

PROJET  
RÉGIONAL  
DE SANTÉ

COS



# CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE 2018-2028







P.08

## INTRODUCTION

P.10

## PANORAMA DE LA SANTE EN CORSE

P.10

### 1. Les principales caractéristiques de la population en Corse

1.1 les données démographiques

1.2 les conditions socio-économiques

P.13

### 2. Les déterminants de santé

2.1 La mortalité générale

2.2 La mortalité prématurée

2.3 Les affections de longue durée

2.4 Les risques sanitaires environnementaux

2.5 La vaccination

2.6 Une participation insuffisante aux dépistages organisés des cancers

2.7 Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

P.16

### 3. Les dépenses de santé en Corse en 2016

## **L'OFFRE DE SANTE EN CORSE**

P.17

### **1. Panorama de la santé en Corse**

P.17

### **2. L'offre et le recours aux soins primaires**

P.18

2.1 L'offre en médecins libéraux

2.2 l'offre paramédicale

2.3 l'offre en officine de ville et en laboratoires d'analyses médicales

2.4 L'offre en chirurgiens-dentistes

2.5 Les services et structures ambulatoires

2.6 le recours aux soins primaires

### **3. L'offre et le recours aux soins hospitaliers**

P.20

3.1 L'offre sanitaire

3.2 Le recours aux soins hospitaliers

### **4. L'hébergement médicalisé et les services en faveur des personnes âgées**

P.21

4.1 Les structures de prise en charge

4.2 La prise en charge spécifique des maladies d'Alzheimer et apparentées

### **5. Les équipements et services en faveur des personnes en situation de handicap.**

P.22

### **6. L'accompagnement et les soins en addictologie**

P.24

### **7. L'accès aux soins des plus précaires**

P.24

# SOMMAIRE

P.25

## **BILAN DU PROJET REGIONAL DE SANTE 2012-2016 : QUELLES EVOLUTIONS DU SYSTEME DE SANTE EN CORSE ?**

P.26

### **1. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par la garantie d'une offre de prévention efficiente**

- 1.1 La prévention et la promotion de la santé
  - 1.1.1 La mobilisation d'instances d'expertise et d'appui au service des associations et des institutions
  - 1.1.2 Le soutien financier aux actions associatives
  - 1.1.3 Les autres actions de prévention et de promotion de la santé
- 1.2 Une meilleure prise en compte des risques sanitaires et environnementaux
- 1.3 Des partenariats consolidés et des dispositifs nouveaux dans la lutte pour la réduction des inégalités sociales de santé

P.30

### **2. L'amélioration de la fluidité du parcours de prises en charge sanitaire et médico-sociale**

- 2.1 Le soutien à la santé de proximité
- 2.2 La modernisation des établissements de santé
- 2.3 Le soutien à l'organisation et à la qualité des filières de soins
- 2.4 Le renforcement du parc d'imagerie médicale
- 2.5 Le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
- 2.6 La mise en œuvre des coopérations de soins inter régionales
- 2.7 La concertation régionale sur la pertinence des soins
- 2.8 Un système de santé entré dans l'ère numérique
- 2.9 Une culture de la gestion des risques à conforter
- 2.10 L'évolution qualitative des politiques en faveur des personnes âgées
- 2.11 Le comblement du retard d'équipement et l'évolution qualitative de l'accompagnement du handicap
- 2.12 Une gestion des situations exceptionnelles clarifiée

P.38

### **3. La co-production de la politique régionale de santé avec les usagers et les professionnels**

- 3.1 La démocratie sanitaire
- 3.2 La participation des professionnels de santé et des institutionnels

## **LA SANTE EN CORSE EN 2028 : DES ORIENTATIONS EN FAVEUR D'UNE OFFRE ADAPTEE AUX SPECIFICITES DE L'ÎLE**

P.40

**Objectif stratégique 1 : Appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé**

P.42

**Objectif stratégique 2 : Faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé**

P.44

**Objectif stratégique 3 : Accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu**

P.46

**Objectif stratégique 4 : Assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité**

P.48

**Objectif stratégique 5 : Consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risque sanitaire.**

P.50

**Objectif stratégique 6 : Soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé**

P.54

**Objectif stratégique 7 : Développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante**

P.58

### **Avertissement aux lecteurs**

Depuis le 1er janvier 2018, la «collectivité de Corse» est devenue une collectivité à statut particulier en lieu et place de la collectivité territoriale de Corse et des départements de Corse du Sud et de Haute-Corse. Afin d'harmoniser la lecture, le terme « Collectivité de Corse (CdC) » a été choisi dans l'ensemble des documents du projet régional de santé, indépendamment de la période citée.

# INTRODUCTION

## LE CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS): OBJET ET CONTENU

Le cadre d'orientation stratégique (COS), qui succède au plan stratégique régional de santé, détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à 10 ans pour l'amélioration de l'état de santé de la population corse et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, tout particulièrement, celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. Il sera révisé, après évaluation, au moins tous les 10 ans. Le cadre d'orientation stratégique et ses orientations seront donc évalués, au plus tard, en 2028.

Le cadre d'orientation stratégique est donc la partie prospective, à moyen terme, du PRS, développant la vision du système de santé le plus efficient pour la Corse. Il tient compte notamment des perspectives sociodémographiques estimables, des données épidémiologiques connues et de leurs évolutions prévisibles, des atouts et des contraintes de l'île, des politiques des partenaires et des actions des acteurs de santé.

Les schémas régionaux de santé quinquennaux (SRS) et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) des dix prochaines années mettront en œuvre, dans le cadre des parcours de santé et des thématiques de compétence de l'ARS, des objectifs opérationnels lisibles et évaluables concourant à la réalisation des orientations stratégiques du COS.

Les objectifs stratégiques figurant dans le COS découlent prioritairement de l'analyse des forces et faiblesses du système de santé corse, au regard des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires de la population insulaire.

Ils prennent en compte, ainsi que le schéma régional de santé 2018-2022 qui en découle, le bilan de la réalisation des objectifs du projet régional de santé 2012-2016.



# LA MISE EN COHÉRENCE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

En application de l'article L1411-1-1 du code de la santé publique, la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé (SNS) définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine spécifiquement les priorités de la politique de santé de l'enfant.

Définie pour une durée qui ne peut excéder dix ans, la SNS est mise en œuvre par les projets régionaux de santé, de même que les plans et programmes de santé.

La SNS 2018-2022 a été arrêtée par le décret du 29 décembre 2017. Elle est articulée autour de quatre grandes priorités :

- ▶ 1. **Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux**, avec une attention particulière portée aux enfants et aux jeunes,
- ▶ 2. **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé**, avec une approche centrée sur les parcours organisés dans les territoires de vie des patients,
- ▶ 3. **La nécessité d'accroître la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge**, à chaque étape du parcours de santé,
- ▶ 4. **L'innovation en santé** (organisationnelle, médicale, technologique ou numérique) au service des usagers et des professionnels de santé.

## DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CORSE

Dans le cadre du volet spécifique à la Corse de la stratégie nationale de santé, le décret prévoit en outre que les quatre priorités majeures ci-dessus doivent être mises en œuvre au travers du PRS, en prenant en compte les spécificités de l'île soit :

- ▶ **les contraintes et les fragilités de ce territoire**, dues à sa caractéristique d'île-montagne, notamment en matière d'accessibilité (temps de trajet, pénibilité des déplacements, renoncements aux soins...),
- ▶ **la forte précarité** observée qui génère des inégalités d'accès aux soins élémentaires pour les plus démunis,
- ▶ **le vieillissement de la population, plus important** que sur le continent.

En conséquence, les objectifs stratégiques et opérationnels du PRS de Corse doivent concourir à assurer une offre de soins graduée et continue, adaptée à l'insularité, à la géographie interne et à la difficulté des déplacements.

Cette offre doit être aussi **en capacité de s'adapter aux fluctuations saisonnières et aux risques émergents** suscités par l'augmentation de ces échanges.

# P

## ANORAMA DE LA SANTÉ EN CORSE

### 1. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION EN CORSE

#### 1.1 LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

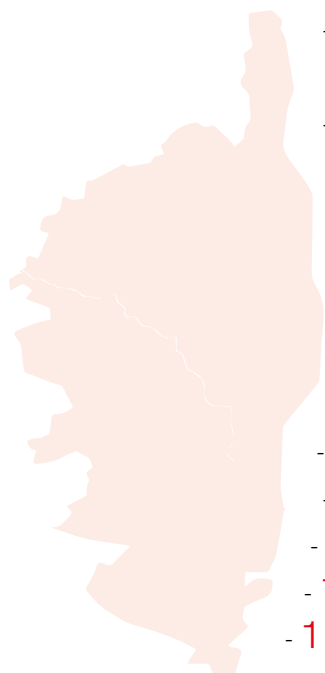
#### La Corse, un peuplement faible et concentré autour de deux pôles urbains

De très loin la moins peuplée des régions de France métropolitaine, la Corse compte une population totale de 327 000 habitants. Avec une densité moyenne de 37 habitants/km<sup>2</sup>, c'est l'une des régions les moins peuplées de France.

Les deux tiers du territoire corse répondent au critère de désertification de la DATAR (-de 30 habitants/km<sup>2</sup>), le tiers restant étant constitué des bassins de vie d'Ajaccio et de Bastia au sein desquels résident 60% de la population de Corse.

La projection d'évolution de l'INSEE à 2040 est de 369 000 habitants, marquant un ralentissement de la croissance de la population (modèle Omphale 2017, scénario fécondité basse). Sur cette base, on peut estimer aux alentours de 353 000 habitants, la population corse en 2028.

#### 2\_ Les chiffres clés



- Une île de **8680** Km<sup>2</sup>
- Nb d'habitants: **327 000** habitants
- Accroissement de la population: **+1,1 %** /an
  - Densité faible: **37** habitants/km<sup>2</sup>
  - 2 communautés d'agglomération (Ajaccio et Bastia) regroupent **43 %** de la population
  - Taux de natalité: **8,7 ‰** (France métropolitaine: 12‰)
  - Taux de mortalité: **9,4 ‰** (France métropolitaine: 9‰)
  - **1/4** de la population a 60 ans ou plus
- Indice de vieillissement: **107**
- En 2050, **2** insulaires sur **10** auront plus de 75 ans.
  - Espérance de vie à la naissance : homme: **79,2** ans / Femme: **85,1** ans.
- Taux de pauvreté: **20,3 %**, le taux le plus élevé des régions françaises.
- **1/5** des ménages vit en dessous du seuil de pauvreté
- **11,6%** de familles monoparentales

Source Insee -2015

## Un accroissement de population plus rapide dû au solde migratoire

La croissance démographique (+ 1,1 % par an en moyenne depuis 2010) est l'une des plus élevées de France, la valeur nationale s'établissant à + 0,5%. Cette croissance s'étend de façon plus ou moins marquée selon les types de territoire, les petites communes situées en dehors d'une aire urbaine perdant quant à elles des habitants.

Les deux grandes agglomérations de l'île ont une croissance démographique inférieure à la moyenne régionale, pour Ajaccio et Bastia respectivement 0,88% et 0,78%. Les territoires urbains qui gagnent de nombreux habitants sont surtout les couronnes de ces pôles. Ces communes périphériques attirent, en effet, les salariés des pôles urbains qui souhaitent quitter les centres villes pour des espaces plus grands en périphérie.

En isolant les couronnes des grands pôles d'Ajaccio et de Bastia, la plus forte variation de population se situe dans les communes de plus de 1 000 habitants, localisées hors influence d'un pôle urbain. Dix-huit communes périphériques ont une croissance globale de 1,4% par an, soit 2 340 habitants supplémentaires sur cinq ans. Sur l'ensemble des petites communes hors aire urbaine, celles entre 250 et 1 000 habitants enregistrent une croissance démographique de 0,5% en moyenne annuelle, avec 480 habitants de plus.

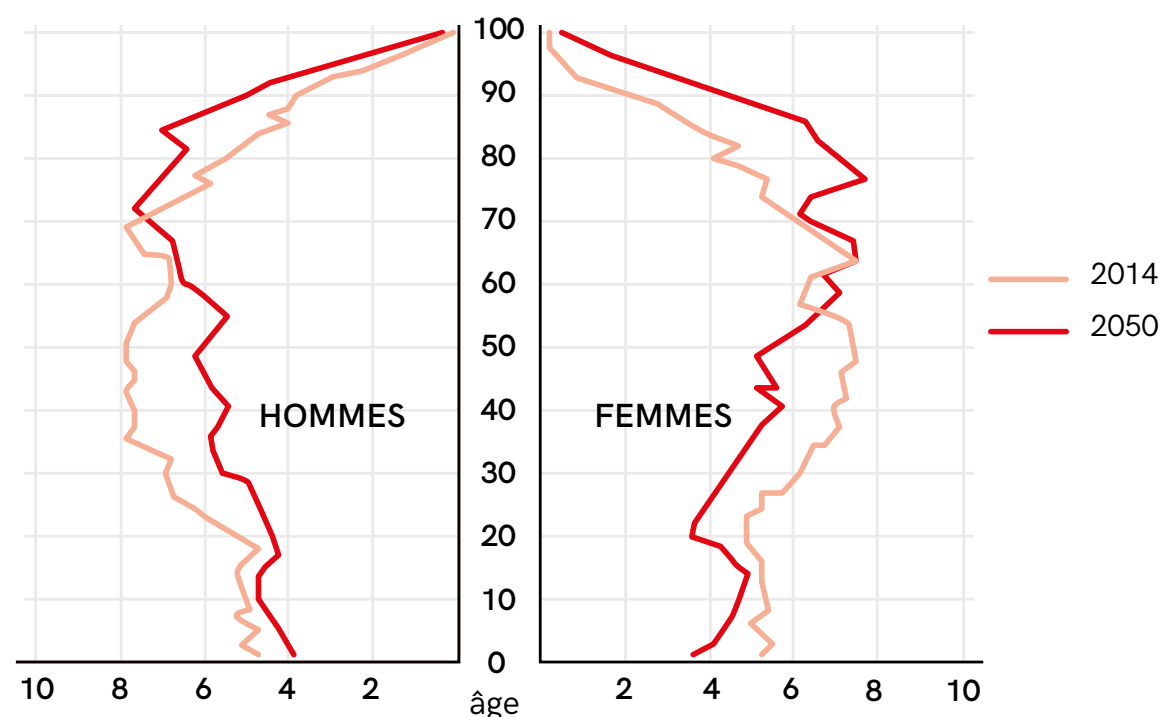
Si le taux de variation annuel de la population de Corse constaté ces dix dernières années a été supérieur à la moyenne nationale, sa spécificité est d'être depuis plusieurs années, exclusivement le résultat d'un solde migratoire positif.

Ainsi, entre 2013 et 2014, la contribution du solde migratoire à la croissance de la population corse est de à 0,87%. Les données de projection, sur la période 2049-2050, permettent d'estimer cette même grandeur à 0,80%, et une contribution au solde naturel de -0,55%. La Corse est, par ailleurs, un territoire d'immigration : la part de la population étrangère est de 10% contre 6,4% en moyenne nationale.

Entre 2011 et 2016, la population estimée des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,7% par an en Corse, soit une valeur nettement au-dessus de la moyenne nationale (0,2%). Cette augmentation est en partie liée à l'arrivée sur l'île de migrants d'âge actif et notamment de jeunes ménages avec enfants. Le solde naturel, positif entre 2005 et 2012 a connu une inversion depuis lors. Le nombre de naissances domiciliées en 2015 n'avait pas été aussi faible depuis 2007.

En 2015, le taux brut de natalité en Corse est de 8,7‰, pour un âge moyen de la mère évalué à 30,9 ans ; à l'échelle de la France, il est de 12‰, avec un âge moyen de 30,6 ans.

### 3\_Pyramide des âges de la population en 2014 et 2050



Effectif de chaque âge pour 1000 habitants

## Une population plus âgée et vieillissante

La pyramide des âges de la population corse se caractérise par une part des moins de 20 ans inférieure à celle de la France entière (20,3 % versus 24,5 %, Omphale scénario central), une part des 40-80 ans plus importante et une équivalence structurelle pour les 95 ans et plus (avec cependant, pour ces âges extrêmes, un rapport femmes-hommes un peu moins défavorable à ces derniers).

► Voir 3\_Pyramide des âges (page 11)

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes. L'augmentation de la classe d'âge de 75 ans ou plus (+ 2,1 %) est supérieure à la valeur moyenne nationale (+ 1,8 %). La population corse est donc plus âgée, les retraités et les plus de 75 ans y sont surreprésentés. Sur la base des tendances relatives notamment à la fois à la baisse de la fécondité, à l'augmentation de l'espérance de vie et au solde migratoire, les + de 65 ans pourraient représenter selon l'INSEE environ 28 % de la population corse en 2028 et un tiers de celle-ci en 2040 (Omphale scénario central, projection 2028).

L'indice de vieillissement moyen de la population corse au 1<sup>er</sup> janvier 2016, est de 107,7. A l'échelle France entière, il est de 78,4.

## 1.2 LES CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (SOURCE INSEE)

### Une faiblesse générale de l'activité et de l'emploi

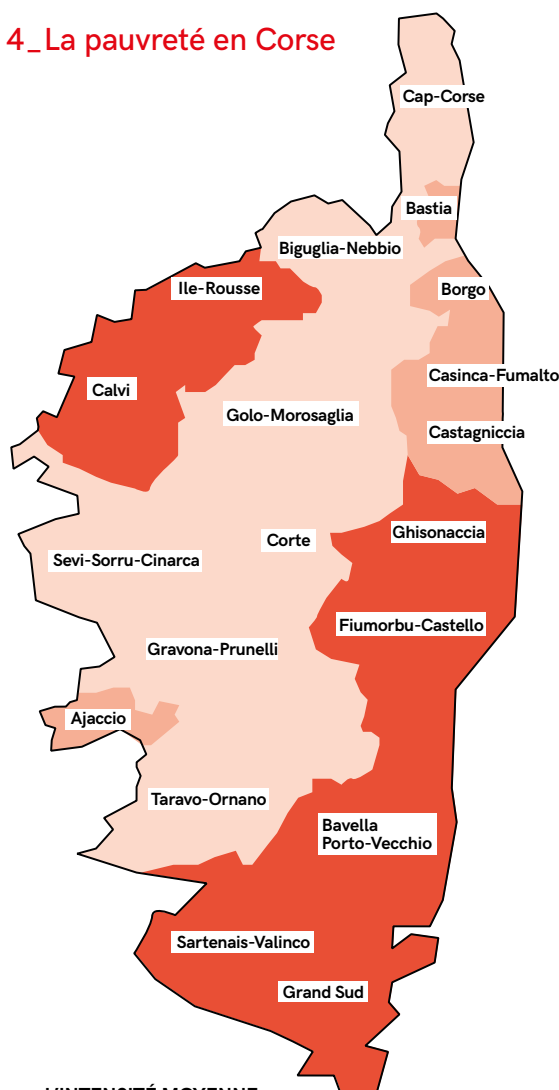
La Corse est l'une des régions où les indicateurs de fragilité professionnelle sont les plus élevés. En 2014, les taux d'activités des hommes et femmes sont respectivement de 75,8 % et 65,2 % ; comparativement au territoire national, ces chiffres sont de 76,7 % et 70,3.

Le taux de chômage global, au sens du Bureau International du Travail, y est de 10 % au troisième trimestre 2017, contre 9,2 % pour la métropole.

### Des structures de l'activité et du revenu atypiques

La valeur ajoutée brute par secteur d'activité en 2014, diffère sensiblement de celle du niveau national. Les secteurs tertiaires marchand et non marchand sont surreprésentés, l'industrie et l'agriculture sont sous représentées.

