PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

SRS2

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

REVISION 2 – JUIN 2025

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Corse

SOMMAIRE

INTRODUCTION **5**

TITRE 1 : PRENDRE EN CONSIDERATION LES SPECIFICITES DE LA CORSE DANS LA POLITIQUE DE SANTE **10**

1.1 L'adaptation de la stratégie nationale de santé aux besoins des Corses **11**

1.2 Le développement des filières hyperspécialisées en Corse **12**

TITRE 2 : ENCOURAGER ET VALORISER LE ROLE ACTIF DE CHACUN DANS LE SYSTEME DE SANTE **19**

2.1 Démocratie sanitaire **20**

2.2 Société inclusive **24**

2.3 Aide aux aidants **28**

TITRE 3 : METTRE LA PREVENTION, LA PROMOTION DE LA SANTE ET LE RETABLISSEMENT AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTE **32**

3.1 Focus sur la stratégie « Une Seule Santé » - « Una sola saluta » **33**

3.2 Prévention et promotion de la santé et compétences psychosociales **35**

3.3 Addictologie **40**

3.4 Troubles du comportement alimentaire **44**

3.5 Rétablissement **49**

TITRE 4 : FAIRE EVOLUER LES FILIERES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR MIEUX REPONDRE AUX BESOINS DES USAGERS **53**

4.1 Focus sur la stratégie immobilière **54**

4.2 L'offre en filière de soins **55**

4.2.1 Filière urgence 56

4.2.2 Soins critiques 61

4.2.3 Filière cardiovasculaire y compris interventionnelle 66

4.2.4 Neurovasculaire aigüe 73

4.2.5 Permanence des soins en établissements de santé 77

4.2.6 Premier recours 80

4.2.7 Médecine 84

4.2.8 Gériatrie 88

4.2.9 Infectiologie 91

4.2.10 Hospitalisation à domicile 95

4.2.11 Filière cancer 98

4.2.12 Filière maladie rénale chronique 103

4.2.13 Chirurgie 108

4.2.14 Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant 113

4.2.15 Soins médicaux et de réadaptation 119

4.2.16 Psychiatrie....123
4.2.17 Maladies et handicaps rares....128
4.2.18 Douleur chronique....132
4.2.19 Soins dentaires....136
4.3 Les filières d'accompagnement médico-social....140
4.3.1 Maladies neurodégénératives....141
4.3.2 Troubles du développement et du neurodéveloppement....146

TITRE 5 : METTRE L'ACCENT SUR DES SUJETS TRANSVERSES STRATEGIQUES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE....151
5.1 Focus sur les grands principes de la coopération public-privé....152
5.2 Focus sur la recherche et l'innovation....154
5.3 Biologie médicale....159
5.4 Filière imagerie....164
5.5 Numérique en santé....169
5.6 Pharmacie d'officine....172
5.7 Qualité et sécurité....176
5.8 Ressources humaines en santé....180
5.9 Soins palliatifs – fin de vie....185

TITRE 6 : DEVELOPPER ET FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SANTE POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS, Y COMPRIS LES PLUS VULNERABLES....189
6.1 Parcours Bien vieillir....190
6.2 Parcours Cancer....194
6.3 Parcours Handicap....202
6.4 Parcours Maladies chroniques....206
6.5 Parcours Santé des personnes détenues....210
6.6 Parcours Santé mentale....217
6.7 Parcours Santé précarité....222
6.8 Parcours de Soins Corse-Continent....226

TITRE 7 : S'ADAPTER AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES....231

TITRE 8 : PILOTER ET EVALUER LE SCHEMA....236
8.1 Animation territoriale....237
8.1.1 Cartographies des ressources dans la Castagniccia et le Mare e Monti....238
8.1.2 Cartographies des ressources dans le Centre Corse....242

8.1.3 Cartographies des ressources dans l'Extrême sud et l'Alta Rocca....246
8.1.4 Cartographies des ressources dans l'Ouest Corse....250
8.1.5 Cartographies des ressources dans le Pays ajaccien....254
8.1.6 Cartographies des ressources dans le Pays bastiais....260
8.1.7 Cartographies des ressources dans le Pays de Balagne....266
8.1.8 Cartographies des ressources dans la Plaine orientale....270
8.1.9 Cartographies des ressources dans le Taravo, le Valinco et le Sartenais....274
8.1.10 Cartographie des ressources départementales et régionales de l'offre hospitalière, dont les centres experts....278
8.1.11 Cartographie des ressources départementales et régionales de l'offre médico-sociale....279
8.2 Démarche d'évaluation....280

LISTE DES ANNEXES....281

INTRODUCTION

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le PRS s'articule avec l'ensemble des politiques publiques interministérielles et de la Collectivité de Corse.

Le PRS est constitué du cadre d'orientation stratégique (COS), du schéma régional de santé (SRS) et du programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Si le cadre d'orientation stratégique est adopté pour dix ans (2018-2028), sa mise en œuvre opérationnelle via le SRS et le PRAPS, est déclinée en deux périodes de cinq ans chacune.
Après le schéma régional de santé 2018-2023, le schéma régional de santé 2023-2028 constitue la nouvelle feuille de route de notre action collective au service de la santé des Corses pour les cinq prochaines années.

La pertinence du COS

Le contexte de crise sanitaire n'a pas permis à l'ensemble des acteurs de disposer du temps nécessaire pour mettre en œuvre les plans d'actions associés aux orientations du COS tels que prévus dans le schéma 2018-2023.

L'évaluation et le diagnostic (cf. *infra*) montrent que les changements à apporter dans le schéma régional de santé 2023-2028 ne remettent pas en cause les orientations stratégiques, qui demeurent en phase avec les besoins de la population.
La commission permanente de la CRSA a voté favorablement son maintien lors de sa séance du 15/02/2023.
Le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 reste donc structurant pour ce nouveau schéma régional de santé.

Le schéma régional de santé répond aux **7 objectifs stratégiques** du cadre d'orientation stratégique de notre projet régional de santé 2018-2028, devant guider les actions des acteurs composant le système de santé :

- Appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé ;
- Faire de l'usager 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 réponse 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.

Une politique ancrée dans les territoires

En s'inscrivant dans les **politiques nationales de santé** dont la stratégie nationale de santé, les programmes nationaux d'accès aux soins ou de transformation du système de santé, le schéma régional de santé détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels pour l'ensemble du système de santé.

Ainsi, il décline dans les territoires de projet (cf. Chapitre 8.1) de nombreuses **réformes nationales** concernant :

- La prévention et promotion de la santé (examens aux âges clés ; stratégie 1 000 jours ; compétences psychosociales ; réhabilitation ; activité physique ; assises de la pédiatrie et du bien-être de l'enfant ; …) ;
- L'offre de soins et de services de santé (généralisation de l'exercice coordonné ; réforme des autorisations des activités de soins ; stratégie décennale cancer ; assises de la psychiatrie et de la santé mentale ; …) ;
- L'accompagnement médico-social (transformation de l'offre ; plan Bien vieillir ; conférence nationale du handicap ; nouvelle stratégie sur les Troubles neurodégénératifs TND ; service public territorial de l'autonomie ; ….).

Des réformes sont toujours en cours d'élaboration, notamment concernant certaines autorisations d'activité des soins (médecine d'urgence, gynécologie-obstétrique, soins de longue durée et permanence des soins des établissements de santé). Leur déclinaison nécessitera une révision du schéma.

Une démarche évaluative (le bilan des actions 2018-2023)

Le bilan des actions réalisées sur la période 2018-2023 (cf. Annexes n°1 et 2, respectivement Bilan et Evaluation), montre des avancées mais aussi des limites dans la mise en œuvre.

Ainsi, la **lutte contre les inégalités d'accès aux soins**, qui se caractérise par la poursuite de la densification de l'offre en proximité, et par le déploiement de programmes « d'aller vers », reste un défi nécessaire pour toucher les populations exclues du système de santé ou isolées économiquement ou géographiquement.

L'appui prévu pour les professionnels et les objectifs relatifs aux services de santé de proximité visant à développer **l'exercice coordonné** et les conditions favorables à l'attractivité des territoires, s'est retrouvé limité par leur mobilisation durant la crise. Si la dynamique depuis est réelle, de nombreux projets sont en gestation. La définition d'une stratégie visant à favoriser de nouvelles installations ou exercices en établissements de spécialistes est récente. Cette coordination des acteurs de santé doit se poursuivre pour permettre une réponse graduée de l'amont à l'aval, avec des retours au domicile sécurisés, pour des prises en charge de plus en plus externalisées, en lien avec les acteurs du premier recours.

Les filières se structurent, mais restent fragiles au regard des **tensions sur les ressources humaines médicales** pour certaines spécialités, avec des difficultés à maintenir les effectifs sur l'île, et ce d'autant plus après la pandémie. Cela impacte les files actives des patients dans un cercle non vertueux pour l'usager et le professionnel de santé.

Aussi, la poursuite des actions en faveur de **l'attractivité du territoire** s'avère indispensable tant sur le plan du développement de l'exercice coordonné, du renforcement des compétences des professionnels (internes en médecine générale et de spécialité ; formation, installation et recrutement des professionnels paramédicaux), que de la consolidation des plateaux techniques en intégrant les innovations, en favorisant les complémentarités synergiques et en structurant le cas échéant la recherche.

