

BILAN DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2023



SOMMAIRE

Introduction	4
Contexte et enjeux	4
Organisation de la démarche bilan-évaluation du PRS 2	5
TITRE I : CONSTRUIRE AVEC LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS, DES PROJETS DE SANTE TERRITORIAUX GRADUES	6
Chapitre 1 - La prévention en santé en amont du système	7
Chapitre 2. L'appui aux professionnels et les objectifs relatifs aux services de santé de proximité	8
Chapitre 3 - La promotion d'une démocratie sanitaire éclairée et active	10
Chapitre 4 – La mise en œuvre d'une animation territoriale en santé	11
TITRE II : CONFORTER LA COHERENCE ET LA PERTINENCE DES FILIERES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL	12
Chapitre 1 – L'évolution des filières de soins	13
1.1. La médecine	13
1.2. L'hospitalisation à domicile (HAD)	14
1.3. Les soins palliatifs	15
1.4. La prise en charge de la douleur chronique	16
1.5. La chirurgie (hors cancer)	17
1.6. La périnatalité (gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale)	18
1.7. Assistance médicale à la procréation (AMP), activité de diagnostic prénatal (DPN) et génétique	20
1.8. La médecine d'urgence	21
1.9. Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)	22
1.10. La filière soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)	23
1.11. La filière accident vasculaire cérébral (AVC)	24
1.12. La filière cardiologique et les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	24
1.13. La filière maladie rénale chronique	25

1.14.	Les soins de suite et de réadaptation (SSR)	26
1.15.	Imagerie médicale	27
1.16.	La biologie médicale	27
1.17.	Soins aux détenus	28
Chapitre 2 : l'évolution des filières d'accompagnement médico-social		29
2.1.	Les maladies neurodégénératives	29
2.2.	Les troubles du neuro-développement	30
2.3.	Focus sur les personnes en situation de handicap	31
Chapitre 3 : La prise en charge des maladies et handicaps rares		32
TITRE III : TRANSFORMER NOS ORGANISATIONS PAR LE NUMÉRIQUE ET L'INNOVATION		33
TITRE IV : FAIRE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA RÉPONSE AUX RISQUES ET AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES L'AFFAIRE DE TOUS		35
Chapitre 1 – La qualité, la sécurité et la pertinence des soins		36
Focus sur l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle		37
Chapitre 3 – La santé environnementale		38
Chapitre 4 – La veille et la sécurité sanitaires		39
Chapitre 5 – La gestion des situations sanitaires exceptionnelles		40
BILAN PRAPS - PROGRAMME REGIONAL POUR L'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DEMUNIS		41
ANNEXE N°1 : Taux de fuite les plus significatifs		44

Introduction

Contexte et enjeux

Arrêté en février 2019, le Projet Régional de Santé (PRS) détermine les priorités de la politique de santé pour améliorer le parcours de santé de la population, aussi bien dans les champs de la prévention, l'hospitalier, l'ambulatoire et le médico-social.

Il marque l'ambition de l'ensemble des acteurs de santé pour améliorer la santé des Corses. Il porte une vision stratégique fondée sur l'offre régionale, ses atouts, ses dynamiques et ses fragilités, mais aussi sur les attentes des citoyens et les évolutions démographiques, technologiques et médicales attendues.

Le PRS est constitué de 3 volets : cadre d'orientation stratégique (COS), schéma régional de santé (SRS) et programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). Il définit à 10 ans les grandes orientations stratégiques portées par l'ARS et par période de 5 ans les objectifs opérationnels permettant d'y répondre.

Le PRS de Corse est construit autour de 7 orientations stratégiques qui visent à améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :

- Appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé ;
- Faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé ;
- Accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu ;
- Assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité ;
- Consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux ;
- Soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé ;
- Développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Avant cette première échéance et l'engagement des travaux de révision du PRS, un bilan à mi-parcours est réalisé. Ce dernier concerne les objectifs opérationnels du SRS et du PRAPS 2018-2022.

Organisation de la démarche bilan-évaluation du PRS 2

L'évaluation des 5 premières années de mise en œuvre du PRS a été réalisée suivant deux modalités :

- Le présent document, constituant un bilan interne, retraçant les principales réalisations atteintes au regard des objectifs opérationnels fixés dans le SRS, ainsi que les limites rencontrées le cas échéant.
Aux 192 objectifs du schéma ne correspondent pas systématiquement des indicateurs de résultats.
En effet, pour certains objectifs, les indicateurs n'avaient pas été définis ou les indicateurs prévus n'ont pas été mobilisables.
De plus, certains objectifs n'ont pu n'être que partiellement mis en œuvre, la crise sanitaire n'ayant pas permis aux acteurs d'instruire les plans d'actions associés.
C'est pourquoi, le bilan est présenté par chapitre et non par objectif.
- Une évaluation externe du PRS complémentaire, sous la forme d'une démarche évaluative approfondie et centrée sur 20 dispositifs dont 4 choisis par les instances de la démocratie sanitaire. Cette évaluation a eu pour objectif d'évaluer la politique de santé déployée au sein du système de santé de l'île, au regard des besoins de la population corse et des orientations stratégiques arrêtées dans le COS.
Elle a été réalisée par le cabinet Cap Gemini missionné pendant six mois.

Les parcours, quant à eux, feront l'objet d'un bilan, ultérieurement, dans le cadre du calendrier d'élaboration du futur schéma. Les parcours rendront compte de thématiques centrales non abordées dans le présent document : cancérologie, psychiatrie, stratégie 1000 jours, gériatrie...

Ces deux volets, bilan interne et évaluation externe, concourent à permettre aux membres de la CRSA et aux acteurs de santé plus largement de disposer de repères en forme d'enseignements à retirer de l'analyse des indicateurs disponibles. Ils alimentent par ailleurs les constats relatifs aux thématiques à aborder et à traiter dans le prochain schéma.

Enfin, il n'est pas possible de réaliser ce bilan sans évoquer la crise sanitaire qui a bouleversé le système de santé en 2020. La mobilisation exceptionnelle de l'ensemble des acteurs de santé, malgré les défis techniques, organisationnels et humains, est à souligner.

Pour autant, même si cela a freiné la mise en œuvre des actions prévues, nous avons continué d'agir pour intensifier nos politiques de prévention et de promotion de la santé, de mieux graduer l'offre de soins et d'accompagner, de décroiser les soins de ville, soins hospitaliers et accompagnements des plus fragiles. C'est aussi ce que montre ce bilan.

Construire avec les professionnels et les usagers, des projets de santé territoriaux gradués



Chapitre 1

La prévention en santé en amont du système

La dimension interministérielle d'actions préventives a essentiellement concerné le champ des addictions puisque 5 plans sur 6 s'inscrivant dans ce cadre ont abordé cette thématique.

Il est à noter que les objectifs fixés dans le cadre du schéma au titre de démarches interministérielles n'ont pas intégré la santé environnementale qui a fait l'objet d'un plan spécifique : le plan régional santé environnement. Dans la prochaine version du schéma, les calendriers respectifs coïncidant, il est prévu d'annexer la PRSE4.

Le plan santé au travail de même est encadré de manière particulière sous pilotage de la DREEST.

La déclinaison territoriale constituait également un critère de développement d'une approche préventive en amont du système de santé. Entre 20 à 30 réunions par an ont été organisées dans le cadre de contrats locaux de santé y compris des contrats locaux de santé mentale. Entre 17 et 29 actions issues de la PRAMCA ont concerné un micro territoire.

La pluralité des outils déployés sur les 9 bassins de vie, la disparité des périmètres d'actions ne sont pas traduites par ce type d'indicateurs. L'approche territoriale appelle à davantage apparaître dans le futur schéma.

Chapitre 2

L'appui aux professionnels et les objectifs relatifs aux services de santé de proximité

Les objectifs relatifs au développement de l'exercice regroupé et à la mise en œuvre de dispositifs dits article 51, (dispositifs promouvant des organisations innovantes), connaissent des indicateurs de résultats positifs. Des bilans quantitatifs et qualitatifs ont été à plusieurs reprises présentés dans différentes instances.

A date sur la région : 1 CPTS / 9 MSP /21 ESP labellisées ou en cours de labellisation / 2 CS polyvalent et 7 articles 51.

S'agissant des contrats conventionnels ou non favorisant l'installation des médecins : ils sont peu nombreux mais dans le même temps un accord a été systématiquement favorable aux demandes. Les outils seraient-ils méconnus ou insuffisamment attractifs pour favoriser de nouvelles installations, telle peut-être la question.

L'exercice coordonné a permis d'apporter une réponse de soin de proximité face à une couverture sanitaire inégale. Les territoires ont connu à ce titre un fort dynamisme depuis 2020. Ainsi, l'expérimentation Equipe de Soins Primaires a permis aux professionnels de santé de se familiariser à l'exercice coordonné et de faciliter la transition entre l'exercice isolé et l'exercice coordonné. Le nombre de structures implantées s'est également accru.

Relativement au suivi de la démographie des professionnels de santé, la crise n'a pas permis de partager régulièrement les informations consolidées par l'ARS. Il y a lieu de diffuser cette information de manière plus fluide.

Il faut noter au titre de ce chapitre la continuité du fonctionnement de l'Instance Régionale d'Appui (IRA), réunissant Préfecture, Collectivité de Corse et ARS dans une instruction conjointe des projets d'exercice regroupés. Cette instance spécifique à la Corse est précieuse. L'association récente des organismes d'assurance maladie est apparue indispensable. Les conditions sont ainsi réunies d'une articulation la plus fine possible des institutions disposant d'outils favorisant les installations de nouveaux professionnels de proximité.

Pour ce qui concernait la Commission Territoriale d'Appui (CTA), attribut du dispositif PAERPA visant la coordination des acteurs autour des situations complexes, l'objectif visant à en faire un outil d'observation des parcours des personnes âgées n'a pas pu être complètement servi. La crise sanitaire a fait évoluer le rôle de la CTA et la création du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est devenue une priorité.

L'on abordera dans le prochain schéma les modalités selon lesquelles le travail d'observation dévolu au DAC interviendra dans d'une part l'approche coopérative ville-hôpital, santé-social et d'autre part dans la prévention des risques de rupture de parcours.

Enfin, la Corse est significativement en retard en matière de protocole de coopération entre professionnels libéraux et hospitaliers : un seul protocole signé sur un potentiel de 57 protocoles possibles validés au niveau national (39 en établissement de santé; 18 en structure pluri professionnelle ou en libéral).

Chapitre 3

La promotion d'une démocratie sanitaire éclairée et active

Les instances de démocratie sanitaire ainsi que le met évidence le nombre de réunions sont demeurées actives malgré les longs mois de crise sanitaire. Les représentants des usagers dans les CDU, les CVS et au titre des associations agréées ont joué un rôle majeur dans la circulation de l'information dans la gestion de la crise et dans la campagne de vaccination.

Des avancées ont été possibles, notamment dans le cadre de la Plateforme Régionale d'Accompagnement du Malade Chronique vers l'Autonomie (PRAMCA), qui a contribué à faire progresser la démocratie sanitaire par son mode de gouvernance et par le type d'actions. Les instances ont participé à l'élaboration de la stratégie régionale de lutte contre les cancers, des feuilles de route ont été concertées avec les conseils territoriaux de santé. La démocratie sanitaire a également développé une approche plus souple dès que possible, avec la création d'un comité éphémère ou encore de groupes de travail associés aux projets territoriaux de santé.

La crise n'a pas permis, en revanche, l'approche plus structurée d'une association des usagers dans les processus d'élaboration des projets d'établissement, dans le suivi des opérations de recomposition de l'offre, dans les plans d'actions.

Le nombre de patients-experts, de pair-aidants doit être significativement augmenté et leur rôle rendu plus lisible.

Chapitre 4

La mise en œuvre d'une animation territoriale en santé

L'association des élus dans l'élaboration des contrats locaux de santé atteint 100% et la présence de l'ARS sur les territoires a progressé au travers du renouvellement du rôle des directeurs départementaux. A titre d'exemple, le Directeur de la Corse du Sud s'est rendu 239 fois sur un territoire entre novembre 2019 et juillet 2022.

Il reste que dans le cadre de l'évaluation des 20 dispositifs, les élus émettent le souhait de la mise en place d'une animation plus continue et en proximité.

Si l'IREPS joue ce rôle sur certaines thématiques, c'est dans une approche plus globale qu'il faut sans doute progresser.





Conforter la cohérence et la pertinence des filières de soins et d'accompagnement médico-social



Chapitre 1

L'évolution des filières de soins

1.1 La médecine

Les consultations avancées sur les territoires se sont développées avec en moyenne 31.5 consultations avancées par an couvrant plus de 40 disciplines sur l'ensemble de la région, ce qui a accru l'accessibilité aux soins.

On note une réelle dynamique de consultations expertes sur les territoires à partir des centres hospitaliers universitaires du continent, à poursuivre et développer dans le cadre d'un parcours de prise en charge hospitalière graduée entre Corse et continent.

Le taux de fuite demeure trop important relativement au profil de la population majoritairement concernée par la médecine dans ses différentes spécialités : population âgée ou malades chroniques.