## 4\_ La pauvreté en Corse



L'INTENSITÉ MOYENNE DE PRÉCARITÉ ET DE PAUVRETÉ ENCORSE EST DE 6,89 (SUR 10)

### ZONE 1

Intensité de précarité et de pauvreté : 7,57

### ZONE 2

Intensité de précarité et de pauvreté : 6,89

### ZONE 3

Intensité de précarité et de pauvreté : 5,94

## 10 INDICATEURS

- Allocataires à bas revenus
- Allocataires dépendants à 75% des aides sociales
- Part des ouvriers et employés au sein des actifs
- Part des allocataires étrangers au sein des allocataires CAF
- Part des personnes isolées à bas revenus
- Part des familles monoparentales
- Faible scolarité
- Part des logements sur-occupés
- Part de DEFM de catégorie A
- Temps d'accès aux pôles urbains

## Une pauvreté très élevée, touchant les plus fragiles

La Corse est l'un des territoires les plus pauvres de France métropolitaine avec l'est de l'Occitanie et le nord des Hauts de France. Toutes les tranches d'âges et les catégories sociales professionnelles sont concernées, mais les moins de 18 ans, les familles monoparentales, les plus de 65 ans et les ruraux présentent les caractéristiques les plus défavorables. Les bassins de vie du nord-ouest, du sud et de la plaine orientale, au sein desquels l'activité saisonnière est la plus importante, présentent les indicateurs de précarité les plus défavorables.

Les familles les plus touchées sont, comme au niveau national, les familles monoparentales et les jeunes, mais aussi spécifiquement en Corse, les personnes âgées.

Les modes de garde des enfants de moins de trois ans restent en retrait et le taux de retard à l'entrée en sixième est le plus élevé des régions métropolitaines.

En matière de santé, les dispositifs d'aides aux complémentaires sont moins sollicités qu'au niveau national et l'offre d'accueil des personnes défavorisées est encore en structuration.

Le parc de logement social, particulièrement peu important apparaît de surcroît inadapté aux demandes insulaires. Pour autant, « les expulsions locatives restent proportionnellement moins nombreuses qu'au niveau national et le recours au droit au logement opposable s'inscrit dans la moyenne. »

# 2.

## LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

### 2.1

#### LA MORTALITÉ GÉNÉRALE

**Le taux de mortalité générale est similaire au taux national.** En augmentation régulière, la mortalité générale reflète simplement l'augmentation de la population.

Les causes de décès les plus fréquentes de la période 2011-2013 sont, par ordre d'importance :

- ▶ les tumeurs, avec 2 668 décès,
- ▶ les maladies de l'appareil circulatoire, avec 2 493 décès,
- ▶ les causes externes de morbidité et de mortalité, avec 584 décès,
- ▶ les maladies du système nerveux, avec 530 décès,
- ▶ les maladies de l'appareil respiratoire, avec 495 décès,

La répartition par sexe change ce classement : ainsi on relève que pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire concernent davantage de décès que les tumeurs.

S'agissant des hommes, les maladies de l'appareil respiratoire concernent davantage de décès que les maladies de l'appareil nerveux. La Corse connaît une situation plus défavorable que le territoire national s'agissant de la mortalité masculine par cancer du poumon.

### 2.2

#### LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

**La Corse se classe globalement au niveau de la moyenne des régions françaises sur les indicateurs significatifs de mortalité prématurée et de mortalité infantile.**

La part de mortalité prématurée reste stable depuis 2000. Elle ne diffère pas du niveau hexagonal et concerne deux fois plus d'hommes que de femmes. Cette inégalité hommes-femmes se double en Corse d'une inégalité géographique. De façon générale, alors que la Corse présente une sous mortalité prématurée significative vis-à-vis du national dans le nord de l'île, on observe une surmortalité prématurée supérieure dans l'extrême sud.

Sa première cause devient pour les deux sexes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cause pour laquelle on constate une hausse chez les femmes corses. La seconde cause de mortalité prématurée est pour les hommes, les maladies cardio-vasculaires et pour les femmes le cancer du sein.

En détaillant les causes de décès, on peut constater que pour la première cause de mortalité prématurée évitable, pour les deux sexes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, entre 2008-2010 et 2011-2013, sont observées une baisse chez les hommes et une hausse chez les femmes de Corse. La 2ème cause de mortalité prématurée évitable diffère selon le sexe : les maladies cardiovasculaires chez les hommes (en augmentation) et le cancer du sein chez les femmes (en baisse).

En 3ème position chez les hommes on trouve, à égalité, les accidents de la circulation, les suicides (en baisse) ou l'ensemble des pathologies liées à l'abus d'alcool (en hausse). Chez les femmes, la troisième cause de mortalité prématurée évitable est le suicide (en hausse), suivi des tumeurs de l'utérus.

Le taux de suicide en Corse est très inférieur au taux national, en baisse chez les hommes et en augmentation chez les femmes. La mortalité routière est très supérieure au niveau national.

## 2.3

### LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Le taux global d'admission en affections de longue durée (ALD) est aussi inférieur au taux national, particulièrement s'agissant des ALD liées à la maladie d'Alzheimer et apparentées (ALD 15).

Dans le détail, on observe des disparités hommes-femmes et des disparités territoriales importantes.

La Corse connaît des taux d'admissions supérieurs en ALD cardio-vasculaires, pour partie liées à la structure plus âgée de sa population mais aussi un nombre très supérieur d'admissions en ALD liées à la santé mentale.

## 2.4

### L'ENVIRONNEMENT

L'état de santé est également influencé par le cadre de vie et le milieu de chacun. La Corse, par sa géologie, son caractère insulaire, son urbanisation, son mode de développement ou certains comportements est marquée par des spécificités environnementales qui influent sur l'état de santé général de la population.

#### Les facteurs de risques liés à la géologie : radon et amiante

**Le radon :** une majeure partie du territoire (sud et ouest) est constituée d'un sol granitique, qui émet un gaz naturel appelé radon. Ce gaz radioactif constitue le second facteur de risque du cancer du poumon, après le tabac et serait responsable chaque année de 33 à 43 décès en Corse, selon Santé Publique France. De plus, le radon et le tabac interagissent et multiplient le risque de cancer du poumon, ce qui, dans une région où la consommation de tabac est élevée constitue un risque supplémentaire.

**L'amiante naturel :** le nord de l'île, en particulier le Cap Corse est marqué par un sous-sol recelant de l'amiante naturel. Des travaux de terrassement dans les zones à risque peuvent provoquer des envols de fibres d'amiante et conduire au même risque sanitaire qu'une exposition à l'amiante employé dans la construction.

**139 communes de Haute-Corse sont concernées par cette problématique** et 31 présentent un risque plus élevé car présentant des zones d'habitation.

Même si les données du registre de surveillance du mésothéliome ne semblent pas indiquer une sur-incidence particulièrement marquée de ce cancer lié à l'amiante en Corse (proche de 2 pour 100 000

habitants), par rapport à d'autres régions du pourtour méditerranéen, le délai d'apparition des symptômes particulièrement long (plus de 30 ans parfois) ainsi que l'existence d'un risque identifié amènent à porter une attention particulière aux mesures d'information et de prévention nécessaires lors de travaux en zone amiantifère.

#### ► La qualité de l'eau potable

Les réseaux d'eau et les installations de traitement des secteurs ruraux sont souvent obsolètes et l'eau délivrée au robinet est régulièrement non potable pour 12 % de la population. Si les grandes épidémies hydriques ne sont plus d'actualité, il est vraisemblable (car elles sont peu signalées) que des cas de gastro-entérites, voire d'hépatites soient liés à la consommation d'une eau impropre.

**88 % de la population Corse a bénéficié en 2017 d'une eau conforme aux exigences de qualité**

#### ► La qualité de l'air

La mauvaise qualité de l'air est le principal facteur de risque environnemental sur la santé, puisque la pollution atmosphérique serait responsable en France de 48 000 décès prématurés par an. La population en Corse représente un échantillon trop faible pour mettre en évidence un impact sanitaire lié à la qualité de l'air dans l'île.

La Corse dispose d'un réseau de surveillance de la qualité de l'air géré par une association agréée (Qualit'air Corse), dont les bilans ont mis en évidence l'absence de pic de pollution à l'ozone, aux oxydes d'azote ou de soufre, mais plusieurs épisodes de pollution liés aux particules fines (PM10). Ces particules fines sont liées au transport automobile et aux phénomènes de brumes de sable.

#### ► Les déchets de soins et contraintes insulaires

La gestion des déchets connaît en Corse des difficultés liées notamment à une pratique du tri insuffisamment développée, des filières d'élimination des déchets saturées et une offre de service limitée en particulier pour certains déchets spéciaux. Ainsi, la collecte des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) est très insuffisante parmi les professionnels de santé (moins de 20 % selon certaines estimations) et la collecte au sein des établissements de santé reste fragile compte tenu de l'absence d'alternative en cas d'arrêt de la collecte par l'unique prestataire spécialisé présent sur l'île. Ces déchets, mélangés aux déchets ménagers constituent non seulement une pollution de l'environnement, mais un risque d'accident d'exposition au sang des personnels travaillant dans la filière du déchet.

## ► Les maladies vectorielles et l'émergence de maladies tropicales

La Corse est une zone touristique qui connaît d'importants flux de populations, en particulier en période estivale. Ces voyageurs d'origines diverses peuvent amener avec eux des agents pathogènes ou des vecteurs de maladies. Ainsi, le moustique vecteur de la dengue, du chikungunya ou du zika (*Aedes albopictus*) est définitivement implanté en Corse (sa zone d'extension n'a cessé de croître depuis 2006) et le risque d'apparition de cas importés de maladies vectorielles (de zones d'endémie), puis de cas autochtones, est très probable.

De même, la présence dans certains cours d'eau, notamment du sud (Cavu) de bulins (mollusque d'eau douce) constitue un facteur de risque d'émergence de la bilharziose uro-génitale. Ainsi, lors de l'été 2013, plus de 106 personnes ont été identifiées comme ayant contracté la maladie à l'occasion d'une baignade dans la rivière du Cavu. Si les températures hivernales permettent d'interrompre la chaîne de transmission et éliminer le parasite, la contamination du milieu peut se reproduire chaque année, lorsqu'une personne malade (souvent sans présenter de symptômes) excrète le parasite dans l'eau.

## 2.5

### LA VACCINATION

L'analyse des certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois montre une bonne couverture vaccinale (CV) en Corse

globalement équivalente au niveau national pour 6 valences (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae b*, pneumocoque). Des écarts sont constatés entre les deux départements notamment pour le ROR (rougeole-oreillon-rubéole) et l'hépatite B.

► Voir tableau - Taux de vaccination des nourrissons de 24 mois en Corse

## 2.6

### UNE PARTICIPATION INSUFFISANTE AUX DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS

Les programmes de dépistages organisés des cancers du sein et du cancer colorectal ont été généralisés en Corse respectivement en 2004 et 2013. Les taux de participation sont faibles malgré les campagnes de sensibilisation menées.

#### Taux de participation aux programmes de dépistages organisés des cancers sein et colorectal en 2016

DÉPISTAGE	MOY NATIONALE	CORSE
Sein	50,7 %	37,1 %
Colo rectal	33,5 %	14%

## 5\_Taux de vaccination des nourrissons de 24 mois en Corse

TYPE DE VACCIN	MOYENNE NATIONALE	CORSE DU SUD	HAUTE CORSE
diphtérie, tétanos, poliomyélite primovaccination	98,9	99,1	99,2
diphtérie, tétanos, poliomyélite rappel	96,7	96,6	97,0
coqueluche primovaccination	98,6	98,7	98,8
coqueluche rappel	96,3	96,3	96,6
haemophilus influenzae b primovaccination	98,0	98,5	98,0
haemophilus influenzae b rappel	95,7	95,6	95,6
pneumocoque conjugué 3 doses	91,4	91,8	90,4
hépatite b 3 doses	88,1	91,4	87,0
ror 1 dose	90,5	84,9	89,9
ror 2 doses	78,8	72,9	78,7
méningocoque c	69,8	62,7	



## 2.7

### LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

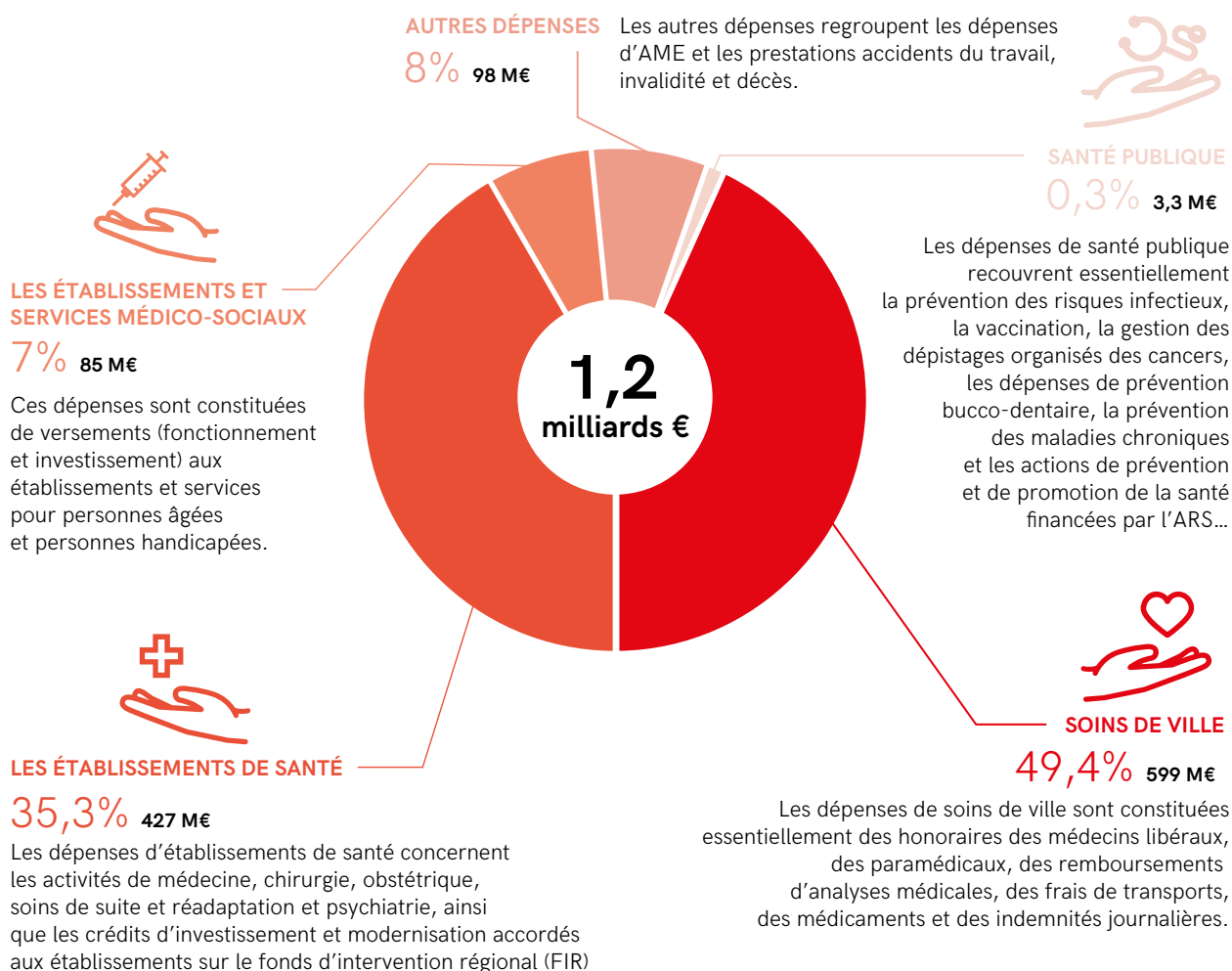
La Corse présente un des taux les plus élevés de femmes ayant recours à l'IVG, avec un taux de plus de 17 IVG / 1000 femmes de 15 à 45 ans contre 14,4 en France métropolitaine. Globalement le nombre d'IVG reste stable depuis 2007. En 2015, selon la DREES, 1067 IVG ont été réalisées.

L'accès à l'IVG est développé sur tout le territoire de Corse du Sud et se structure en Haute-Corse.

Les IVG réalisées en Corse sont à 80% médicamenteuses et à 90% réalisées en établissements de santé.

Les délais de rendez-vous pour une IVG varient de 1 à 5 jours maximum pour les établissements de santé, conformément aux préconisations du plan national IVG.

## 3. LES DÉPENSES DE SANTÉ EN CORSE EN 2016





# OFFRE DE SANTE EN CORSE

## 1. PANORAMA DE L'OFFRE DE SANTÉ



### L'OFFRE SANITAIRE

- 7 établissements publics
- 2 groupements hospitaliers de territoire
- 14 établissements privés
- 5 HAD (hospitalisation à domicile)
- 8 centres de dialyse

#### Lits et places installés

- 1015 MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)
- 671 SSR (Soins de suite et réadaptation)
- 455 Psychiatrie

#### Les urgences

- 2 SAMU - 4 SAU - 2 SMUR et 6 antennes
- 7 médecins correspondants du SAMU



### L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE

- 10 contrats locaux de santé (CLS)
- 3 consultations jeunes consommateurs (CjC)
- 2 centres de vaccination gratuits
- 2 centres de lutte antituberculeuse (CLAT)
- 1 centre d'examen de santé (CPAM de Haute Corse)
- 2 maisons des adolescents
- 15 lieux de consultations gratuites en tabacologie
- 22 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- 2 centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)
- 1 structure de promotion et d'éducation à la santé (IREPS)
- 1 centre régional de coordination du dépistages des cancers



### L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

- 90 établissements et services médico-sociaux dont 28 EHPAD

#### Places installées (SAE 2016) :

Secteur personnes âgées: 2490

Secteurs personnes handicapées:

902 places adultes et

301 places enfants (au 01/01/2016)



### LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SALARIÉS ET LIBÉRAUX

- 1572 Médecins dont 534 spécialistes
- 3340 Infirmiers - 561 Kinésithérapeutes
- 248 Chirurgiens-dentistes - 116 Sages-Femmes
- 135 Pharmacies d'officine - 26 Laboratoires d'analyses
- 4 maisons de santé pluri professionnelles
- 2 maisons médicales de garde - 8 réseaux de santé



# 2.

## L'OFFRE ET LE RECOURS AUX SOINS PRIMAIRES

### 2.1

#### L'OFFRE EN MÉDECINS LIBÉRAUX

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, on dénombre près de **290 médecins généralistes libéraux en activité en Corse**. La proportion de médecins âgés de plus 60 ans est passée de 27 % en 2011 à 41 % en 2015.

En effet, la profession des médecins généralistes libéraux, bien que stable en effectif ces dernières années, vieillit très rapidement et plus particulièrement dans les territoires de l'intérieur.

