse n'est pas aisé du fait de l'insularité. Les internes sont en effet issus des facultés de médecine d'Aix-Marseille et Nice et des trajets entre le lieu de formation et le terrain de stage sont nécessaires.

L'enjeu est donc de renforcer l'attractivité du système de santé de l'île afin d'attirer les internes, dans le but d'augmenter à terme le nombre d'installations de jeunes médecins. Il s'agit donc d'aborder la question à la racine, en formant des cohortes de jeunes médecins aux spécificités du territoire, qui constitueront à terme une population importante de professionnels au fait de l'attractivité du système de santé de l'île.

²⁶³ « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure locale de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes. Calculée au niveau de chaque commune, elle considère également l'offre de soins et la demande des communes environnantes. » IRDES, Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL), 2016



[4] Le programme IPI-MED lancé en 2019 a permis une avancée importante en **coordonnant les acteurs** (professionnels, universités, collectivités, ARS, syndicats d'internes, etc.), **en améliorant les conditions d'accueil des internes en médecine générale** (par un soutien financier, des aides au déplacement, etc.) et **favorisant une augmentation du nombre de stagiaires accueillis chaque semestre**. Ce programme s'inscrit dans la dynamique développée par l'ARS depuis plusieurs années, qui vise notamment à favoriser l'accueil d'internes spécialistes, et pour lequel les travaux se poursuivent.

S'il est **n'est pas possible d'établir de façon formelle la corrélation entre l'augmentation du nombre de stagiaires et les installations de jeunes professionnels**, les effets du programme sur l'offre de soins sont positifs. D'une part, parce que les internes représentent une offre de soins à part entière,²⁶⁴ d'autre part, parce qu'il est plus facile pour un jeune médecin de s'installer sur son terrain de stage qu'il a appris à connaître : **les médecins généralistes sont près de trois sur quatre à s'installer dans la région où ils ont soutenu leur thèse.**²⁶⁵

Le programme IPIMED présente par ailleurs la caractéristique d'être pluriprofessionnel et multi-acteurs et de réunir largement l'écosystème de la formation en santé (ARS, la CDC, les universités de Corte, Nice et Aix-Marseille, les représentants des internes et des maîtres de stage et l'URPS-ML). **Cet exemple donne à voir un exemple réussi de coopération et coordination ayant des effets vertueux** pour l'ensemble du système de santé de l'île.

Cette démarche doit néanmoins **être ancrée dans la durée, approfondie dans son déploiement** (en accentuant la communication pour toucher un nombre plus important d'étudiants et en poursuivant la réflexion sur l'offre de logement), et **prolongée par un effort coordonné sur le soutien à l'installation des jeunes professionnels** formés en corse avec des liens locaux ou attirés par l'exercice professionnel sur l'île. Certaines actions engagées, notamment sur le volet renforcement de l'installation ont été freinées par la COVID-19 et sont relancées depuis l'année 2022.

Recommandation 59:

Renforcer **le plan de communication** déployé à l'échelle nationale et régionale sur l'offre de soins en Corse, les aides existantes, les atouts naturels de l'île, des retours d'expériences de médecins ou étudiant. Exemples issus d'autres régions :

- « *Adopte un doc* », la campagne d'informations de la maison de santé de Querqueville en Normandie : pour trouver un médecin pour la Maison de santé de Querqueville et favoriser l'installation de jeunes diplômés dans la ville, cette campagne utilise des supports

²⁶⁴ MACSF, Statut d'interne en médecine : les points clés à connaître

²⁶⁵ Magali Dumontet, Anne-Laure Samson et Carine Franc, « Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? »



de communication variés (réseaux sociaux, presse spécialisée, annonces locales ; lettre rédigée à l'attention de médecins de la région etc.)

- *L'Agence d'attractivité de l'Indre réunit l'ARS, la CPAM, et les établissements de santé pour développer une approche animation et mettre en place des actions telles qu'un weekend de compétitions sportives organisé pour les jeunes du CHU, un village « Club Med » mis en place pour les internes en stage.*

Recommandation 60 :

Déployer une **stratégie d'accompagnement et de fidélisation des professionnels de santé**, ciblant l'installation des professionnels. Exemple d'action issu d'une autre région :

- *« Mediguya » : la conciergerie gratuite de l'URPS ML de Guyane qui propose quatre services d'aide dans des domaines clé (scolarisation des enfants, recherche d'un logement, emploi du conjoint, aide administrative). L'offre est relayée sur le PAPS de la Guyane et le site de l'URPS. Les annonces sur le site Remplafrance mentionnent aussi Mediguya.*

Recommandation 61 :

Poursuivre l'aller vers à destination des médecins et des internes en professionnalisant le processus de promotion (coordonner la participation aux congrès, fournir des outils de communication, des éléments de langage, etc.) avec **une logique de préparation et de suivi des contacts pris**.