Ce taux est en rapport avec le déficit de la ressource médicale dans différentes spécialités.

Si l'on note une augmentation du nombre d'internes, un renouvellement de la stratégie en la matière directement articulée au déficit en spécialités est en perspective.

1.2 L'hospitalisation à domicile (HAD)

Avec 5 structures d'HAD couvrant le territoire Corse, le développement de l'activité d'HAD est très fort dans la région et joue son rôle de substitution à l'hospitalisation conventionnelle, avec un taux de journées en HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète qui a plus que doublé entre 2016 et 2021 (69.7 vs. 162.1). En effet, à partir de la crise sanitaire, l'HAD a su se positionner comme une offre de soins essentielle, pour une prise en charge polyvalente, permettant de limiter les hospitalisations en établissement de santé des patients non-COVID, d'apporter un appui aux ESSMS et d'assurer le suivi et la prise en charge des patients COVID nécessitant une hospitalisation mais pas une surveillance 24/24.

Les principaux modes de prises en charge de l'HAD en Corse concernent les soins palliatifs, les soins de nursing lourd, et la surveillance post chimio anticancéreuse.

Cependant, le maillage territorial reste à améliorer dans certains territoires.

Le développement de l'intervention de l'HAD dans les ESMS est à poursuivre. De plus, l'HAD doit être pleinement intégrée dans la filière personnes âgées, notamment pour favoriser le maintien à domicile et réduire les passages évitables au SAU des établissements sanitaires. Parallèlement, le lien entre l'HAD et les établissements de santé doit être repris, ces derniers devant davantage s'appuyer sur les HAD, comme filière d'aval à une hospitalisation et non exclusivement en situation de crise.

1.3 Les soins palliatifs

Les prises en charge en soins palliatifs se stabilisent en MCO (qui représente plus de 70% des prises en charge), en Lits Identifiés Soins Palliatifs et en Services de Suite et de Réadaptation, et progressent en HAD. Le mode d'entrée est majoritairement le domicile mais aussi pour 24% les services d'urgence. Ce dernier pourcentage interroge.

L'intervention des professionnels des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs est de plus en plus sollicitée dans les services hospitaliers même sans reconnaissance de lits de soins palliatifs.

Des besoins de formations initiales et continues se font ressentir et doivent être accompagnés pour permettre la diffusion de la culture palliative en vue de garantir un accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie à tous nos citoyens. La mise en place de la cellule d'animation régionale a pour ambition de répondre à cet enjeu.

Le protocole relatif aux modalités de retour des patients en soins palliatifs hospitalisés sur le continent n'a pas fait l'objet d'un travail spécifique.

1.4 La prise en charge de la douleur chronique

L'activité de consultation douleur chronique, qui n'a pas fléchi avec la crise Covid, s'est amplifiée en 2021 avec 382 patients, + 66% par rapport à 2018 et 1275 séjours (+ 118% par rapport à 2018). La plupart des séjours s'effectue en unité de médecine indifférenciée.

L'hospitalisation de jour a fortement augmenté en 2021.

L'activité reste très centrée sur la consultation labellisée SDC (structure spécialisée douleur chronique) Corse-du-Sud, couvrant non seulement les besoins des patients résidant dans le département, mais également 37% des patients résidant en Haute-Corse. Un travail est en cours pour identifier une offre sur la Haute-Corse et pourra nourrir une réflexion sur la création d'un Centre SDC. La problématique de la prise en charge des enfants et adolescents reste posée.

Enfin, le rôle des médecins traitants est à souligner, en tant qu'acteurs très efficaces dans le repérage des patients concernés.

1.5 La chirurgie (hors cancer)

Le PRS avait pour ambition de développer les programmes de récupération améliorée après chirurgie auprès des établissements de santé. A ce titre, l'ARS a pu accompagner financièrement les établissements pour une enveloppe régionale globale de 100 000 euros. La crise sanitaire et son impact sur les capacités et le fonctionnement des blocs opératoires n'ont pas permis de mener l'évaluation de ce dispositif, et la question de l'évolution vers un centre labélisé GRACE reste posée.

Le maillage territorial en matière de chirurgie pédiatrique a été renforcé par la mise en place de consultations avancées croisées des chirurgiens pédiatriques des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia (chirurgies orthopédique et viscérale). La structuration de la filière chirurgicale bariatrique et de la main (en urgence) reste à mettre en place.

Sur le plan des ressources humaines, on note en 2021 la présence de 22.75 IBODE pour armer les blocs opératoires de Corse.

Une convention avec l'APHM a été conclue pour décentraliser la formation à destination des faisant fonction d'IBODE dans les établissements de santé publics et privés. Une formation de 3 jours s'est tenue au mois de juin 2022 sur Ajaccio. Une nouvelle formation intégrant la Haute Corse, doit être planifiée en 2023.

L'analyse des taux de fuite met en évidence un taux important : 17,7 % en 2021.

1.6 La périnatalité (Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale)

Le taux de recours à l'IVG est supérieur à la moyenne nationale (19,4 contre 15‰ sur le continent) notamment chez les mineures de 15-17 ans. En 2020, on note que le taux de recours à l'IVG est plus élevé en Corse-du-Sud qu'en Haute-Corse, mais le taux de fuite pour réaliser des IVG hors du département est plus important dans ce dernier.

Des actions de communication renforcée au plus près des publics cibles ont été menées en 2021 et 2022 (semaine « santé sexuelle et réductions des risques » pour le grand public ; village « santé sexuelle et réduction des risques » sur le campus de l'Université de Corse).

En moyenne 84 professionnels par an ont bénéficié de formations intégrant la thématique de la prévention des IST en 2020 et 2021.

Dans la perspective de soutenir le repérage et la prévention des risques autour de l'accouchement, il est à souligner l'organisation via le réseau Périnatmed de formation haute-fidélité sur les hémorragies de la délivrance et la réanimation néonatale. De plus, le dépistage néonatal est systématique. Cependant, des actions restent à mener pour améliorer le suivi de sa grossesse et encourager le développement de la parentalité. La dynamique créée par le parcours 1000 jours a favorisé de nombreuses actions micro-territoriales dans une approche préventive ante et post-natal.

Récemment, validation nationale a été faite à la création d'une équipe mobile de psychiatrie périnatale.

Les consultations avancées à Calvi, Corte et Sartène et le rôle des sages-femmes libérales à davantage reconnaître donnent une lecture de modalités de couverture territoriale des filières périnatales départementales.

Cependant, la démographie médicale des gynécologues- obstétriciens et des pédiatres expose les établissements et les filières à une grande fragilité à venir.

C'est la raison pour laquelle, l'ARS a souhaité depuis 2 ans conduire une réflexion sur le regroupement des maternités de Bastia, hypothèse formulée dans le cadre du schéma et sur l'évolution de la maternité de Porto-Vecchio, dont le nombre d'accouchements continue de diminuer et qui est insuffisamment intégrée à la filière de Corse du Sud.

Les acteurs bastiais ont validé le principe du regroupement. Le projet médico-soignant est en cours d'élaboration. La réflexion sur Porto-Vecchio se poursuit.

1.7 Assistance médicale à la procréation (AMP), activité de diagnostic prénatal (DPN) et génétique

La proximité avec le réseau Périnatalité s'est renforcée, tout comme les échanges entre les sages-femmes coordonnatrices des maternités de niveau IIB.

Le taux d'entretiens prénataux précoces réalisés a fortement augmenté, passant de 3% en 2019 à 53% en 2021, grâce aux actions menées dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (stratégie Taquet).

Enfin, un centre d'assistance médicale à la procréation régional a été autorisé à Bastia (partenariat CH de Bastia-Laboratoire Vialle). Son ouverture effective est programmée fin 2023.

1.8 La médecine d'urgence

Concernant le maillage des structures mobiles d'urgence, on note un effectif stable de SMUR périphériques et de médecins correspondants du SAMU sur la période, avec une évolution de répartition sur le territoire (Costa Verde et Cargèse). Il est à souligner des difficultés récurrentes de disponibilité des hélicoptères de la sécurité civile, souhaitant se recentrer sur leurs missions propres, ainsi qu'une problématique sur la non-conformité des hélisurfaces des structures sanitaires appelant dans certains cas un transport sanitaire supplémentaire.

Le problème de l'accès direct aux services hospitaliers sans passage par les urgences pour les personnes âgées et les patients en soins palliatifs reste posé mais des innovations mises en place lors de la crise COVID (accès direct d'EHPAD grâce à une hotline gériatrique dans le cadre d'une astreinte gériatrique) peuvent entrer dans une réflexion de pérennisation.

La crise sanitaire a aussi marqué des évolutions exceptionnelles (comme le recours au Puma de l'armée pour évacuations sanitaires notamment lors d'indisponibilités des hélicoptères de la sécurité civile ou lors de tempêtes ne permettant pas un décollage des autres moyens héliportés)

De nouveaux dispositifs ont été mis en place (véhicule léger en soins infirmier (VLSM) en période estivale sur le Cap Corse, extension des horaires de consultations en soirée à la maison médicale de garde (MMG) de Porto-Vecchio). Par ailleurs, dans le cadre du plan estival, un répertoire des soins non programmés a été créé et mis à disposition du 116117 en avance de phase à la réforme du service d'accès aux soins.

On peut enfin noter l'instauration d'un dispositif de réorientation de patients aux urgences dans le cadre de l'article 51 (permettant l'organisation de dispositifs promouvant des organisations innovantes) au centre hospitalier de Bastia en partenariat avec les médecins libéraux du Polygone, ainsi que d'une nouvelle maison médicale de garde sur le secteur d'Ajaccio adossée au centre hospitalier d'Ajaccio.

La régulation libérale (116117) est devenue un outil structurant de l'évaluation et de l'orientation des patients hors urgence vitale. La réforme des transports sanitaires d'urgence crée une fonction de coordination intégrée aux centres de régulation 15. La régulation connaît donc une évolution dans ses fonctions et dans son organisation qui sera confortée dans le cadre du déploiement du service d'accès aux soins.

La double structuration territoriale en cours des soins non programmés et des gardes ambulancières (sectorisation arrêtée en décembre 2022) permettra une organisation des effecteurs en proximité de nature à limiter le recours aux services d'urgence et aux SMUR.

Au titre des soins non programmés, la Corse présente une organisation spécifique au travers des accueils médicaux non programmés. L'accueil médical non programmé de Corte n'a pas été retenu au titre de l'article 51.

Les travaux nationaux en matière de structuration des soins non programmés et sur le futur décret de l'activité d'urgence guideront les objectifs du futur schéma.

La réforme du financement des urgences a été mise en place partiellement en 2022 et le sera complètement en 2023.

Un nouveau marché EVASAN est en cours d'instruction.

1.9 Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

La dynamique de coopération entre le public et le privé a permis d'établir de nouvelles astreintes, l'une en Haute-Corse pour une offre en ophtalmologie, l'autre en Corse du Sud pour l'orthopédie et gastroentérologie. Dans ce dernier cas, la coopération sera plus durable et articulée au recrutement de médecins gastroentérologues sur le centre hospitalier d'Ajaccio.

Il reste que la mise en œuvre de nouvelles activités médicales, voire même dans certains cas de leur maintien, s'avère complexe, faute de ressources médicales suffisantes.

1.10 La filière soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)

Pendant la crise COVID, la capacité des lits de soins critiques, de réanimation et de soins continus a été augmentée dans les centres hospitaliers, témoignant de la capacité des deux structures recours de réanimation à prendre en charge les patients sur leur territoire. Les tensions sur ce secteur restent élevées au vu des différents plans blancs déclenchés sur la période.

Des actions prévues n'ont pu aboutir telle que la mise en place d'un diplôme universitaire de réanimation ou l'évaluation des conventions des établissements de santé utilisateurs des services de réanimation.

Dans le même temps, la feuille de route nationale en cours de déploiement, a pour ambition de restructurer l'ensemble de la filière, tout en offrant davantage de lits et de personnels. A ce titre, l'extension prévue pour le nouveau centre hospitalier d'Ajaccio, tout comme celle déposée pour le centre hospitalier de Bastia, prévoit pour chacun de passer de 10 lits de réanimation + 5 d'unité de surveillance continue (USC) à 12 lits de réanimation + 8 lits d'USC. Les investissements dans les deux établissements ont été financés.



1.11 La filière accident vasculaire cérébral (AVC)

La filière AVC est à fort enjeu et est sous-tension. Elle présente des ressources médicales rares au regard d'un nombre de cas important, avec un taux standardisé sur la population de patient pris en charge pour un AVC aigu inférieur au national.

La filière s'est renforcée en Corse-du Sud, tout comme en Haute Corse qui s'appuie sur une expertise de neurologue du centre hospitalier universitaire de Nice par le télé AVC.

La filière doit être considérée comme prioritaire dans le prochain schéma.

1.12 La filière cardiologique et les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

La filière cardiologie (aiguë) bénéficie d'une organisation formalisée entre médecin, cardiologue d'urgence et SAMU, mais on note l'absence de convention dédiée. Il n'existe pas de programme d'ETP déclaré sur la thématique cardiologie mais l'expérimentation article 51 EVACORSE met en place un programme de réadaptation cardiaque au plus près des patients en s'appuyant sur les SSR et les équipes de soins primaires. Les conditions du déploiement d'EVACORSE sont en cours d'instruction.