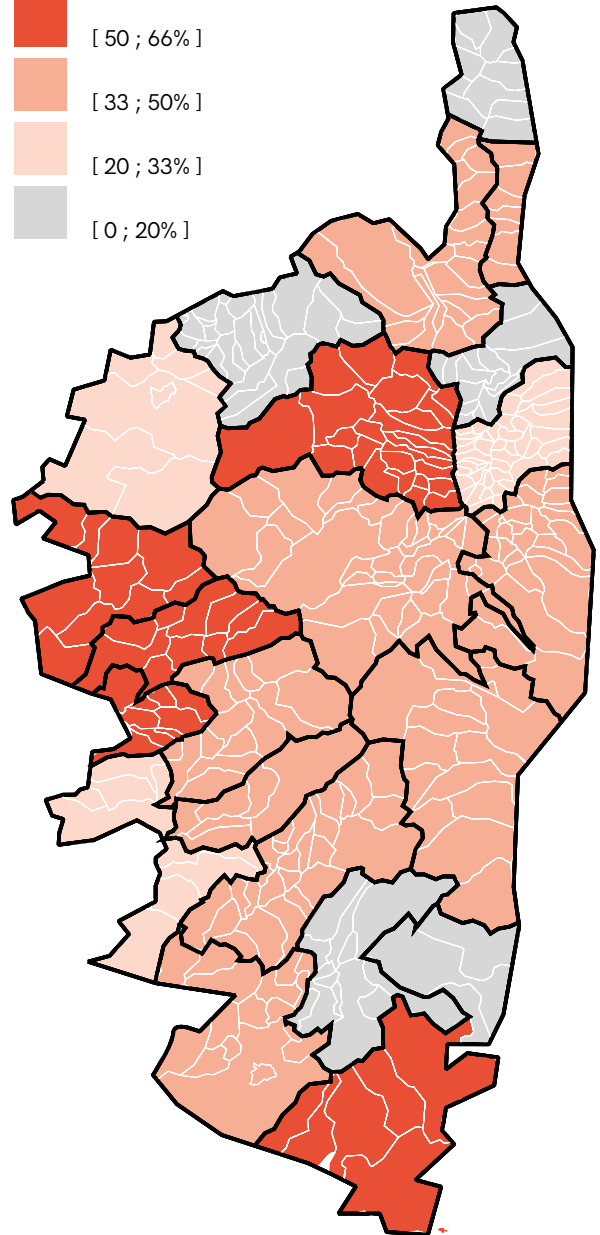
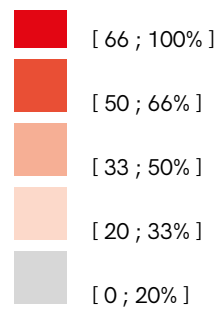
Si l'état des lieux de l'offre libérale de 1<sup>er</sup> recours en Corse fait apparaître un contexte régional que l'on pourrait juger satisfaisant aujourd'hui, une analyse approfondie met en avant une situation de la démographie médicale fragilisée dans bon nombre de territoires ruraux de l'île.

Les temps d'accès au médecin généraliste sont plus élevés que sur l'ensemble du territoire métropolitain (6,6% de la population se situent à plus de 20mn du médecin le plus proche contre 0,4% au niveau national).

A horizon 2030, si la tendance ne s'inverse pas, l'accessibilité aux soins particulièrement dans les zones rurales sera dégradée. En effet, le vieillissement de la population médicale touche essentiellement les zones rurales faiblement peuplées et enclavées géographiquement.

S'agissant des médecins spécialistes libéraux, la Corse enregistre une densité légèrement supérieure à la moyenne nationale (89 pour 100 000 habitants contre 85 en France métropolitaine), avec de fortes disparités entre les spécialités. De plus la grande majorité des spécialistes libéraux est installée dans un pôle urbain (80% des effectifs se situent sur les pôles urbains du grand Ajaccio et du Grand Bastia).

#### 7\_Proportion des médecins de plus de 60 ans



Cette carte permet de cerner deux tendances préoccupantes pour la médecine générale libérale en Corse :

- le vieillissement des professionnels de santé. En effet, dans 5 « territoires de vie santé », 50% des effectifs ont plus de 60 ans.
- La « volatilité » de l'offre sur les « territoires de vie santé » : compte tenu des faibles effectifs sur certains territoires, une absence même momentanée d'un professionnel de santé peut poser des problèmes critiques d'accessibilité aux soins.

## 2.2

### L'OFFRE PARAMÉDICALE

D'un point de vue de l'offre paramédicale, le constat est moins problématique en termes d'accessibilité. La Corse est la région la plus dense de France en infirmiers libéraux (33 pour 10 000 habitants) et la deuxième plus dense en Masseurs Kinésithérapeutes (14,15 MK pour 100 000 habitants en 2016).

## 2.3

### L'OFFRE EN OFFICINES DE VILLE ET EN LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

La Corse dispose de 134 officines de pharmacie ouvertes au public, soit environ 42 officines pour 100 000 habitants ce qui la place parmi les régions disposant d'un ratio « Nb officines / Nb habitants » parmi les plus élevés en France.

Six laboratoires de biologie médicale (LBM) fonctionnant sur 26 sites sont ouverts au public ce qui donne une densité supérieure à celle de France métropolitaine (8 contre 6 pour /100 000 hab.).

## 2.4

### L'OFFRE EN CHIRURGIENS-DENTISTES

La densité de chirurgiens-dentistes est, en 2015, de 88,5 pour 100 000 habitants contre 57,6 en France métropolitaine, avec cependant de très fortes disparités, le centre Corse et la plaine orientale étant bien moins dotés que la moyenne métropolitaine.

## 2.5

### LES SERVICES ET STRUCTURES AMBULATOIRES

#### ► L'exercice coordonné :

L'offre de premier recours est complétée par deux centres de santé polyvalents à Ajaccio et Bastia et six centres de santé dentaires. **Quatre maisons de santé pluri-professionnelles** sont fonctionnelles en 2017 : San Nicolao, Calenzana, Cargèse et Levie.

**Huit réseaux de santé, régionaux et inter-régionaux interviennent** sur le territoire corse, pour faciliter la coordination globale des soins autour d'une population ou d'une pathologie.

## 8\_ Les réseaux de santé

### CANCÉROLOGIE

- ONCOPACA-Corse
- Hématologie et d'oncologie pédiatrique PACA Corse

### MALADIES CHRONIQUES

- Réseau corse maladie chronique

### GÉRONTOLOGIE

- AXE
- RIVAGE
- SARV

### PRISE EN CHARGE ADO

- RESAMAD

### PÉRINAT

- Réseau méditerranée

#### ► La réponse aux soins non programmés :

En Corse du Sud, deux maisons médicales de garde (MMG) s'intégrant dans le schéma de la permanence des soins, assurent des consultations en week-end et jours fériés sur quatre sites. L'association « SOS médecins » implantée sur le grand Ajaccio est également un des maillons de la prise en charge ambulatoire.

Dans les secteurs les plus éloignés des services d'urgences, huit médecins correspondants du SAMU sont formés à la prise en charge des urgences.

## 2.6

### LE RECOURS AUX SOINS PRIMAIRES

#### Un recours aux soins primaires lié à l'offre existante...

En Corse, le taux moyen global de recours à un médecin généraliste est de 70 % contre 85 % en France entière. Pour les infirmiers libéraux, il est en revanche supérieur (28,5 % contre 23 %) et équivalent pour les dentistes. De fortes disparités infra régionales existent : la Balagne, le Cortenais et le Sartenais étant moins « recourants » pour les infirmiers et dentistes en particulier. Pour partie au moins, le recours au soin libéral est influencé par l'offre.

## ... et plus difficile pour les populations en situation de précarité

Au-delà des causes non spécifiques de renoncement aux soins (hiérarchisation budgétaire des priorités), la spécificité géographique de la Corse, île montagne, sa faible densité en professionnels de santé implantés dans le rural, apparaissent comme causes aggravantes du renoncement aux soins pour les plus précaires<sup>1</sup>.

# 3. L'OFFRE ET LE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS

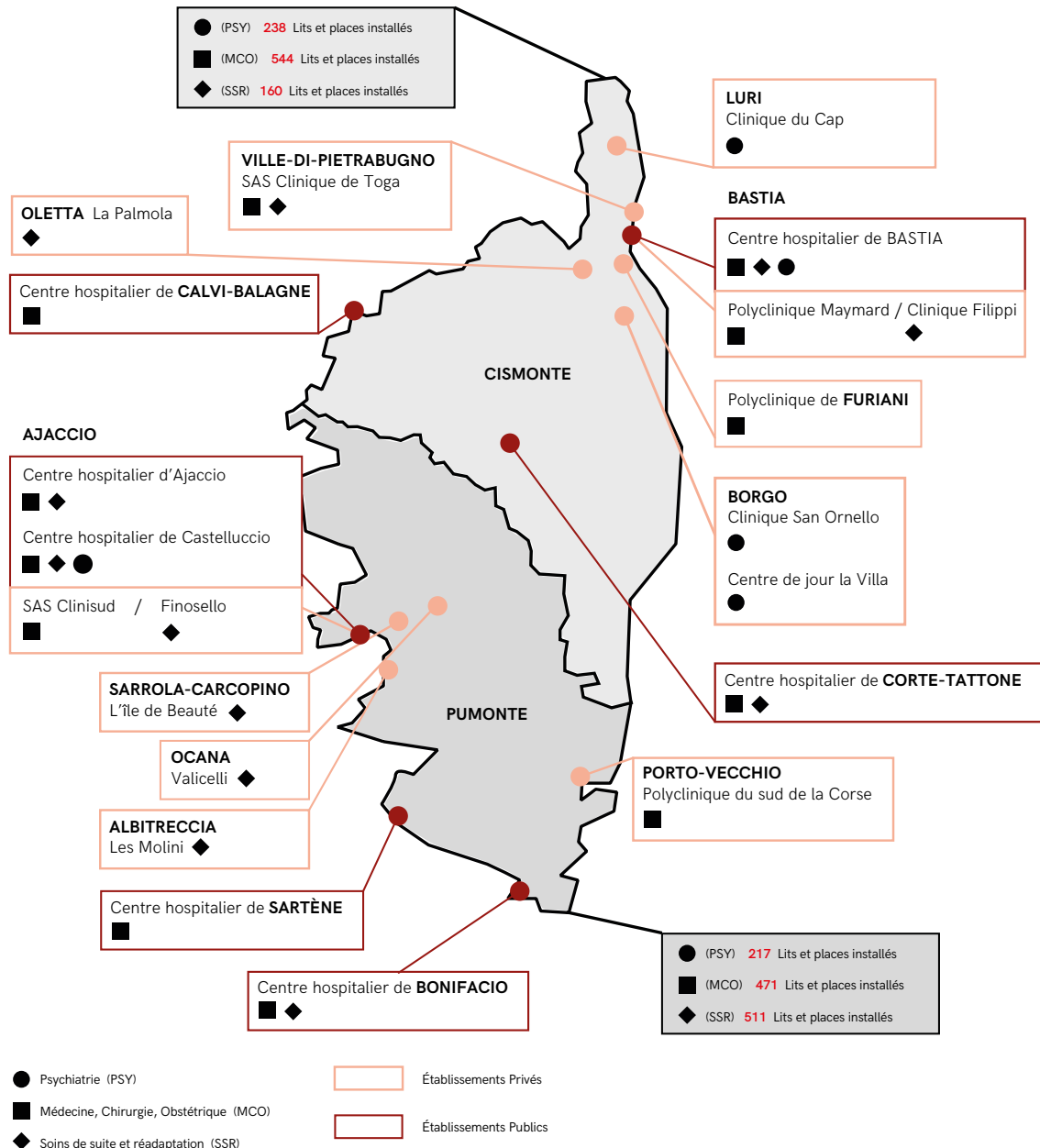
## 3.1

### L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

La Corse dispose d'un maillage conséquent de structures de prise en charge hospitalière, d'un niveau important d'équipements lourds en imagerie médicale, ainsi que de moyens terrestres et aériens de secours d'urgence.

Sept centres hospitaliers (quatre en Corse du sud et trois en Haute-Corse), dont deux établissements de recours, chacun pivot des deux groupements hospitaliers de territoire départementaux (GHT), quatre hôpitaux de proximité et un centre hospitalier spécialisé composent l'offre publique d'hospitalisation.

### 9\_ L'offre hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et soins de suite et réadaptation



Ils proposent une offre en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

**Quatorze établissements privés** (six en Corse du sud, huit en Haute-Corse), proposent une offre de MCO, SSR et psychiatrie.

La Corse compte également **cinq établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)**, deux en Corse du sud et trois en Haute-Corse. Huit structures de dialyse sont autorisées, trois en Corse du sud et cinq en Haute-Corse.

Le territoire Corse est particulièrement bien doté en équipements et matériels lourds (EML) de diagnostic et de soins, avec cinq IRM (une 6<sup>ème</sup> IRM est autorisée et implantée en plaine orientale mais à ce jour non installée), sept scanographes, trois gamma-caméras, trois appareils de radiothérapie et un caisson hyperbare.

La prise en charge des urgences est organisée, autour des deux SAMU-centre 15 de Bastia et d'Ajaccio par quatre structures d'accueil des urgences, deux services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et leurs six antennes territoriales et deux avions assurant les évacuations sanitaires d'urgence.

## 3.2

### LE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS

S'agissant de l'offre hospitalière en MCO, SSR et psychiatrie adultes, la Corse a un taux de recours aux soins supérieur à la moyenne nationale

- ▶ 80 % des séjours en médecine sont réalisés en Corse dont plus de 50 % au sein des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia.
- ▶ En chirurgie, 80 % des séjours sont réalisés en Corse, dont 56 % dans les établissements de santé privés.
- ▶ En obstétrique, 98 % des séjours sont réalisés en Corse, dont 75 % au sein des deux centres hospitaliers de Bastia et Ajaccio.

# 4. L'HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ ET LES SERVICES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

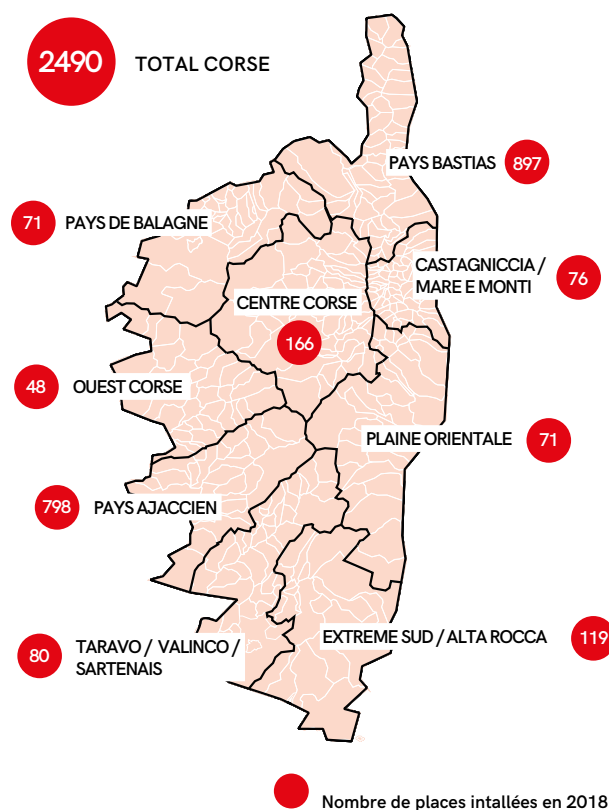
## 4.1

### LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

La Corse compte **28 établissements** hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) autorisés au 31 décembre 2016, soit 1 961 lits et places autorisés. Le taux d'équipement en EHPAD est historiquement faible. L'île serait un paradoxe en tant que territoire présentant le vieillissement le plus important de France et disposant d'un des taux d'équipement les plus faibles.

En réalité, ce paradoxe n'est qu'apparent, car ces données doivent être mises en regard avec la réalité du niveau d'activité de ces structures.

### 10\_Offre médico-sociale (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et SSIAD en Corse en 2018 (place installées).



Pour ce qui concerne plus spécifiquement l'offre médico-sociale (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)), le taux d'équipement régional est de 75.7‰, quand le taux moyen national sur ce type de structures était de 116‰ au 01/01/2015.

La faiblesse relative des taux d'activité des structures d'accueil et d'hébergement, si on les compare aux taux nationaux, ne traduit pas une pression de la demande très marquée sur les structures médico-sociales prenant en charge des personnes âgées dépendantes, que ce soit à domicile ou en institution.

L'offre libérale infirmière, très supérieure au national, facilite la réalisation de cette aspiration au maintien à domicile, de même que l'offre de SSIAD (service de soins infirmiers à domicile).

Par ailleurs, pour une population plus pauvre qu'en métropole, les tarifs d'hébergement, non corrélés avec le niveau des ressources, les recours sur succession en matière d'aide sociale, peuvent apparaître comme des facteurs explicatifs d'un choix, non plus là par culture, mais par nécessité.

## 4.2

### LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DES MALADIES D'ALZHEIMER ET APPARENTÉES

On estime que **4 700 personnes souffrent de démences de type Alzheimer** en Corse.

La Corse dispose d'une filière complète permettant :

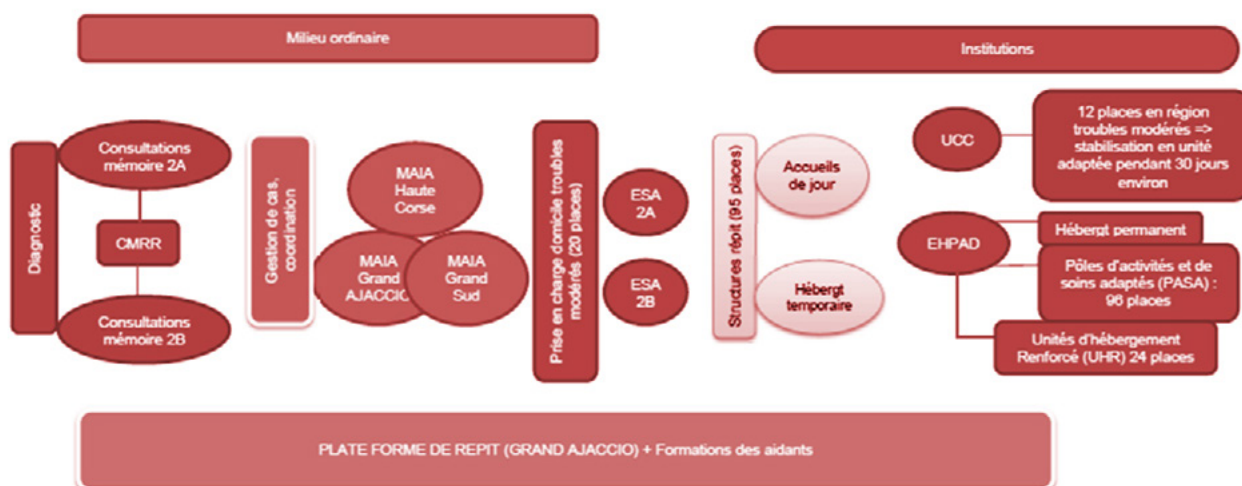
- ▶ **la coordination** : 3 maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) favorisent une meilleure prise en charge des sujets malades.
- ▶ **l'expertise** (1 centre de mémoire, de ressources et de recherche (CMRR) et 2 consultations mémoires labellisées),
- ▶ **une prise en charge précoce** (2 équipes spécialisées Alzheimer),
- ▶ **une offre de répit pour le couple aidant-aidé** (1 plateforme de répit, 3 accueils de jour, hébergement temporaire)
- ▶ **des modalités de prise en charge renforcée en établissement** (5 pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), 2 unité d'hébergement renforcé (UHR), 2 unité cognitivo-comportementales (UCC)...).