Recommandation 62 :

Favoriser les facteurs de dynamisme et d'attractivité, comme **l'innovation** (Articles 51, incubateur de projets d'installation) ou **l'exercice coordonné** (l'exercice coordonné est plébiscité par les internes au moment de s'installer (72%).



Focus : Le programme IPI MED a permis de contribuer à augmenter le nombre d'internes en médecine générale, les efforts sont à poursuivre pour favoriser les installations

Des actions coordonnées qui ont eu des effets tangibles

La structure de pilotage a permis une bonne coordination des acteurs et fait preuve d'adaptabilité.

La coordination des acteurs est un aspect crucial de la réussite du dispositif. La convention IPI-MED a permis de réunir l'ARS, la CDC, les universités de Corte, Nice et Aix-Marseille, les représentants des internes et des maîtres de stage et l'URPS-ML à l'occasion des comités de pilotage réguliers. Cette coordination des énergies a permis, de l'avis unanime de toutes les personnes interrogées, de réaliser des progrès substantiels. Là où des projets précédents menés au niveau local avaient échoué, l'effort coordonné du programme IPI-MED a réussi à obtenir des résultats positifs.²⁶⁶

Cette structure de pilotage a en outre fait preuve d'une capacité à adapter le dispositif en fonction des retours du terrain. Cela a par exemple été le cas lors de la création d'une tranche de bonification intermédiaire pour les internes effectuant une partie seulement de leur stage en zone fragile.²⁶⁷

Une augmentation du nombre d'interne et une amélioration sensible de leurs conditions d'accueil

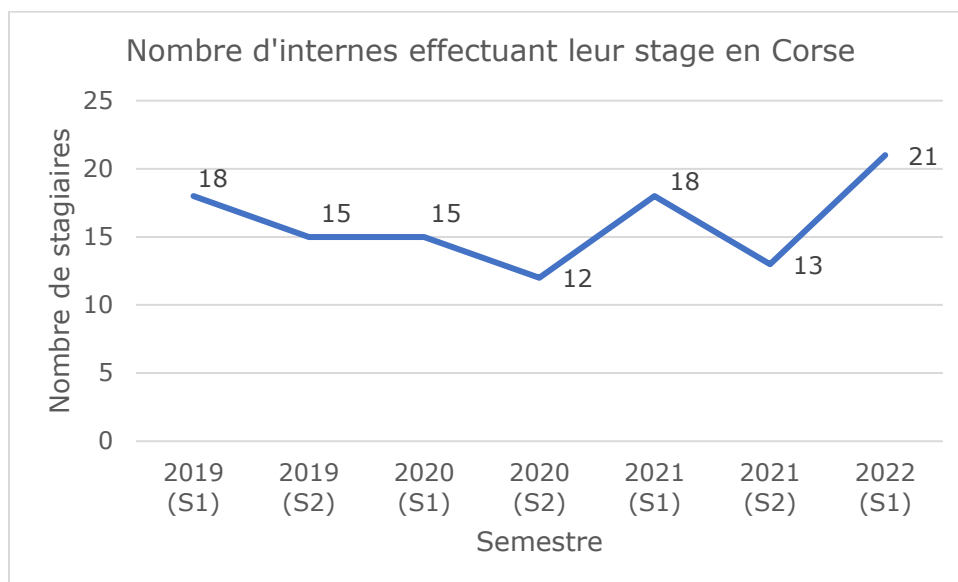
La mise en œuvre du dispositif a eu des effets bénéfiques sur le nombre d'internes en médecine générale. Comme le montre le graphique suivant présentant le nombre d'internes ayant effectué leur stage sur l'île chaque semestre entre mai 2019 et mai

²⁶⁶ Le comité de pilotage s'est réuni huit fois entre le lancement du programme en 2019 et le printemps 2022. Il est composé des personnes suivantes : le Président du Conseil Exécutif de Corse ou son représentant ; le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Corse ou son représentant ; le Président de l'Université de Corse ou son représentant ; le Président de l'Université d'Aix-Marseille ou son représentant ; le Président de l'Université de Nice-Sophia Antipolis ou son représentant ; le Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux de Corse ou son représentant ; le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Haute-Corse ou son représentant ; le Président du Conseil de l'ordre des Médecins de Corse du Sud ou son représentant ; le Président du Collège Régional des Généralistes Enseignants et Maîtres de stage de Corse ou son représentant.