Un Programme d'Accompagnement au retour à Domicile après hospitalisation (PRADO) « Insuffisance Cardiaque » est en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire par la CNAM.

Un déséquilibre en termes d'effectifs médicaux est constaté entre la Haute-Corse et la Corse du Sud : la perspective de l'arrivée de nouveaux cardiologues à Ajaccio doit guider l'organisation à retenir dans une activité à fort développement eu égard au vieillissement de la population et en termes de périmètre d'actes (TAVI).

1.13 La filière maladie rénale chronique

La Corse retrouve le niveau du national en termes de taux d'accès à la greffe chez les moins de 60 ans pour la greffe préemptive (10,6 % en 2019), mais présente un taux supérieur à la moyenne nationale pour les greffes à 1 an et 3 ans après démarrage de la dialyse (respectivement 43,1 et 59,1 %, contre 22,4 et 46,7 % au niveau national). Une nouvelle feuille de route de l'ABM est à décliner.

Via les cellules de coordination des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, des campagnes d'information sur le don d'organes ont été mises en œuvre, ainsi que des actions favorisant le développement de l'activité de prélèvement d'organes en tant qu'activité médicale à part entière.

En outre, la prise en charge hors centre a été développée, notamment en matière d'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée.

Il n'y a pas eu de projet autorisé de dialyse à domicile.

1.14 Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'offre de SSR en Corse s'articule autour de 13 établissements pour une prise en charge adulte, pour une capacité totale installée de 628 lits et 105 places, avec un déséquilibre des capacités à la faveur de la Corse du Sud en cours de rééquilibrage.

Une autorisation a été délivrée pour la création d'un nouvel établissement en Haute-Corse. Un contentieux en suspend la mise en œuvre.

Une réflexion est en cours sur la Plaine Orientale dans le cadre d'un hôpital de jour.

Le déploiement de Via trajectoire a permis d'objectiver les besoins, les refus de prise en charge et les délais d'attente.

En outre, des plateaux techniques ont été développés au Centre Molini pour la prise en charge de patients accidentés de la route en réponse aux appels à projets nationaux.

Une prise en charge en hôpital de jour aux centres hospitaliers de Bonifacio et de Corte a été créée. La prise en charge de jour correspond à un réel besoin.

Il y a eu la reconnaissance de deux besoins exceptionnels de SSR pédiatrique, avec autorisation en cours d'instruction.

Enfin, concernant les personnes âgées, un comité de pilotage pour la transformation de l'offre SSR entre l'ARS, les centres hospitaliers de Castelluccio et d'Ajaccio, en parallèle de celui sur la cancérologie, a été mis en place pour aboutir à un projet global de prise en charge de la personne âgée en SSR, dotée d'une Unité Cognitivo-Comportemental (UCC) de 12 lits et intégrant la compétence géronto-psychiatrique.

De plus, l'offre a été réorganisée dans l'extrême sud dans le cadre du double développement de l'hôpital de proximité sur le territoire d'une part et de la filière géronto-psychiatrique dans pôle médico-social du centre hospitalier de Bonifacio d'autre part.

Le nouveau régime des autorisations et la réforme du financement (en compartiments) encadreront les objectifs du prochain schéma.

1.15 Imagerie médicale

Afin de garantir l'accessibilité à l'imagerie médicale dans un souci d'efficacité et de pertinence, l'ensemble des implantations prévues au PRS, ainsi que deux besoins exceptionnels complémentaires en scanner en Haute-Corse et Corse-du-Sud, ont été pourvus.

Un appel à projet pour la mise en place d'un plateau d'imagerie médicale mutualisée a également été réalisé. Ce dernier renforcerait le développement de la coopération public/privé pour inscrire la spécialité dans une organisation territoriale.

La vigilance a été renforcée au regard de l'accès des publics fragiles (enfant, patients obèses) lors des demandes de renouvellement.

Concernant l'offre en médecine nucléaire, un besoin exceptionnel pour l'implantation d'une seconde gamma-caméra en Haute-Corse a été autorisé, portant à 4 le nombre total de gamma-caméras installées sur le territoire.

1.16 La biologie médicale

Une unité de séquençage a été créée au sein du laboratoire de biologie médicale du centre hospitalier de Bastia.

Cette nouvelle capacité de séquençage renforce significativement l'offre en matière d'infectiologie (suivi du SARS-CoV-2 ; surveillance d'émergents ; travail en collaboration avec l'unité régionale d'infectiologie) et d'oncologie notamment en onco-hématologie (développement des capacités de diagnostic et pronostic ; choix des thérapies ciblées ; suivi des traitements par thérapie ciblée ; détection et analyse de l'ADN tumoral circulant, technologie d'avenir pour le diagnostic de certaines tumeurs difficilement accessibles à la biopsie).

Par ailleurs, il a été instauré une unité de niveau LSB3 (laboratoire de sécurité microbiologique de niveau 3) au sein du laboratoire de biologie médicale privé exploité par la SELARL CANARELLI COLONNA FERNANDEZ. Il permet dorénavant de disposer en Corse d'une capacité de prélèvements et d'analyse d'agents pathogènes nécessitant un tel niveau de protection du personnel et de l'environnement.

Enfin, un centre clinico-biologique d'assistance médicale à la procréation (AMP), unissant le public et le privé (laboratoire Vialle) dans une organisation fédératrice, a également été autorisé.

On signalera le fort engagement des laboratoires pendant la crise COVID en termes de capacités en nombre de tests et en termes de rapidité d'analyse.

1.17 Soins aux détenus

Afin de limiter les ruptures sanitaires et sociales dans le parcours des personnes détenues, les conventions cadre (Convention USMP; Convention CSAPA référent en milieu carcéral Association Addiction France) ont été mises à jour et complétées de l'annexe COVID.

Sur le volet prévention, des dépistages (HepB, HepC, VIH) ont été proposés dans les établissements pénitentiaires pour améliorer l'offre sanitaire en leur sein, avec une importante mobilisation en 2020 (225 dépistages, contre 9 par an en moyenne). Sur le volet offre sanitaire, des activités somatiques (médecine générale) et psychiatriques (psychiatre, psychologue, infirmier) ont été proposées par ailleurs avec en moyenne annuelle :

- Haute Corse

CP Borgo: Nombre d'activités somatiques: 30199; Nombre d'activités psychiatriques : 58706 ;

CD Casabianda: Nombre d'activités somatiques: 9367; Nombre d'activités psychiatriques: 6473

- Corse du Sud

MA Ajaccio: Nombre d'activités somatiques: 3885; Nombre d'activités psychiatriques: 731.

En termes d'organisation de l'offre, un projet architectural d'une unité dédiée à la clinique de San Ornello devait prochainement démarrer.

Chapitre 2

L'évolution des filières d'accompagnement médico-social

2.1 Les maladies neurodégénératives

L'offre de diagnostic et prise en charge des personnes âgées atteintes de Maladies NeuroDégénératives (MND) a globalement progressé.

Des dispositifs d'interventions précoces MND ont été déployés sur l'ensemble du territoire.

Des lieux d'hébergement (+ 1 UHR en Haute-Corse), des équipes spécialisées Alzheimer (+ 3 ESA, des temps de psychologue complémentaire pour chaque Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)) et un Centre de Ressource et de Compétences dédié à la sclérose en plaques ont été instaurés. Des SSIAD renforcées ont été mis en place dans une logique de spécialisation (prises en charges MND/handicap).

Notant le rôle structurant du CMRR de Bastia et de son antenne au CH Ajaccio pour les cas complexes, la structuration de la filière est en cours et est amenée à évoluer au regard du nouveau cahier des charges, réglementaire et du process de re-labellisation des structures actuelles.

Forts de ce dynamisme, les acteurs se sont engagés dans de nombreuses expérimentations (notamment l'AFM Téléthon sur l'accompagnement des personnes souffrants de MND motrices ; le programme ICOPE ; la réhabilitation pour malade MND jeune en lien avec les établissements de santé, un centre ressources SEP).

Enfin, la création récente du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) pour les situations complexes a pour ambition de fluidifier les parcours de santé complexes et organiser les prises en charge dans les territoires avec les professionnels habituels.

Cependant, l'offre en dispositifs autour des MND reste difficile à lire pour les partenaires et le public et la construction d'un parcours gradué MND du repérage aux interventions reste d'actualité. Le développement d'une offre de répit avec maillage territorial doit être poursuivie. On note qu'il n'y a pas eu de création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) supplémentaire au regard des modalités de financement.

Le plan de rattrapage EHPAD élaboré en 2022 et qui servira de fil rouge au prochain schéma structurera la gradation de l'offre médico-sociale tandis que le futur SSR du CH de Castelluccio en conjuguant gériatrie-cognitif et psychiatrie sera une valeur ajoutée considérable pour la filière d'aval du CH d'Ajaccio.

2.2 Les troubles du neuro-développement

La filière diagnostic pour les DYS et TSA dans une logique territorialisée a été structurée, permettant une amélioration significative des délais d'accès au diagnostic pour ces derniers (par ex. délais entre 1er contact et synthèse diagnostic divisé par 4 au sein du CRA entre 2018 et 2021).

Parallèlement, la filière d'accompagnement des TSA a été complétée avec l'identification d'une ressource experte en capacité d'intervenir dans une logique « C360 ». Il persiste des difficultés de repérage et d'orientation sur la Corse du Sud en matière de TSA.

On note également le développement et le renforcement de l'offre d'accompagnement et d'expertise, notamment en milieu ordinaire, sur d'autres TND (comme DYS, TDAH). Le repérage et le diagnostic dans une logique précoce des TND autres que TSA sont cependant à renforcer.

De nouvelles places ont été créées au sein des Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) -12 places sur Ajaccio et 17 places sur Bastia-. L'offre de Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) spécialisée DYS-TDAH s'est agrandie de 10 places supplémentaires en Haute-Corse.

Une Plateforme de Coordination et d'Orientation 0-6 ans (ayant une compétence régionale avec implantation sur les deux départements) a été installée. Son extension à la classe d'âge 7-12 ans est au programme de 2023.

Enfin, les dispositifs de scolarisation adaptés ont été déployés. A ce titre, des unités d'enseignement autisme (élémentaire et maternelle) sur l'ensemble du territoire.

Le Sud de la Corse devrait disposer d'une palette de services et de prestations pour un public de 0 à 25 ans dans un cadre innovant. Deux réponses à l'appel à projet sont en cours d'instruction.

Une attention particulière doit continuer d'être portée sur l'acculturation des EMS aux besoins des personnes TND notamment en cas de troubles du comportement, sur le renforcement de l'articulation sanitaire et médico-sociale (équipe 2ème ligne, recours expertise psychiatrique et complémentarité des interventions autour des situations complexes) et sur les offres de répit.

2.3 Focus sur les personnes en situation de handicap

Concernant le secteur enfant, les taux d'équipement en services sont restés globalement stables sur la période et les efforts de rattrapage ont permis de soutenir le renforcement de l'offre de services en Haute-Corse. Des listes d'attente sont constatées néanmoins sur certains types de services spécialisés comme les SESSAD Autisme et DYS-TDAH (notamment ceux de Haute Corse).

Avec un taux d'occupation moyen régional de 68.6% contre 70% en 2020 (en moyenne 88% au niveau national), les places en établissements pour enfants en situation de handicap correspondent globalement aux besoins territoriaux mais avec un déséquilibre en faveur des pôles urbains (notamment en Haute Corse) ce qui peut complexifier certaines situations.

Concernant le secteur adulte, le taux d'équipement en services médico-sociaux est supérieur à la moyenne nationale mais la dynamique d'inclusion engagée sur le secteur enfants doit pouvoir disposer d'un corolaire au niveau du secteur adulte afin d'assurer la continuité des accompagnements et des parcours en milieu ordinaire. Il est constaté une poursuite du rattrapage de l'offre en établissements pour adultes en situation de handicap. Des déséquilibres infra-régionaux subsistent cependant encore.

La programmation du PRIAC vise globalement à renforcer le diagnostic précoce comme par exemple à travers le développement d'expertise médico-sociale dans les EMAS, ou le dispositif croisé MS/ASE. L'intervention précoce à visée d'inclusion et de réhabilitation psychosociale est également renforcée à travers le soutien à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap et à travers la continuité d'accompagnement favorisant l'accès à la formation, la vie professionnelle et l'auto-détermination (SESSAD/ SAMSAH). Enfin la prévention des situations de rupture passe par une coordination renforcée des parcours et des situations complexes (communauté 360, PCPE) et le renforcement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes dont le handicap impose une assistance permanente dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (offre de répit, dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap complexe.)

Chapitre 3

La prise en charge des maladies et handicaps rares

L'activité de l'Equipe Relais Handicaps Rares (ERHR) reste limitée en nombre de suivis individuels, mais cohérente en proportion par rapport aux données de départements de PACA présentant une population moindre. L'ERHR PACA/Corse réalise majoritairement des suivis individuels concernant des personnes présentant une maladie rare ; prévalence épilepsie sévère, parfois non diagnostiquée.