L'inadéquation entre le profil âgé, actuel et en projection, de la population et de l'offre médico-sociale est progressivement comblée, grâce au plan de renforcement et de **rattrapage de l'offre médico-sociale** dont la mise en œuvre s'étale sur les cinq prochaines années (création de places de services et d'établissements). Les approches « micro-territoriales » n'ont été engagées que depuis 2021. Des contrats restent à conclure.

Le renforcement de l'information des publics et des professionnels de santé, notamment en termes de **prévention et promotion de la santé**, reste également à consolider.

La promotion d'une **démocratie sanitaire** éclairée et active, qui s'est maintenue durant la crise, n'a pas vu encore suffisamment la mise en place d'actions plus structurelles.

Enfin, la difficulté de **lisibilité de l'offre** persiste, de par sa diversité, pour l'usager (patient et aidant), les professionnels de santé et les élus.

Ainsi **de nombreux objectifs précédemment prévus au schéma demeurent d'actualité** mais doivent être actualisés au niveau de leur plans d'actions, pour tenir compte des enseignements de la crise, des nouveaux outils et réglementations au niveau national, ainsi que du nouveau contexte.

L'élaboration du nouveau schéma : diagnostic et méthode collaborative

Le schéma régional de santé est établi sur la base d'un diagnostic.

Le schéma régional de santé est établi sur la base d'un diagnostic. Il est constitué d'un **panorama de la santé** (cf. Annexe 3). Il présente un état des lieux des caractéristiques socio-démographiques et de santé de la population, de l'offre de santé existante en Corse, de sa consommation et des dépenses de santé.

Ce panorama montre une croissance démographique stable (+1%), avec cependant plus de décès que de naissances (depuis 2013). Les écarts d'**inégalités économiques** se sont creusés.
Il se trouve moins de ménages d'une personne, mais une population **moins diplômée**, avec un taux de **chômage de moins de 25 ans plus fort** que sur le continent.

Avec 94 000 habitants de plus de 60 ans (soit 29% de sa population totale contre 25% au niveau national), la Corse est la deuxième région de France à connaître un contexte de **vieillissement accru de sa population**. Il est estimé que 21 000 séniors dépendants vivront sur l'île en 2030 (+10% environ par rapport à 2022). Ces chiffres sont à mettre en regard du taux de **pauvreté** des plus de 75 ans (18,2%), qui est le double de celui du continent.

Les **causes de morbidité** sont identiques sur les cinq dernières années (diabète de type 1 et diabète de type 2 ; tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ; affections psychiatriques de longue durée ; maladie coronaire, insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves).

On y trouve une sous-participation au **dépistage organisé** des cancers et une **vaccination** globalement comparable à celle du national (moindre pour la grippe et le HPV1, mais supérieure pour la rougeole).

Enfin, une analyse détaillée des **fuites interrégionales** des patients résidents en Corse a été menée sur des filières de soins, afin d'en identifier finement leurs causes, ainsi que l'opportunité et la faisabilité de solutions 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 centres hospitaliers, notamment de la région PACA, …).
Les filières constituant les principales pourvoyeuses de fuites interrégionales sont : 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 la neurochirurgie et la pneumologie.

Le panorama de la santé est complété dans chaque fiche du présent schéma, par les éléments de diagnostic essentiels portant sur l'évaluation des besoins et de l'offre de santé, en rapport avec le thème traité.

Le schéma régional de santé est établi sur la base d'une large concertation.

Élaboré de façon collaborative et concertée avec les acteurs du système de santé, notamment la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), les deux conseils territoriaux de santé (CTS), et l'ensemble des parties prenantes via la déclinaison des conférences nationales de la refondation (CNR) qui se sont tenues dans chaque territoire de projet de l'île, ce schéma est résolument tourné vers l'action concrète en identifiant des :

- **Offres de soins et d'accompagnement ;**
- **Sujets aux enjeux transverses ;**
- **Parcours de santé prioritaires.**

Le PRS constitue ainsi la feuille de route pour le système de santé corse, avec une **mise en œuvre transversale et décloisonnée des politiques de santé** pour les cinq prochaines années, et le cadre des partenariats que l'ARS souhaite développer avec l'ensemble des acteurs (assurance maladie, élus, professionnels de santé, partenaires institutionnels, dont notamment la Collectivité de Corse eu égard à son champ de compétences, et représentants des patients et des usagers).

En effet, la santé concerne toutes les politiques publiques. Un certain nombre de chantiers nécessitent donc une coordination forte avec d'autres partenaires institutionnels, qu'il s'agisse de la prévention, notamment en milieu scolaire ou professionnel, de l'accès aux soins, de leur pertinence ou de l'autonomie des personnes.

L'impact de la crise sanitaire

Bouleversant l'ensemble du système de santé (organisations, professionnels et usagers), la crise sanitaire a provoqué une pression accrue sur les infrastructures de santé, du premier recours aux soins critiques, dans un contexte imposant une adaptation rapide. Les professionnels de santé ont fait face à la situation avec beaucoup d'agilité.

De leur côté, les patients nécessitant une consultation, une opération ou un traitement considéré comme non urgent, ont connu des retards de prise en charge, susceptibles d'impacter leur santé.

Pour autant, la pandémie a aussi été une opportunité de développer des outils jusque-là plus confidentiels (innovation ; numérisation en santé ; coopération entre les acteurs).

Les grandes évolutions structurantes prises en compte

Fort des constats précités, le nouveau schéma prend en compte les transformations du système de santé :

- **L'ancrage territorial des actions**, pour répondre au mieux aux attentes des usagers, renforcer l'accès aux soins de proximité ou adapter les projets de prévention dans le contexte de chaque territoire ;
- **L'évolution des organisations et des modes de travail**, en facilitant et coordonnant les projets de coopération ou de co-construction avec les acteurs du territoire, suivant les différents maillages ;
- **Le renforcement des compétences des professionnels de santé et des usagers**, par l'information et leur sensibilisation, pour accroître la place, le pouvoir d'action et l'implication des usagers du système de santé, dans leur diversité, à la maille des territoires de projet ;
- **La définition d'une stratégie concertée de l'innovation** technologique ou organisationnelle (pilotage fin, objectifs clairs, adressage des enjeux prioritaires définis collectivement, mesure de l'avancement et maîtrise des risques), pour faire de la Corse un territoire attractif pour les jeunes professionnels de santé ;
- **L'impact du système de santé sur le climat et l'impact du climat sur le système de santé,** pour assurer la résilience du système de santé et contribuer au développement d'un environnement favorable à la santé. A ce titre, en parallèle de l'élaboration du PRS 2023-2028, l'Agence établit en lien avec la Préfecture et la Collectivité de Corse le **plan régional santé environnement (PRSE)**. S'il a sa comitologie et son adoption propres, il irrigue tout naturellement les thématiques ou parcours du schéma qui lui sont liés.

Le schéma régional de santé s'articule autour des **grands enjeux** suivants :

- Prendre en considération les spécificités de la Corse dans la politique de santé ;
- Encourager et valoriser le rôle actif de chacun dans le système de santé ;
- Mettre la prévention, la promotion de la santé et le rétablissement au cœur de la politique de santé ;
- Faire évoluer les filières de soins et d'accompagnement médico-social pour mieux répondre aux besoins des usagers ;
- Mettre l'accent sur des sujets transverses stratégiques pour le renforcement du système de santé ;
- Développer et fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers, y compris les plus vulnérables ;
- S'adapter aux situations exceptionnelles ;
- Piloter et évaluer le schéma.

Afin de permettre **la lisibilité et l'appropriation de chaque thématique**, les fiches se présentent sous un format synthétique permettant d'identifier, le contexte, exposant l'essentiel des éléments de diagnostic propres au sujet traité, les enjeux, les résultats attendus, les objectifs généraux, déclinés en objectifs opérationnels, les leviers d'action et les facteurs de réussite.
Un glossaire des acronymes figure en annexe (cf. Annexe 5).

TITRE I
PRENDRE EN CONSIDERATION LES SPECIFICITES DE LA CORSE DANS LA POLITIQUE DE SANTE

La Corse présente plusieurs spécificités à prendre en considération dans la mise en œuvre de la politique de santé.

Spécificité géographique
De par son statut d'île-montagne, la Corse présente des contraintes en termes d'accessibilité (chrono-distances, moyens de transports…), de démographie dans un contexte de rareté des ressources et de développement de filières régionales, dont des filières d'hyperspécialités et, pour certaines, possiblement hospitalo-universitaires.

Spécificité populationnelle
La population Corse est plus âgée que sur le continent, plus précaire et présente un solde migratoire positif, ce qui génère des besoins en soins renforcés pour les usagers du système de santé et des solutions adaptées pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

Spécificité d'attractivité liée au tourisme
Terre aux paysages spectaculaires et nourrie d'une culture forte et vivante, la Corse est une destination touristique prisée, attirant des visiteurs du monde entier.
Le doublement de la population durant la période estivale, pèse sur les urgences et les services de santé qui doivent être dimensionnés pour répondre à ce défi.

1.1 L'adaptation de la stratégie nationale de santé aux besoins des Corses

Une attention particulière est à porter sur les objectifs visant à l'accessibilité, la prévention, au virage ambulatoire et à la prise en compte du vieillissement de la population. Cependant, dans le cadre de sa mise en œuvre en Corse, la stratégie nationale de santé soutient également des adaptations opérationnelles.