²⁶⁷ À la suite des remontées de besoins analysées à l'occasion des premiers COPOL, un avenant a été pris par le Conseil Exécutif daté du 16/12/20 à la convention pour intégration d'un nouveau pallier intermédiaire concernant la bonification, de nombreux stagiaires faisaient leur stage à cheval sur deux zones dont une seule était considérée fragile.



2022, IPI-MED a non seulement permis d'établir un étiage élevé là où les stagiaires manquaient auparavant certains semestres, mais a également permis d'enclencher une dynamique positive qui se traduit par une augmentation tendancielle du nombre de stagiaires au sein des établissements, puis au sein des centres de santé ou cabinets de ville.



Cet effet bénéfique est corroboré de façon qualitative par les représentants d'internes qui confirment que le programme est bien connu des étudiants d'Aix-Marseille et Nice, et qu'il lève les freins à leur volonté d'effectuer leur stage d'internat sur l'île.²⁶⁸

Selon les médecins interrogés, les bonifications mises en place ont en outre encouragé les internes à choisir des terrains de stage dans des zones rurales (auprès de médecins libéraux en particulier).

Enfin, les résultats des enquêtes menées par la CDC montrent une forte satisfaction des internes ayant bénéficié du programme. Une amélioration peut cependant être apporté sur ce point, le nombre de réponse à l'enquête étant faible, l'idée étudiée de rendre l'enquête obligatoire nous semble pertinente.

Un bilan difficile à faire sur les installations

Malgré certaines installations constatées d'anciens internes, l'imputabilité de ces dernières au programme est difficile à faire. Néanmoins, l'amélioration de l'image du système de santé de l'île auprès des étudiants et l'accroissement du nombre de jeunes médecins ayant une bonne connaissance du territoire (et de l'exercice en

²⁶⁸ Entretien avec la Dr GUERINI (ex-association Asclépios)



cabinets et maisons de santé pluridisciplinaires) ne peut qu'avoir des effets positifs à terme.

Axes d'améliorations : une politique volontariste qui doit être poursuivie et amplifiée

Une communication efficace à accentuer

L'objectif doit être de maintenir le nombre d'internes accueillis chaque semestre au-dessus de vingt. Pour ce faire, la communication pourrait être encore accrue, notamment sur les réseaux sociaux, de même, le suivi des étudiants ayant effectué leur première année à Corte doit être accentué, dans le respect du RGPD. La mobilisation du réseau social Communiti est un exemple intéressant, visant à favoriser l'installation des médecins corses ayant étudié sur le continent sera un atout important à cet égard.²⁶⁹

La question du logement en zone rurale reste une problématique importante

La réflexion pour rendre des logements accessibles aux internes doit être poursuivie. Ce point est particulièrement difficile dans les zones touristiques où l'offre de logement est faible, ou à des tarifs très élevés.

Un travail différent à mener pour attirer les internes spécialistes

Concernant les internes spécialistes pour lesquels l'enjeu en matière de pérennisation de l'offre de soin est tout aussi fort, un travail devrait être mené également. Mais il n'est pas du tout du même ordre. En effet, il s'agit moins d'améliorer les conditions d'accueil des internes (qui peuvent par exemple être logés à l'internat et n'ont pas de dépenses supplémentaires liées à l'exercice en zone rurale) que de favoriser l'attractivité hospitalo-universitaire de l'île (l'attractivité d'un stage en spécialité est très dépendante de la présence de chefs de services et d'universitaires reconnus.) Il s'agit donc ici de s'assurer de l'existence de des terrains de stages avant d'engager des actions de promotion.