En Corse la sollicitation de l'ERHR est encore trop peu réalisée par les acteurs de la prise en charge ou la MDPH; besoin identifié de mieux s'inscrire dans un réseau partenarial de type « communauté 360 ».

Les actions collectives de formation sollicitées par l'ARS s'organisent peu à peu mais peinent à se mettre en place compte tenu de la disponibilité des participants, des difficultés à trouver des lieux de formation. Les accompagnements d'établissements nécessitent une répétition des actions importante compte tenu de l'important turn over des professionnels.

Les actions de formation réalisées par l'ERHR auprès des ESMS ont mis en avant un fort besoin d'expertise sur les sujets tels que les troubles du comportement mais également la prise en charge de l'épilepsie.

C'est dans ce cadre que l'ERHR et l'ARS ont renouvelé leur convention pour la période 2022-2025, fixant les orientations prioritaires régionales au regard du 3ème schéma d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares. Ces objectifs se déclinent en trois axes : poursuivre le développement de la mission d'appui aux ESMS ; confirmer le rôle de l'ERHR auprès des parcours complexes handicaps rares ; structurer une fonction-ressource avec une capacité de mobilisation des compétences continentales intervenant autour de la coordination de parcours en articulation avec les acteurs territoriaux.

La fixation de ces objectifs s'accompagne dès 2022 d'un renforcement des ressources mises à disposition de l'ERHR pour organiser ses interventions en Corse (2 référents parcours départementaux).

Sur le plan des maladies rares, la structuration de l'offre conduite par l'AFM Téléthon dans le cadre d'un article 51 a permis de faire des CH d'Ajaccio et de Bastia des relais des centres nationaux de référence pour certaines maladies.



Transformer nos organisations par le numérique et l'innovation



Le numérique en santé a connu une évolution conséquente durant la durée de ce Schéma Régional de Santé de par notamment :

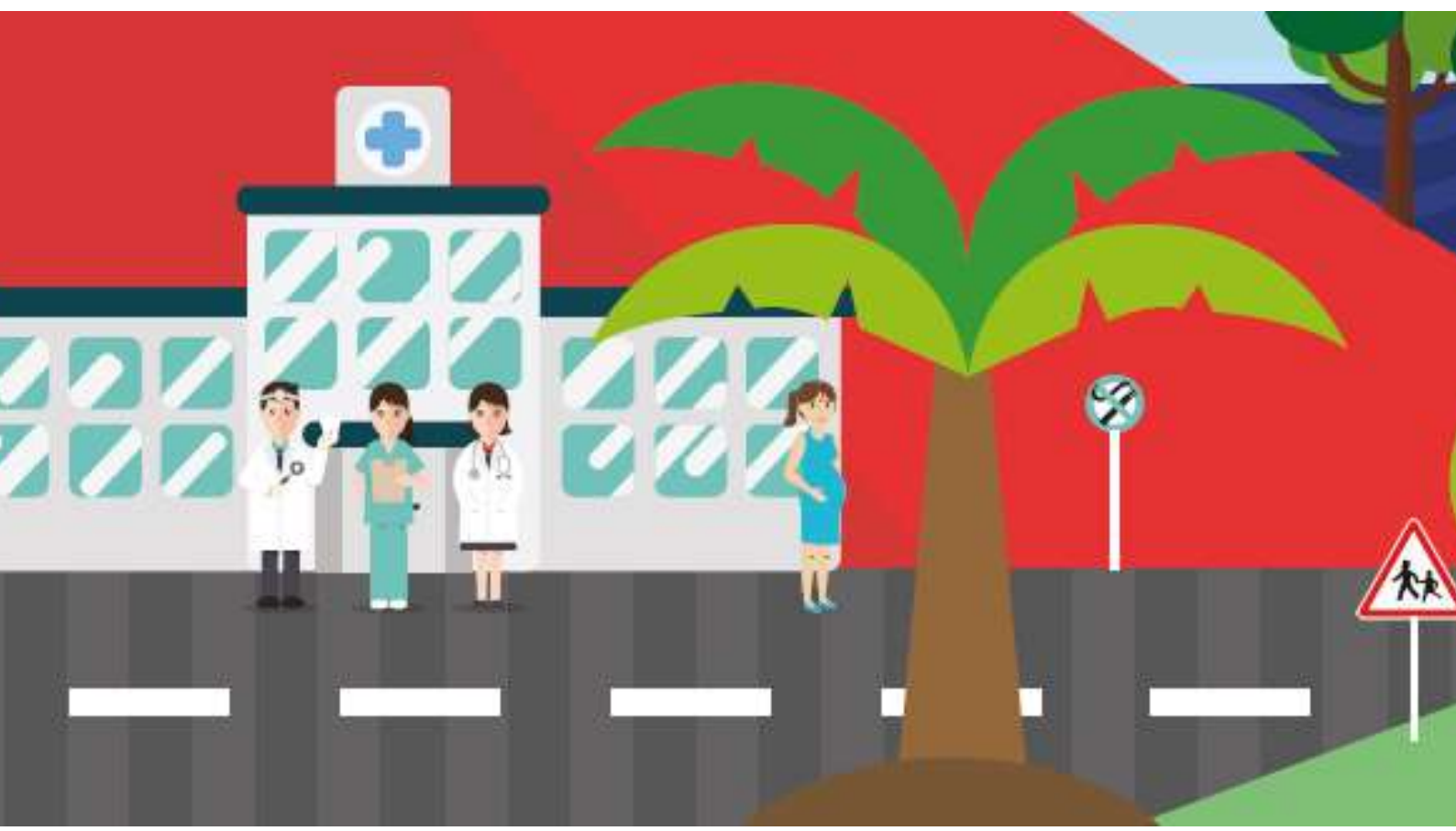
- Les actions liées au SEGUR du numérique en santé qui ont permis de financer l'acquisition de solutions de Dossier Patient / Usager Informatisé par la majorité de nos établissements sur le territoire. Ces solutions permettant les échanges via Messagerie Sécurisée de Santé, l'alimentation du DMP et prend en charge l'authentification sécurisée des professionnels. 88,5% des ES de Corse sont candidats au programme SUN-EN portant sur la mise à jour de leurs solutions de Dossier Patient Informatisé et 44% des ESMS pour leurs solutions de Dossiers Usagers Informatisés. Le programme SEGUR a été une grande réussite en Corse qui est région Numéro 1 sur l'année 2022.
- La mise en œuvre depuis 2020 du Groupement Régional d'Appui au Déploiement de la E-Santé (GRADeS) qui est devenu l'acteur incontournable du numérique en santé auprès des établissements et des professionnels de santé.
- Le déploiement effectif du programme e-parcours, c'est-à-dire la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination, communicants, sécurisés et interopérables aux professionnels du sanitaire, du médicosocial et du social.
- Le déploiement du Répertoire Opérationnel des Ressources au sein des établissements et de Via-Trajectoire.
- La mise en œuvre d'un opérateur régional de messagerie sécurisée de santé.
- Le financement et l'accompagnement d'actions innovantes sur le territoire dont notamment des start-ups.
- La cybersécurité est aussi dorénavant au centre des préoccupations sur le domaine.

Ces actions ont permis un accroissement conséquent en maturité du secteur du numérique en santé et une meilleure visibilité des possibilités offertes auprès des établissements et professionnels de santé.

On note également des actions de e-santé en cours de réalisation et de déploiement proche comme par exemple le Portail Numérique Régional de Santé, ou encore le Dossier Communiquant en Cancérologie. Plusieurs projets expérimentaux mobilisant des outils numériques sont actuellement en cours comme ICOPE, Teledermato ou Tele AVC. Enfin l'usage de la télémédecine (téléexpertise) s'est renforcé avec des travaux en cours sur le module de télémédecine et sur la mise en place d'une plateforme régionale de téléconsultation et de téléexpertise.

IV

Faire de la qualité des soins et de la réponse aux risques et aux situations exceptionnelles l'affaire de tous



Chapitre 1

La qualité, la sécurité et la pertinence des soins

S'agissant de l'articulation entre sécurité et qualité, on peut faire le constat d'un retard en matière de signalement des Événements Indésirables Graves/Événements Indésirables Graves liés aux Soins comparé aux autres régions de France même si une dynamique est néanmoins en train de s'installer pour les ESMS. Notant un taux de signalement d'EIGS inexistant, on peut faire l'hypothèse que les freins aux signalements se situent au niveau d'une méconnaissance du circuit de déclaration par les établissements de santé et/ou d'une crainte du risque de contrôle que leur déclaration occasionnerait. Contractualisée en 2021, la Structure Régionale d'Appui à la Qualité des soins et la sécurité des patients de la région PACA-Sud et de la Corse, la SRA PASQUAL, a mis en place des actions de sensibilisation et d'initiation au signalement.

L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins repose sur deux leviers : la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité (telles que la certification des ES) et le développement d'une culture de sécurité des soins, ce dernier champ ayant peu été investi dans sa dimension régionale. Pour faire progresser la culture de la qualité et la sécurité, il convient de mettre en œuvre des actions ciblées sur des thématiques identifiées comme prioritaires dans la région à travers d'événements régionaux et de capitaliser sur l'expérience acquise des professionnels de santé au travers d'échanges pluri professionnels. Il est à noter que les réformes de financement comprennent des indicateurs qualité justifiant de financements fléchés.

En matière d'antibio-résistance, la présence d'une ressource de l'OMedit basée en Corse marque une avancée considérable depuis 2020. L'étape de l'information a été franchie.

S'agissant de la pertinence des soins, les dynamiques CAQES après avoir été suspendues pendant la crise ont été relancées en 2021 avec sur certains critères des avancées significatives.

Suite à la publication du livre « les Fossoyeurs », deux types d'actions ont été conduites : une enquête bientraitance dans les EHPAD mettant en évidence des plans actifs et un plan de contrôle de tous les EHPAD en 2 ans. Démarré en 2022, il se prolongera jusqu'en 2024.

L'ARS a mis en place en 2020 une procédure de gestion des réclamations et l'outil national SIREC. Désormais, 100 % des réclamations sont gérées dans ce cadre.

Le prochain schéma intégrera la nouvelle politique nationale en matière de lutte contre la maltraitance et plus globalement de prévention des violences dans leur impact sur la santé, thématique ayant fait l'objet d'une agora en octobre 2022.

Relativement à l'amélioration de la détection précoce et la gestion des événements pouvant avoir un impact sur la santé des personnes et des collectivités, la crise sanitaire COVID a favorisé des logiques d'organisation du système de santé au titre du plan ORSANREB (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles- risques épidémiques et biologiques). Les modalités de déclenchement des plans blancs des établissements et/ou du plan blanc régional ont été définies de manière plus précise au fil des vagues épidémiques COVID ainsi que les mesures que lesdits plans blancs présupposent. La coordination des acteurs a gagné en réactivité. Il est à noter que l'anticipation et la formalisation collectives concernent désormais toute situation de tension et particulièrement la période estivale.

Un nouveau cadre national prévaut à la rédaction des différents plans ORSAN : c'est au programme 2023 et le nouveau schéma régional pourra en retenir les axes transversaux touchant l'organisation de l'offre ainsi que les RETEX des exercices interministériels de crise.

La détection des risques et leur analyse sont encore insuffisamment assises sur les signalements au point focal et par la veille sur les signaux faibles.

Les conventions liant l'ARS aux différents acteurs des vigilances de PACA sont en cours de finalisation afin de structurer le réseau RREVA.

Focus sur l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle

L'absence de recrutement sur le poste régional a limité les capacités d'action.

A date, le risque est couvert par une convention avec des coordinateurs d'hémovigilance de PACA et des Hauts de France.

Chapitre 3

La santé environnementale

Le soutien au dispositif de surveillance Qualitair Corse a continué, permettant de renforcer les capacités de gestion des risques et d'informer les professionnels et les usagers. Qualitair Corse a notamment produit en 2021 un état des lieux des mesures de pesticides sur les deux départements et produit 4 à 5 fois par an en moyenne des bulletins de signalement de la pollution aux particules fines.

D'autres actions marquantes de prévention et de communication ont eu lieu sur la période. Une campagne de prévention sur la qualité de l'air en collaboration avec les officines de pharmacies s'est déroulée en 2019. Sur la thématique du bruit, une formation a eu lieu pour les professionnels des maternités et des structures de la petite enfance sur la CAPA, le Grand Bastia et l'Extrême Sud, dans le cadre de la réduction des nuisances sonores dans l'espace professionnel. Sur la thématique de la qualité des eaux de baignade, une mobilisation et une communication ont eu lieu en direction des mairies pour la réalisation des « profils de baignade » expliquant la qualité et les éventuelles pollutions d'une zone de baignade.

Des actions ont été menées en vue d'un réseau territorialisé de professionnels de santé organisant la collecte des déchets de soins. A ce titre, dans le cadre du CLS Ile Rousse Balagne, le CCIAS Ile Rousse Balagne a été identifié afin de créer un centre de regroupement intermédiaire de DASRI au sein de ce territoire. Des réunions d'information et de sensibilisation ont été organisées auprès de ce partenaire.