Le volet Corse de la stratégie nationale de santé vise à à **assurer une offre de soins innovante, graduée, adaptée au territoire avec ses contraintes liées à l'insularité et aux problématiques d'accessibilités géographique et économique**.

Les enseignements de la crise sanitaire, ainsi que la limitation des capacités de déplacement sur le continent d'une population plus âgée, conjugués au besoin de développement d'une offre ambulatoire préventive et curative de proximité, appellent dans les prochaines années à :

- Mettre en œuvre des actions ciblées sur les enjeux de santé publique spécifiques au territoire qui touchent la prévention, notamment :
    - De la femme enceinte et de l'enfant ;
    - Des enfants et des jeunes en particulier sur la question des addictions ;
    - Des seniors en agissant le plus précocement possible sur la perte d'autonomie ;
    - En améliorant le dépistage des cancers ;

- Renforcer l'offre de premier recours en grande fragilité dans un monde rural et montagneux et en responsabilité territoriale et populationnelle, en amont et en aval, des prises en charge aigües ;

- Favoriser la prise en charge ambulatoire et hospitalière territoriale pour limiter le taux de fuite et le renoncement aux soins ;

- Reconnaître, autoriser et financer des expérimentations organisationnelles innovantes et spécifiques répondant aux critères de qualité et de sécurité, dans les champs de la prévention, du soin et de l'accompagnement pour tenir compte d'une part, des logiques d'aller-vers fortement déterminées par les chrono-distances et d'autre part, de la nécessité de développer des activités à forte compétence ou à compétence nouvelle à l'échelle insulaire ; ce qui appelle l'aménagement des critères classiques de seuil ou d'allocation de ressources fondés sur le poids populationnel ;

- Développer et sécuriser l'organisation des transports sanitaires aériens et terrestres en infra-région et en interrégion ;

- Garantir le développement de filières régionales sanitaires et médico-sociales avec pour certaines un statut hospitalo-universitaire innovant et des équipements de nature à répondre aux besoins en soins résultant du vieillissement de la population et des inégalités territoriales et sociales d'accès ;

- Renforcer l'attractivité des métiers de la santé et de l'autonomie et inscrire les partenariats avec le continent dans l'organisation insulaire du système de santé ;

- Tenir compte des enjeux de modernisation et d'efficience des établissements au regard d'organisations plus coopératives et plus intégrées public-privé, mais également des coûts induits par des organisations à la fois polyvalentes, expertes et de surcroît adaptables, pour tenir compte des tensions, des crises sanitaires et de la saison estivale.

Le volet Corse de la stratégie nationale de santé **tient compte de la nécessaire élasticité du système résultant des fluctuations saisonnières dans un contexte d'insularité, de la complexité de transfert de patients vers d'autres régions et des risques émergents.**

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Définir un modèle rendant compatible une configuration de l'offre prévue pour une zone patientèle de 340 000 habitants et une suractivité saisonnière d'avril à septembre ;
- Assurer une capacité de suppléance locale en cas de tensions ou de crises sanitaires ;
- Organiser les réponses en termes d'anticipation et de gestion des risques émergents climatiques, environnementaux ou infectieux.

1.2. Le développement des filières hyperspécialisées en Corse

La stratégie en Corse concernant l'offre hospitalière et médico-sociale est décrite dans le schéma régional de santé qui reposent sur trois piliers :

- La stratégie nationale de santé et plus particulièrement son volet Corse (cf. chapitre 1.1) ;
- Le cadre d'orientation stratégique régional ;
- Les objectifs stratégiques déclinés en actions prenant appui sur les axes de travail définis à partir des constats et des partages d'expériences avec les acteurs du territoire.

L'offre en établissements de santé s'est structurée au fil des schémas pour concilier **proximité, accessibilité des plateaux techniques et expertise**. Elle intègre des activités relevant de plateaux techniques spécialisés départementaux, y compris de recours régional et interrégional. Cette offre graduée et évolutive a pour objectif d'éviter tout retard dans les soins voire un renoncement qui constituerait une iniquité d'accès aux soins pour la population insulaire et dans certains cas une perte de chances accrue au regard du vieillissement de la population.

Les contraintes sont de deux ordres : les files actives et la démographie médicale.

- Au regard des files actives, les activités de recours doivent être concentrées afin d'optimiser les moyens techniques (innovations technologiques) et humains, tout en considérant l'impact géographique de la configuration d'île-montagne et donc la recherche d'une limitation des déplacements de patients au strict nécessaire ;
- Compte tenu des problèmes de démographie médicale, l'offre en établissements de santé doit être attractive pour les jeunes générations et doit s'appuyer sur des effectifs consolidés en ressources humaines, avec si besoin l'appui d'équipes interrégionales permettant de concilier vie professionnelle et vie familiale pour les professionnels hyperspécialistes.

Ce sujet est abordé suivant cinq volets :

- L'évolution de l'offre au fil des schémas d'organisation sanitaire ;
- Les expériences de l'offre hyperspécialisée sur le territoire et leurs enseignements ;
- Les hyperspécialités absentes à ce jour ;
- La particularité de l'offre psychiatrique ;
- La transposition de la stratégie sanitaire aux filières d'accompagnement médico-social.

1. L'évolution de l'offre au fil des schémas d'organisation sanitaire

La Corse a connu plusieurs vagues au fil des années :

- Les flux du patient vers le continent permettant d'accéder à l'expertise médicale absente de l'île ;
- Les consultations avancées dans diverses spécialités : oncopédiatrie ; neuropédiatrie ; prise en charge de la maladie de Parkinson ; prise en charge des maladies neuromusculaires ; consultations de génétique et d'oncogénétique ; consultations d'oncologie médicale et oncohématologie adulte ; …. Ces consultations ont représenté une réelle avancée pour les patients limitant leurs déplacements, voire renonçant aux soins en raison de difficultés à effectuer des déplacements sur le continent. Toutefois, il est souvent difficile pour les professionnels engagés dans ces consultations avancées d'avoir un rôle dans le maillage territorial et l'animation du réseau des professionnels insulaires compte tenu du besoin important de temps clinique lors de leurs déplacements ;
- La consolidation des ressources humaines par l'intervention d'équipes extrarégionales a permis d'éviter les déplacements itératifs des patients, de consolider l'offre sur le territoire et ainsi de contribuer à l'organisation des prises en charge en lien avec les professionnels locaux. Ces nouvelles organisations ont permis de compléter l'offre de prise en charge par de nouvelles expertises, de sécuriser la permanence de soins et de permettre à de jeunes professionnels d'intégrer les équipes de manière plus sécurisée. Elles illustrent un changement de paradigme dans la stratégie régionale en développant une réponse proactive aux besoins de soins en région et non par une réponse conditionnée par un éventuel recrutement. Ces prises en charge permettent de dépasser la fragilité induite par des dispositifs ne reposant que sur très peu de ressources humaines et soumis à l'aléa de leur départ.

Les trois modalités organisationnelles ne sont pas exclusives et se conjuguent aujourd'hui, sachant que le renfort par des équipes en intra et extrarégional parait le plus efficient en terme de développement, de sécurisation de l'offre et d'attractivité pour les jeunes professionnels.

2. Les expériences de l'offre d'hyperspécialités sur le territoire et leurs enseignements

Des filières d'hyperspécialités se sont développées en région permettant ainsi de compléter l'offre régionale en renforçant les compétences.

On peut citer quelques exemples (la liste n'est pas exhaustive) :

- **Centre de Procréation Médicalement Assistée** : cette activité qui sera opérationnelle au centre hospitalier de Bastia en fin d'année 2024, portée par un partenariat public-privé, s'intègre dans une filière graduée avec une dimension « préservation de la fertilité » et fédère l'ensemble des acteurs de la spécialité conformément aux objectifs du projet régional de santé.
  Ce projet permet de mettre en lumière la prise en charge hybride (la proximité et centre d'expertise) et l'économie des déplacements pour les couples ;

- **Le Centre Ressource Compétence Sclérose En Plaque (CRC SEP)** : la mise en place d'un centre expert au centre hospitalier d'Ajaccio, labellisé en juillet 2022, permet les prises en charge en hospitalisation de jour (HDJ) en lien avec l'équipe de neurologues du centre hospitalier de Bastia, réalisation de consultations avancées au centre hospitalier de Bastia pour des patients orientés par les neurologues du centre hospitalier de Bastia évitant le sur-recours à l'expertise. Le CRC SEP assure également des actions de formation des professionnels de santé, des séances d'Education Thérapeutique du Patient et une activité de recherche en lien avec le CRC SEP de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Il anime le réseau de professionnels impliqués dans la prise en charge (SSR ESMS AFM téléthon/article 51 EqLAAT/article 51 Hospitalisation à Domicile) et est en lien avec les patients, par l'intermédiaire des associations d'usagers ;

- **Le Centre Mémoire Ressources Recherche (CM2R)** : la mise en place d'un centre expert au centre hospitalier de Bastia, avec l'organisation d'une filière s'appuyant sur deux consultations mémoires territorialisées des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, permet des bilans au sein des plateaux techniques spécialisés. Des antennes relais dans les hôpitaux de proximité en vue du repérage et de la prise en charge de cas simple, sont en cours de déploiement. Le CM2R a une mission d'expertise de cas complexes, d'animation de RCP, de formations des professionnels de santé et de recherche ;