²⁶⁹ Entretien avec les Drs COSTA et GRISONI (URPS-ML)



Des efforts à poursuivre sur les aides à l'installation

Un effort doit être fait sur l'installation. Il apparaît que l'accompagnement des jeunes médecins n'est pas encore optimal, le guichet unique restant encore mal connu.²⁷⁰ Lorsqu'on les interroge sur leur besoins au moment de l'installation, 68 % des internes indiquent qu'ils aimeraient pouvoir être guidés par un confrère ou une consœur, 53 % par les collectivités territoriales, 48 % par l'Ordre des médecins et 47 % par l'ARS.²⁷¹ La possibilité de mettre en place de façon systématique un tutorat par des médecins installés pourrait donc être étudiée.

L'exercice coordonné est par ailleurs un facteur important pour attirer de jeunes médecins,²⁷² mais une certaine rigidité sur ce point peut parfois être un frein pour certains qui n'arrivent pas à trouver de partenaires, en particulier lors d'installation dans des zones fragiles. Une certaine souplesse sur cette question devrait être étudiée.

²⁷⁰ Entretien avec la Dr GUERINI (ex-association Asclépios)

²⁷¹ Magali DUMONTET, Anne-Laure SAMSON et Carine FRANC, « Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? »

²⁷² L'exercice collectif ou coordonné (en MSP ou non, libéral et/ou salarié) est plébiscité par 72% des internes selon un sondage mené pour la Fédération française des médecins généralistes citant Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela, « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale. » Les dossiers de la DREES N° 89. Décembre 2021.



Annexes

Annexe 1 : Tableaux des interlocuteurs rencontrés

Pendant la phase de cadrage :

Dispositif	Référent ARS
PASS	Laurent MEGE
Accompagnement des enfants TND	Joseph MAGNAVACCA
	Santa OTTAVI
	Audrey COLONNA
	Catherine SUARD
Dépistage des cancers	Jean Louis WYART
	Laurent MEGE
PRAMCA	Alain CASANOVA
Présence des usagers dans CDU	Iman MECHAALIA
Processus de concertation	Iman MECHAALIA
Parcours bien vieillir	Isabelle GRIMALDI
Parcours santé mentale/addictologie	Jean Louis WYART
	Marie Noelle BROSSARD
Exercice coordonné	Michèle ALTANA
	Carine ALBERTINI
Filières urgences/AVC	Marie Hélène PIETRI ZANI
Filières gériatriques	Isabelle GRIMALDI
Imagerie médicale	Marie Hélène PIETRI ZANI
Diag autisme / TND et MND PA	Marie Noelle BROSSARD
	Joseph MAGNAVACCA
Hébergement temporaire EHPAD	Joseph MAGNAVACCA
	Audrey COLONNA
Contractualisation territoriale	Philippe MORTEL
	Anne Marie LHOSTIS
Signalements ES & ESMS	Joseph MAGNAVACCA
	Mathieu MECHAIN
Capteurs pesticides / Pollinair	Jean Philippe BURESI
Télémédecine	Michel SPELLA
AFM Téléthon	Michel SPELLA
Convention	Yannick BONINI
	Laurent PAPAIZIAN



Pendant la phase d'évaluation :

Dispositif	Interlocuteur	Organisation
PASS	Mme Catherine OLIVIERO	Médecins du monde (Ajaccio)
	Mme Marie PEGAZ	AS Polyclinique Porto Vecchio
	Dr Yves FANTON	CH Ajaccio
Dépistage des cancers	Dr Franck LE DUFF	CRCDCC
	Dr Sauveur MERLENGHI	Ligue contre le cancer 2A
PRAMCA	Mme Cécilia MICHELI	IREPS Corse
	Mme Marie-Laure SALVI	Présidente de l'association des Diabétiques de Corse
	Mme Dominique ANDREANI	Présidente de l'UNAFAM de Corse
	Mme Lyvia COSIMI	Promotion Sante Corsica
	Mme Sophie Pantalacci	IREPS Corse
	Mme Nathalie PAOLETTI	Chargée de mission de l'association des Diabétiques de Corse
Présence des usagers dans CDU	M. Jean-Luc PISELLA	CH Bastia
	M. Laurent GERMANI	CH Ajaccio
	Mme Corine SEONI	CH Castelluccio
	Marie-José POLI	France Assos Santé
	Mme Christelle FELIX	France Assos Santé (Coordinatrice)
	M Nonce Giacomoni	Association Espoir Autisme Corse
Processus de concertation	M. Francis Giudici	Président de la CC Fium'Orbu-Castellu
Parcours bien vieillir	Mme Christine GERONIMI	Collectivité de Corse
	Mme Marie-Thérèse NICOLI	Collectivité de Corse
Parcours santé mentale/addictologie	M. Frédéric GUILLEMET	IREPS Corse
	Mme Marie-Louise SERRA	Infirmière conseillère - Académie de Corse
	Mme Rose-Marie MARTINELLI	Directrice de la MDA 2B
	Mme RUBINI	Directrice service prévention FALEP
	Mme ETTORI	Faisant fonction de Directrice MDA 2A
	Mme Laure ABRANI	Directrice territoriale - Protection judiciaire de la jeunesse