Les actions de formation en santé environnement se sont poursuivies avec une intervention annuelle à l'IFSI de Bastia, à raison de 2 ou 3 sessions, sur plusieurs sujets de santé environnementale.

Chapitre 4

La veille et la sécurité sanitaires

Au niveau de la lutte contre les maladies vectorielles, en 2020 et 2021, en accord avec les recommandations nationales, il a été demandé aux partenaires de signaler les cas d'arboviroses uniquement au stade de cas probable ou confirmé. Il conviendra de mieux documenter les délais entre apparition de symptômes et ordonnance de prise de sang, ainsi que les délais entre prise de sang et rendu de résultats, afin de viser leur diminution et atteindre des délais optimaux.

Hors crise COVID, les professionnels de santé ont bénéficié d'une séance annuelle d'information sur le risque vectoriel et les moyens de le prévenir. Une communication est systématiquement envoyée aux URPS médecins, laboratoires, infectiologues et conseils de l'ordre des médecins, chaque année, en début de saison de surveillance renforcée de risque arbovirose. Il conviendra de repenser la fréquence de la communication, par exemple en ajoutant des points d'étape en amont, en au début saison, et pendant la saison de surveillance renforcée de risque arbovirose.

A noter qu'après juillet 2022, il y a eu une communication sur la situation épidémique en lien avec la Dengue et West Nile. En complément de l'information/sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé, le développement d'une capacité de surveillance et d'expertise en pathologie vectorielle en Corse est souhaitable. Il n'y a pas actuellement de capacité d'analyse laboratoire des pathologies vectorielles en Corse : le laboratoire qui dépend de l'Entente Interdépartementale pour la Démoustication (EID) du littoral méditerranéen est sollicité pour ce service.

Concernant le risque moustique au sein des lieux d'accueil des patients en Corse, en moyenne 7 établissements/institutions ou lieux publics en Corse ont bénéficié d'un « audit moustique » chaque année.

Pour améliorer la détection précoce et la gestion des événements pouvant avoir un impact sur la santé des personnes et des collectivités, un retour d'expérience (RETEX) a été réalisé sur la COVID. Lors du deuxième semestre de 2022, des événements à potentiel épidémique particulier liés à Monkeypox, à l'infection invasive à méningocoque et au cas autochtone de dengue ont eu lieu et des RETEX sont à venir.

Chapitre 5

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles

La crise Covid 19 et la structuration mise en place par l'ARS a permis de fédérer autour de la gestion de SSE. La sensibilisation et l'implication de l'ensemble des acteurs de soins est un levier important pour la planification ORSAN.

L'ARS a eu une activité sur la Covid 19 dès mars 2019 suivie par une montée en charge opérationnelle adaptée à l'intensité de la crise, avec une activation de la cellule de crise dès 2019. Un très grand nombre d'actions de communication et de réunions ont été mises en place pour l'adaptation du système de santé, comme par exemple des communications bilatérales avec les établissements référents, des réunions GHT élargi 2A et 2B, des réunions hebdomadaires avec les fédérations, l'animation d'une cellule d'adaptation du système de santé, des réunions avec les équipes de réanimation et SAMU, ainsi qu'un monitoring de situation à travers des outils comme le ROR, SIVIC et des tableaux de suivis des équipements.

Des actions de formation médicales et paramédicales ont été mises en place pendant la crise Covid avec la mobilisation d'acteurs intra ou inter régionaux pour apporter cette connaissance mais une limitation a été l'absence de structuration en région.

Les capacités locales de réponse ont été adaptées, avec une augmentation notable des capacités en soins critiques, et l'armement des nouveaux lits de soins critiques par redéploiement des RH internes. La réserve sanitaire a été mobilisée pour permettre de soutenir ponctuellement le système de santé via des renforts humains. Il conviendra d'engager une réflexion sur la constitution d'une réserve sanitaire régionale. Au total, 24 patients ont bénéficié d'une évacuation sanitaire inter-région. Confortant le rôle des Laboratoire de Biologie Médicale en matière de prévention et l'amélioration du dépistage, un laboratoire de niveau de sécurité biologique III (LSB3) adossé à un LBM privé est fonctionnel et une unité de séquençage a été mise en place sur un LBM public.

La réalisation de RETEX COVID 19 a été un élément important dans la capitalisation dans la gestion des SSE. Concernant le bilan relatif au plan ORSANREB, ORSAN, plan blanc et le réseau RREVA, voir Titre V, chapitre 1.

Programme Régional pour l'Accès à la prévention et aux soins des plus démunis



BILAN PRAPS



On note sur la période les impacts directs et indirects des crises récentes (COVID, guerre en Ukraine & inflation) sur les populations déjà vulnérables et sur de nouveaux publics (jeunes peu formés/en rupture ; personnes âgées pauvres & isolées ; familles monoparentales ; saisonniers ; travailleurs pauvres ; travailleurs étrangers immigrés, notamment sans titre de séjour).

Les réponses à ces crises ont montré la capacité des acteurs à répondre aux besoins des plus démunis (par ex. développement du FALC¹ et documents traduits ; vaccination et tests accessibles à tous ; 100% des sans abri hébergés sur les pôles urbains en Corse) mais des limitations persistent (complexité des gouvernances, limites de coordination, etc.).

Les dispositifs de droit commun ont de plus en plus de difficultés pour toucher ceux qui en ont le plus besoin : droits santé incomplets (sous recours AME², CSS³) ; conséquences multiples de la fracture numérique et de la baisse des accueils physiques ; absence de médecin traitant ; délais de prise de RDV ; difficultés à prendre en compte les spécificités de ces publics lors des entrées/sorties des établissements de santé (ES) ; difficultés et coûts des transports.

Les inégalités territoriales rural / urbain restent peu prises en compte par ces dispositifs ou le travail des associations qui touchent principalement les zones urbaines. On note un manque d'offre spécifique hors des principaux pôles urbains et un déficit de mobilité des dispositifs (l'"aller vers" encore peu développé). Le défi de la ruralité requiert de davantage décloisonner le travail des acteurs.

Difficulté à construire des solutions adaptées à nos réalités sociologiques et géographiques : nécessaire hybridation des dispositifs (dans une organisation, des dispositifs et des financements qui restent très cloisonnés).

Les ruptures de parcours restent fréquentes pour les grands précaires, notamment à Bastia, malgré les dispositifs développés ou confortés (cellules situations complexes des ES, PASS⁴, EMPP⁵, ACT⁶).

¹ Facile à lire et comprendre

² AME - Aide médicale de l'État : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins.

³ CSS ou C2S - Complémentaire santé solidaire

⁴ Permanences d'Accès aux Soins de Santé

⁵ Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité

⁶ Appartements de Coordination Thérapeutique

Il y a moins de situations complexes sur le Grand Ajaccio, grâce aux dispositifs mise en place (Mission Accompagnement Santé, UCSD⁷, SEMISS⁸, Paese di Legnu, LHSS⁹, ACT, réunions SIAO¹⁰ 2A, ...). Un défi majeur pour les acteurs santé - social reste d'assurer une sortie durable des plus démunis de situations vulnérables.

3 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) existent sur le territoire et peuvent prendre en charge jusqu'à près de 650 patients/an, mais leur fonctionnement reste fragile car le portage s'appuie davantage sur certaines personnes clés que sur les établissements. Les dispositifs spécifiques pour la santé mentale en général, et celle des plus démunis en particulier, sont insuffisamment opérants pour pallier aux difficultés de la psychiatrie publique de droit commun.

Dans son ensemble, la réponse en faveur des plus démunis reste caractérisée par : des actions de prise en charge des conséquences, plutôt que de la prévention, du repérage ou de l'accompagnement précoce ; un accroissement des moyens financiers mais qui reste insuffisant ; un déficit de porteurs de projets, et la segmentation des dispositifs/offres envers ces publics.

Au cours de la période, des réalisations significatives incluent :

- Augmentation du nombre de places d'ACT (5 à Furiani =>10 Furiani ; 4 Ajaccio), LHSS (4 Aj)
- Prise en compte spécificités corses et installation de 55 places ACT UCSD (Ajaccio ; Bastia) ; Paese di Legnu complémentaire du UCSD.
- Premières unités mobiles santé sociale : Camping-Car Connecté MSA Services sur territoires ruraux ; SEMISS Croix Rouge Ajaccio ; expérimentation Equipe Mobile – accueil de jour mobile grande précarité Plaine Orientale Cap Corse (A Fratellanza).
- Mise en place d'une EMPP sur le grand Bastia (09/2021), de Psychologues dans les accueils de jour et hébergements (09/2022).
- Expérimentation d'un accompagnement social à distance pour la PASS Grand Sud.
- Interprétariat professionnalisé en santé (expérimentation / Ukraine récemment étendu / toutes langues).

⁷ Appartements de Coordination Thérapeutique "Un Chez Soi D'abord"

⁸ Service Equipe Mobile d'Interventions Sociales et de Soins

⁹ Lits Halte Soins Santé

¹⁰ Service intégré d'accueil et d'orientation ⁶ Appartements de Coordination Thérapeutique

Annexe N°1

Taux de fuite les plus
significatifs

Sommaire

INTRODUCTION	46
1. LA RADIOTHERAPIE	47
1.1. La radiothérapie en séances.....	47
1.2. La radiothérapie hors séances	49
2. L'OPHTALMOLOGIE	50
2.1. L'ophtalmologie.....	50
2.2. La chirurgie ophtalmologique et les greffes de cornée.....	52
3. LA CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE	54
3.1. Les arthroscopies, biopsies, ostéo-articulaires	54
3.2. La chirurgie majeure de l'appareil locomoteur : hanche, fémur, genou, épaule 55	
3.3. Les chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations	57
4. LA CHIRURGIE DU RACHIS ET LA NEUROCHIRURGIE	59
5. L'ENDOCRINOLOGIE	60
6. LES CATHETERISMES VASCULAIRES DIAGNOSTIQUES ET INTERVENTIONNELS 62	
7. LA CHIMIOTHERAPIE	63
7.1. La chimiothérapie en séances.....	63
7.2. La chimiothérapie hors séances	65
8. LA RHUMATOLOGIE	67
9. LA PNEUMOLOGIE	69
10. LA NEUROLOGIE	70

INTRODUCTION

L'ARS Corse a procédé à une analyse approfondie de certaines filières de soins. Cette démarche supposait la production d'une analyse détaillée des fuites inter-régionales des patients résidents en Corse, afin d'identifier finement les étiologies des fuites et d'identifier l'opportunité et la faisabilité de mesures de renforcement de l'offre de soins sur l'île (recrutements médicaux, meilleure structuration de l'offre locale, mise en place de temps médicaux partagés avec les CHU de la région PACA...).

Le postulat ciblait comme principaux pourvoyeurs de fuites inter régional la radiothérapie et la chimiothérapie anti tumorales, la chirurgie orthopédique, la neurologie, la chirurgie ophtalmologique, l'hépatogastroentérologie, la rhumatologie, la chimiothérapie non tumorale, les cathétérismes vasculaires diagnostiques et thérapeutiques, la chirurgie du rachis et neurochirurgie et la pneumologie.

Les données recueillies, en août et septembre 2019, restent pertinentes eu égard à leur stabilité constatée dans le temps. C'est pourquoi elles sont présentées à l'appui du bilan du projet régional de santé 2018-2023, afin d'apporter un éclairage complémentaire.

Dans le cadre des travaux d'élaboration du futur schéma, les taux de fuite de certaines activités ont été actualisés. Ils seront présentés à l'occasion des concertations programmées.

1. LA RADIOTHERAPIE

La radiothérapie en séances comporte à la fois de la radiothérapie anti-tumorale et de la radiothérapie non tumorale. Les requêtes indiquent que plus de 97 % des séances étaient en rapport avec de la radiothérapie anti-tumorale en 2016 et 99 % en 2018. De fait, dans les résultats présentés ci-dessous, il est considéré que la quasi-totalité des séances de radiothérapie concerne de la radiothérapie anti-tumorale.

1.1. La radiothérapie en séances

Nombre de patients et nombre de séances, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence¹ :

Lieu d'hospitalisation	département de résidence	2016		2018	
		nb patients	nb séances	nb patients	nb séances
Continent	Corse-du-Sud	80	1229	73	1035
	Haute-Corse	97	1551	107	1562
Corse	Corse N.P	4	101		
	Corse-du-Sud	310	7948	369	9421
	Haute-Corse	30	773	32	832
Total général		521	11602	581	12850

En 2018, le CH de Castelluccio a produit 10253 séances de radiothérapie pour 401 patients.

En 2018, 2597 séances de radiothérapie ont été réalisées hors de Corse pour 180 résidents Corses.

En 2016 et en 2018 moins de dix patients ont eu des séances de radiothérapie à la fois en Corse et sur le Continent.