- **L'activité de neuroradiologie interventionnelle** implantée au centre hospitalier de Bastia permet une prise en charge de la thrombectomie dans des délais compatibles avec la technique (< 6h) et des actes de neurologie interventionnelle pour le traitement des affections hors AVC. Cette activité de recours régionale se déploie en lien avec l'unité neurovasculaire du centre hospitalier d'Ajaccio et les Services d'accueil des urgences (SAU) en s'appuyant sur des protocoles de prise en charge (en cours de finalisation). Le centre expert assure la formation des acteurs impliqués dans la prise en charge. Le volet recherche devrait être intégré après consolidation des organisations sur la filière neurovasculaire. Cette activité est partagée avec des ressources extrarégionales de neuroradiologues interventionnels et de neurologues pour consolider le déploiement de l'unité neurovasculaire. L'implantation au centre hospitalier de Bastia élargit le panel des compétences par la présence au sein de la structure de l'activité de neurochirurgie à vocation régionale ;

- **L'activité de médecine interne au sein du centre hospitalier d'Ajaccio avec une expertise pour les maladies auto immunes et systémiques rares** : la reconnaissance d'un centre de compétences « maladies rares » permettrait (appel à projet national) de renforcer le rôle de centre expert et contribuerait à fluidifier le parcours de soins ;

- **La filière endométriose** : en cours de constitution, elle sera constituée d'un niveau 2 dans chaque département et d'un niveau expert 3 portant également le dispositif expert régional chargé d'assurer les missions d'animation du réseau (protocolisation, formation des professionnels de santé, lisibilité de la filière, …).

Ces organisations ont pour dénominateur commun de s'inscrire dans une gradation des prises en charge ayant pour principe de définir les prises en charge réalisables par l'équipe de proximité et de limiter ainsi le niveau de recours à l'hyperspécialité. Cette organisation nécessite de protocoliser les prises en charge et d'assurer la coordination des différents niveaux :

- 1er niveau correspondant au premier recours (l'exercice coordonné sera un levier pour ces organisations) ;
- 2ème niveau de recours, soit la spécialité (plateau technique spécialisé) ;
- 3ème niveau relevant du centre de référence : activité d'hyperspécialité. Elle a l'avantage pour le patient de limiter ses déplacements et la durée de ces derniers dans le centre recours en s'appuyant sur le virage ambulatoire au sein des unités de prises en charge (HDJ -UCA- RAAC).

L'organisation de ces filières d'hyperspécialités repose sur des équipes régionales publiques-privées nécessitant une harmonisation des pratiques et des échanges qui peuvent se construire autour des consultations avancées du centre expert et le recours à la téléexpertise. Le système d'information garantit une continuité dans la prise en charge par le partage des informations médicales, il doit intégrer les professionnels de ville pour un continuum ville hôpital indispensable à la qualité et à la sécurité des prises en charge.

La formation des acteurs est la garantie d'une filière performante permettant un repérage précoce, une prise en charge adaptée, un suivi au plus proche des environnements de vie et une gestion des complications ou des poussées évolutives des pathologies sans perte de chance pour le patient. Ainsi se constitue **le réseau de professionnels** nécessaire à la prise en charge, avec une montée en charge de compétences et une externalisation des expertises hors les murs du centre spécialisé. La lisibilité de ce réseau, facteur d'efficience de ce type d'organisation est assurée grâce à un accès facilité à l'expertise par des infirmiers de coordination des parcours, une hotline dédiée ou un mèl spécifique.
De plus, l'activité de recherche déployée par ces centres permet aux patients de bénéficier des évolutions thérapeutiques et technologiques.

L'éducation du patient et de son entourage, ainsi que le lien avec les associations d'usagers, renforcent la performance de ces organisations par une meilleure connaissance des besoins des patients et de leurs aidants.

A l'échelle insulaire, eu égard à la géographie, aux chrono-distances et au vieillissement de la population, les filières d'hyperspécialités sont à la fois comptables d'une offre graduée et d'un réseau d'acteurs de santé.

En effet, **les enseignements** qu'apportent ces modèles organisationnels de filières hyperspécialisées sont les suivants :

- Une organisation graduée permettant une prise en charge de proximité limitant les déplacements trop fréquents du patient et donc un juste recours à la structure hyperspécialisée évitant de l'emboliser par le primat des prises en charge pouvant être réalisées hors centre. Ces niveaux de recours (niveau 3) facilitent l'accès à l'expertise par l'analyse collégiale de certaines situations de patients au sein des réunions de concertation pluridisciplinaires voir pluriprofessionnelles, la mise à disposition de hotlines et de boites mèl dédiées ;
- Un maillage territorial avec des consultations avancées de l'hyperspécialiste sur l'établissement dépourvu de cette expertise et un accès facilité à cette dernière par la e-santé ;
- Une implication dans la formation des acteurs permettant la structuration du réseau, garantissant sa lisibilité et sa montée en compétence sur les évolutions des prises en charge ;
- Une activité de recherche permettant de déployer en région des inclusions dans des essais thérapeutiques, mais aussi des suivis de cohortes ;
- Un lien avec les associations d'usagers conférant à l'approche communautaire de la démocratie sanitaire un rôle central dans le rétablissement.

3. Les hyperspécialités à développer

Deux entités peuvent être regroupées sous le terme d'hyperspécialité :

1/ Les hyperspécialités en rapport avec l'innovation technologique

L'article L1115-1 du code de la santé publique rappelle les conditions d'encadrement de la pratique en lien avec l'innovation.

Pour mémoire, l'article L1151-1 du code de la santé publique rappelle que « la pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux, de leurs accessoires, et l'utilisation de médicaments nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées peuvent être soumises à des règles relatives :

- À la formation et la qualification des professionnels pouvant les prescrire, les pratiquer, les utiliser ou les mettre en œuvre sans préjudice, le cas échéant, du respect du code de déontologie médicale ;
- Aux conditions techniques de leur réalisation.

Elles peuvent également être soumises à des règles de bonne pratique.

Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.
L'utilisation de ces dispositifs médicaux, de ces médicaments et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé ou hôpitaux des armées. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, conjointement avec le ministre de la défense en ce qui concerne les hôpitaux des armées, arrêtent, après avis de la Haute Autorité de santé, la liste de ces établissements ou hôpitaux ou précisent les critères au vu desquels les agences régionales de santé fixent la liste de ces établissements.

Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches impliquant la personne humaine définies au titre II du présent livre et de celles relatives aux autorisations, aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II, III et IV du titre II du livre I^{er} de la sixième partie. »

En dehors de toute autre considération, la prise en compte d'une spécificité régionale, assise sur le volet Corse de la stratégie nationale de santé, n'a pas été retenue pour autoriser la pratique de certains actes dès lors que les sociétés savantes en avaient validé le principe et les conditions techniques de mise en œuvre.

C'est le cas par exemple de la pose de TAVIs.

POSE DE TAVIs

En l'état actuel du droit, les TAVIs ne sont pas inclus dans le périmètre de l'activité de cardiologie interventionnelle rénovée par le **Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022** relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie.

Critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs

L'activité d'implantation transcathéter des bioprothèses valvulaires aortiques (TAVIs) est encadrée depuis 2009 par l'application de **l'article L.1151-1** du code de la santé publique ➡ relatif aux **techniques innovantes**.
L'encadrement de cette activité a d'abord été précisé par la publication d'une liste nominative de 33 centres puis par la définition de **critères de compétences et de moyens**. Les critères d'éligibilité en cours de validité ont été définis par **l'arrêté du 28 mars 2019** puis prorogés par l'arrêté du **16 décembre 2020** consécutivement à la dernière évaluation menée par la HAS.

Ces critères étant valables jusqu'au 31 décembre 2023, la HAS s'est auto-saisie pour évaluer l'opportunité de les faire évoluer (*note de cadrage publiée le 9 janvier sur le site de la HAS*).
Les parties prenantes (CNP, associations de patients), les services du Ministère de la Santé et de la Prévention et les fabricants seront concertés pour actualiser le dernier rapport de 2020.

2/ Activités de mission d'intérêt général

La liste des activités non présentes sur la région est la suivante :

Les centres de référence maladies rares labellisés (hors centres inclus dans les MIG F05, F06, F07)
Les centres labellisés maladies hémorragiques constitutionnelles
Les centres labellisés mucoviscidose
Les centres labellisés sclérose latérale amyotrophique (SLA) et autres maladies du neurone moteur
La mortalité périnatale
Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral
Les centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE)
Les services experts de lutte contre les hépatites virales
Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)
Les centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)

Pour ces activités, des partenariats existent avec la région PACA. Il conviendra de s'interroger avec les professionnels concernés sur les **axes d'amélioration à développer dans les partenariats existants et de recenser les activités nécessitant un relais** sur l'île. La voie conventionnelle est à généraliser pour garantir la lisibilité de la filière et tenter une mise en réseau des acteurs de santé autour du patient.

De fait, les enseignements de l'article 51 « Référent parcours » porté par l'AFM Téléthon mettent en évidence :

- La valeur ajoutée de la structuration d'un niveau 2 sur le territoire (pour cet article 51 à partir des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia) conjuguée à l'utilisation de la téléexpertise ;
- Le caractère incontournable d'une intervention auprès des environnements en proximité du patient : médecin traitant, professionnels de l'accompagnement, aidants.