En outre, l'ensemble des EHPAD de Corse, assure au quotidien l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

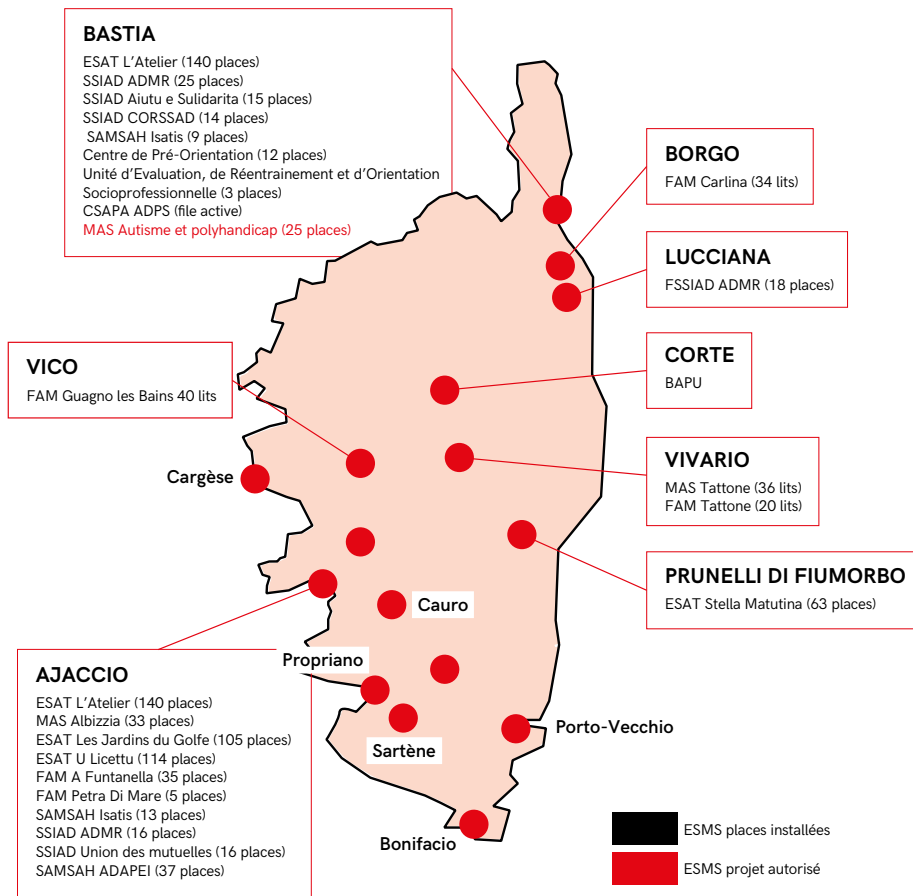
# 5. L'ÉQUIPEMENT ET LES SERVICES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les taux d'équipements sur le secteur du Handicap sont globalement cohérents avec les taux moyens nationaux même s'il subsiste encore certains écarts négatifs qui nécessitent de poursuivre l'objectif de renforcement de l'offre médico-sociale inscrite dans le cadre du PRS 1.

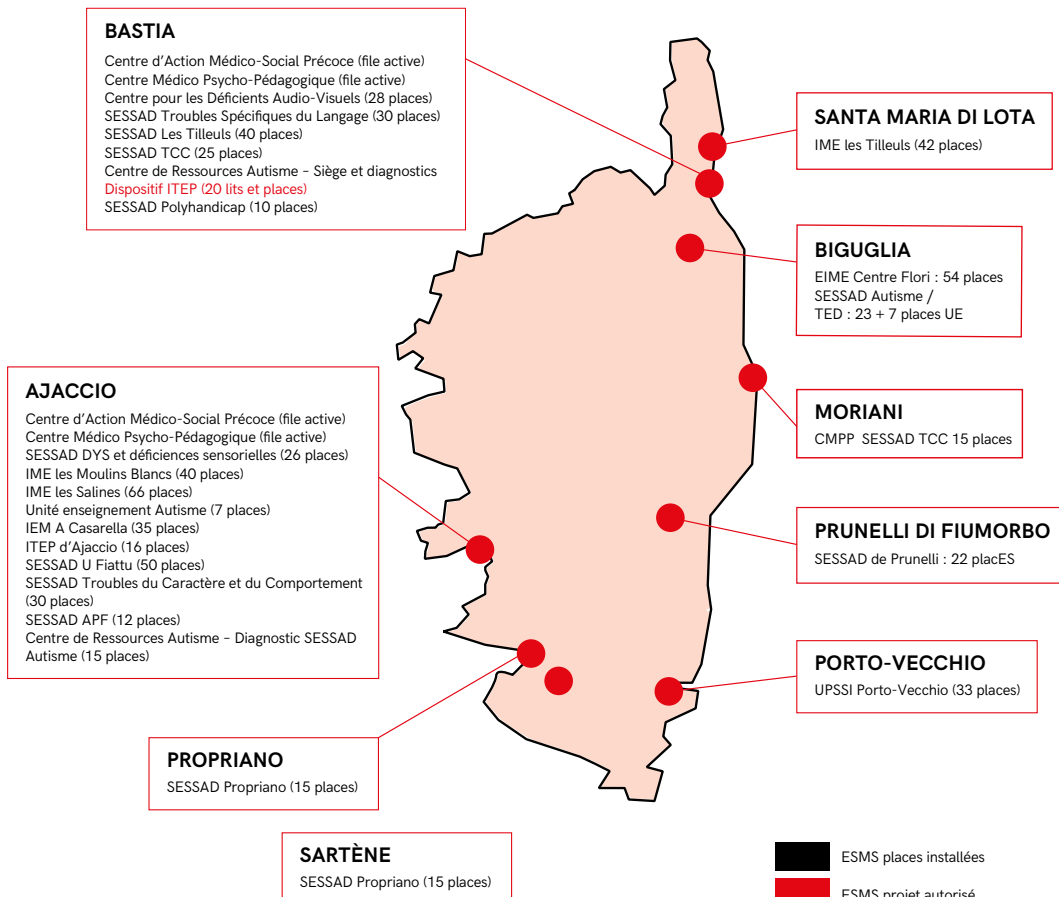
## 11\_L'organisation de la filière Alzheimer en Corse



## 12\_Secteur handicap adultes au 01/01/2018



## 13\_Secteur handicap enfance au 01/01/2018





L'offre de prise en charge médico-sociale du secteur handicap a progressé de près de 13 % au niveau des capacités autorisées et installées.

Le rythme des autorisations a été plus soutenu qu'au plan national sur le secteur des adultes conformément à la priorité fixée. Le rythme des installations a été plus soutenu sur le secteur « enfance » du fait d'une programmation sur des actions en milieu ordinaire ne nécessitant pas d'infrastructures lourdes.

## 6. L'ACCOMPAGNEMENT ET LES SOINS EN ADDICTOLOGIE

### ► La filière ambulatoire

Pour les consultations toutes addictions, le maillage territorial de la Corse repose sur l'intervention décentralisée de trois CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention) intervenant dans les principales villes de l'île.

Un CAARRUD (centre d'aide, d'accompagnement et de réduction des risques pour les usagers de drogues) à Ajaccio et son site de Bastia complètent l'offre de ville. Les CSAPA et le CAARRUD interviennent également au sein des trois centres pénitentiaires de Corse.

Des consultations tabacologiques gratuites sont également proposées en Corse du Sud par la collectivité de Corse (ex conseil départemental)

### ► La filière hospitalière

La prise en charge hospitalière de niveau I (sevrages simples) est assurée dans les centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio.

La filière hospitalière de niveau II (prise en charge de sevrages complexes) est assurée exclusivement à Ajaccio, au centre hospitalier de Castelluccio, en court séjour, et en moyen séjour au centre de réadaptation fonctionnelle du Finosello.

## 7. L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS PRÉCAIRES

Le dispositif d'accès aux droits et aux soins ouvert aux plus démunis repose sur trois Permanences d'Accès aux Soins de Santé hospitalières (PASS), situées dans les centres hospitaliers de Bastia, d'Ajaccio et à la polyclinique du sud de la Corse à Porto-Vecchio (depuis mi 2016). **Ces structures prennent en charge environ 500 personnes en file active en 2016.**

Il est complété au sein des deux grandes agglomérations, par des permanences associatives de Médecins du Monde (Ajaccio), Corse Malte (Bastia), une consultation dentaire à Ajaccio (UMCS depuis fin 2013) et une à Bastia (Corse Malte), une UMAPP (Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité), dépendante du centre hospitalier de Castelluccio (Ajaccio), et de 5 places d'ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique) à Furiani depuis 2014.



# B

## ILAN DU PROJET REGIONAL DE SANTE 2012-2016 : QUELLES EVOLUTIONS DU SYSTEME DE SANTE EN CORSE ?

Le plan stratégique régional de santé, cadre d'orientation transversal du projet régional de santé 2012- 2016, avait privilégié trois grands axes prioritaires d'actions pour les politiques sur les champs de compétence de l'ARS.

### **Axe 1 : La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par la garantie d'une offre de prévention efficiente**

A cet axe, se rattachent particulièrement les actions menées en matière de prévention et de promotion de la santé, de veille et de prévention autour des risques sanitaires et environnementaux ainsi que les actions visant à la réduction des inégalités d'accès aux droits et à la santé en faveur des plus précaires (PRAPS).

### **Axe 2 : L'amélioration de la fluidité du parcours de prises en charge sanitaire et médico-sociale**

A ce second axe se rattachent les actions d'amélioration qualitative de l'offre entreprises dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins et du schéma régional d'organisation médico-social, les actions relatives à l'efficience à la pertinence et à la qualité des soins.

### **Axe 3 : La co-production de la politique régionale de santé avec les usagers et les professionnels**

Ce troisième axe visait particulièrement les actions de développement des droits des usagers, de leur représentation et des instances de démocratie sanitaire. Le bilan ci-après précise les principales évolutions du système de santé corse, sous ces trois grands axes, mais aussi les actions nécessaires qui n'ont pu être menées à bien.

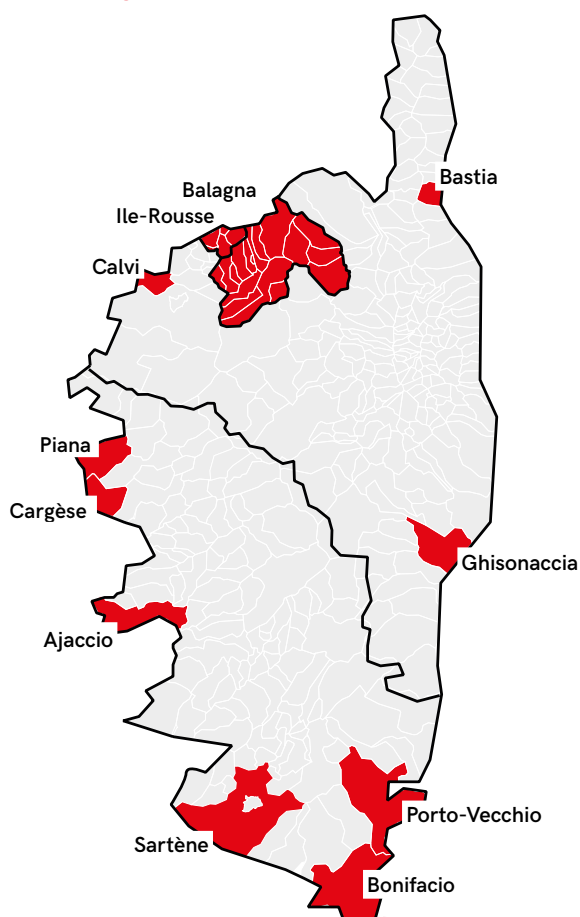
# 1. LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ PAR LA GARANTIE D'UNE OFFRE DE PRÉVENTION EFFICIENTE

## 1.1 LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

### 1.1.1 LA MOBILISATION D'INSTANCES D'EXPERTISE ET D'APPUI AU SERVICE DES ASSOCIATIONS ET DES INSTITUTIONS

Pour apporter expertises et soutien aux partenaires institutionnels et associatifs, l'ARS finance ou cofinance des centres de ressources au service d'une meilleure pertinence et qualité des actions associatives.

#### 14\_cartographie CLS



L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) assure le soutien en méthodologie, la communication et une ressource documentaire en promotion de la santé au bénéfice tant des acteurs que des institutionnels. L'objectif général vise à déployer au sein des territoires une stratégie de prévention coordonnée en incitant un plus grand nombre de collectivités à s'engager dans des stratégies de promotion de la santé. Le pôle régional de compétence en promotion de la santé, piloté par l'IREPS, est reconnu nationalement par Santé Publique France.

L'IREPS accompagne également l'élaboration et le suivi des contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM). Plus de 60% de la population bénéficient, dans le cadre de ces contrats, de cet appui à l'animation territoriale des projets. 10 CLS ont été signés sur la période 2012-2016.

L'observatoire régional de la santé (ORS) de Corse assure une mission d'observation de la santé. Il a notamment apporté, à la demande, une aide au développement de projets, à travers la conduite d'études concernant le renoncement aux soins, la santé des jeunes, le recours à l'IVG, la prise en charge de la santé mentale, la surcharge pondérale des enfants scolarisés en CE2.

### 1.1.2 LE SOUTIEN FINANCIER AUX ACTIONS ASSOCIATIVES

La dotation annuelle accordée aux associations œuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé a connu une progression de 25% entre 2012 et 2016.

Outre l'appui financier et méthodologique apporté aux acteurs, indispensable pour des actions portées essentiellement par des petites associations, la promotion de l'éducation thérapeutique, la vaccination, les dépistages organisés des cancers et la réduction du tabagisme ont concentré la majeure partie des moyens régionaux.

#### ► L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Les programmes d'ETP viennent en complément des traitements, des conseils et informations prodigués par les médecins traitants, ils sont d'ailleurs tenus informés à l'entrée et à la sortie du programme par le coordonnateur responsable de l'ETP.

Une dynamique est engagée au sein des établissements de santé et se déploie également vers la médecine ambulatoire libérale à travers les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et grâce à l'appui méthodologique apporté par l'IREPS de Corse.

22 programmes sont autorisés au 1er janvier 2018. Ils concernent 10 structures et portent sur 6 thématiques essentielles de santé publique : maladies cardiovasculaires, endocrinologie/ métabolisme, néphrologie, psychiatrie, maladies neuro-dégénératives, maladies respiratoires chroniques. Ainsi, **entre 2011 et 2016, près de 4 000 patients sont entrés dans un programme d'éducation thérapeutique.**

### ► La vaccination

Le pilotage régional des actions a été structuré avec la création du comité de pilotage régional de la vaccination co-piloté par l'ARS et par le médecin directeur du centre de vaccination du centre hospitalier de Bastia. Ce comité a fixé les axes prioritaires de la politique de vaccination en Corse, visant à réaliser un état des lieux exhaustif de la couverture vaccinale, obtenir et maintenir une bonne couverture vaccinale notamment à destination des populations les plus précaires et contribuer à la vaccination des enfants et des adolescents.

Des initiatives internationale, nationale ou locale des partenaires ont été également déclinées ou accompagnées par l'ARS : semaine européenne de la vaccination, carnet de vaccination électronique, vaccination antigrippale du personnel dans les EHPAD de Haute-Corse, au centre hospitalier d'Ajaccio, au centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone, mise à jour des vaccins des élèves de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) d'Ajaccio.

La sensibilisation à la vaccination des publics cibles (jeunes, personnels et résidents des EHPAD, détenus, migrants, voyageurs) a fait partie des priorités d'actions de l'ARS durant le PRS.

### ► Le dépistage des cancers

Il repose sur l'action du centre régional de coordination du dépistage des cancers-Corse. L'ARS s'est attachée à promouvoir la réalisation de ses missions de dépistage, sensibilisation, formation des professionnels de santé pour l'ensemble de la Corse.

Si les taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal stagnent en Corse et sont les plus bas par rapport à l'ensemble des autres régions françaises, une dynamique mise en place par la structure de gestion et les partenaires professionnels (assurance maladie, ex conseil départemental de la Corse du Sud) et associatifs (ligues contre le cancer, la Marie-Do ...) existe.

L'accès au dépistage organisé pour les publics en situation de vulnérabilité sociale, a fait l'objet d'une action initiée par la collectivité de Corse. Le démarrage en 2018 du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et les nombreuses actions développées sur les territoires laissent envisager pour l'avenir une participation plus importante aux différents dépistages.

## 1.1.3 LES AUTRES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

### ► La contraception et les interruptions volontaires de grossesse

Pour optimiser l'efficacité autour de cette problématique, la création d'un large partenariat en réseau, dans chacun des départements a été engagée.

► Le réseau « Corse contraception », créé par l'ex conseil départemental de Haute Corse, contribue à la prise en charge de la prévention des grossesses non désirées et propose des actions de prévention et d'éducation à la sexualité en direction de tous mais surtout des mineures.

► Le réseau « IVG contraception », créé par l'ex conseil départemental de Corse du sud, fédère les professionnels et les acteurs de terrain pour améliorer les pratiques, mettre en place de nouvelles approches et prises en charge en matière de contraception et de prévention des grossesses non prévues.

Des actions de formation pour les professionnels de santé ont été organisées : « consultation contraception » en Corse du Sud et « IVG médicamenteuse » en Haute-Corse.

### ► La promotion des activités physiques adaptées

Le PRS 2012-2016 a vu l'émergence des activités physiques adaptées. Dès 2013, appuyées par un appel à projets généraliste, elles ont bénéficié du partenariat avec la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale dans le cadre du programme « sport santé bien être ».

Entre 2013 et 2015, 35 actions d'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques, porteuses d'handicaps et pour les personnes avançant en âge ont été soutenues avec les services de l'Etat.

Une expérimentation pluriannuelle d'envergure portant sur la prescription des activités physiques adaptées auprès des personnes âgées, portée par la Mutualité Française en Corse a été initiée, ciblant 26 EHPAD de Corse. La mise en œuvre des actions a concerné 24 établissements.

### ► La prévention et la réduction des risques infectieux

La stratégie de réduction des risques VIH et hépatites B et C est portée par l'ARS au travers des deux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (CEGIDD) et du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARRUD) à vocation régionale (1 équipe à Ajaccio et 1 équipe à Bastia), géré par l'association ANPAA.

Ces structures portent notamment les actions de prévention, de sensibilisation et de testing diagnostic. Des actions relayées par les associations « Aïutu corsu » et « Corsica sida » complètent le dispositif.

### ► La réduction du tabagisme

Le plan national de réduction du tabagisme (PNRT) a été décliné en un plan régional en Corse en partenariat avec les différents acteurs institutionnels et associatifs (services de l'Etat, collectivités territoriales, associations, établissement et services sanitaires et médico-sociaux). Plusieurs actions régionales ont notamment été mises en œuvre :

- Rendre les produits du tabac moins attractifs pour les jeunes en développant les compétences psycho sociales (programme PRODASS)
- Mobiliser les professionnels de santé principalement les nouveaux prescripteurs de traitement par substitution nicotinique : sages-femmes, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, libéraux et salariés (y compris les Médecins de Santé au travail)
- Participer au dispositif annuel Moi (s) sans tabac.

## 1.2

### UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES RISQUES SANITAIRES ET ENVIRONNEMENTAUX

#### ► Une expertise et une veille régionale mieux connue et structurée, plus participative

La période 2012-2016 a été marquée par la consolidation du point focal de veille et d'alerte, créée en 2010 au sein de l'ARS, dans la perspective de structurer la collecte, l'analyse et la réponse aux événements sanitaires porteurs de menace sur la santé publique.

Cela s'est traduit par la création d'un lieu centralisé de réception des événements au niveau de l'ARS.

Si ce point focal unique est désormais connu, le retour d'information vers les déclarants doit encore être amélioré.

Environ une centaine de signaux ont été reçus et traités chaque année au niveau de la plateforme et concernaient essentiellement des pathologies infectieuses, en particulier à déclaration obligatoire. De nombreuses procédures de réception des signaux ont été rédigées ainsi que des procédures d'orientation des signaux vers le destinataire ad hoc en fonction de la nature du signalement.

Par ailleurs, les réseaux de surveillance propres aux métiers de santé (laboratoires, SOS médecins, urgentistes) se sont structurés, ainsi que les outils d'analyses et permettent de disposer d'une surveillance beaucoup plus fine des indicateurs de santé. Il existe notamment un réseau de médecins sentinelles particulièrement dense et des dispositifs de surveillance spécifiques notamment dans les établissements pour personnes fragiles.

Le rôle d'information et d'appui technique de l'ARS vis-à-vis des professionnels de santé s'est affirmé avec notamment un rôle de relai amplifié dans la transmission des alertes, la diffusion de consignes (alertes météorologiques, pollutions atmosphériques, situations de crise, etc.) et la coordination de la réponse du système de santé en situation de crise.