Aussi bien en 2016 qu'en 2018, moins de cinq résidents Corses ayant eu des séances de radiothérapie avaient moins de 18 ans.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

¹ Ne figurent pas dans ce tableau les séances réalisées à la SARL Cap Santé de Bastia qui ne transmet pas de données PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

Nombre de patients, nombre de séances et part de fuites en séances, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM² et par lieu d'hospitalisation :

Libellé de la racine GHM	racine GHM	Lieu d'hospit	2016			2018		
			nb patients	nb séances	% fuites séances	nb patients	nb séances	% fuites séances
Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances	28Z23Z	Corse	343	7486		393	8768	
		Continent	34	554	7%	24	253	3%
Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV	28Z20Z	Corse	309	1320		353	1436	
		Continent	42	48	4%	38	46	3%
Autres préparations à une irradiation externe	28Z22Z	Corse	8	16		7	15	
		Continent	5	5	24%	7	7	32%
Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	28Z18Z	Continent	84	1793	100%	83	1824	100%
Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	28Z11Z	Continent	18	74	100%	30	202	100%
Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales	28Z19Z	Continent	103	118	100%	119	134	100%
Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances	28Z24Z	Continent	8	142	100%	10	96	100%
Curiethérapie, en séances	28Z10Z	Continent	19	46	100%	15	35	100%
Total général			*	11602	24%	*	12850	17%

* On ne somme pas les patients ici, car un même patient peut se retrouver dans différents types de RGHM³ (notamment préparation à l'irradiation puis irradiation effective)

² GHM : Groupes homogènes de malades

³ RGHM : Racine de groupes homogènes de malades

1.2. La radiothérapie hors séances

La « radiothérapie hors séances » comporte à la fois de la radiothérapie anti-tumorale et de la radiothérapie non tumorale. Les requêtes indiquent que 80 % des séjours pour les résidents Corses étaient en rapport avec de la radiothérapie anti-tumorale en 2016 et 79 % en 2018.

Concernant les séjours de radiothérapie non tumorale, aussi bien en 2016 qu'en 2018, les prises en charge de thyrotoxicose dominant nettement. Ces prises en charge représentent 11% des séjours de radiothérapie de résidents Corses d'une part et 68 % des séjours non tumoraux de radiothérapie d'autre part. Les autres prises en charge pour des séjours de radiothérapie non tumorale sont, quant à elles, liées à des névralgies du trijumeau et des malformations artérioveineuses des vaisseaux cérébraux. Ces prises en charge de radiothérapie non tumorale sont hyperspécialisées et concernent seulement en moyenne 25 patients par an.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Haute-Corse	77	90	89	106
	Corse-du-Sud	70	84	66	76
Corse	Corse-du-Sud	6	8	8	9
	Haute-Corse	s.s	s.s	7	7
Total général		s.s	s.s	170	198

En 2018, 16 séjours de radiothérapie ont été réalisés en Corse pour des résidents Corses : la majorité est codée au CH de Castelluccio (une minorité à la Polyclinique la Résidence).

En 2018, 182 séjours de radiothérapie ont été réalisés hors de Corse pour 155 résidents Corses

En 2016, cinq résidents Corses ayant eu des séjours de radiothérapie avaient moins de 18 ans, ils étaient moins de cinq en 2018.

Aussi bien en 2016 qu'en 2018, 96% des modes d'entrée des séjours de radiothérapie se font à partir du domicile. Par ailleurs, près de 90 % des séjours

de radiothérapie s'achèvent avec un retour à domicile et en moyenne 5 % par un transfert ou une mutation vers une unité de SSR.
Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients, nombre de séjours et part de fuites en séjours, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM et par lieu d'hospitalisation :

Libellé de racine de GHM	racine GHM	Lieu d'hospit	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours
Autres irradiations	17K04	Continent	64	90	90%	90	108	87%
		Corse	8	10		15	16	
Irradiations internes	17K09	Continent	66	66	100%	49	54	100%
Autres curiethérapies	17K08	Continent	16	17	100%	13	17	100%
Curiethérapies de la prostate par implants permanents	17K05	Continent	s.s	s.s	100%	s.s	s.s	100%
Total général			s.s	s.s	95%	s.s	s.s	92%

2. L'OPHTALMOLOGIE

2.1. L'ophtalmologie

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse-du-Sud	19	24	20	25
	Haute-Corse	23	31	32	34
Corse	Corse-du-Sud	57	59	83	84
	Haute-Corse	56	59	56	56
Total général		155*	173	191*	199

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours en Corse et hors de Corse

En 2018, 199 séjours en « Ophtalmologie » (correspondant à de l'ophtalmologie « médicale » essentiellement, hors ophtalmologie « chirurgicale ») ont été produits pour des résidents Corses dont 59 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 29,6%).

En 2016, moins de cinq patients ont eu des séjours d'Ophtalmologie à la fois en Corse et hors de Corse; en 2018, six patients ont eu des séjours d'ophtalmologie à la fois en Corse et hors de Corse.

Aussi bien en 2016 qu'en 2018, 29 résidents Corses de moins de 18 ans (soit en moyenne 18 % des résidents Corses) ont été pris en charge en « Ophtalmologie ». En 2018, la moitié des moins de 18 ans a été prise en charge en Corse et l'autre moitié hors de Corse. On retrouve tous les âges pris en charge aussi bien en Corse qu'hors de Corse à l'exception des moins d'un an qui ont tous été pris en charge hors de Corse (effectif de cinq en 2018).

98 % des entrées, aussi bien en 2016 qu'en 2018, se font à partir du domicile (avec 44 % de passage par les urgences en 2016 et 37 % en 2018). En moyenne, 97 % des séjours se terminent par un retour à domicile.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients, nombre de séjours et part de fuites en séjours, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM et par lieu d'hospitalisation :

Libellé de la racine GHM	racine GHM	Lieu d'hospitalisation	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours
Autres affections oculaires d'origine non diabétique, âge supérieur à 17 ans	02M08	Corse	57	60		84	84	
		Continent	14	16	21%	10	13	13%
Affections oculaires d'origine neurologique	02M04	Corse	34	36		31	32	
		Continent	10	13	27%	12	12	27%
Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans	02M05	Corse	7	7		12	12	
		Continent	9	11	61%	7	8	40%
Explorations et surveillance pour affections de l'œil	02M09	Continent	10	13	100%	13	15	100%
Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	02M07	Corse	6	6		s.s	s.s	
		Continent	s.s	s.s	14%	5	5	71%
Infections oculaires aiguës sévères	02M03	Corse	s.s	s.s		5	5	
		Continent	s.s	s.s	50%	s.s	s.s	44%
Hyphéma	02M02	Corse	6	6		s.s	s.s	
		Continent	s.s	s.s	0%	s.s	s.s	50%
Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 02	02M10	Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
		Continent	s.s	s.s	0%	s.s	s.s	20%

2.2. La chirurgie ophtalmologique et les greffes de cornée

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse N.P	1	1		
	Corse-du-Sud	354	441	397	474
	Haute-Corse	254	340	294	378
Corse	Corse N.P	1	1		
	Corse-du-Sud	1483	2046	1676	2307
	Haute-Corse	1712	2570	1865	2754
Total général		3805	5399	4232	5913

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 5913 séjours de « chirurgie ophtalmologique et greffes de cornée » (correspondant à de l'ophtalmologie « chirurgicale ») ont été produits pour des résidents Corses dont 852 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 14,4 %).

En 2016, 34 patients ont eu des séjours d'ophtalmologie « chirurgicale » à la fois en Corse et hors de Corse ; en 2018, 46 patients ont eu des séjours d'ophtalmologie « chirurgicale » à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2016 et 2018, en moyenne 100 résidents Corses de moins de 18 ans ont été pris en charge au titre de la « chirurgie ophtalmologique et greffes de cornée ». En 2018, 80 patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse et 26 en Corse (mêmes proportions en 2016). On retrouve tous les âges pris en charge aussi bien en Corse qu'hors de Corse.

99,9 % des entrées en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (dont moins de 1 % avec passages aux urgences). En moyenne, 99,7 % des séjours se terminent par un retour à domicile aussi bien en 2016 qu'en 2018.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours et part de fuites en séjours, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM et par lieu d'hospitalisation :

Libellé de racine de GHM	racine de GHM	Département de résidence	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	02C05	Continent	213	302	7%	243	339	7%
		Corse	2725	4063		3066	4505	
Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	02C08	Continent	130	144	29%	142	153	29%
		Corse	342	360		345	376	
Interventions sur la rétine	02C02	Continent	119	141	56%	151	164	67%
		Corse	96	113		76	82	
Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	02C11	Continent	52	64	77%	46	54	72%
		Corse	17	19		19	21	
Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans	02C13	Continent	58	60	100%	65	66	99%
		Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
Allogreffes de cornée	02C09	Continent	30	31	94%	36	39	78%
		Corse	s.s	s.s		10	11	
Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans	02C07	Continent	6	6	20%	6	6	19%
		Corse	22	24		25	25	
Interventions sur l'orbite	02C03	Continent	8	9	45%	9	10	36%
		Corse	11	11		18	18	
Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie	02C12	Continent	10	13	65%	11	14	54%
		Corse	7	7		12	12	
Autres interventions intraoculaires pour affections sévères	02C10	Continent	8	10	40%	5	5	38%
		Corse	13	15		8	8	
Interventions primaires sur l'iris	02C06	Continent	s.s	s.s	40%	s.s	s.s	50%
		Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
Total général			3874	5399	14%	4298	5913	14%

3. LA CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

3.1. Les arthroscopies, biopsies, ostéo-articulaires

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse-du-Sud	207	211	192	196
	Haute-Corse	119	121	144	146
Corse	Corse-du-Sud	393	409	368	374
	Haute-Corse	641	658	591	603
Total général		1360*	1399	1295*	1319

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 1319 séjours en « Arthroscopies, biopsies, ostéo-articulaires » ont été produits pour des résidents Corses dont 342 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 25,9% en 2018 ; ce taux de fuite était de 23,8% en 2016).

Aussi bien en 2016 qu'en 2018, moins de cinq patients ont eu des séjours en « Arthroscopies, biopsies, ostéo-articulaires » à la fois en Corse et hors de Corse.

Les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (34 %) plus élevé que celui des résidents de Haute-Corse (19 %). En moyenne sur 2016 et 2018, 60 % des séjours produits hors de Corse le sont pour des résidents de Corse du Sud.

En 2016 et 2018, en moyenne 52 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours en « Arthroscopies, biopsies, ostéo-articulaires » : 37 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. On retrouve tous les âges pris en charge aussi bien en Corse qu'hors de Corse.

98,4 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (avec moins de cinq passages par an par les urgences). En moyenne, 98,5 % des séjours se terminent par un retour à domicile.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients, nombre de séjours et part de fuites en séjours, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM et par lieu d'hospitalisation :

Libellé de racine de GHM	racine GHM	Lieu d'hospit	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours
Arthroscopies d'autres localisations	08C40	Continent	31	31	16%	37	37	22%
		Corse	167	169		129	134	
Arthroscopies de l'épaule	08C58	Continent	97	97	37%	120	122	47%
		Corse	166	167		134	135	
Autres arthroscopies du genou	08C38	Continent	36	37	10%	21	21	7%
		Corse	333	342		264	268	
Biopsies ostéoarticulaires	08C12	Continent	s.s	s.s	83%	s.s	s.s	33%
		Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	08C34	Continent	88	88	39%	93	93	41%
		Corse	135	137		135	135	
Ménisectomie sous arthroscopie	08C45	Continent	73	74	23%	66	67	18%
		Corse	248	251		298	301	

3.2. La chirurgie majeure de l'appareil locomoteur : hanche, fémur, genou, épaule

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse NP	3	3	0	0
	Corse-du-Sud	193	198	168	176
	Haute-Corse	117	120	146	150
Corse	Corse-du-Sud	566	586	606	634
	Haute-Corse	702	735	785	831
Total général		1581*	1642	1705*	1791

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 1705 séjours de « chirurgie majeure de l'appareil locomoteur : hanche, fémur, genou, épaule » ont été produits pour des résidents Corses dont 326 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 18,2% en 2018 ; ce taux de fuite était de 19,5% en 2016).

En 2016, moins de cinq patients ont eu des séjours de « chirurgie majeure de l'appareil locomoteur » à la fois en Corse et hors de Corse et huit patients en 2018.

Les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (23 % en moyenne) plus élevé que celui des résidents de Haute-Corse (15 % en moyenne). En moyenne sur 2016 et 2018, 58 % des séjours produits hors de Corse le sont pour des résidents de Corse du Sud.

En 2016 et 2018, en moyenne 16 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours en « chirurgie majeure de l'appareil locomoteur : 40 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. On retrouve tous les âges pris en charge aussi bien en Corse qu'hors de Corse (de 1 à 17 ans)

94 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile. Un quart des séjours, aussi bien en 2016 qu'en 2018, sont admis via les urgences.