4. Focus sur la psychiatrie

Si la notion d'hyperspécialité n'est pas complétement applicable à la psychiatrie, les contraintes et les attendus en termes d'évolution et d'innovation des prises en charge fondent **la nécessité de doter l'île de centres experts**. Ainsi les centres ressources identifiés sur l'île sont :

- Le centre référent régional de réhabilitation psychosociale pour le centre hospitalier de Castelluccio ;
- Une ressource (0,5 ETP d'IPA) du centre régional du psychotraumatisme (centre régional du psychotraumatisme au CHU de Nice) implanté au centre hospitalier de Bastia.

Les objectifs poursuivis doivent permettre de consolider le niveau 2 pour les TCA et pour la prise en charge des patients à haut risque de transition psychotique pour l'adulte, ainsi que la filière de psychiatrie infanto-juvénile dans les différentes modalités : ambulatoire, équipes mobiles à partir des CMP et hospitalisation conventionnelle.

5. La transposition de la stratégie sanitaire aux filières d'accompagnement médico-social

Le déploiement de l'offre médico-sociale depuis 2010 tente de répondre à **un double enjeu** :

- Développer des modalités d'accompagnement de proximité en réponse à l'ensemble des besoins ;
- Faciliter l'accès à des ressources expertes pour améliorer le diagnostic, favoriser l'évaluation et la réévaluation aux fins de limiter les situations de rupture.

L'insularité complexifie cet enjeu en l'absence de prise en compte de ses impacts notamment dans le calibrage des ressources médico-sociales notifiées et en plaçant la région en situation d'autosuffisance sur de nombreux sujets. Le déplacement sur le Continent imposant un recours aux transports aériens ou maritimes à la fois aléatoires, coûteux et contraignants, induit en outre d'autres transports à l'arrivée. Or, pour une personne âgée et/ou une personne en situation de handicap, le déplacement vers le continent pour accéder à une expertise est extrêmement difficile à organiser du fait de son état de santé, de son handicap et de ses manifestations, des coûts et de la logistique induits… L'éventuel recours au continent coïncide, outre la problématique des transports, à des délais d'attente souvent très longs, voire incompatibles avec le besoin de la personne. Il en résulte donc un risque accru de renoncement aux soins possiblement générateur d'une dégradation de l'état général et de situations de rupture.

En outre, l'absence et/ou l'insuffisance de disponibilités de certaines expertises sanitaires sur le territoire régional, a pu induire un **déport sur le secteur médico-social**. Le déploiement du Centre Ressource Autisme (CRA) en est l'illustration puisqu'il s'est structuré et développé en dehors de toute mobilisation de l'offre sanitaire, complexifiant selon les situations le recours à des expertises nécessaires à l'évaluation et au diagnostic notamment (articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social). Cet aspect palliatif induit en outre un niveau de ressources médico-sociales qui n'est pas pris en compte dans les critères de répartition des crédits de l'ONDAM actuellement utilisés.

La Corse dispose à ce jour de 3 **centres ressources intervenant avec des niveaux de déploiement irréguliers** : Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) et CRC-SEP déjà cités et CRA (sans mission de recherche). La diversité des situations, notamment pour le handicap, impose par conséquent bien souvent le recours aux centres experts continentaux éloignés, quelques fois en dehors d'une inscription du parcours de l'usager dans une filière de soins régionale.

Or, l'intégration des dispositifs d'accompagnements médico-sociaux dans les filières d'hyperspécialités doit permettre entre autres d'assurer une lisibilité de l'offre de prise en charge pour les soins et l'accompagnement médico-social : du repérage des premiers troubles, du diagnostic précoce de la maladie/handicap, de sa prise en charge, du soin et de l'accompagnement médico-social, en fonction des troubles associés issus de la maladie/handicap.

Ainsi et en perspective :

- Renforcer le lien avec les filières **maladies rares** et les centres nationaux de ressources handicaps rares (4 CNRHR sur la France) dont les principales missions sont de :
    - Capitaliser un haut niveau d'expertise ;
    - Diffuser les connaissances autour du handicap rare ;
    - Appuyer la création des projets d'accompagnement individuel des personnes concernées ;
    - Appuyer les professionnels ;
    - Innover et créer des outils.

Un besoin accru existe sur la prise en charge de l'**épilepsie** largement présente dans les formes complexes de handicap.

- Soutenir la filière diagnostique pour :
    - Les troubles du neurodéveloppement en l'absence de Centre Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CR TLA) et du l'organisation et le fonctionnement du CRA, avec la perspective d'un CR TND imposant le recours aux neurosciences de façon accrue ;
    - Les maladies neurodégénératives en complément du Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) et du récent CRC-SEP.
- Disposer d'une offre permettant d'offrir à la population et aux offreurs médico-sociaux une expertise autour des besoins des personnes en situation de handicap présentant les profils complexes autour des problématiques de la douleur, de la génétique (adulte) et de la recherche de causes somatiques aux troubles du comportement.

Titre 2 : Encourager et valoriser le rôle actif de chacun dans le système de santé

Parce que chaque usager du système de santé en Corse a le droit de participer activement à la définition de sa propre santé, à ses besoins particuliers, notamment en tant que soutien d'une personne, et à la construction d'une société où tous peuvent s'épanouir, il apparait indispensable de soutenir et mettre en valeur le rôle de chacun dans le système de santé.

Cet axe fort du schéma régional de santé s'inscrit dans une démarche de reconnaissance de la diversité des individus et de recherche d'un accès équitable et adapté aux ressources et aux services de santé.

La mobilisation des acteurs pour accroître la démocratie sanitaire, la société inclusive et l'aide aux aidants est essentielle.

2.1 - DEMOCRATIE SANITAIRE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Approche participative axée sur l'implication active de la société, la démocratie sanitaire constitue un enjeu majeur dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. L'engagement, la participation et la vision holistique des usagers fondent les garanties de décisions transparentes, équitables, inclusives et responsables en matière de santé.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Le caractère transversal de la démocratie sanitaire en fait une approche dont la matérialisation et la valorisation reposent sur l'intégration systématisée des usagers dans l'ensemble des thématiques et des dispositifs de santé.

CONTEXTE

Démarche visant à promouvoir une participation active et équitable des citoyens en matière de santé, la démocratie sanitaire traduit aujourd'hui un **mouvement de réappropriation de la santé**, à travers une affirmation du sujet comme incontournable dans l'élaboration d'une politique de santé adaptée aux préoccupations et aux besoins des usagers.

La pandémie de la COVID-19 a ainsi souligné l'importance de l'implication citoyenne dans les prises de décisions, aujourd'hui facilitées par les nouvelles technologies et des outils de communication de plus en plus performants.

L'élévation du niveau général des connaissances et de la sensibilité des citoyens aux sujets médicaux est à relier à de nouvelles pathologies et à une médiatisation accrue des questions de santé. La société dans son ensemble se revendique comme étant de plus en plus concernée par les problématiques sanitaires.
En effet, la demande croissance de transparence traduit l'évolution d'une société plus consciente et plus éclairée sur les enjeux de santé. Ce contexte permet dès lors de rééquilibrer toutes les formes d'expertises et de positionner le savoir expérientiel des usagers au même niveau que les savoirs médicaux et techniques.
Ainsi, la démocratie sanitaire instaure une reconfiguration du système de santé vers un fonctionnement où toutes les parties prenantes, tous les acteurs, doivent être impliqués dans les décisions publiques de santé. Elle interroge le rôle de chacun, et notamment celui de l'usager qui se voit attribuer de nouveaux droits.
A ce titre, elle est un défi majeur nous astreignant à une **co-construction visant à renforcer la confiance** des usagers dans le système de santé.

Ces vingt dernières années, le constat est fait d'avancées significatives dans les organisations et les modalités de prise en charge ou d'accompagnement résultant des actions conduites par les usagers. De surcroît, les politiques de prévention et de rétablissement, plus développées désormais, reposent sur l'**adhésion des usagers** et sur leur rôle individuel mais aussi collectif de communication, notamment pour les jeunes qui ne représentent pas un groupe homogène avec les mêmes comportements et les mêmes perceptions de leur santé.

CONTEXTE (suite)

Si depuis plusieurs années, les instances de démocratie sanitaire ont été intégrées dans les processus d'élaboration des politiques nationales et régionales de santé, l'association des usagers dans le fonctionnement des services et établissements au sein de différentes commissions ou dans le cadre de diverses procédures, devrait significativement progresser.

Enfin, le **savoir expérientiel** est devenu une valeur ajoutée telle que le recrutement de pair-aidants, individus qui ont fait le choix de s'investir dans l'entraide, après s'être eux-mêmes rétablis d'un parcours personnel difficile. Conscients des problématiques de la personne aidée, ils bénéficient d'un statut de personne bénévole (travaillant pour une association) ou salariée, permettant de les inscrire dans la démarche de développement des pair-aidants professionnels.

ENJEUX

L'association et l'implication des usagers dans les processus décisionnels d'élaboration des politiques de santé favorisent non seulement une meilleure **connaissance** des besoins et une politique de santé adaptée, mais également l'émergence d'idées et de projets **innovants** permettant d'améliorer la pertinence des prises en charge et accompagnements.