Toutes les semaines, les professionnels de santé sont rendus destinataires de points de situations épidémiologiques, grâce au Veille Hebdo réalisé par la Cire Paca-Corse. Depuis fin 2015, un Veille Hebdo spécifique à la Corse paraît toutes les semaines en saison hivernale et estivale et bimensuellement aux intersaisons.

Ce document diffusé à plus de 170 professionnels en Corse fait le point de la situation épidémiologique (pathologies saisonnières, passages aux urgences, décès, etc.) et permet de rappeler des conduites à tenir, en matière de déclaration ou de prise en charge de certaines pathologies (bilharziose, chikungunya, dengue et zika).

#### ► Des risques environnementaux globalement mieux identifiés et prévenus

De nombreux systèmes de surveillance spécifiques ont été mis en place et/ou renforcés, en particulier concernant les pathologies vectorielles, les conséquences des phénomènes climatiques (canicule, grand froid), les pathologies saisonnières (grippe, viroses hivernales), les risques environnementaux (*Ostreopsis ovata*, monoxyde de carbone) et enfin la mesure des décès, même si la certification électronique des décès reste insuffisante.

Les campagnes de sensibilisation et l'information des populations et des professionnels aux gestes de **prévention face aux moustiques vecteurs de maladies**,

la collaboration renforcée avec les acteurs de la lutte contre ce fléau ont amélioré la réactivité des signalements préventifs de personnes potentiellement porteuses de virus.

Le **risque lié à l'amiante naturel** en Haute-Corse est désormais précisément cartographié et mesuré, permettant la mise en place de mesures de prévention. L'accompagnement de l'association Qualit'air Corse par l'ARS a permis d'améliorer la mesure de la qualité de l'air ; sur cette thématique, l'ARS soutient et finance des études complémentaires (étude air et pesticides, pollens).

S'agissant du risque radon et compte tenu de son impact sanitaire en Corse (estimation entre 33 à 43 décès par cancer du poumon par an - rapport InVS février 2006), l'enjeu reste d'actualité.

## 1.3 DES PARTENARIATS CONSOLIDÉS ET DES DISPOSITIFS NOUVEAUX DANS LA LUTTE POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

En Corse, les écarts et la dispersion des revenus sont plus marqués, notamment en raison de la faiblesse des revenus les plus modestes.

### ► Un pilotage partenarial de l'accès à la santé des plus précaires

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), porté par l'ARS, a pour objectif principal de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques élaborées avec elles. Son pilotage a été voulu le plus partenarial possible, la précarité étant une préoccupation majeure des politiques publiques. Une conférence permanente PRAPS a été mise en place en décembre 2012.

Les actions du PRAPS sont articulées avec celles du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, celles de la collectivité de Corse et des autres collectivités locales.

### ► Un repérage territorial plus précis

Différents travaux généralistes sur la pauvreté et la précarité ou centrés sur les données de santé ont été réalisés par l'ARS et/ou ses partenaires. La plupart de ces études, outils et publications, comporte des approches territorialisées.

Parmi celles-ci une analyse micro-régionale sur le renoncement aux soins en Corse, en partenariat avec l'ORS et la collectivité de Corse a décrypté les dix principales causes du renoncement aux soins et plus

de 200 pistes d'actions sur l'extrême sud, le Sartonais-Valinco, l'Alta-Rocca, le centre Corse, le grand Bastia, le grand Ajaccio, la Balagne, la plaine orientale.

Si ces différents travaux ont permis d'améliorer la connaissance des comportements et des besoins de populations vulnérables, il reste à créer un outil global de recensement des situations d'exclusion des soins, afin de réaliser une veille sociale sur les situations rencontrées par les services sociaux, professionnels de santé et acteurs associatifs.

### ► Le développement des dispositifs de soutien à l'accès aux droits et aux soins

Une troisième permanence d'accès hospitalière aux soins de santé (PASS) a été créée à la polyclinique du sud de la Corse à Porto-Vecchio, pour l'extrême sud, s'ajoutant aux PASS d'Ajaccio et Bastia. Le nombre de personnes prises en charge s'est accru à Bastia et est stable à Ajaccio.

Deux consultations dentaires accessibles aux plus précaires, soutenues par l'ARS ont vu le jour à Ajaccio et Bastia.

En santé mentale, l'unité mobile action psychiatrique personnes précarisées (UMAPPP) du centre hospitalier de Castelluccio a connu une augmentation de plus de 128% de sa file active depuis 2012.

### ► L'appui au logement « médicalisé »

Cinq appartements de coordination thérapeutique (ACT), favorisant la poursuite d'une démarche de soin sont opérationnels à Furiani depuis juin 2014 mais insuffisamment identifiés.

L'expérimentation « Housing first - Un logement d'abord » - Una Casa Prima, en partenariat avec les services de l'Etat (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations), visant à favoriser l'accès à un logement pour les personnes atteintes de maladies chroniques, s'est traduite par l'identification de 20 places dans le parc locatif (40 en objectif à terme), avec établissement de coopérations avec les commissions d'attribution des logements.

Les axes de progrès sur les structures pourront viser notamment la création de lits « halte soins santé » offrant un hébergement temporaire médicalisé aux plus précaires, dont la Corse a besoin et par la création d'une UMAPPP sur le secteur du grand Bastia.

# 2.

## L'AMÉLIORATION DE LA FLUIDITÉ DU PARCOURS DE PRISES EN CHARGE SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES

### 2.1 LE SOUTIEN À LA SANTÉ DE PROXIMITÉ

L'inégale répartition des professionnels libéraux, l'évolution de la démographie, notamment médicale, avaient naturellement conduit à la priorisation, dans le PRS 2012-2016, de l'appui à l'installation et à la coordination des professionnels de soins premier recours.

Après le pacte territoire santé, la déclinaison régionale des mesures du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires constituera désormais le socle de ces politiques, dont la préoccupation est partagée par les collectivités territoriales et l'administration préfectorale.

Ainsi, **une instance régionale de pilotage (IRP)** a été mise en place en décembre 2012 sur le soin de premier recours, associant la préfecture de Corse, la collectivité de Corse et l'agence régionale de santé. Son rôle est de piloter les programmes stratégiques régionaux, portant sur l'organisation et sur l'accès aux soins de premiers recours, en cohérence avec le PRS et les politiques d'aménagement du territoire.

Outre les institutionnels, les professionnels eux-mêmes ou leurs représentants ont été les acteurs de ces politiques. La coordination avec l'union régionale des professionnels de santé-médecins s'est ainsi concrétisée dans beaucoup de dossiers : expérimentation de télé-dermatologie, gestion des certificats de décès, couverture médicale sur des territoires ruraux en tension.

La présence d'équipes de soins primaires porteuses de projet de maison de santé et l'accompagnement des acteurs institutionnels dans le cadre de l'IRP a permis l'émergence de quatre maisons de santé fonctionnelles en 2017 (San Nicolao, Calenzana, Cargèse, Levie). Un autre projet d'exercice regroupé autour d'une maison de santé est en cours de validation à Ile Rousse, ainsi qu'à Sartène, à un stade moins avancé.

Si ces structures répondent efficacement à la problématique d'accès aux soins de 1er recours, elles participent également à l'accès à l'offre de 2nd recours par la mise en place, en leur sein, de consultations spécialisées réalisées par des médecins spécialistes libéraux ou des praticiens hospitaliers.

Sur la période 2013-2023, l'objectif opérationnel est de favoriser la création de sept à dix maisons ou pôles de santé pluri professionnels.

Au titre des soutiens individuels, deux contrats de praticien territorial de médecine générale, visant à faciliter l'installation de médecins dans les secteurs les plus fragiles, ont été conclus pour renforcer la présence médicale dans le rural.

D'autres services de santé de proximité ont fait l'objet d'actions de réflexion et d'organisation en vue d'améliorer leur accès. Ainsi, un groupe de travail sur la répartition des autorisations des mises en service sur le territoire a été mis en place afin de mettre en adéquation les besoins et l'offre de transports.

Par ailleurs, **l'un des points fort du PRS 2012-2016 a été la pérennisation d'une offre de biologie médicale par maintien d'un nombre de sites y compris en milieu rural** permettant de satisfaire les besoins de la population et la continuité de l'offre de soins tout en favorisant la mutualisation des moyens et en optimisant le niveau de qualité.

Le soutien à l'accès aux soins de proximité a aussi concerné les établissements de santé de proximité. **Trois établissements (centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone, centre hospitalier de Sartène, centre hospitalier de Bonifacio), dispensent des soins non programmés immédiats aux patients.**

Dans le secteur libéral, la continuité des soins est effective en médecine. **Le schéma cible d'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été arrêté en juillet 2013 et couvre l'ensemble du territoire insulaire.**

Il intègre le fonctionnement de deux maisons médicales de garde, l'une dans le grand sud avec trois points fixes (Porto-Vecchio, Bonifacio, et Sainte Lucie de Porto-Vecchio) et l'autre installée au sein du centre hospitalier de Sartène. Une régulation libérale est assurée au sein des deux Centre 15 de Corse les week-ends et jours fériés. La Corse a été choisie comme région pilote pour la mise en place du numéro unique de PDSA, le **116117**, opérationnel depuis avril 2017.

Le cahier des charges de la permanence des soins dentaires est en place depuis le 1er juin 2016.

Enfin, une concertation plus générale sur la démographie des professionnels de santé, leurs formations et leur exercice, dans le cadre d'une instance créée en partenariat avec les intéressés, **le comité régional de l'observatoire national des professionnels de santé (CRONDPS)**, installé en 2016, doit permettre à l'avenir un ciblage des spécialités déficitaires et la prise de



mesures destinées à soutenir l'offre de soins dans les territoires.

## 2.2

### LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

**Les deux principaux centres hospitaliers de l'île ont bénéficié de soutiens financiers importants, entérinés par le cadre du Comité de la Performance et de la Modernisation hospitalière (COPERMO).**

L'opération phare de reconstruction du centre hospitalier d'Ajaccio, dont l'achèvement est prévu au 2<sup>ème</sup> semestre 2018, pour une installation début 2019, aura bénéficié d'un accompagnement de l'Etat, à hauteur du coût total (130 millions d'€).

Le centre hospitalier de Bastia aura bénéficié, au terme de sa modernisation, d'une première tranche de 29 millions d'€ d'accompagnement de l'Etat (mise aux normes de sécurité, modernisation des blocs et développement de l'activité de cancérologie, y compris la construction d'une unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques.)

L'ARS a soutenu également la modernisation et le développement des locaux et plateaux techniques des centres hospitaliers de Castelluccio, Calvi Balagne, Corte-Tattone et Sartène.

## 2.3

### LE SOUTIEN À L'ORGANISATION ET À LA QUALITÉ DES FILIÈRES DE SOINS

#### ► Les urgences et la réanimation

La mise aux normes des structures d'accueil et mobiles d'urgences autorisées a été achevée (infirmier d'accueil, équipages et antennes SMUR).

La collaboration des deux centres 15 et des sites d'urgence, pour une mutualisation des pratiques et la consolidation du maillage territorial, a été formalisée par conventions, mais la construction d'un réseau régional des urgences demeure à développer.

La sécurisation des prises en charges dans le rural a été renforcée par la formation de 8 médecins généralistes correspondants du SAMU.

En 2012, près de 25% de la population résidaient à plus de 30 mn d'un accès aux urgences, à un SMUR ou à une antenne SMUR (environ 75000 personnes). En 2016, grâce au dispositif de médecins correspondants du SAMU, cette proportion a été réduite à 15,1%. En intégrant les moyens hélicoptérés ce ne sont plus que

3 003 personnes qui restent encore éloignées d'un effecteur de médecine d'urgence.

S'agissant du transport sanitaire terrestre, un travail de concertation entre les ambulanciers privés et les SAMU a débuté en octobre 2016, afin d'élaborer une convention de coopération efficiente entre les SAMU et le transport sanitaire privé.

La sécurisation et la rapidité des interventions auprès des patients présentant une défaillance cardiaque ou respiratoire, priorité du PRS 2012-2016, a fait l'objet d'un travail inter-régional visant à la formalisation des procédures de soins et de prise en charge de patients nécessitant une assistance respiratoire extra corporelle, en lien avec l'AP-HM de Marseille.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ce projet, l'ARS de Corse a accompagné financièrement le volet formation, télé expertise à distance et l'achat de matériel type respirateur.

#### ► L'accident vasculaire-cérébral (AVC)

En 2012, la Corse ne possédait ni filière AVC, ni Unité Neuro Vasculaire (UNV), ni possibilité de mise en œuvre de l'option thérapeutique thrombolyse.

**A la fin du PRS 2012-2016, l'île s'est dotée d'une filière AVC** avec, sur le site d'Ajaccio une UNV et, sur le site de Bastia une filière de prise en charge aux urgences avec réalisation de thrombolyse par télé-médecine avec l'expertise des neurologues de l'UNV du centre hospitalier universitaire de Nice.

Le maillage territorial devrait s'étendre aux hôpitaux de proximité (Calvi Balagne et Corte-Tattone) et à la polyclinique du sud de la Corse, avec un recours à l'UNV d'Ajaccio pour la réalisation de la thrombolyse.

#### ► La cardiologie

La filière cardiologique s'est vue confortée durant le PRS 2012-2016 par de nouvelles possibilités d'accès des patients corses à des équipements ou techniques facilitant les soins : coro-scanner en Haute-Corse, IRM cardiaque et rythmologie interventionnelle au centre hospitalier de Bastia.

La coopération des acteurs publics et libéraux, pour l'amélioration des prises en charge, s'est traduite par la création du groupement de coopération sanitaire (GCS) pour l'angioplastie coronarienne en Corse du sud.

La rééducation et la réadaptation cardiaques ont été renforcées par l'autorisation de deux nouveaux services de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans chacun des deux départements de Corse.

### ► La périnatalité

L'adhésion de tous les établissements de Corse au réseau unique inter-régional Méditerranée PACA-Corse-Monaco, auxquels appartiennent également les établissements de référence, a répondu aux différents objectifs du schéma régional d'organisation des soins (SROS) visant l'amélioration de l'accessibilité, de l'efficacité ainsi que de la sécurité et de la qualité des soins.

### ► La prise en charge de la douleur chronique

Une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique labellisée (SDC) de type consultation a débuté son activité en 2016 au centre hospitalier d'Ajaccio (plus de 1000 consultations annuelles au titre de l'année 2016). La réussite du partenariat public / privé dans la mise en place de ce dispositif (la structure est coordonnée par un médecin libéral, représentant régional de la Société Française de Traitement et d'Étude de la Douleur, SFTED) est à souligner.

La labellisation d'une structure de prise en charge de la douleur chronique, de type consultation n'a pas pu se réaliser en Haute-Corse. Ce projet doit être poursuivi.

### ► Les soins palliatifs

Une unité de soins palliatifs (USP) de 12 lits a ouvert en Haute-Corse en 2015. Implantée à la Clinique de Toga, cette USP offre également une solution d'hébergement gratuite pour les familles.

### ► La gériatrie

La prise en charge des pathologies gériatriques a été améliorée quantitativement et qualitativement. Les capacités de court séjour gériatrique des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia ont été renforcées et une unité de soins de longue durée (USLD) a été mise en œuvre dans le centre de l'île (centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone).

Les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia ont été autorisés à mettre en place une activité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle spécialisée pour les personnes âgées souffrant de poly pathologies (PAP). S'agissant de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, un centre régional de ressources et de recherche (CMRR) complète et appuie l'offre existante de consultations mémoires (plan national Alzheimer).

L'approche transversale et la coopération dans la prise en compte de la problématique du vieillissement et de la prévention de la perte d'autonomie, se traduit notamment par son inscription dans les projets médicaux partagés des deux groupements hospitaliers

de territoires de Corse (GHT), dans les contrats locaux de santé signés et par l'engagement de la Haute-Corse dans la démarche Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) en 2017 (parcours de santé des aînés visant le maintien de l'autonomie à domicile).

### ► L'Insuffisance Rénale Chronique

La garantie d'une prise en charge de proximité s'est notamment concrétisée en Corse par la diversification des modalités de prise en charge hors centre : installation de trois unités de dialyse médicalisées supplémentaires et d'une unité d'auto dialyse.

**Afin de faciliter l'accès des patients corses à un néphrologue, spécialité à démographie peu favorable, l'ARS de Corse a soutenu le développement de la télé expertise** en unité de dialyse médicalisée (UDM), en finançant le matériel de télé médecine et en rémunérant l'acte de télé expertise sur la base d'un forfait hebdomadaire. Des mutualisations de temps de médecins néphrologues intra et inter régionaux sont en cours.

La démarche d'éducation thérapeutique du patient dialysé s'est mise en place au centre hospitalier de Bastia.

### ► La cancérologie

La Corse s'est dotée d'une organisation permettant de dépister les populations à risque aggravé de cancer du sein et de cancer colo rectal, en proposant à la population cinq points de consultations dans les micro-territoires insulaires.

L'implication des associations permet de relayer, en partenariat avec le centre régional de coordination du dépistage des cancers-Corse, les campagnes nationales de prévention « Mars Bleu, Octobre Rose » sur l'ensemble du territoire, avec des actions plus spécifiques dans les territoires ruraux (information des usagers en lien avec les municipalités).

L'objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins s'est concrétisé par :

► **La modernisation des équipements** : la Corse a développé les prises en charge en ambulatoire, notamment en chirurgie. Le parc d'imagerie a été renforcé de même que les équipements spécifiques : deux accélérateurs de particules sont installés au sein du service de radiothérapie du centre hospitalier de Castelluccio (permettant la radiothérapie guidée par l'image et la modulation d'intensité) et deux appareils de mammographies équipés de modules de macro biopsies sont implantés.

► **La structuration du parcours personnalisé et coordonné** : les établissements de santé, les deux centres de coordination en cancérologie, le Réseau inter Régional en Cancérologie Onco Paca Corse et le réseau ReHOP, ont œuvré à la mise en place



d'un parcours coordonné, en assurant à chaque patient entrant dans la filière de cancérologie, une décision avec passage en réunion de concertation pluridisciplinaire, une consultation d'annonce et la remise du projet personnalisé de soins.

En 2016, l'ARS a soutenu le projet innovant du centre hospitalier de Bastia «Institut du Sein», structure dont l'objectif est de faciliter le parcours de soins des patients, en proposant une prise en charge multi disciplinaire et un traitement des situations complexes en lien avec la médecine de ville. Ce projet très fédérateur des acteurs en santé devrait pouvoir s'étendre à l'ensemble du territoire.

### ► La psychiatrie et la santé mentale

Outre les actions de restructurations architecturales, l'offre de traitement en santé mentale de Corse a été confortée par la **création d'une unité de soins intensifs psychiatrique (USIP)**, en 2012, au centre hospitalier de Castelluccio, pour la prise en charge des patients présentant des troubles majeurs du comportement.

La fin du PRS 1 a initié la démarche d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale. Trois établissements de Haute-Corse ont élaboré un programme d'éducation thérapeutique commun à destination des patients souffrant de troubles bipolaires.

Pour les enfants et les adolescents, le repérage précoce, l'entrée dans une démarche de soin a été facilitée par l'initiation de collaborations entre les établissements de soins et les acteurs non hospitaliers.

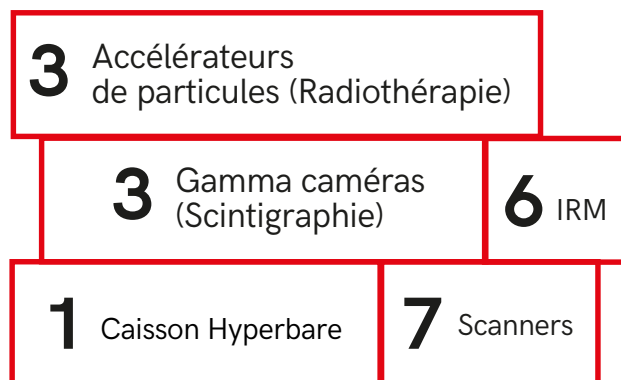
## 2.4

### LE RENFORCEMENT DU PARC D'IMAGERIE MÉDICALE

Le renforcement du parc d'imagerie prévu par les objectifs quantifiés du PRS 1 est effectif avec l'implantation de **4 IRM supplémentaires** (Ajaccio, Bastia et Porto-Vecchio Prunelli di Fiumorbo autorisé mais non installé) **et deux scanners** (Calvi et Prunelli di Fiumorbu).