En moyenne, 52 % des séjours se terminent par un retour à domicile, 34 % par transfert ou mutation vers du SSR, 9 % par transfert ou mutation vers une unité de soins de courte durée.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients, nombre de séjours et part de fuites en séjours, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM et par lieu d'hospitalisation :

Libellé de racine de GHM	racine GHM	Lieu d'hospit	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours
Prothèses de genou	08C24	Etab Continent	132	133	28%	120	121	25%
		Etab Corse	344	350		350	354	
Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	08C48	Etab Continent	98	99	26%	109	112	25%
		Etab Corse	273	279		328	334	
Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	08C49	Etab Continent	7	7	2%	6	6	2%
		Etab Corse	320	325		369	380	
Prothèses de hanche pour traumatismes récents	08C47	Etab Continent	9	9	4%	s.s	s.s	1%
		Etab Corse	204	207		218	219	
Interventions pour reprise de prothèses articulaires	08C22	Etab Continent	30	31	36%	36	38	34%
		Etab Corse	55	56		70	75	
Prothèses d'épaule	08C25	Etab Continent	22	22	28%	27	28	32%
		Etab Corse	56	56		60	60	
Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	08C50	Etab Continent	12	12	29%	12	12	31%
		Etab Corse	28	29		27	27	
Interventions sur la hanche et le fémur, âge inférieur à 18 ans	08C04	Etab Continent	7	7	41%	4	4	31%
		Etab Corse	10	10		9	9	
Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches	08C02	Etab Continent	s.s	s.s	10%	s.s	s.s	22%
		Etab Corse	9	9		7	7	

3.3. Les chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse NP	3	3	0	0
	Corse-du-Sud	193	198	168	176
	Haute-Corse	117	120	146	150
Corse	Corse-du-Sud	566	586	606	634
	Haute-Corse	702	735	785	831
Total général		1581*	1642	1705*	1791

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 4130 séjours de « chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations » ont été produits pour des résidents Corses dont 686 séjours hors

de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 16,6 % en 2018 ; ce taux de fuite était de 15,2 % en 2016).

En 2016, 30 patients ont eu des séjours en « chirurgies autres de l'appareil locomoteur à la fois en Corse et hors de Corse et 24 patients en 2018.

Les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (19 % en moyenne) plus élevé que celui des résidents de Haute-Corse (14 % en moyenne).

En 2016 et 2018, en moyenne 250 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours du GP C11 : 21 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. On retrouve tous les âges pris en charge aussi bien en Corse qu'hors de Corse (de 1 à 17 ans).

98 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile dont 18 % via les urgences.

En moyenne, 95 % des séjours se terminent par un retour à domicile et 2 % par transfert ou mutation vers du SSR.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients, nombre de séjours et part de fuites en séjours, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM et par lieu d'hospitalisation :

libellé de Groupes d'Activité	Lieu d'hospit	2016			2018		
		Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours
Ablations matériel	Continent	55	57	9%	74	74	12%
	Corse	570	586		553	569	
Amputations	Continent	16	19	28%	12	12	23%
	Corse	41	49		36	40	
Chirurgie de la cheville ou du pied	Continent	137	152	28%	141	155	30%
	Corse	364	382		344	359	
Chirurgie de la jambe	Continent	71	73	17%	64	66	15%
	Corse	352	360		360	374	
Chirurgie des tissus mous	Continent	61	62	15%	74	76	19%
	Corse	353	363		316	324	
Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)	Continent	62	64	11%	71	72	12%
	Corse	528	543		495	512	
Chirurgie pour Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	Continent	21	23	30%	32	34	42%
	Corse	52	53		46	47	
Chirurgies main, poignet	Continent	174	189	13%	190	197	14%
	Corse	1194	1255		1173	1217	
Interventions sur le tissu mou pour tumeurs malignes	Continent	5	7	58%	s.s	s.s	0%
	Corse	5	5		s.s	s.s	

4. LA CHIRURGIE DU RACHIS ET LA NEUROCHIRURGIE

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse NP	2	2	0	0
	Corse-du-Sud	295	310	275	286
	Haute-Corse	246	254	220	234
Corse	Corse NP	1	1	0	0
	Corse-du-Sud	119	130	166	175
	Haute-Corse	316	328	333	347
Total général		979*	1025	994*	1042

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 1042 séjours de « chirurgie du rachis, neuro-chirurgie » ont été produits pour des résidents Corses dont 520 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 49,9% en 2018 ; ce taux de fuite était de 55,2 % en 2016).

En moyenne 2016 -2018, 12 patients ont eu des séjours en « chirurgie du rachis, neuro-chirurgie » à la fois en Corse et hors de Corse.

En moyenne sur 2016 et 2018, les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (64 %) plus élevé que celui des résidents de Haute-Corse (42 %). Pour mémoire, la Corse dispose d'une seule autorisation de neurochirurgie au CH de Bastia.

En 2016 et 2018, en moyenne 22 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours en « chirurgie du rachis, neuro-chirurgie »: 96 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. 96 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (dont 14 % via l'accueil des urgences). En moyenne, 72 % des séjours se terminent par un retour à domicile, 16 % par transfert ou mutation vers un SSR et 10 % vers une unité de soins de courte durée. 1 % des séjours se terminent par un décès.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients, nombre de séjours et part de fuites en séjours, en 2016 et 2018, pour les résidents Corses, par racine de GHM et par lieu d'hospitalisation :

libellé Groupes d'Activité	Lieu d'hospit	Département de résidence	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours
Chirurgies rachis/moelle	Continent	Corse NP	2	2				
		Corse-du-Sud	249	261	56%	228	236	48%
		Haute-Corse	185	193		169	180	
	Corse	Corse NP	s.s	s.s		s.s	s.s	
		Corse-du-Sud	90	96		146	153	
		Haute-Corse	259	268		280	292	
Chirurgies SNC hors trauma (rachis et moelle exceptés)	Continent	Corse-du-Sud	45	48	61%	47	50	67%
		Haute-Corse	57	57		49	52	
	Corse	Corse-du-Sud	19	21		9	11	
		Haute-Corse	44	47		37	39	
Chirurgies SNC trauma	Continent	Corse-du-Sud	s.s	s.s	16%	s.s	s.s	7%
		Haute-Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
	Corse	Corse-du-Sud	13	13		11	11	
		Haute-Corse	13	13		16	16	

5. L'ENDOCRINOLOGIE

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse NP	2	2	0	0
	Corse-du-Sud	137	162	138	157
	Haute-Corse	123	143	136	174
Corse	Corse-du-Sud	389	412	305	339
	Haute-Corse	354	373	338	370
Total général		1005*	1092	917*	1040

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 1040 séjours en « Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications) » ont été produits pour des résidents Corses dont 331 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 31,8% en 2018 ; ce taux de fuite était de 28,1 % en 2016).

En moyenne 2016 -2018, 45 patients ont eu des séjours en « Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications) » à la fois en Corse et hors de Corse.

En moyenne sur 2016 et 2018, les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (30 %) équivalent à celui des résidents de Haute-Corse (30 %).

En 2016 et 2018, en moyenne 205 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours du en « Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications) »: 63 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. Tous les âges sont pris en charge en Corse et hors de Corse.

96 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (dont 42 % via l'accueil des urgences).

En moyenne, 87 % des séjours se terminent par un retour à domicile, 5 % par transfert ou mutation vers une unité de soins de courte durée, 4 % par transfert ou mutation vers un SSR et 3 % par un décès.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

libellé de Groupes d'Activité	Lieu d'hospit	Département d'hospitalisation	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours
G161-Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	Continent	Corse NP	s.s	s.s		s.s	s.s	
		Corse-du-Sud	26	27	10%	20	21	12%
		Haute-Corse	28	32		26	43	
	Corse	Corse-du-Sud	274	290		215	228	
		Haute-Corse	220	232		210	233	
G159-Diabète	Continent	Corse NP	s.s	s.s		s.s	s.s	
		Corse-du-Sud	30	33	26%	38	38	30%
		Haute-Corse	19	21		23	23	
	Corse	Corse-du-Sud	71	72		53	57	
		Haute-Corse	79	84		82	84	
G160-Maladies endocriniennes hors diabète	Continent	Corse-du-Sud	32	33	44%	26	30	41%
		Haute-Corse	32	39		32	36	
	Corse	Corse-du-Sud	43	44		31	46	
		Haute-Corse	49	49		45	48	
G162-Explorations et surveillance pour affections endocriniennes, troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	Continent	Corse-du-Sud	52	68	98%	61	67	99%
		Haute-Corse	47	51		64	72	
	Corse	Haute-Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
G212-Affections endocriniennes et problèmes alimentaires du nouveau né et du nourrisson	Continent	Corse-du-Sud	s.s	s.s	7%	s.s	s.s	8%
		Haute-Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
	Corse	Corse-du-Sud	6	6		8	8	
		Haute-Corse	7	7		s.s	s.s	

6. LES CATHETERISMES VASCULAIRES DIAGNOSTIQUES ET INTERVENTIONNELS

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse NP	2	2	0	0
	Corse-du-Sud	285	306	287	315
	Haute-Corse	329	367	351	383
Corse	Corse-du-Sud	1109	1404	1142	1444
	Haute-Corse	1188	1413	1299	1586
Total général		2913*	3492	3079*	3728

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 3728 séjours en « Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels » ont été produits pour des résidents Corses dont 698 séjours hors de Corse ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 18,7 % en 2018 ; ce taux de fuite était de 19,3 % en 2016.

En moyenne 2016 -2018, 95 patients ont eu des séjours de « Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels » à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2016 et 2018, en moyenne, huit résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours du GP K05: 100 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse.

97,8 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (dont 21 % via l'accueil des urgences).

En moyenne 2016-2018, 95 % des séjours se terminent par un retour à domicile, 2 % par transfert ou mutation vers une unité de soins de courte durée, 2% également par transfert ou mutation vers un SSR et 1 % par un décès.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Libellé Groupe d'Activité	Lieu d'hospit	Département de résidence	2016			2018		
			Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours
GA G060- Cathétérismes thérapeutiques vasculaires du système nerveux	Continent	Corse-du-Sud	12	13	100%	23	28	88%
		Haute-Corse	24	26		20	22	
	Corse	Corse-du-Sud	s.s	s.s		s.s	s.s	
		Haute-Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
GA G057- Cathétérismes thérapeutiques vasculaires et coronariens avec endoprothèse ou prothèses cardiaques	Continent	Corse NP	1	1	13%	0	0	13%
		Corse-du-Sud	103	106		100	103	
		Haute-Corse	100	108		126	128	
	Corse	Corse-du-Sud	591	678		617	686	
	Haute-Corse	658	796		686	836		
GA G058- Cathétérismes thérapeutiques vasculaires et coronariens sans endoprothèse	Continent	Corse NP	1	1	71%	0	0	63%
		Corse-du-Sud	109	114		120	127	
		Haute-Corse	147	161		153	165	
	Corse	Corse-du-Sud	66	66		77	81	
	Haute-Corse	47	48		86	87		
GA G059- Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens	Continent	Corse-du-Sud	72	73	11%	54	57	9%
		Haute-Corse	71	72		65	68	
	Corse	Corse-du-Sud	637	660		657	673	
		Haute-Corse	564	569		652	660	

7. LA CHIMIOTHÉRAPIE

7.1. La chimiothérapie en séances

En 2018, 83 % des séances de chimiothérapie de résidents Corses étaient en lien avec de la chimiothérapie pour tumeur et 17 % étaient en lien avec de la chimiothérapie non tumorale.

Nombre de patients et nombre de séances, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, pour des résidents Corses, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séances	Nb patients	Nb séances
Continent	Corse-du-Sud	238	1170	245	1482
	Haute-Corse	210	1257	262	1402
Corse	Corse N.P	5	43		
	Corse-du-Sud	754	5241	874	6365
	Haute-Corse	1079	8768	1139	8722
Total général		2286*	16479	2520*	17971

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 17 971 séances de « chimiothérapie en séances » et de « chimiothérapie pour affection non tumorale » ont été produites pour des résidents Corses en Corse et hors de Corse. 2884 de ces séances de chimiothérapie ont été réalisées hors de Corse pour 507 résidents Corses soit un taux de fuite inter régional en séances de 16 % en 2018 (ce taux de fuite était de 14 % en 2016).

En 2018, 7847 séances ont été produites en Corse et hors de Corse pour des résidents de Corse du Sud et 10 124 pour des résidents de Haute-Corse. Néanmoins, les taux bruts de recours aux séances de chimiothérapie des résidents de Haute Corse et de Corse du Sud sont assez proches en 2018 : 7 pour 1000 habitants de Corse du Sud versus 8 pour 1000 habitants de Haute-Corse.

En moyenne 2016-2018, 80 patients ont eu des séances de chimiothérapie à la fois en Corse et hors de Corse.

Aussi bien en 2016 qu'en 2018, vingt-sept résidents Corses ayant eu des séances de chimiothérapie avaient moins de 18 ans. 65% d'entre eux ont réalisé leurs séances hors de Corse.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Libellé de la racine GHM	racine GHM	Lieu d'hospit	2016			2018		
			Nb patients	Nb séances	% fuites séances	Nb patients	Nb séances	% fuites séances
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	28Z17Z	Continent	150	544	19%	183	674	22%
		Corse	672	2300		645	2412	
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	28Z07Z	Continent	301	1883	14%	326	2210	15%
		Corse	1257	11752		1405	12675	
Total général			2380*	16479	15%	2559*	17971	16%

7.2. La chimiothérapie hors séances

La chimiothérapie hors séances comporte à la fois de la chimiothérapie anti-tumorale et de la chimiothérapie non tumorale. En 2018, 19 % des séjours de résidents Corses étaient en lien avec de la chimiothérapie non tumorale.