Elle intervient à l'échelle des services et des établissements, au service de la **qualité** et de la **sécurité**.

Enfin, elle peut se traduire dans une forme plus intégrée par le recrutement de **pair-aidants professionnels**.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Les actions conduites et la mise en œuvre de dispositifs afférents à la démocratie sanitaire ont permis de conforter et légitimer les représentants des usagers et les instances dans leurs rôles.

Leur reconnaissance à l'échelle des services et établissements est à parfaire.

Leur association dans le fonctionnement même du système de santé répond aux enjeux d'adhésion et de reconnaissance du savoir expérientiel.

RESULTATS ATTENDUS

Les résultats attendus à cinq ans sont d'**adapter nos pratiques** à une législation marquée par une ambition de démocratie sanitaire, afin de réinstaurer un rapport équilibré entre les différents acteurs du champ de la santé, avec un idéal de dialogue, de savoirs partagés entre l'usager et les professionnels (transparence des pratiques, information, etc.).

Il s'agit en premier lieu de **conforter les instances** de démocratie sanitaire.

En second, il est attendu que les usagers soient de manière plus marquée et concrète, **associés au fonctionnement** des services et établissements.

Enfin, le **développement de la pair-aidance** est à soutenir.

DEMOCRATIE SANITAIRE

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La représentation de l'usager dans les instances du système de santé est sécurisée. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Multiplier les appels à **candidatures** auprès des associations des usagers, afin d'assurer leur représentativité dans les instances 2. Mettre en place des **formations** communes impliquant toutes les parties prenantes 3. Intégrer les usagers dans la **démarche qualité et les projets d'établissements** sanitaires et médico-sociaux, à travers les démarches de certification 4. Doter les instances de démocratie sanitaire d'une **autonomie d'action** 5. Faire du rapport annuel sur les droits des usagers un outil d'**évaluation** de l'accessibilité et de la qualité	1. Nombre d'appels à candidatures 2. Nombre d'usagers et de professionnels de santé participant aux formations 3.1 Taux de transmission des PV de Commission Droits des Usagers (CDU) et des conseils de vie sociale (CVS) (cible : 100 %) 3.2 Taux des projets d'établissements ayant recueilli l'avis des usagers (cible : 100%) 4. Signature de conventions-cadres avec la CRSA et les 2 CTS et suivi des actions 5. Exploitation du rapport par le suivi des recommandations

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Le savoir expérientiel est reconnu et favorisé par le développement de la capacité d'agir des usagers. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Créer une **fédération d'usagers** constituée de personnes qualifiées et de représentants issus des Commission Droits des Usagers (CDU) et des conseils de vie sociale (CVS) 2. Développer une stratégie de **communication** afin de promouvoir le dispositif d'agrément 3. Favoriser les **actions conduites par les associations** représentant les usagers à travers les appels à projets 4. Favoriser l'émergence de la **pair-aidance professionnelle**	1. Création de la fédération 2. Nombre de campagnes et d'associations agréées 3. Nombre de projets en réponse aux appels à projets favorisant l'expression de la démocratie sanitaire 4.1 Formation d'au moins 3 pair-aidants professionnels par an rémunérés 4.2. Nombre de dispositifs recrutant un pair-aidant

DEMOCRATIE SANITAIRE

OBJECTIF GENERAL N°3

La création de dispositifs de type « healthspaces », donne un meilleur accès à la promotion de la santé et un meilleur soutien des jeunes.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. S'appuyer sur les maisons des adolescents (MDA) pour **créer des espaces de type healthspaces**, à la fois en présentiel et en digital

2. **Développer des dispositifs d'« aller vers »** pour couvrir tous les territoires

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de dispositifs « healthspace » à cinq ans (cible : 1 par MDA)

2. Nombre de dispositifs « aller vers »

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

L'élaboration d'une politique de santé centrée avec et sur les usagers participera à l'amélioration et à l'aboutissement de projets adaptés aux réalités et besoins de la population.

LEVIERS EXISTANTS

La construction et l'usage d'un référentiel commun à l'ensemble des acteurs constituent un levier essentiel à l'atteinte des objectifs. A ce titre, la stratégie s'appuie sur :

- Le levier culturel (formation)
- L'ensemble des acteurs et services de l'ARS
- Un financement pérenne et reconductible

FACTEURS DE REUSSITE

La participation, l'implication et la volonté d'une collaboration active et transparente permettront d'intégrer la démocratie sanitaire dans la dynamique des projets portés par les différentes parties prenantes.

2.2 - SOCIETE INCLUSIVE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'inclusion c'est la mise en lumière du « plein droit » de toutes les personnes dans la société, quelles que soient leurs caractéristiques.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Numérique en santé, Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant, Démocratie en santé, Maladies neurodégénératives, Gériatrie, Parcours Santé précarité, Parcours handicap, Parcours Bien vieillir, Médecine
Un lien fort avec le PRAPS

CONTEXTE

Pour répondre à un accès difficile à l'école, au travail, à la santé, au logement, à l'information…, un nouveau concept « l'inclusion » s'est développé dans les années 1960-1970, lié au mouvement des droits humains, et s'est progressivement déployé dans l'arsenal législatif et réglementaire en santé en France. Il s'agit dans cette fiche transverse d'envisager la construction d'une société inclusive et solidaire en matière de santé, en respectant les différences et les singularités et en interrogeant la manière dont la société et ses multiples institutions conçoivent les différences comme le handicap, le vieillissement, la marginalité et accordent leur place aux personnes avec des « corps différents » pour sortir des discriminations et des préjugés. Cela signifie donc qu'un changement de regard et une adaptation de la société sont nécessaires et qu'il convient d'interroger la capacité du droit commun à s'adapter aux personnes les plus vulnérables. Toute amélioration de la société pour ces personnes (au premier chef, par l'engagement de publier avec des termes faciles à lire et comprendre et de développer un accueil attentionné) servira *in fine* à tous.

Ensemble pour une Corse inclusive

Personnes en situation de handicap | Personnes âgées | Personnes vulnérables | Professionnels de santé | Elus

CONTEXTE (suite)

Le concept de société inclusive s'appuie sur des outils spécifiques :

Le label « AMI DES AÎNÉS® » constitue un outil complémentaire au service des collectivités engagées dans le Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés®. Créé à partir de l'expérience des territoires impliqués et d'une large consultation des aînés en France, ce label vise à valoriser les dynamiques territoriales et à accompagner pas-à-pas les acteurs locaux dans la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration continue des politiques locales. Trois comités de suivi, réunissant des experts et partenaires majeurs, ont été créés afin de favoriser les échanges autour du processus d'élaboration du référentiel et du circuit de labellisation.

La démarche Territoire 100 % inclusif se structure selon les cinq axes définis par le Comité Interministériel du Handicap :

- Accéder à ses droits plus facilement
- Être accueilli et soutenu dans son parcours, de la crèche à l'université
- Accéder à l'emploi et travailler comme tout un chacun
- Vivre chez soi et se maintenir en bonne santé
- Être acteur dans la cité

Les labels et certifications HANDEO, fondés sur des référentiels rédigés par et pour les personnes en situation de handicap, associant les professionnels et les partenaires institutionnels, sont des outils répondant aux besoins et attentes essentiels des personnes en situation de handicap. Leur objectif est d'assurer que chacun puisse trouver une aide et un accompagnement sur mesure et à proximité, à toutes les étapes de la vie et quelle que soit la cause du handicap (cf. handeo.fr).

La grammaire multi sensorielle a pour objectif de :

- Concevoir une signalétique durable, pérenne et évolutive garantissant un fonctionnement inconditionnel
- Préfigurer la ville intelligente de demain, au service de la qualité d'expérience de ses citoyens
- Favoriser l'universalité et l'ouverture sur l'ensemble de la démarche partenariale

La méthode FALC (Facile à Lire et à Comprendre), vise à simplifier et à rendre accessibles des documents, qu'ils soient sur support écrit, électronique ou audiovisuel.

SOCIETE INCLUSIVE

ENJEUX

Toutes les personnes qui, du fait d'un handicap, d'une perte d'autonomie, ou d'une vulnérabilité plus sociale, ont besoin d'aides techniques, humaines ou financières doivent pouvoir exercer pleinement leurs droits en santé

CONSTAT SYNTHETIQUE

Les actions mises en œuvre au titre du précédent schéma au sein de l'offre de soins (comme l'unité pour sourds et malentendants au sein du centre hospitalier de Bastia) ou au sein du secteur médico-social (comme le financement d'un poste de faciliteur) sont restées modestes et ont trouvé parfois peu d'écho hors le champ spécialisé social ou médico-social.

Quelques autres actions ont permis le début d'une prise de conscience collective sur la nécessité de mettre l'accent sur ce sujet comme : l'équipement d'au moins une plage inclusive par commune possédant un accès au littoral, l'appui au dispositif Surdité de Corse pour la traduction en langue des signes françaises de réunions, l'appui à la semaine régionale du Handicap en Corse, promouvant la pratique inclusive en matière sportive, culturelle, citoyenne.

Une stratégie plus globale et plus transverse s'impose pour les années à venir.

RESULTATS ATTENDUS

Le regard que porte la société sur l'inclusion de ceux que la maladie, le handicap et les accidents de la vie ont rendu plus vulnérables, doit se transformer.