En matière de continuité des soins et compte tenu des fortes contraintes liées à la démographie médicale, le recours à des prestataires de télé-interprétation d'images a permis ponctuellement, sur certains sites, de sécuriser le dispositif et notamment l'accès 24H sur 24 à ces examens. Cet axe constituera un enjeu important du futur PRS, notamment par la recherche d'axes de coopérations entre le secteur public et le secteur privé. La mise en œuvre d'un système d'information radiologique sur l'ensemble des équipements et d'une plateforme d'archives et de communication d'images (PACS)

## 17\_Le parc d'imagerie et équipements lourds en 2018



constitue également un levier de progrès important pour le suivi et le pilotage futur de l'activité d'imagerie.

Les travaux en cours sous l'égide du Comité Technique Régional de l'Imagerie (COTERI) devraient évaluer le besoin et la faisabilité de l'installation d'un TEP SCAN en Corse.

## 2.5

### LE DÉVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE

#### ► Le virage ambulatoire

En chirurgie, les interventions réalisées en ambulatoire sont devenues majoritaires, avec un taux de séjours de 55,9% en 2016 et 56,7% en 2017, dépassant les objectifs prévus à la fin du PRS 2012-2016. Le regroupement des plateaux techniques chirurgicaux des établissements privés, l'implication des directions des établissements, la contractualisation avec l'ARS, l'accompagnement financier de l'agence et les actions de l'assurance maladie, ont permis ce changement de paradigme.

#### ► L'hospitalisation de jour (HDJ)

Aujourd'hui les places d'hospitalisation de jour restent majoritairement orientées sur la prise en charge de la pathologie cancéreuse en chimiothérapie. Le PRS préconisait le développement d'une offre notamment en endocrinologie et rhumatologie. Cependant l'insuffisance de recrutements médicaux dans ces spécialités n'a pas permis ce développement.

#### ► L'hospitalisation à domicile (HAD)

Le bilan du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile (HAD) est contrasté, avec un taux de recours supérieur au national, mais une utilisation moindre s'agissant des interventions dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Toutes les communes de Corse appartiennent théoriquement à l'aire géographique autorisée d'une HAD. Cependant, toutes ne sont pas effectivement desservies. Si des progrès ont été réalisés dans l'extrême sud, le PRS 2 devra poursuivre le développement de ce mode de prise en charge pour les zones insuffisamment desservies (Cortonais, Balagne, plaine orientale...)

## 2.6

### LA MISE EN ŒUVRE DES COOPÉRATIONS DE SOINS INTER RÉGIONALES

L'ARS a soutenu les démarches visant à améliorer l'expertise des équipes de soins, la qualité des diagnostics et des actes, le partage des pratiques et l'offre hospitalière insulaire, dans le cadre des partenariats et des réseaux mis en œuvre avec les établissements de référence de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces collaborations, favorisées par le développement des technologies de communication à distance, sont indispensables pour un territoire comme la Corse.

Les établissements insulaires concernés peuvent bénéficier, pour faciliter la prise en charge graduée des patients, des réseaux thématiques inter régionaux en cancérologie (ONCO PACA Corse), hématologie et onco pédiatrie (REHOP) et périnatalité (méditerranée-PACA-Monaco).

En 2012, une convention constitutive d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) entre le centre hospitalier de Castelluccio et l'Institut Paoli-Calmettes a été approuvée par l'ARS de Corse. Ce GCS a pour objectifs l'amélioration de la prise en charge et la qualité des pratiques, le maintien et le développement d'une offre de radiothérapie externe de proximité dans le cadre d'une organisation conjointe entre les deux structures.

Des coopérations spécifiques facilitant la rapidité du diagnostic et de la prise en charge de pathologies graves (accidents vasculaires cérébraux, défaillances respiratoires aiguës) ont été initiées ou expérimentées avec les centres hospitaliers universitaires de Marseille et de Nice.

Des formations des équipes insulaires par les structures de référence nationales (hôpital Necker de Paris, hôpital Lenval de Nice), initiées en 2016 pour les équipes de soins palliatifs insulaires, doivent être pérennisées.

Pour pallier, au moins partiellement, les effets négatifs de l'évolution de la démographie médicale et les difficultés de recrutement dans certaines spécialités, des assistants partagés avec les centres hospitaliers

universitaires de Nice et de Marseille ont été mis en place au sein de sites d'urgences et en neurochirurgie. Des travaux sont actuellement en cours pour la création de postes d'assistants partagés en chirurgie générale, pédiatrie et néphrologie.

Par ailleurs, se développent également des consultations avancées réalisées au sein des centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio, notamment par des médecins des centres hospitaliers universitaires de Nice et de Marseille et avec l'institut Paoli-Calmettes.

## 2.7

### LA CONCERTATION RÉGIONALE SUR LA PERTINENCE DES SOINS

L'ARS a publié son plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la Pertinence des Soins 2016-2020 et installé l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins.

Outre les actions déclinées du plan ONDAM (programme d'accompagnement du retour à domicile « PRADO », mise sous accord préalable, virage ambulatoire), des priorités régionales (soins de suites et de réadaptation, angioplasties et pontages coronariens, filière bariatrique) feront l'objet d'un diagnostic partagé et un plan d'actions dans le cadre du PRS.

## 2.8

### UN SYSTÈME DE SANTÉ ENTRÉ DANS L'ÈRE NUMÉRIQUE

Plusieurs actions de modernisation du système de santé par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ont été mises en œuvre durant le PRS 2012-2016.

Neuf établissements de santé insulaires ont bénéficié du plan « hôpital numérique » 2012-2017. Ce soutien à l'investissement a concerné majoritairement la dématérialisation des prescriptions de soins et du dossier du patient, mais aussi l'appui au pilotage économique des structures. La mise en place, dans certains établissements insulaires de procédures de consultations, expertises, traitements à distance (télémédecine) dans plusieurs disciplines médicales, a permis à la fois de rapprocher le patient du médecin et de bénéficier de l'expertise de professionnels de référence de la région PACA :

► **néphrologie** : un dispositif de consultation à distance a permis de renforcer la prise en charge des patients, de réduire l'isolement géographique et de pallier le manque de néphrologues implantés en Corse ;

- ▶ **neurologie** : réalisation de consultations et expertises de patients suspects d'un accident vasculaire cérébral (AVC).
- ▶ **dermatologie** : le dispositif mis en place intègre le champ de la prévention et celui de l'accès aux soins. Il facilite le dépistage et la prise en charge des tumeurs cutanées (3 000 cas par an en Corse), de diminuer les déplacements des médecins et des patients et améliore la coordination des médecins pour la prise en charge des plaies et des suivis post-opératoires. Plus de 600 télé-expertises ont été réalisées.

Les SAMU et services d'urgences ont bénéficié de mises à niveau de leurs installations téléphoniques et informatiques et du recueil informatisé des passages. Le déploiement de terminaux est donc opérationnel et permet d'enregistrer l'activité des services et de transférer les données vers le système de surveillance des urgences (OSCOUR). Cependant l'organisation de la réciprocité de régulation entre les deux centres d'Ajaccio et de Bastia n'est pas encore acquise.

Enfin, la mise en œuvre d'un outil de description et de pilotage global informatisé du système de soins régional, du type de celui existant en PACA (répertoire opérationnel des ressources : R.O.R), soutenu par l'ARS et mis en œuvre par le groupement de coopération sanitaire SIRS-Co a démarré en 2016.

## 2.9 UNE CULTURE DE LA GESTION DES RISQUES À CONFORTER

La culture de la sécurité et l'appropriation de la notion de gestion des risques sont relativement nouvelles pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux tant au niveau national que régional. Elles sont pourtant devenues incontournables par la loi du 21 juillet 2009.

A ce jour, la déclaration des infections nosocomiales est informatisée pour les établissements de santé grâce au logiciel national e-SIN. Les signalements d'infections liées aux soins ainsi que d'autres événements indésirables (EI) sont réalisés via le point focal de l'ARS ou le portail national de signalement [signalement-sante.gouv.fr](http://signalement-sante.gouv.fr) ouvert en mars 2017.

L'ARS s'est engagée dans l'accompagnement des établissements de Corse sur ces chantiers d'importance en développant des actions régionales de formation ciblée au bénéfice des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

Ces actions en 2012 et 2013 ont permis de sensibiliser et former aux comités de retour d'expérience (CREX) en explicitant la démarche collective au sein d'un établissement : le pilotage de la collecte des EI signalés, la réalisation des analyses systémiques de ces EI et la mise en place des actions correctives ainsi que leur suivi. 54 % des établissements de santé de Corse ont participé à ces formations, avec des participants de profil varié : médecin, pharmacien, cadre de santé, coordonnateur de la gestion des risques, responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, ingénieur qualité.

Dans le même temps, la politique d'amélioration de la qualité intégrée au projet d'établissement fait l'objet d'une contractualisation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé ou des conventions tripartites des EHPAD.

## 2.10 L'ÉVOLUTION QUALITATIVE DES POLITIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

400 nouveaux lits et places ont été installés par l'ARS de Corse, **soit une augmentation globale de 11 % des capacités installées sur la période 2012-2016.**

Cependant, en termes de capacités autorisées, le secteur de la dépendance enregistre une diminution sur la même période, expliquée par plusieurs facteurs :

- ▶ des autorisations accordées en 2012 à des projets dont la viabilité était insuffisamment attestée et qui par conséquent n'ont pu recevoir un début d'engagement dans les délais réglementaires fixés ;
- ▶ des établissements ont dû faire face à une importante diminution de leur fréquentation induisant des impacts financiers et économiques conséquents qui ont justifié une réduction des capacités autorisées dans le cadre de projets de transformation de l'offre permettant la pérennité des sites ;
- ▶ la volonté de gestionnaires de ne pas poursuivre l'exploitation des autorisations accordées en matière d'accueil temporaire jugées insuffisamment rentables et efficaces.

Au-delà de ces évolutions capacitaires, l'ARS, conformément à la priorité fixée en matière de soutien à la médicalisation des EHPAD, a accompagné la réponse qualitative à l'alourdissement des prises en charge soignantes constaté dans ces établissements (poly pathologies, augmentation de l'âge d'entrée) et l'adaptation nécessaire des prises en charge (augmentation des pathologies

cognitives de type Alzheimer). L'ARS a accompagné les établissements en termes d'investissement et de modernisation et a soutenu leurs efforts de formation notamment en matière de bientraitance et de prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

Les conventions tripartites signées avec les EHPAD (90 % en cours de validité fin 2016), ont constitué le cadre contractuel de la politique d'amélioration de la qualité soutenue par l'ARS. Ces conventions ont été notamment articulées autour des priorités de la promotion de la bientraitance, de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, de la fin de vie, de la prise en charge de la légionellose, de la gestion des déchets de soins (DASRI), de la gestion du risque infectieux et de l'organisation du circuit du médicament. Le déploiement du Plan Alzheimer 2008-2012 en Corse est aujourd'hui achevé à 90 %. L'île dispose de l'ensemble des dispositifs permettant la détermination d'une filière de prise en charge complète et graduée.

## 2.11 LE COMPLEMENT DU RETARD D'ÉQUIPEMENT ET L'ÉVOLUTION QUALITATIVE DE L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP

Le retard d'équipement (en regard du national) constaté à l'orée du PRS 2012-2016, a été comblé en termes d'autorisations délivrées depuis 2012, grâce à la mise en œuvre de treize appels à projets favorisant l'autorisation de huit nouvelles structures. L'offre de prise en charge médico-sociale du secteur handicap a ainsi progressé de près de 13 % au niveau des capacités autorisées et installées.

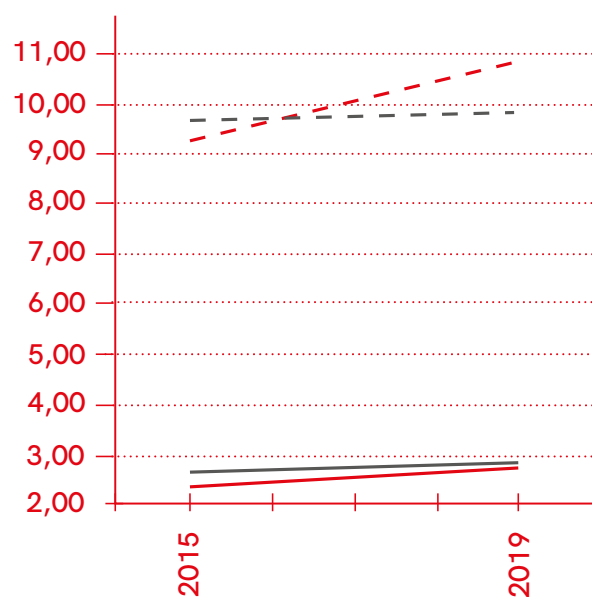
Au regard de la programmation régionale à la fin de 2016, il existe encore des actions à déployer pour un montant global de 4.4M€ (rappel : la programmation totale autorisée pour la Corse sur le secteur « Personnes Handicapées »(PH) pour la période du PRS 2012- 2016 s'élevait à 8.7M€). 57 % de ces actions restant à déployer concernent le secteur adulte.

Le taux d'équipement corse a progressé et progresse plus vite qu'au niveau national avec au regard des perspectives d'installation (2019), la projection suivante :

► Voir graphique 18 - Evolution du taux d'équipement secteur handicap

Au regard des objectifs du PRS 1, les axes de développement suivants ont été soutenus par l'ARS :

### 18\_Evolution du taux d'équipement secteur handicap



Taux d'équipement pour mille pers

--- Corse / Enfants  
 --- France / Enfants  
 — Corse / adultes  
 — France / adultes

### ► La structuration des filières de prise en charge déficitaires : les troubles du caractère et du comportement et le polyhandicap

Le renforcement des structures de prise en charge précoce de type centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centre médico psycho-pédagogique (CMPP) a contribué à l'objet de renforcement de l'offre médico-sociale en direction des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement.

Parallèlement, 45 nouvelles places ont été autorisées pour la prise en charge de ces troubles à la fois en milieu ordinaire et en institution ; la création d'un dispositif « institut thérapeutique éducatif et pédagogique » (ITEP) sur la Haute Corse a été engagée et finalisée à la fois pour répondre au besoin prégnant quant à ce type de structure mais également pour l'organisation de modalités de prise en charge souples et adaptables. Concernant le polyhandicap, le renforcement de l'offre a majoritairement concerné l'offre institutionnelle en direction des adultes les plus lourdement handicapés : 40 places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et 16 places en maison d'accueil spécialisée (MAS) ont été autorisées. Sur le secteur des enfants, un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) spécifique de 10 places a également été autorisé sur la Haute Corse.

Concernant l'offre de SESSAD, la Corse dispose d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale, avec 315 places autorisées sur l'ensemble du territoire. 60 nouvelles places ont été autorisées dans le cadre du PRS 2012-2016. Une enquête, réalisée en 2013 par le CREAL, a mis en avant des problématiques générales liées à la répartition territoriale de l'offre de SESSAD, à la rédaction des agréments et à l'insuffisance des interventions au domicile des enfants.

### ► La structuration de la filière de prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA)

La mise en œuvre du PRS 2012-2016 a été concomitante au déploiement du 3ème plan autisme à travers l'adoption d'un plan d'actions régional concerté et partagé.

Au terme de ce plan, il est désormais possible de relever l'existence d'une véritable filière de prise en charge des TSA qui reste néanmoins à conforter. La population corse dispose prioritairement d'une offre de diagnostic structurée permettant d'éviter des déplacements sur le continent comme c'était le cas avant 2012. Près de 50 bilans sont ainsi réalisés annuellement. Par ailleurs la mise en œuvre du 3ème plan autisme a également permis la création de 75 places (secteur enfance et adultes) supplémentaires, permettant de développer des modalités de prise en charge spécialisées. L'ensemble des dispositifs mis en œuvre s'engage, en outre, à respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) prononcées par l'Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et

services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Enfin, il convient de souligner que la Corse bénéficie d'un très fort taux de scolarisation des enfants souffrant de handicap, en général, et d'enfants souffrant de TSA, en particulier. Cette politique majeure dans un objectif d'intégration des enfants TSA dans le milieu scolaire ordinaire sera poursuivie dans le cadre de la mise en œuvre du 4ème plan autisme.

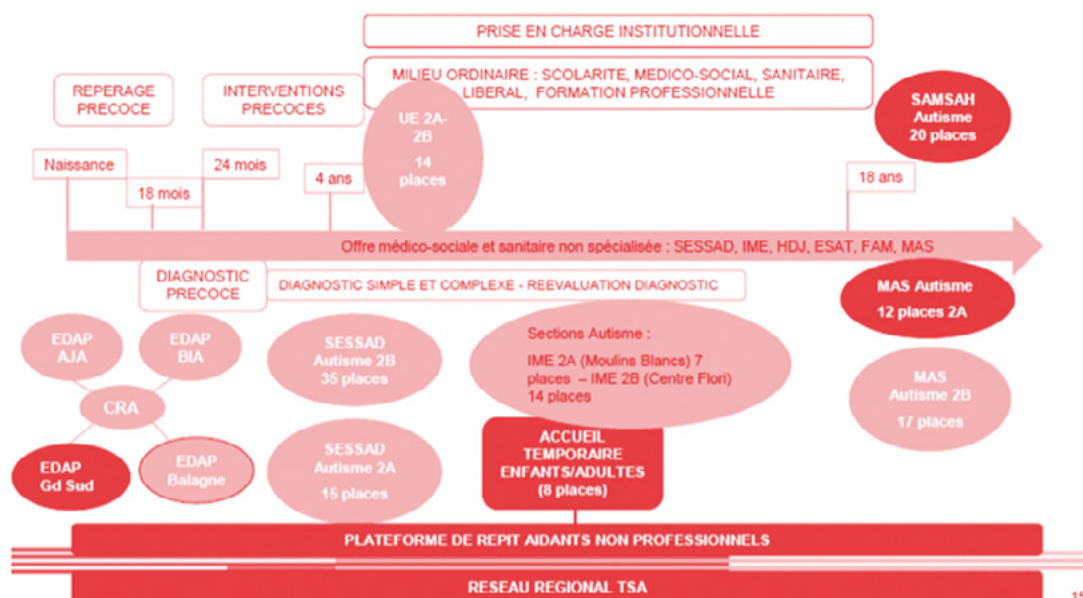
## 2.12 UNE GESTION DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES CLARIFIÉE

La planification des situations de crise a été réorganisée pour converger vers un dispositif unique ORSEC, dont la déclinaison sanitaire est ORSAN. Le dispositif ORSAN, qui comprend 5 volets est en cours d'écriture. Actuellement, 3 volets ont été écrits : AMAVI (accueil massif de victimes), VAC (vaccination) et NRC (nucléaire, radiologique, chimique).

L'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'un plan bleu opérationnel et 70 % des établissements de santé ont rédigé un plan blanc organisant le fonctionnement en situation de crise.

Des exercices sont régulièrement réalisés à l'initiative de la préfecture ou du ministère de la santé et de façon générale, la capacité de montée en charge de l'ARS et des principaux hôpitaux est jugée satisfaisante.