Exercice coordonné	Mme Clarisse GOUX	MSP Ile-rousse / CPTS Balagne
	Dr AGOSTINI	MSP Calenzana /
	M. François TRAMONI	Fédération de l'exercice coordonné (FCCIS)
	Mme Santa OTTAVI	ARS Corse (Représentante DAC & cellules parcours) PTA
Filière urgences/AVC	Dr Marie-Helene PIETRI-ZANI	ARS Corse
	Mme Marie-Christine VIALE	Interlocuteur à la Direction de l'Innovation à Bastia (TéléAVC)
Filières gériatriques	Dr GRISONI	URPS-ML
	Dr Dominique ZAMPOMI	
Imagerie médicale	Mme Charlotte LHOMME	Interlocuteur sur le plateau de Corte
	Mme Danielle BOURCELET	Directrice plateau de Balagne
	Dr Charles RYCKEWAERT	Interlocuteur sur le plateau de Balagne
Diag autisme / TND et MND PA	M. Arnaud GUILLOUX	CRA Corsica
	Mme CENTOFANTI (et des représentants du CAMSP/EDAP et du CMPP)	ADPEP 2A
	Dr SUARD	Référente ARS
	M. Axel GUY	UB DYS
	M. Jean Michel CARLOTTI et autres représentants de la PCO / CAMSP / CMPP	PCO et CAMSP/CMPP
	Dr PANCRAZI	CMRR
Hébergement temporaire EHPAD	Mme Audrey COLONNA	ARS Direction du médico-social
	Dr SUARD	Référente ARS
Contractualisation territoriale	Dr AGOSTINI	
	Mme Emmanuelle GIRASCHI	Adjointe aux affaires sanitaires et sociales à la CC Extrême Sud, infirmière qui vient de monter une MSP à Porto-Vecchio
	M. DELPOUX	Haut Taravo / Pharmacien à Sainte-Marie-Siché (Pharmacie Haut-Taravo)
	Dr DE SOUSA	Haut Taravo / Médecin à la MSA, très impliqué sur la



		question de la pharmacie Haut-Taravo
	Dr Dominique SIMEONI	CPTS / confirmée par Mme BURG
	Dr. DAHAN	Haut Taravo / Rôle à préciser (Pharmacie Haut-Taravo)
Signalements ES & ESMS	Dr MECHAIN	ARS
	Dr Stéphanie GENTILE	Médecin coordinateur de la Structure Régionale d'Appui
	Mme HARDOUIN	SRA PASQUAL
	Mme Ingrid Vanderheyden	ARS
	Mme Laitang-Perret	EMS ARS Corse
Télémédecine	Dr Augustin VALLET	URPS ML, chef de projet ALTA STRADA
	Mme Magali SILVANI	Centre Valicelli
	Mme Ghislaine Filippi	URPS-ML, Corsicaderm
AFM Téléthon	M. Xavier FALAISE	AFM Téléthon
	Mme Nicole ROUSSET	AFM Téléthon
Convention	Dr PAPAIZIAN	CH Bastia
	Dr Cécilia COSTA	VP URPS ML
	Mme Pascale VALLE	Service de l'enseignement supérieur de la Collectivité de Corse
	Mme Serena GUERRINI	Représentante des internes (Asclépios)
Données	M Obed ATSE	ARS-CORSE/STRATEGIE