OBJECTIF GENERAL N°1

Le regard que porte la société sur les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et socialement vulnérables est changé.

TERRITOIRE CONCERNE

Territoires de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Faire référence de manière systématique à la société inclusive** dans tous les projets de l'ARS en précisant les modalités d'adaptation nécessaires de chaque projet aux personnes visées
2. **Promouvoir les démarches de labellisation**.

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1.1 Tous les appels à projets et contrats à la main de l'ARS (CLS, …) comportent une clause « Société inclusive »
1.2 Au moins 1 ville « amie des ainés » en Pumonte et en Cismonte à l'issue du PRS
1.3 Au moins une labellisation HANDEO ou Société inclusive ou grammaire inclusive par EPCI
1.4 Montant consacré au financement d'appels à projets ou appels à manifestation d'intérêt « société inclusive » (cible annuelle : 0,5% du FIR)
2.1. Au moins 1 ville « amie des ainés » en Pumonte et en Cismonte à l'issue du schéma régional de santé
2.2. Au moins 1 labellisation HANDEO ou Société inclusive ou grammaire inclusive par EPCI

OBJECTIF GENERAL N°2

Les actions sur la société la rendent plus inclusive.

TERRITOIRE CONCERNE

Territoires de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Développer la pratique d'une activité physique** pour les personnes en situation de handicap en ESMS et au domicile en ciblant prioritairement les enfants et les jeunes, et pour ce faire :

- Etablir un état des lieux des actions à destination des personnes en situation de handicap
- Mettre en place une communication à destination des personnes en situation de handicap
- Construire un projet sportif par ESMS
- Développer des antennes et/ou des écoles multisports adaptées

2. **Développer l'accès aux pratiques culturelles** des personnes en situation de handicap, âgées ou socialement défavorisées en s'appuyant sur le dispositif « culture et santé »

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1.1 Nombre de partenariats et coopérations entre les ESMS, les associations non gestionnaires des personnes en situation de handicap et des clubs sportifs en milieu ordinaire

1.2 Nombre d'actions relayées par les ESMS et/ou auxquelles ont participé les usagers dans le cadre de programmes d'accompagnement des grands événements sportifs en milieu ordinaire

1.3 Nombre d'actions d'activité physique ou sportive mises en œuvre au sein des clubs avec accueil d'au moins une personne en situation de handicap, à l'aide notamment d'une Malle Paralympique, contenant du matériel spécifique pour la pratique de para-sports et des fiches pédagogiques

2.1 Nombre de conventions avec les organismes culturels de Corse pour favoriser l'accueil des personnes en situation de handicap, âgées ou socialement défavorisées

2.2 Montant réservé dans le FIR pour les appels à projets en « culture et santé » (cible annuelle : 70 000 euros)

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Plusieurs études montrent que les publics ciblés dans cette fiche sont les plus éloignés du système de santé. Mobiliser la société Corse dans toutes ses composantes et ses forces vives contribuera à **réduire les inégalités en santé**

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur les partenaires (ES, ESMS, libéraux, associatifs agréés), les associations ou collectifs non gestionnaires, les citoyens et usagers, ainsi que le monde économique et les élus.

FACTEURS DE REUSSITE

L'élément clé est la systématisation de l'intégration de la société inclusive dans chaque sujet « santé », pour sensibiliser la société.

2.3 - AIDE AUX AIDANTS

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'aide aux aidants renvoie à la nécessité de favoriser le soutien à domicile et d'accompagner les aidants dans un cadre renforcé et adapté via le déploiement de solutions de répit afin de prévenir le risque de rupture.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Maladies neurodégénératives, Troubles du développement et du neurodéveloppement, Filière cancer, Maladies et handicaps rares, Numérique en santé, Parcours Bien vieillir, Parcours Handicap

CONTEXTE

Depuis 2020, le Gouvernement a mis en œuvre des actions pour soutenir les aidants, au travers notamment de la stratégie Agir pour les Aidants 2020-2022.

La Corse a orienté la question de l'aide aux aidants sur l'**amélioration des taux d'équipement en matière de répit**, afin de permettre à l'usager un accès facilité à une offre d'accompagnement adaptée à ses besoins quotidiens.

A ce jour, l'offre de répit PA/PH en Corse s'articule autour des dispositifs suivants :

- EHPAD avec places d'hébergement temporaire : 11 EHPAD sur 29 avec forfait soins, soit 44 places installées au total
- ESMS PH avec places d'accueil temporaire : 6 places installées
- EHPAD avec accueil de jour : 1 EHPAD sur 29 avec forfait soins, soit 6 places installées
- Accueils de jour autonomes PA/PH : 2 AJ, soit 27 places installées
- Plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) : 1 PFR MND et 2 PFR TSA
- Dispositif hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

La région ne dispose pas d'une stratégie aidants formalisée. Néanmoins, le schéma régional de santé 2018-2023 d'une part, intègre des objectifs stratégiques permettant d'insuffler une politique dynamique de soutien aux aidants au travers du déploiement d'une offre de répit de proximité ; et le plan de renforcement et de rattrapage de l'offre en faveur des personnes âgées dépendantes 2018-2028, d'autre part, définit une stratégie territoriale. Ils permettront de renforcer le déploiement de solutions de répit au travers de l'enjeu du « virage domiciliaire ».

Pour rappel, l'aidant assiste dans ses actes de la vie quotidienne (au moins deux fois par semaine) une personne de son entourage proche, qui du fait d'un handicap, d'un âge avancé ou d'une maladie ne peut pas vivre en totale autonomie.

CONTEXTE (suite)

Dans ce contexte, les proches aidants apportent une contribution décisive au soutien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi qu'à la prévention de leur isolement. Leur action doit être soutenue au travers d'un meilleur repérage des situations de rupture, d'un accès facilité à des solutions de répit de proximité, et du déploiement d'actions de soutien à domicile renforcées. Pour ce faire, le déploiement d'une offre de répit, au-delà du besoin d'évolution croissant des taux d'équipement, doit également s'inscrire dans le cadre d'un maillage territorial renforcé, au regard des contraintes géographiques de la Corse (île-montagne).

Dans le cadre de la Conférence Nationale pour le Handicap 2023, est attendue une nouvelle stratégie nationale pluriannuelle, qui devrait permettre d'assurer la poursuite des actions précédentes et notamment de renforcer le développement de l'offre de répit. Cette stratégie nationale pourra faire évoluer ou compléter les orientations déclinées ci-après.

ENJEUX

La notion du « bien vieillir / bien vivre chez soi » doit permettre de **maintenir la personne au domicile**.

La présence du proche aidant doit être encouragée, en tant que contributeur décisif du maintien à domicile de la personne aidée, via la mise en place de solutions de répit et le déploiement d'actions de soutien au domicile renforcées.

Les fragilités doivent être repérées pour prévenir les situations de rupture.

CONSTAT SYNTHETIQUE

La Corse ne dispose pas d'une stratégie aidant formalisée.

Les taux d'équipements en secteur PH ont été améliorés.

Un capacitaire d'accueil temporaire au sein des ESMS du secteur PH a été constitué.

Cependant, on constate un engagement limité des actions inscrites au PRIAC 2019 (secteur PA), ainsi que des taux d'occupation insatisfaisants au niveau de l'offre d'accueil temporaire (HT, AJ, PFR).

Les structures de répit sont concentrées sur les principaux territoires urbains.

Enfin, les besoins spécifiques des aidants de malades chroniques, ainsi que des aidants jeunes, ne sont pas pris en compte.

RESULTATS ATTENDUS

Une **stratégie** reposant sur un développement de l'offre en proximité est définie.

L'**offre** de répit présente sur chaque territoire de projet doit être **identifiée**.

Les usagers doivent avoir **accès au sein de chaque territoire** de projet à une offre de répit qualifiée et des formations/informations adaptées.

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les aidants ont un meilleur accès aux offres de répit grâce au développement d'un panier de répit au sein de chaque territoire de projet. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région avec déclinaison par territoire de projet**	1. Engager l'appel à projet visant au **développement de pôles territoriaux de répit**, intégrant l'accueil de jour et les plateformes de répit (PFR) 2. Autoriser au sein de chaque **EHPAD** un capacitaire **d'hébergement temporaire** 3. Renforcer le capacitaire d'**accueil temporaire** au sein des ESMS handicap et développer les séjours de répit programmés 4. Mettre en place des outils de **communication** adaptés permettant d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre, de relayer les actions de répit mises en place par territoire de projet et de renforcer l'accès à l'information relatif aux droits des aidants	1. Nombre de territoires de projet couverts par une PFR (cible : 100%) 2. Nombre de journées de formation organisées par les PFR à destination des aidants 3. Taux d'occupation des places d'accueils temporaires (PA : AJ-HT ; PH : AT) 4. Nombre de jours de séjours de répit programmés

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les binômes aidants/aidés ont un meilleur accès aux offres de relayages grâce au soutien de l'organisation d'interventions à domicile. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région avec déclinaison par territoire de projet**	1. Poursuivre le développement du **capacitaire de SSIAD renforcé** 2. Renforcer l'accès aux **psychologues** 3. **Rendre accessible une offre de relayage** au sein de chaque territoire de projet	1.1 File active des SSIAD renforcés 1.2. Nombre d'interventions moyennes annuelles par SSIAD renforcé 2. Nombre de personnes (aidants/aidés) ayant bénéficié d'une prise en charge par un psychologue salarié d'un SSIAD et d'une ESA-MND 3. Nombre de jours de relayage assurés par les plateformes de répit par territoire

AIDE AUX AIDANTS

OBJECTIF GENERAL N°3

Les aidants bénéficient d'un meilleur soutien grâce au repérage et à la prévention des risques/situations de ruptures.