### 19\_Synthèse de l'évolution de l'offre spécialisée (IIIème Plan Autismes)





# 3.

## LA CO-PRODUCTION DE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ AVEC LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS

### 3.1

#### LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

##### ► La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

La CRSA de Corse a été installée en juillet 2010 et renouvelée en septembre 2014. Depuis sa création, les membres de la CRSA, réunis plus de 70 fois en plénière ou en commissions, ont apporté leur contribution et donné leurs avis sur de nombreux travaux relatifs notamment au 1er PRS, aux prises en charges et accompagnements médico-sociaux (commission spécialisée médico-sociale), aux demandes d'autorisations d'exercer des activités de soins dans les établissements et au développement du 1er recours (commission spécialisée de l'offre de soins).

La commission spécialisée du droit des usagers a rendu, chaque année, un rapport spécifique sur le respect des droits des usagers dans le système de santé. Des préconisations ont été faites, notamment :

- la médiation médicale dans les établissements de santé,
- la formation des professionnels de santé aux droits des usagers,
- la mise en place d'un lieu d'accueil spécifique pour les représentants des usagers dans les établissements,
- l'organisation d'une communication ciblée auprès des usagers,
- la réalisation d'un bilan du recours aux services des urgences, ou au service d'aide médicale d'urgence (SAMU), pour les patients en fin de vie.

La CRSA, a particulièrement contribué à l'effectivité de la démocratie sanitaire en organisant trois débats publics en 2014 (santé et insularité), 2015 (vivre en bonne santé en Corse) et 2017 (Bientraitance, de l'écoute à l'accueil).

Enfin, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé en 2013, la CRSA a fait deux propositions, suite au forum régional organisé par l'ARS sur le thème « les jeunes et la santé : comment être plus solidaires ? » :

- aligner le prix du tabac en Corse sur celui du continent ;
- refonder la politique de prévention à destination des jeunes.

##### ► La place des usagers

Au sein de tous les établissements de santé de Corse, les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQPC), dans leur rôle de médiation, ont traité 1 604 signalements d'évènements indésirables.

Le principal motif des saisines concerne les prestations en nature (transport, matériel...), le suivi des prestations en espèces (maladie et risques professionnels). Les suites données aux saisines font l'objet d'une résolution essentiellement par la transmission d'explications ou par révision de la décision initiale, et le délai de traitement ne dépasse pas pour la majorité des dossiers, les 21 jours.

Le taux d'occupation des mandats de représentants des usagers dans les CRUCQPC est en augmentation à la fin du PRS 2012-2016, à 71 % contre 37 % en 2012. Leur transformation en commissions des usagers (CDU) a doté ces instances de compétences nouvelles visant à la participation à la politique des établissements.

Mises en place par la Loi du 2 janvier 2002 dans le secteur médico-social, les conseils de la vie sociale (CVS) et les autres formes de participation sont désormais bien repérées par les usagers et les familles.

L'association « France-assos-santé-corse », anciennement « collectif inter associatif sur la santé de Corse (CISS) », soutenu par l'ARS, fédère quant à elle 23 associations agréées et 8 associations non agréées au plan national. Elle a notamment publié en 2017 un annuaire des représentants des usagers de la santé en Corse.

Une maison des usagers a également ouvert en 2016 au centre hospitalier de Casteluccio, à Ajaccio. Véritable lieu d'échanges entre usagers, représentants des usagers et associations, les représentants des usagers et les bénévoles associatifs y jouent un rôle d'information, d'éducation et d'échanges d'expériences avec les patients et les proches.

### 3.2

#### LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES INSTITUTIONNELS.

Dans le cadre ou non des instances de démocratie sanitaire, l'ARS de Corse a régulièrement associé différents partenaires à ses travaux.

##### ► Les préfets et les services de l'Etat

Outre la présidence du conseil de surveillance assurée par le préfet de Corse, la coopération avec les préfetures

se fait via des protocoles portant principalement sur les missions santé-environnement, les mesures de soins psychiatriques sans consentement et l'inspection-contrôle. L'ARS a également participé aux exercices de sécurité civile, organisés par les préfetures.

La commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile a associé les partenaires publics œuvrant dans le champ de la promotion de la santé au niveau régional.

### ► **Les collectivités territoriales**

Dans le domaine médico-social, dans le cadre des compétences partagées ARS/ex-conseils départementaux, un partenariat renforcé s'est mis en place par le biais d'appels à projets et de travaux partagés au sein des nouvelles instances créées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs et le comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie).

Dans le domaine de la santé environnementale, des projets en étroite collaboration avec les mairies, les ex-conseils départementaux et certains offices et agences de la collectivité de Corse se sont développés (habitat, lutte anti vectorielle, qualité de l'eau...)

S'agissant du 1er recours, l'instance régionale de pilotage (IRP) associant la préfecture de Corse, la collectivité de Corse (CdC) et l'ARS a développé l'exercice coordonné par la création de maisons de santé pluri professionnelles, favorisé les stages d'internat en médecine générale dans les territoires en difficulté et accompagné le développement de la télé-médecine et des systèmes d'informations partagés.

### ► **Les unions régionales des professionnels de santé (URPS)**

Interlocuteurs privilégiés de l'ARS sur toutes les questions impliquant les professionnels de santé libéraux, les URPS ont été mises en place à la suite d'élections en 2010 pour les médecins libéraux, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, et kinésithérapeutes puis pour les biologistes, sages-femmes, orthophonistes et pédicures podologues.

Les URPS contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé et s'associent aux actions de prévention et de veille sanitaire. Elles participent également à la préparation et à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé. La coordination avec les URPS s'est ainsi concrétisée dans beaucoup de dossiers : expérimentation de télé-dermatologie, gestion des certificats de décès, couverture médicale sur des territoires ruraux en tension, zonage, déchets de soins, bilharziose, vaccination...

### ► **L'assurance maladie**

L'ARS de Corse travaille avec les principaux régimes de l'assurance maladie (le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants), dans le cadre notamment de la commission régionale de la coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance maladie (CRC3A) et de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).

# A SANTE EN CORSE EN 2028 : DES ORIENTATIONS EN FAVEUR D'UNE OFFRE ADAPTEE AUX SPECIFICITES DE L'ÎLE

Déterminer les orientations stratégiques de la politique de santé régionale à mettre en œuvre sur les dix prochaines années est un exercice ambitieux.

De nombreux facteurs sont susceptibles d'interagir sur la survenue et les modalités de prises en charge des pathologies et des risques de santé. Il s'agit notamment de l'évolution des comportements vis-à-vis de la santé, des évolutions climatiques et de leurs conséquences épidémiologiques, de l'évolution des techniques médicales, mais aussi des évolutions plus générales engagées en Corse (urbanisation, mondialisation de la circulation des biens et des personnes, expansion d'un tourisme de masse, paupérisation et augmentation de la dispersion des revenus, vieillissement prononcé etc.).

Afin de prendre en compte de manière optimale l'ensemble de ces déterminants de santé, l'application des deux principes fondateurs suivants sous-tendent les sept objectifs stratégiques ci-après.

La reconnaissance des **spécificités du territoire de Corse** a été officialisée à la fois dans sa dimension insulaire, son caractère d'île montagne et dans ses fragilités et ses richesses en matière de ressources humaines. La **réduction des inégalités d'accès à la santé** dans ses dimensions sociale et territoriale.

Ces spécificités peuvent s'illustrer, par exemple, par l'obligation de disposer d'un recours aux équipements continentaux de niveau 3 et, sur certaines spécialités chirurgicales et médicales, par la garantie de la maintenance d'une logistique en matière d'évacuations sanitaires. Les contraintes et les restes à charge financiers qui en découlent pour les usagers et leurs accompagnants sont également à prendre en compte.

Les réalités démographiques sont également à considérer. La fluctuation saisonnière et son impact sur les activités de premiers recours, comme les conséquences des effets seuils sur l'obtention des autorisations et leur soutenabilité économique, soulignent la nécessaire adaptabilité de l'offre de santé. Autres réalités, les contraintes géographiques pour lesquelles l'accessibilité routière et l'accessibilité économique se conjuguent, les prises en charge notamment en zone rurale ou montagnarde pour le maintien de l'autonomie des personnes demeurant complexes à soutenir.

La fragilité de l'offre en termes de démographie des professionnels de santé médicaux et non médicaux sur certains territoires génère des difficultés en matière de permanence des soins, d'attractivité des plateaux techniques dans les secteurs sanitaires (en imagerie interventionnelle, en chirurgie ambulatoire, en oncologie...) et médico-sociaux. Pour certaines activités médicales à haute technicité les files actives réduites invitent à imaginer des coopérations multi sites pour garantir un seuil minimum d'activité compatible avec le maintien de l'expertise.

Au-delà des mesures de rééquilibrage existantes, telles que l'application d'une majoration dite « coefficient géographique », la mise en œuvre des prochains projets régionaux de santé pourra proposer des actions spécifiques à la Corse (notamment à destination des territoires ruraux, de la gestion des risques et de l'appui aux professionnels de premier recours), conformément aux dispositions légales et réglementaires tenant à la stratégie nationale de santé et aux territoires de montagne.

Le décret du 29 décembre 2017, relatif à la stratégie nationale de santé, ouvre la voie à la prise en compte des spécificités épidémiologiques et des risques



sanitaires de la Corse, dans les plans et programmes de santé publique, dont le PRS.

La loi du 28 décembre 2016, de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, dans son article 5, accorde à la Corse la spécificité d'île-montagne, ouvrant, sous certaines conditions, la possibilité d'adaptation de dispositions générales et des politiques publiques, notamment s'agissant de l'accès des populations de montagne à certains services de santé.

Ces dispositions, mises en œuvre en collaboration avec les partenaires de l'Etat et des collectivités territoriales, pourront faciliter la mise en œuvre d'un projet régional de santé réaliste et adapté à la Corse.

Les objectifs stratégiques à 10 ans constituent donc les grandes préoccupations transversales et matricielles qui devront orienter la mise en œuvre des deux prochains schémas régionaux de santé et des PRAPS, sur l'ensemble de leurs contenus (parcours de santé, filières de soins, filières d'accompagnement médico-social, qualité et pertinence des soins, gestions des risques).

Ils découlent naturellement du panorama actuel

et prospectif de la santé des corses, de l'offre de santé territoriale disponible et du bilan du PRS qui s'achève. Ils s'avèrent, en outre, cohérents avec les priorités de la stratégie nationale de santé et des plans nationaux de santé.

**L'objectif à l'horizon 2028, est un système de santé accessible à tous en proximité, particulièrement pour la prévention et pour le premier recours, assurant un soutien renforcé à l'autonomie de ceux qui sont les plus fragilisés par l'âge, l'isolement, la précarité ou la maladie, mis en œuvre dans chaque territoire de vie par des professionnels confortés dans leur action et avec l'aide d'usagers véritablement acteurs, parce qu'éclairés.**

**Un système de santé ouvert et pro actif vis-à-vis des innovations techniques et capable de maîtriser, par l'effort et la sensibilisation de tous, les risques sanitaires actuels et émergents :**

Pour cela, les objectifs stratégiques retenus pour 2028 sont les suivants :

**Objectif stratégique 1 :** appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé

**Objectif stratégique 2 :** faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé

**Objectif stratégique 3 :** accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu

**Objectif stratégique 4 :** assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité

**Objectif stratégique 5 :** consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risque sanitaire

**Objectif stratégique 6 :** soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé

**Objectif stratégique 7 :** développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

# OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 :

## APPUYER LES POLITIQUES DE SANTÉ SUR LES SOCLES DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ



### POURQUOI CET OBJECTIF ?

La **promotion de la santé** est une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des **environnements relatifs à la santé**, via une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie).

Confortées par la stratégie nationale de santé, la promotion de la santé ainsi que les démarches de prévention constituent indéniablement un des piliers de l'offre de santé.

La Corse est confrontée à une mortalité prématurée évitable marquée par l'impact des conduites de comportements à risque (usage du tabac, de l'alcool, conduites alimentaires mal équilibrées), et une exposition aux risques psychosociaux.

Les attentes en matière de prévention des acteurs dans le champ de la santé et du social sont fortes.

Il existe, en effet, des atouts pour déployer des stratégies de promotion de la santé en Corse. L'ingénierie en place et l'animation territoriale engagée depuis trois ans sont un premier levier à prendre en compte.

Il est tout aussi important de conforter les acquis de la bonne santé en Corse en s'appuyant, notamment, sur la mobilisation des professionnels à travers les appels à projets et le déploiement des politiques publiques ayant un impact sur la santé comme l'ont souligné les travaux de la commission de coordination des politiques publiques dans le champ de la prévention.

En matière de pratiques cliniques préventives, les bénéfiques ne sont plus à démontrer tant auprès des patients que des aidants. C'est aussi un atout pour la Corse que d'avoir pu déployer, certes encore de manière insuffisante, ces modalités d'intervention parmi lesquelles figure en bonne place la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique. Cet aspect de la réhabilitation du patient est, en effet, un enjeu pour ce PRS compte tenu du poids des maladies chroniques et de la diffusion des bonnes pratiques auprès des professionnels et des patients.

Le contexte corse est aussi relié aux grands changements climatiques et sociaux dont il est indispensable d'anticiper les effets. S'adapter et faire face aux risques connus et aux pathologies émergentes, atténuer le poids des déterminants sociaux, promouvoir les approches solidaires et communautaires seront des principes à intégrer dans les stratégies d'intervention en promotion de la santé.



## COMMENT L'ATTEINDRE ?

Conformément à la SNS et aux attentes des partenaires, le PRS investit de manière prioritaire la prévention et la promotion de la santé tout au long de la vie et dans tous les milieux par :

- ▶ la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique,
- ▶ la prévention des maladies infectieuses,
- ▶ la lutte contre les conduites addictives,
- ▶ la promotion de la santé mentale, d'un environnement et de conditions de travail favorables à la santé,
- ▶ l'amélioration du dépistage et la prévention de la perte d'autonomie.

Une attention particulière est apportée aux enfants et aux jeunes, au travers du parcours de santé des enfants et des adolescents.

De manière spécifique des orientations sont proposées :

- ▶ améliorer la coordination des politiques publiques en prévention et promotion de la santé,
- ▶ faciliter la circulation de l'information et l'identification de l'offre de prévention,
- ▶ déployer les modalités d'intervention communautaires,
- ▶ faciliter l'accessibilité de l'offre en matière de pratiques cliniques de prévention (vaccinations, dépistages, ETP...)

La promotion de la santé intègre les innovations organisationnelles et techniques, des actions seront expérimentées dans ce cadre. Elle prend également en compte les pratiques de médecine complémentaire (méditation pleine conscience, sophrologie, médecine chinoise...). La Corse peut être innovatrice en ce domaine.

## OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 :

### FAIRE DE L'USAGER UN ACTEUR ÉCLAIRÉ ET ACTIF DU SYSTÈME DE SANTÉ



#### POURQUOI CET OBJECTIF ?

Le concept de démocratie sanitaire a été légalement consacré en France par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Sa mise en œuvre doit répondre aux nécessités de transformation de la relation entre le professionnel et l'utilisateur la communication et le partage du savoir, pour rendre plus efficace la démarche de santé.

La faible démographie et densité de la Corse, un tissu associatif restreint dans le domaine de la santé, la sur représentation des personnes âgées, vivant majoritairement à domicile, la très forte augmentation du nombre de malades chroniques, la précarité plus marquée de la population, sont autant de critères qui imposent un programme d'action global pour structurer la gouvernance et les compétences de la représentation des usagers du système de santé.

Le développement d'une démocratie en santé éclairée et constructive est indissociable de la volonté de plus de proximité et d'égalité d'accès aux services qui sous-tend le projet régional de santé.



## COMMENT L'ATTEINDRE ?

Un plan d'actions régional autour des droits des usagers en santé sera élaboré, avec leurs représentants, dont les objectifs seront mis en œuvre dans le cadre du schéma régional 2018-2022.

La formation et l'information pérennisée des représentants des usagers des instances (culture et connaissance du système de santé) seront traitées en priorité. Les moyens de susciter des vocations de représentants, l'équité des représentations des territoires de vie au sein des instances devront également être pris en compte.

Le rapport sur le respect des droits des usagers, dont le cahier des charges a été fixé par l'arrêté du 5 avril 2012, est établi chaque année par la CRSA. Il permet une photographie du territoire sur des orientations et des objectifs tels que promouvoir et faire respecter les droits des usagers, renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous, conforter la représentation des usagers du système de santé et renforcer la démocratie en santé.

Des préconisations sont proposées à chaque rapport et les voies de progrès apportées sont mentionnées dans le rapport de l'année suivante. La participation des plus précarisés aux démarches de santé fera l'objet d'actions spécifiques notamment dans le PRAPS.

L'ARS accompagnera la montée en compétence des nouvelles instances territoriales de démocratie sanitaire (conseils territoriaux de santé du Pumontu et du Cismonte) pour permettre à terme une co-construction des projets territoriaux de santé et faciliter l'émergence de projets émanant des acteurs locaux.

Les objectifs généraux de ce plan inspireront également la mise en œuvre d'objectifs d'intégration active des usagers à toutes les étapes des démarches de santé, particulièrement s'agissant des parcours prioritaires du Schéma régional de santé (SRS).

L'ARS, dans l'exercice de ses compétences œuvrera également à la transformation de la relation soignant-soigné en favorisant la communication et la réponse aux sollicitations des patients.

## OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 :

### ACCOMPAGNER L'ACCÈS À LA SANTÉ DES PLUS FRAGILES DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS CONTINU



#### POURQUOI CET OBJECTIF ?

Si notre système de santé a mis en place des dispositifs facilitant le soin pour tous, le reste à charge peut être, pour certains, un facteur de renoncement aux soins.

La Corse est la région la plus pauvre de la France métropolitaine, avec une situation de l'emploi très fluctuante et défavorable. La précarité touche en Corse particulièrement les familles monoparentales, surreprésentées, les jeunes adultes, moins qualifiés, les retraités à revenus modestes et les personnes âgées.

Pour ces publics les plus fragiles, en difficulté d'accès aux soins, les démarches de prévention et de diagnostic sont encore moins prioritaires. La précarité constatée a, par ailleurs, une influence constatée sur l'augmentation des pathologies liées à la santé mentale.

La fragilité et son besoin d'accompagnement peut être, enfin, la conséquence de la lourdeur et des nécessités du traitement de certaines pathologies telles que le cancer, du nombre d'intervenants ou de la durée de la maladie (chronicité).



## COMMENT L'ATTEINDRE ?

Les publics et patients que le diagnostic de santé du PRS identifie comme les plus fragiles doivent bénéficier du parcours le plus fluide et efficient possible dans le système de santé de Corse grâce à une coopération générale des intervenants sanitaires et médico-sociaux.

Des typologies de parcours adaptés à la Corse seront décrites et partagées pour être mises en œuvre dans les territoires. Elles concerneront dans un premier temps, les personnes en risque ou en perte d'autonomie, les pathologies de santé mentale, les pathologies cancéreuses, les pathologies chroniques, les enfants et adolescents et la parentalité. Le PRAPS mettra en œuvre quant à lui des actions ciblées sur la grande précarité.

En amont, des services de prévention et de promotion de la santé et d'accès aux droits de santé devront leur être adaptés et proposés, indifféremment du point d'accès (mode guichet unique).

Les ruptures de parcours entre le soin et l'accompagnement, l'hospitalisation (où qu'elle ait lieu) et le domicile devront être supprimées ou réduites au minimum (zéro sans solution).

L'ARS accompagnera, dans son domaine de compétence, les solutions permettant le soin et le retour précoce à domicile, les nouveaux types d'habitats adaptés pour les personnes nécessitant une aide au maintien de l'autonomie.

Dans le parcours de santé, le recours aux soins sur le continent doit faire l'objet d'une attention particulière s'agissant de l'accompagnement des patients insulaires. Les déplacements médicaux sur le continent sont générateurs de difficultés matérielles et financières pour les patients. Le secteur associatif et la Collectivité de Corse ont mis en place des dispositifs dans le domaine de l'information et de l'accompagnement aux prises en charge (hébergement, aides au transport).