Annexe 2 : Tableau récapitulatif des dispositifs

Objectifs stratégiques	Questions évaluatives	
1- Appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé	L'action de l'ARS et de ses partenaires a-t-elle renforcé la prévention et la promotion de la santé en Corse ?	
	Pour la population générale, le dépistage organisé des cancers reste en-dessous du niveau national malgré les actions de mobilisation du CRCDC	Dispositif 3. Le dépistage des cancers
	Pour les publics les plus démunis, le monde associatif constitue un filet de sécurité face à un réseau des PASS toujours en cours de structuration	Dispositif 1. Le réseau des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
2- Faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé	Dans quelle mesure les actions engagées ont permis de positionner l'utilisateur comme un acteur éclairé et actif du système de santé ?	
	Le pouvoir d'agir des patients a été renforcé grâce à l'action associative facilitée par la PRAMCA	Dispositif 4. Les actions de la PRAMCA relatives au diabète et à la santé mentale en lien UNAFAM et diabétiques de Corse
	Les représentants des usagers dans les CDU peinent néanmoins à s'approprier les instances de démocratie sanitaire	Dispositif 5. L'effectivité de la présence des usagers au sein des CDU
	Le processus de concertation avec les acteurs de santé a été transformé pour plus d'horizontalité	Dispositif 6. Les processus de concertation récurrents et la perception par les élus
3- Accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu	Les parcours santé des plus fragiles (personnes âgées et jeunes), et en particulier lors des phases d'amont, ont-ils pu être renforcés ?	
	Les personnes âgées fragiles sont-elles mieux repérées, dès l'amont du parcours, pour prévenir la dépendance ?	Dispositif 7. Le parcours bien vieillir
	Le repérage des situations d'urgence et de crise suicidaire du public jeune a été amélioré	Dispositif 8. Le parcours santé mentale (dont addictions) centré sur les 11-25 ans
	Les actions pour prévenir et prendre en charge les addictions n'ont pas encore été lancées et feront l'objet de travaux futurs autour du PTSM	



4- Assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité

L'accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité a-t-il pu progresser de façon homogène sur le territoire ?

L'offre de soin en exercice coordonné a été renforcée sur l'ensemble du territoire

Dispositif 9. L'exercice coordonné : impact des structures déployées sur l'offre de santé et l'attractivité des territoires concernés

Les filières en déséquilibre en 2018 qui doivent encore être renforcées, malgré les progrès réalisés sur les 5 dernières années (AVC, Imagerie médicale, Gériatrie)

Dispositif 10. La filière AVC

Dispositif 11. Les filières gériatriques départementales

Dispositif 14. L'hébergement temporaire en EHPAD

Dispositif 12. L'imagerie médicale

L'accès à des diagnostics pertinents sur l'autisme, les TND, et les MND s'améliore sur l'ensemble du territoire, bien que la cible ne soit pas encore atteinte

Dispositif 2. L'accompagnement précoce des enfants présentant TND ?

Dispositif 13. La pertinence des diagnostics autisme et TND pour le handicap et MND pour les personnes âgées

La contractualisation territoriale a permis de s'approprier le PRS pour mettre en œuvre une politique en santé au plus près des enjeux du territoire

Dispositif 15. La contractualisation territoriale en santé

5- Consolider les capacités d'anticipation et de réponse appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux

Comment la capacité d'anticipation des risques sanitaires a-t-elle pu être renforcée ?

L'amélioration continue de la qualité des soins doit continuer à être promue via les actions de sensibilisation sur la déclarations des EIG / EIGS

Dispositif 16. La gestion des signalements par ES et ESMS

Les risques environnementaux sont anticipés grâce au partenariat avec l'association Qualitair

Dispositif 17. Le partenariat qualité air avec pose de capteurs pesticides / Pollinair

6- Soutenir l'intégration des pratiques innovantes pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé

Comment les acteurs de santé en Corse ont-ils contribué au renforcement des pratiques innovantes en santé et ainsi à l'amélioration de la qualité et l'accessibilité à la santé ?

L'offre de soin est renforcée grâce au développement de la télémedecine qui abolit les distances

Dispositif 18. L'usage de la télémedecine (libéraux et établissements)

Des réponses appropriées sont apportées aux personnes atteintes de maladies rares grâce à l'expérimentation et l'innovation

Dispositif 19. Le Projet AFM Téléthon

7- Développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante

L'action de l'agence et de ses partenaires a-t-elle développé une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante ?

Le programme IPI-MED a permis d'augmenter le nombre d'internes, les efforts sont à poursuivre pour favoriser les installations

Dispositif 20. La mise en œuvre de la Convention cadre relative à l'internat et au post internat de médecine en Corse