Nombre de patients et nombre de séjours de résidents Corses, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Continent	Corse-du-Sud	147	429	188	471
	Haute-Corse	144	346	168	398
Corse	Corse N.P	1	1		
	Corse-du-Sud	194	446	223	500
	Haute-Corse	86	145	87	161
Total général		572*	1367	666*	1530

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 1530 séjours de « chimiothérapie hors séances » ont été produits pour des résidents Corses en Corse et hors de Corse. 869 de ces séjours de chimiothérapie ont été réalisés hors de Corse pour 356 résidents Corses soit un taux de fuite inter régional en séjours élevé de 57 % en 2018 (ce taux de fuite était aussi de 57 % en 2016).

En 2018, 661 séjours de chimiothérapie ont été réalisés en Corse pour des résidents Corses.

En 2018, 971 séjours ont été produits en Corse et hors de Corse pour des résidents de Corse du Sud et 559 pour des résidents de Haute-Corse. Les taux bruts de recours aux séjours de chimiothérapie des résidents de Haute Corse et de Corse du Sud de 2018 confirment la disparité entre les deux départements : 6 pour 1000 habitants de Corse du Sud versus 3 pour 1000 habitants de Haute-Corse. Se pose la question des différences de pratique entre Haute-Corse et Corse du Sud ainsi que des distances à parcourir pour les patients en lien avec la répartition régionale des établissements autorisés en propre ou en tant que site associé pour la chimiothérapie des cancers notamment : la Haute Corse dispose de deux établissements autorisés à pratiquer la chimiothérapie des cancers et d'un site associé (CH de Corte Tattone) ; la Corse du Sud ne dispose que d'un site autorisé pour la chimiothérapie des cancers.

En 2016, trente résidents Corses ayant eu des séjours de chimiothérapie avaient moins de 18 ans, ils étaient deux fois plus en 2018. Tant en 2016 qu'en 2018, 99% d'entre eux ont réalisé leur séjour sur le continent. Aussi bien en 2016 qu'en 2018, 93% des modes d'entrée des séjours de chimiothérapie se font à partir du domicile. Par ailleurs, près de 94 % des séjours de chimiothérapie s'achèvent avec un retour à domicile et en moyenne 4 % par un transfert ou une mutation vers une unité de SSR.

En moyenne 2016-2018, 14 patients ont eu des séances de chimiothérapie à la fois en Corse et hors de Corse.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016			2018		
		Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuites séjours
Chimiothérapie pour autre tumeur	Continent	184	496	53%	235	600	51%
	Corse	198	437		268	581	
Chimiothérapie pour affections non tumorales	Continent	97	252	62%	101	214	73%
	Corse	83	153		42	79	
Chimiothérapie pour leucémie aigüe	Continent	12	27	93%	21	55	98%
	Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
Total général		s.s*	s.s	57%	s.s*	s.s	57%

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

8. LA RHUMATOLOGIE

Nombre de patients et nombre de séjours de résidents Corses, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Etab Continent	Corse-du-Sud	300	365	300	342
	Haute-Corse	281	350	281	314
Etab Corse	Corse-du-Sud	389	409	346	376
	Haute-Corse	526	576	528	577
Total général		1496*	1700	1455*	1609

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 1609 séjours de « rhumatologie » ont été produits pour des résidents Corses dont 656 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 40,8% en 2018 ; ce taux de fuite était de 42,1 % en 2016).

En moyenne 2016 -2018, 30 patients ont eu des séjours de « rhumatologie » à la fois en Corse et hors de Corse.

En moyenne sur 2016 et 2018, les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (47 %) supérieur à celui des résidents de Haute-Corse (37 %).

En 2016 et 2018, en moyenne 90 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours du GP X06: 43 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. Tous les âges sont pris en charge en Corse et hors de Corse.

97 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (dont 36 % via l'accueil des urgences).

En moyenne, 89 % des séjours se terminent par un retour à domicile, 2,5 % par transfert ou mutation vers une unité de soins de courte durée et 2,6 % par transfert ou mutation vers un SSR.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

code GA	Libellé de groupes d'activité	Lieu d'hospit	Département de résidence	2016			2018		
				nb patients	Nb séjours	% fuite séjours	nb patients	Nb séjours	% fuite séjours
G038	Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil musculosquelettique, du tissu conjonctif et fractures	Continent	Corse-du-Sud	13	16	29%	23	26	39%
			Haute-Corse	20	24		24	28	
		Corse	Corse-du-Sud	42	45		27	29	
			Haute-Corse	46	51		52	55	
G039	Maladies osseuses et arthropathies	Continent	Corse-du-Sud	105	114	29%	105	115	28%
			Haute-Corse	125	143		113	120	
		Corse	Corse-du-Sud	222	230		202	214	
			Haute-Corse	383	414		351	383	
G040	Autres affections rhumatologiques	Continent	Corse-du-Sud	102	129	53%	85	99	43%
			Haute-Corse	94	116		86	92	
		Corse	Corse-du-Sud	119	125		111	124	
			Haute-Corse	91	92		121	129	
G042	Explorations et surveillance de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	Continent	Corse-du-Sud	85	97	98%	85	92	100%
			Haute-Corse	47	53		59	61	
		Corse	Corse-du-Sud	s.s	s.s		s.s	s.s	
			Haute-Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
G211	Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	Continent	Corse-du-Sud	8	9	48%	10	10	55%
			Haute-Corse	12	14		9	13	
		Corse	Corse-du-Sud	9	9		9	9	
			Haute-Corse	14	16		10	10	

9. LA PNEUMOLOGIE

Nombre de patients et nombre de séjours de résidents Corses, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Etab Continent	Corse NP	1	1		
	Corse-du-Sud	210	293	227	351
	Haute-Corse	202	256	220	290
Etab Corse	Corse NP	4	5		
	Corse-du-Sud	1299	1516	1590	1834
	Haute-Corse	1222	1444	1458	1701
Total général		2938*	3515	3495*	4176

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 4176 séjours de « pneumologie » ont été produits pour des résidents Corses dont 641 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 15,3 % en 2018 ; ce taux de fuite était de 15,6 % en 2016).

En moyenne 2016 -2018, 180 patients ont eu des séjours de « pneumologie » à la fois en Corse et hors de Corse.

En moyenne sur 2016 et 2018, les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (16 %) équivalent à celui des résidents de Haute-Corse (15 %).

En 2016 et 2018, en moyenne 390 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours du GP X08: 11,4 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. Tous les âges sont pris en charge en Corse et hors de Corse.

97 % des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (dont 65 % via l'accueil des urgences).

En moyenne, 79 % des séjours se terminent par un retour à domicile, 6,8 % par transfert ou mutation vers une unité de soins de courte durée, 6,4 % par un décès et 4,7 % par transfert ou mutation vers un SSR.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

code GA	Libellé GA	Lieu d'hospit	Département de résidence	2016			2018		
				Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours
G078	Bronchites, bronchiolites et asthme	Continent	Corse-du-Sud	22	23	7%	32	41	9%
			Haute-Corse	24	25		17	19	
		Corse	Corse-du-Sud	274	296		300	336	
			Haute-Corse	280	313		271	298	
G079	Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	Continent	Corse-du-Sud	11	12	4%	19	19	5%
			Haute-Corse	11	12		15	15	
		Corse	Corse NP	1	2				
			Corse-du-Sud	324	370		304	329	
		Haute-Corse	198	215		229	257		
G080	Infections respiratoires	Continent	Corse NP	1	1	8%			6%
			Corse-du-Sud	33	43		39	42	
			Haute-Corse	36	37		36	41	
		Corse	Corse NP	3	3				
			Corse-du-Sud	442	479		557	599	
		Haute-Corse	403	457		594	667		
G081	Prise en charge médicale des tumeurs de l'appareil respiratoire	Continent	Corse-du-Sud	73	96	50%	65	88	41%
			Haute-Corse	62	88		69	85	
		Corse	Corse-du-Sud	56	68		105	118	
			Haute-Corse	92	116		105	127	
G082	Affections respiratoires, autres	Continent	Corse-du-Sud	59	71	19%	56	95	18%
			Haute-Corse	54	70		63	70	
		Corse	Corse-du-Sud	252	293		408	448	
			Haute-Corse	272	303		283	317	
G083	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	Continent	Corse-du-Sud	31	48	59%	43	66	76%
			Haute-Corse	17	24		42	60	
		Corse	Corse-du-Sud	8	10		s.s	s.s	
			Haute-Corse	30	40		22	35	

10. LA NEUROLOGIE

Nombre de patients et nombre de séjours de résidents Corses, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

Lieu d'hospitalisation	Département de résidence	2016		2018	
		Nb patients	Nb séjours	Nb patients	Nb séjours
Etab Continent	Corse NP	1	1	0	0
	Corse-du-Sud	228	334	254	371
	Haute-Corse	330	427	343	441
Etab Corse	Corse-du-Sud	922	1090	949	1079
	Haute-Corse	949	1044	958	1062
Total général		2430*	2896	2504*	2953

* Un même patient peut avoir effectué au cours d'une même année des séjours à la fois en Corse et hors de Corse.

En 2018, 2953 de « neurologie médicale » ont été produits pour des résidents Corses dont 812 séjours hors de Corse (ce qui correspond à un taux de fuite inter régional de 27,5 % en 2018; ce taux de fuite était de 26,3 % en 2016).

En moyenne 2016 -2018, 200 patients ont eu des séjours de « neurologie médicale » à la fois en Corse et hors de Corse.

En moyenne sur 2016 et 2018, les résidents de Corse du Sud ont un taux de fuite inter régional départemental en séjours (25%) inférieur à celui des résidents de Haute-Corse (29%).

En 2016 et 2018, en moyenne, 232 résidents Corses de moins de 18 ans ont eu des séjours du GP X03: 34 % de ces patients de moins de 18 ans ont été pris en charge hors de Corse. Tous les âges sont pris en charge en Corse et hors de Corse.

97% des entrées, en moyenne en 2016 et 2018, se font à partir du domicile (dont 61,6 % via l'accueil des urgences).

En moyenne, 79,3% des séjours se terminent par un retour à domicile, 8,2 % par transfert ou mutation vers une unité de soins de courte durée, 6,5% par transfert ou mutation vers un SSR et 3,8% par un décès.

Le tableau ci-après précise le taux de fuite par catégorie.

Nombre de patients et nombre de séjours, en 2016 et 2018, en Corse et hors de Corse, par département de résidence :

code GA	Libellé de groupes d'activité	Lieu d'hospit.	Département de résidence	2016			2018		
				Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours	Nb patients	Nb séjours	% fuite séjours
G049	AVC	Continent	Corse NP	1	1				
			Corse-du-Sud	22	23	7%	25	26	7%
			Haute-Corse	40	44		40	41	
		Corse	Corse-du-Sud	358	397		344	379	
			Haute-Corse	441	464		428	461	
G052	Convulsions, épilepsie	Continent	Corse-du-Sud	15	18	11%	22	23	13%
			Haute-Corse	16	23		22	25	
		Corse	Corse-du-Sud	125	160		140	172	
			Haute-Corse	136	163		143	156	
G056	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	Continent	Corse-du-Sud	93	141	96%	100	163	97%
			Haute-Corse	114	159		154	209	
		Corse	Corse-du-Sud	s.s	s.s		s.s	s.s	
			Haute-Corse	8	8		10	10	
G055	Autres affections	Continent	Corse-du-Sud	29	33	32%	30	32	32%
G047	du système nerveux	Corse	Corse-du-Sud	103	141		66	74	
			Haute-Corse	83	85		78	85	
G048	Affections nerfs crâniens / moëlle	Continent	Corse-du-Sud	20	28	32%	33	36	31%
			Haute-Corse	38	40		21	21	
		Corse	Corse-du-Sud	81	82		64	64	
			Haute-Corse	60	61		61	61	
G051	Migraines et céphalées	Continent	Corse-du-Sud	7	8	13%	5	5	10%
			Haute-Corse	13	15		13	13	
		Corse	Corse-du-Sud	70	70		68	72	
			Haute-Corse	80	84		83	88	
G054	Prise en charge médicale des tumeurs système nerveux	Continent	Corse-du-Sud	11	14	29%	11	11	36%
			Haute-Corse	15	15		23	26	
		Corse	Corse-du-Sud	31	35		30	34	
			Haute-Corse	34	36		27	31	
G050	Comas non traumatiques	Continent	Corse-du-Sud	5	5	10%	s.s	s.s	3%
			Haute-Corse	s.s	s.s		s.s	s.s	
		Corse	Corse-du-Sud	52	54		72	76	
			Haute-Corse	27	27		24	24	
G053	Infections SNC	Continent	Corse-du-Sud	s.s	6	23%	5	7	18%
			Haute-Corse	s.s	5		6	6	
		Corse	Corse-du-Sud	23	26		28	31	
			Haute-Corse	11	11		29	30	




**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
 Agence Régionale de Santé
Corse