L'ARS favorisera les démarches visant à améliorer les conditions de prise en charge des soins sur le continent s'agissant notamment du deuxième accompagnateur pour un enfant malade en cas d'hospitalisation de longue durée.



## OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 :

### ASSURER UN ACCÈS DE PROXIMITÉ À UN SYSTÈME DE SANTÉ GRADUÉ ET DE QUALITÉ



#### POURQUOI CET OBJECTIF ?

Après des décennies de désertification rurale, l'intérieur de l'île bénéficie lui aussi de la croissance de la population mais beaucoup moins que l'ensemble de la Corse.

Les disparités démographiques qui s'accroissent entre les espaces urbains et périurbains et le rural influencent l'installation des professionnels libéraux et creusent les inégalités d'accès aux services de santé en général. Des biens de santé, des techniques de soins, devenus courants pour les urbains, ne sont pas ou seulement partiellement accessibles en proximité dans le rural.

Le fort vieillissement de la population corse, sa pauvreté, mais aussi la géographie de l'île rendent encore plus difficile l'accès aux soins de certains.

La politique de santé publique doit contribuer plus largement à la politique d'aménagement du territoire et au rééquilibrage géographique des populations et des activités dans l'île, pour faciliter les choix de vie des corses. L'action de l'ARS de Corse, en matière de santé sera cohérente avec celles des collectivités et des services de l'Etat en charge de l'aménagement de l'île.



## COMMENT L'ATTEINDRE ?

L'accès de santé de proximité signifie d'abord que l'entrée d'un citoyen dans une démarche de santé (prévention, soin, accompagnement médico-social), hors urgence, devra toujours se réaliser au sein de son territoire de vie. C'est sur les territoires infra régionaux et infra départementaux de vie des populations, que les acteurs de santé doivent être en mesure, dans le respect des orientations de la politique de santé, de co-construire avec l'ARS, et de mettre en œuvre, des projets de santé territoriaux pluriannuels adaptés aux besoins et particulièrement autour du soin de premier recours.

Pour que ces projets, et les actions locales qui en découleront, aient un impact réel sur la santé des populations et l'attractivité des territoires, ils devront être animés et gouvernés de façon pérenne.

Cette construction locale et collective du développement territorial de santé orientera prioritairement les moyens d'accompagnement de l'ARS qui mobilisera ses partenaires institutionnels

La mise en œuvre de ces projets territoriaux sera facilitée par tous les dispositifs humains et techniques concourant à la proximité, l'accessibilité, la qualité et à la sécurité des soins.

L'accessibilité à l'offre de santé en proximité passe par la lisibilité de la gradation des soins qui garantit le bon soin au bon patient., dans le cadre de filières de soins assurant la coordination entre la prise en charge de proximité, les plateaux techniques et les activités de recours régionaux et interrégionaux.

La médecine de demain plus technique, toujours plus innovante, renforcera cette nécessité d'une gradation pour maintenir une qualité de prise en charge et de vie du patient. Elle devra prendre en compte une double nécessité : permettre l'émergence de pôles nécessitant une forte concentration de moyens humains et techniques hautement spécialisés et favoriser dans le même temps le déploiement des prises en charge au plus près du patient voir au domicile ou substitut du domicile.

Pour permettre à la Corse de bénéficier pleinement de cette médecine en pleine mutation, compte tenu de sa spécificité, « seule région française sans centre hospitalier universitaire », il faudra repenser les formes de gradation de la prise en charge qui ne peuvent plus reposer sur les « logiques en silo » hospitalières et ambulatoires mais évoluer vers des niveaux de services d'intensité variable qui feront intervenir les acteurs de la ville et de l'hôpital (niveaux régional et interrégional) tout en assurant la continuité des prises en charge.

Le recours inter-régional, après analyse des filières fragiles et des fuites, nécessite une coopération forte et structurée des établissements de santé avec les CHU de la région PACA.

La coordination territoriale passe par la consolidation des deux groupements hospitaliers de territoires (GHT) de Corse. Ils doivent renforcer , dans leurs projets médicaux partagés, les coopérations ( appui aux hôpitaux de proximité , mutualisation des fonctions support ) et consolider certaines filières .Ainsi, en Corse du Sud ,l'optimisation du parcours cancérologie, à la lumière d'un projet médical partagé entre les équipes hospitalières des CH d'Ajaccio et de Castelluccio doit à terme favoriser le regroupement dans le secteur public des activités d'oncologie (chirurgie des cancers et chimiothérapie) sur un seul site (nouvel hôpital).

Conformément aux orientations de la stratégie de transformation du système de santé, les deux GHT doivent encourager les synergies avec les établissements privés et sortir du tout concurrence ; notamment avec l'obligation de passer convention sur les filières d'intérêt commun.

Les deux GHT de Corse doivent également renforcer les filières de soins existantes et favoriser l'émergence de filières nouvelles en élaborant chacun leur(s) convention(s) d'association avec les CHU de la région PACA.

A terme, pourrait également être envisagée la création d'un GHT régional, voire d'un groupe hospitalier régional doté de la personnalité morale avec une gouvernance de l'offre hospitalière de l'ensemble des structures publiques de l'île et un projet médical de territoire.

## OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 :

### CONSOLIDER LES CAPACITÉS D'ANTICIPATION ET DE RÉPONSES APPROPRIÉES EN MATIÈRE DE RISQUES SANITAIRES ET ENVIRONNEMENTAUX



#### POURQUOI CET OBJECTIF ?

La Corse, comme toutes les régions, est confrontée à un ensemble de risques sanitaires, y compris de risques de développement rapide de foyers ou d'épidémies de maladies qui peuvent être soit connues (grippe, rougeole, tuberculose, etc), soit encore inconnues dans l'île (dengue, chikungunya, zika), soit totalement nouvelles (introduction d'agents biologiques par le biais d'actions terroristes par exemple).

Ces menaces demandent d'une part une vigilance accrue de la part des professionnels pour un repérage le plus précoce possible des situations individuelles ou collectives pouvant constituer une alerte, et d'autre part leur mobilisation pour un signalement rapide aux autorités sanitaires.

Pour cela, les circuits de transmission d'information demandent à être clairement identifiés et connus des partenaires.

Par ailleurs, les capacités de gestion de tels événements doivent être renforcées avec une prise de décision adéquate et la mobilisation de moyens d'intervention adaptés, avec un focus particulier sur la mobilisation de moyens extraordinaires en renforts, provenant du continent.

L'évolution législative récente apporte un cadre à ces exigences, avec en particulier la promulgation fin 2016 et début 2017 de décrets relatifs à l'organisation territoriale de la veille et sécurité sanitaires, à l'obligation de signalement par toutes les structures sanitaires, médico-sociales et sociales des événements graves associés aux soins, ainsi qu'au pilotage par l'ARS d'un réseau régional des structures de vigilance et d'appui (RREVA).

De même, la Corse présente des caractéristiques en matière d'environnement qui induisent des effets sur la santé publique. Sa géologie est à l'origine d'expositions dans certains secteurs au gaz radon ou aux fibres d'amiantes, tous deux à l'origine de cancers. Son cadre de vie est marqué par des traits spécifiques qui sont aussi le reflet de réalités liées à l'insularité, à l'organisation du territoire, aux infrastructures publiques, à la perception collective du risque, aux inégalités sociales et aux échanges multi-factoriels que la Corse connaît (nouveaux virus, parasites, espèces envahissantes et moustiques).



## COMMENT L'ATTEINDRE ?

Pour atteindre cet objectif, un ensemble de mesures et d'actions doit être mis en œuvre comportant principalement :

- ▶ une sensibilisation des professionnels au signalement et à la déclaration rapides des maladies et événements ainsi que du circuit de signalement aux autorités sanitaires ;
- ▶ l'implication accrue des professionnels de santé et leur intégration dans des réseaux d'acteurs en charge de la prévention des pathologies vectorielles et de la pollution de l'air ;
- ▶ la mise en place d'outils permettant de faciliter ces signalements ;
- ▶ le renforcement des moyens et des capacités d'analyse et de gestion de ces événements ;
- ▶ la coordination des partenaires ainsi que le développement de réseaux des acteurs de veille sanitaire.

# OBJECTIF STRATÉGIQUE 6 :

## SOUTENIR L'INTÉGRATION DES PRATIQUES INNOVANTES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ À LA SANTÉ



### POURQUOI CET OBJECTIF ?

Les contraintes spécifiques de la Corse, île montagne, la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population et sa démographie médicale rendent indispensables, ici plus qu'ailleurs, la prise en compte des technologies et pratiques innovantes en santé.

Garantir l'accès aux innovations diagnostiques, thérapeutiques, technologiques et organisationnelles, c'est aussi veiller à ne pas accroître les écarts entre territoires mais plutôt les réduire.

Cette transformation s'appuie principalement sur une évolution des pratiques professionnelles convergeant autour de trois axes :

#### ► 1er axe : l'intégration de pratiques innovantes techniques et thérapeutiques

Le développement d'une médecine 4P (Prédictive, Préventive, Personnalisée et Participative) émerge. Des progrès majeurs identifiés dans différents domaines et plus particulièrement la génétique, la biologie moléculaire et l'évolution des techniques d'imagerie médicale ou de suppléances fonctionnelles (prothèses, dialyse, respirateurs ...) soutiennent ce développement.

Une attention sera portée sur les questions éthiques posées et plus particulièrement :

- l'accès de tous au progrès technique en veillant à limiter les risques d'exclusion (exclusion financière, défaut d'information, rationnement de l'offre compte tenu des coûts engagés)
- le risque de non pertinence des actes par redondance d'examens complémentaires et de sur-recours non priorités en lien avec le développement de la médecine prédictive.

En conséquence, le risque de concentration des expertises et des équipements de pointe dans les centres hospitaliers universitaires nécessite de tisser des liens inter-régionaux forts visant à anticiper et développer de filières de recours pour les activités de haute spécialisation.

## ► 2ème axe : la révolution du « numérique »

L'accélération du virage numérique est inéluctable. La Corse souffre de par sa situation géographique de conditions techniques défavorables liées à un déploiement du Haut-débit et de la 4G limité.

Un développement organisationnel et technologique permettra une intégration de la e-santé sur l'île. L'ensemble des systèmes déployés pour cette évolution numérique nécessitent la recherche permanente d'interopérabilité.

Les différentes modalités à intégrer s'articulent autour de 4 orientations :

- La télémédecine va améliorer l'efficacité du parcours du patient. Peu utilisée, son usage a vocation à rapidement progresser pour répondre aux problématiques de désertification médicale mais également d'avoir accès à une technologie médicale de pointe non accessible sur le territoire. L'évolution de la télésurveillance par l'émergence des produits connectés permettra la collecte d'informations médicales à visée d'alerte sur des situations cliniques afin d'éviter des décompensations de pathologies chroniques et améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge et la qualité de vie des patients. La téléconsultation, la télé-expertise et la téléassistance ont vocation à renforcer les collaborations entre professionnels et la coordination des soins et notamment faciliter l'accès à des avis hyper-spécialisés.
- Le développement d'un Big Data et de l'intelligence artificielle favorisera l'émergence d'algorithmes de bonnes pratiques médicales, de systèmes experts d'aide au diagnostic médical et un développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Le partage de l'information patient et des expertises médicales constitue le troisième pilier de la e-santé à travers le déploiement en Corse du dossier médical partagé (DMP) couplé au dossier médical informatisé décloisonnant l'information ville-hôpital. La construction de systèmes d'information d'appui à la coordination permettra de répondre à l'enjeu des parcours de santé dans l'île.
- La prise en charge sécurisée de l'ensemble des échanges d'information passe par la généralisation de l'utilisation d'une messagerie sécurisée garantissant la confidentialité des données échangées. L'intégration des données relatives à l'imagerie et la biologie médicale pose à terme la nécessité de disposer de plateformes d'échanges.
- Le développement de la domotique pour le maintien à domicile mais également pour la délivrance des médicaments sera une évolution majeure. La domomédecine avec le déploiement de systèmes multi-pathologies et multi-facteurs s'amplifiera dans les années à venir.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces modalités nécessitera une intégration au sein d'une plateforme numérique de santé répondant aux besoins prioritaires qu'il conviendra de définir en concertation avec l'ensemble des acteurs.



### ► 3ème axe : la transformation des organisations

Les progrès organisationnels constituent un enjeu majeur permettant de répondre à la fois aux nouveaux besoins liés aux parcours mais également de tendre vers une plus grande efficacité dont les gains obtenus viendraient en soutien à l'accès aux innovations.

La mise en œuvre du virage ambulatoire, l'intégration de pratiques innovantes techniques, technologiques et thérapeutiques, le renforcement de la coordination des soins autour des parcours coordonnés vont modifier profondément les organisations de travail utilisatrices. L'amélioration de l'efficacité des organisations implique une meilleure coopération au sein des territoires entre les secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux et une modification des organisations appréhendées dans de nombreux leviers de la loi de modernisation du système de santé (GHT, plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriales de santé, exercice coordonné ...).

La réussite de ces évolutions organisationnelles repose sur l'identification des conditions nécessaires à leur mise en œuvre à travers des objectifs partagés entre une large communauté de professionnels et les institutions au sein de projets de santé territoriaux nécessitant des outils juridiques, financiers et techniques.



## COMMENT L'ATTEINDRE ?

Pour faire de la Corse un territoire de soins numérique permettant de répondre à certaines contraintes liées à l'insularité, il sera nécessaire de la doter de moyens techniques adaptés (Haut débit / 4G / plateforme numérique régionale), supports de l'ensemble des outils de e-santé (télémédecine, partage d'informations, systèmes d'informations d'appui à la coordination des soins, stockage de données médicales).

Il s'agira aussi de veiller à anticiper l'accessibilité aux progrès médicaux, en structurant le plus tôt possible des filières de soins graduées en lien avec l'interrégional.

Il conviendra de co-construire, soutenir et accompagner la transformation des organisations par l'adhésion, l'accompagnement et la formation des acteurs.

Enfin, une cellule de veille des pratiques innovantes devra être mise en place.

## OBJECTIF STRATÉGIQUE 7 :

### DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES FAVORISANT L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ ET À UNE OFFRE INNOVANTE.



#### POURQUOI CET OBJECTIF ?

L'efficacité et la pérennité du système de santé sont liées à la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité suffisantes.

Les objectifs du cadre d'orientation stratégique ne pourront être atteints sans une politique de ressources humaines adaptée et volontariste. Les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) sont les premiers concernés par des projets qui cherchent à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins, ils en sont même souvent à l'initiative. Ils sont, de ce fait, une dimension à part entière du cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé.

Si l'état des lieux de l'offre libérale de premier recours en Corse fait apparaître un contexte régional que l'on pourrait juger satisfaisant aujourd'hui, une analyse approfondie met en avant une situation de la démographie médicale fragilisée dans de nombreux territoires ruraux de l'île.

En effet, la profession des médecins généralistes libéraux, bien que stable en effectif ces dernières années, vieillit très rapidement et plus particulièrement dans les territoires de l'intérieur.

Trois faits marquants caractérisent un territoire insulaire fortement marqué par des inégalités infrarégionales d'accès aux soins :

- ▶ une population en augmentation et vieillissante (10% de la population sont âgés de 75 ans ou plus atteignant plus de 20% dans certains territoires ruraux)
- ▶ des temps d'accès au médecin généraliste élevés (10% de la population se situent à plus de 20mn du médecin le plus proche contre 0,4% au niveau national).
- ▶ En 2016, près de 15,1% de la population se situaient à plus de 30mn d'un service urgence ou un SMUR.

A horizon 2030, si la tendance ne s'inverse pas, l'accessibilité aux soins particulièrement dans les zones rurales sera dégradée. En effet, le vieillissement de la population médicale touche essentiellement les zones rurales faiblement peuplées et enclavées géographiquement. Dans la mesure où le choix d'implantation des jeunes médecins s'oriente très souvent dans des zones urbaines, l'absence d'une politique pro active cherchant à favoriser l'installation de jeunes praticiens dans le milieu rural ou semi-urbain aboutira à la naissance de nombreux déserts médicaux.

Ces problématiques d'accessibilité aux soins se posent également pour des spécialités médicales et chirurgicales dans le secteur libéral comme dans le secteur hospitalier.



## COMMENT L'ATTEINDRE ?

La stratégie consiste à améliorer l'accompagnement des professionnels de santé dans les trois dimensions suivantes :

### ► Le diagnostic territorial

Pour les professionnels de santé, il est important de connaître le contexte sanitaire dans lequel ils vont exercer leur activité. Si un professionnel de santé libéral décide de s'installer dans une zone en tension sanitaire, elle doit d'abord être identifiée voire anticipée par l'ARS, puis décrite assez précisément dans le but d'identifier les déterminants de cette tension et les moyens possibles pour y améliorer la continuité de l'offre de soins.

De la même manière, dans le domaine hospitalier, si un professionnel de santé souhaite parfaire une pratique ou en implanter de nouvelles, il doit pouvoir bénéficier d'un regard synthétique sur les taux de recours à certains types de soins ou d'opérations, avoir connaissance des contraintes locales, notamment celles liées à l'insularité (éloignement des centres hospitaliers universitaires, variabilité des effectifs et recours à l'intérim) ou des contraintes ayant trait à la technicité de la discipline. L'ARS de Corse s'est dotée d'un comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des professionnels de Santé (CR ONDPS), dont le rôle est en partie d'élaborer un diagnostic sur l'offre de soins médicale et paramédicale. Le CR ONDPS disposera également d'une expérience sur les solutions mises en œuvre pour pallier un déficit d'offre de soins, dans le but d'orienter les professionnels dans leurs projets.

### ► La mise en œuvre des projets

L'amélioration de l'accès à des soins de qualité passera également par l'accompagnement des professionnels de santé dans la mise en œuvre des projets envisagés. Aujourd'hui, l'ARS de Corse accompagne les professionnels de santé dans leur projet de création et de maturation d'un exercice pluri-professionnel coordonné. L'instance régionale de pilotage (IRP) partenariale s'est fixée comme objectif de piloter les programmes stratégiques portant sur l'organisation et l'accès aux soins de premiers recours, en cohérence avec le PRS, les politiques d'aménagement du territoire (Etat-CdC), de transport et en santé-social (CdC)

A court terme, une prise en charge organisée de malades chroniques en ambulatoire supposera de concevoir des formes structurées articulant les interventions hospitalières, les soins spécialisés en ville, les interventions médico-sociales, en liaison avec la ligne de soins primaires. Cela se complètera également par la mise en œuvre de plateformes territoriales d'appui (PTA), une forme d'organisation systémique et innovante au service des médecins traitants pour répondre à la gestion des cas complexes.

### ► Un accompagnement dans la formation

La formation initiale d'un professionnel de santé, son choix d'installation et son mode d'exercice (organisation et pratique professionnelle) sont fortement liés. Les médecins construisent leur projet professionnel dès les premières années de leurs études.

Les différentes instances doivent être en mesure de les accompagner dans leur réflexion et dans leur parcours professionnel. Il s'agit de développer les terrains de stage en nombre et en qualité, mais aussi de développer et mettre en place l'encadrement d'un travail de recherche appliquée réalisé par un étudiant interne.

Par ailleurs, dans un contexte d'innovations médicales permanent, tant d'un point de vue des pratiques, que de l'organisation ou des outils à disposition, il est important de maintenir les praticiens en activité en relation avec les avancées techniques en médecine, notamment en déployant une offre de formation continue en lien avec les centres hospitaliers universitaires partenaires de la Corse.

Malgré son isolement géographique, la Corse doit améliorer son attractivité en proposant des projets professionnels en lien avec la recherche médicale appliquée, autour des problématiques spécifiques de la Corse. Le déploiement de médecins chefs de clinique au sein de maisons de santé appuiera cette orientation.