TERRITOIRE CONCERNE

Région avec déclinaison par territoire de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Savoir **repérer les fragilités** à travers la constitution d'équipes mobiles de répit rattachées aux plateformes de répit

2. Soutenir le **déploiement des dispositifs de coordination** (DAC et Communauté 360)

3. Développer des **actions spécifiques** permettant de repérer et apporter un soutien aux jeunes aidants et aux aidants de malades chroniques

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de situations de ruptures repérées par les équipes mobiles de répit

2. Nombre de situations complexes gérées par le DAC et la Communauté 360

3. Nombre d'actions spécifiques à destination des jeunes aidants et des aidants de malades chroniques

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs fixés doivent permettre le soutien de la personne à son domicile le plus longtemps possible si elle le souhaite, tout en limitant la charge auprès de l'aidant afin de **prévenir les situations de ruptures**.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les Etablissement et service médico-social (ESMS) ;
- La Collectivité de Corse, ;
- La Conférence des Financeurs ;
- La Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) ;
- Le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) ;
- La Communauté 360 ;
- Les établissements de santé ;
- La pair-aidance.

FACTEURS DE REUSSITE

Une meilleure articulation avec les actions déployées dans le cadre de la Conférence des Financeurs doit être recherchée, afin d'engager des actions complémentaires.

Titre 3 : Mettre la prévention, la promotion de la santé et le rétablissement au cœur de la politique de santé

Les comportements, notamment compulsifs et dysfonctionnels, peuvent avoir un impact significatif sur la santé physique et mentale. A ce titre, la prévention et le rétablissement jouent un rôle clé pour prévenir et agir sur ces problèmes de santé.

Ces deux approches que sont la prévention et le rétablissement, sont interconnectées dans la promotion de la santé et du bien-être. Si la prévention a pour but de réduire les risques et d'éviter l'apparition de problèmes de santé, le rétablissement se concentre quant à lui sur le processus de guérison, de récupération et de réadaptation après avoir été touché par une maladie ou un problème de santé.

La promotion de la santé et du bien-être a partie liée avec l'environnement dans un contexte où ce dernier apparait désormais comme un déterminant de plus en plus impactant.

Le renforcement des actions stratégiques de prévention et de promotion de la santé passe donc par l'appropriation d'un concept émergent : le concept One Health et le développement d'actions pour un environnement favorable à la santé.

3.1 Focus sur la stratégie « Une Seule Santé » - « Una sola saluta »

Le concept de One Health - Une Seule Santé, Una Sola Saluta -encore appelé « Un monde, une santé »- est une approche interdisciplinaire qui reconnaît l'interconnexion entre la santé humaine, animale et environnementale. Il considère que la santé des êtres humains est étroitement liée à la santé de l'écosystème dans lequel ils vivent.

One health permet d'appréhender la santé de manière holistique – globale, multisectorielle et intégrée - de manière à réduire les risques et l'incidence des maladies, donc à améliorer la prévention et la promotion de la santé, et à développer la résilience du système de santé.

Développée depuis plus de 20 ans, cette approche fait l'objet d'un intérêt croissant, notamment depuis la pandémie de la COVID -19. Elle donne en effet une importance particulière au fait que de nombreuses maladies infectieuses affectant l'homme trouvent leur origine chez les animaux, qu'il s'agisse de maladies émergentes ou de maladies déjà existantes. Elle souligne l'importance du rôle de l'environnement, des pollutions mais aussi des modes de production, de la circulation des hommes et des animaux dans le développement de nombreuses maladies.

En Corse comme ailleurs, l'**enjeu** est de permettre à chaque partie prenante (professionnels de santé, acteurs du territoire, institutions et usagers) d'agir au quotidien pour améliorer la santé individuelle et collective, aujourd'hui et demain, notamment en réduisant par nos comportements et les choix opérés, l'exposome, c'est-à-dire l'ensemble des expositions environnementales auxquelles nous sommes soumis tout au long de notre vie.

L'approche One Health passe par des actions concrètes de sensibilisation et de formation des acteurs aux enjeux, d'amélioration de la détection des signaux d'émergence de pathologies, par leur prévention en réduisant l'exposition aux facteurs environnementaux (air, eau, alimentation, stress, …), par la préservation ou la restauration des écosystèmes, de la biodiversité, qui affecte durablement notre qualité de vie.

Une action de santé intégrée développe des **co-bénéfices** : elle améliore la santé des personnes tout en préservant ou restaurant la santé du vivant au sens large et les services écosystémiques. Ces « services » gratuits rendus par la nature nous permettent de vivre et de faire fonctionner notre société : production d'eau potable et cycle de l'eau ; production d'oxygène par la photosynthèse marine et terrestre ; production d'aliments par l'agriculture et les élevages ; tourisme grâce à la qualité de l'environnement ; …).

L'un des principaux **objectifs** est de diminuer l'incidence des pathologies chroniques d'origine environnementale : pour partie les cancers ; maladies cardiovasculaires ; maladies endocrines ; allergies ; maladies et troubles psychiques, etc. Grâce à l'efficacité des actions de prévention – promotion de la santé et des choix opérés par les acteurs du système de santé dans le cadre du concept One Health, la baisse des besoins permettra de limiter la demande de soins pour être en capacité de maintenir une offre de santé de qualité, pour tous, sur tout le territoire.

La **stratégie** à construire par l'ARS et ses partenaires est de développer une méthodologie de travail collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire, validant l'impossibilité d'aboutir à des solutions durables en santé si elle ne se concentre que sur un seul et unique secteur.

L'ARS proposera un accompagnement selon le besoin de chaque territoire : formation pour les acteurs ; palettes d'outils concrets et adaptés aux priorités du territoire ; orientation vers des experts pour lancer des actions spécifiques ; parangonnage auprès d'expériences réussies.

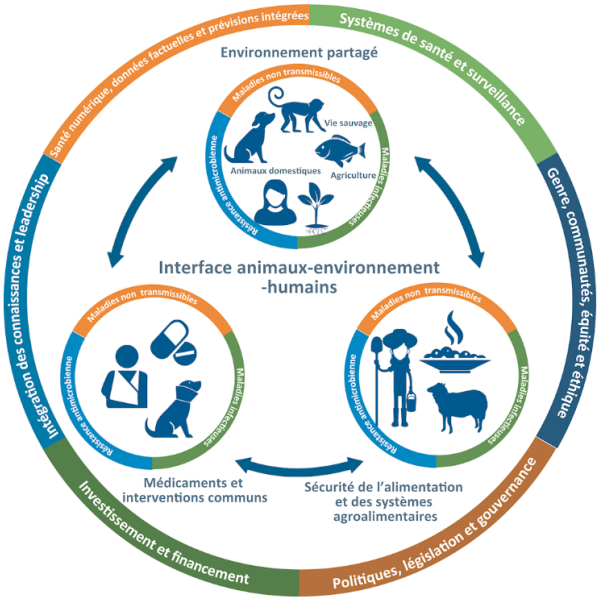
Le **plan régional santé-environnement** co-piloté par la Préfecture, l'ARS et la Collectivité de Corse intègre l'approche One Heath. Il offre l'opportunité de travailler sur la santé de manière systémique, d'agir en prévention (sensibilisation, bons gestes, formation), de mesurer les impacts environnementaux de nos activités humaines, de réduire nos expositions aux risques et de préserver un cadre de vie sain. Si le Plan Régional Santé Environnement 4 mettra plus particulièrement en avant l'approche One Health, le présent schéma l'intègre tout autant.

En se saisissant du cadre One Health, chaque acteur, va contribuer à une vaste palette de résultats en matière de santé publique, mais aussi de sécurité alimentaire et environnementale.

Le processus d'élaboration d'actions dans le cadre de l'approche One Health doit prendre en compte le fait que ces projets s'inscrivent, par nature, dans un investissement sur le long terme, et notamment intégrer le temps indispensable pour que les interventions parviennent à instaurer de la confiance et à nouer des partenariats durables inter-institutionnels.

La crise du COVID-19 a montré à quel point il est crucial de préserver l'équilibre et le lien entre la santé des êtres humains, des animaux et de la planète. Adopter ou soutenir l'approche One Health permet de développer des co-bénéfices durables et de favoriser le leadership communautaire pour sécuriser notre cadre de vie et celui des générations à venir sur le territoire Corse.

Graphique 8.1. **L'approche « Une seule santé »**



Source : Amuasi, J. et al (2020[3]), « Reconnecting for our future: The Lancet One Health Commission », *The Lancet*, vol. 395/10235, pp. 1469-1471, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620310278?via%3Dihub.

3.2 - PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE - COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'ensemble des stratégies pour prévenir et réduire les pathologies et les situations de handicap, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, permettre la prise en main par chacun de sa santé et favoriser le développement d'un environnement physique et social protecteur et durable.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Premier recours, Biologie médicale, Pharmacie d'officine, Numérique en santé, Réhabilitation, les 8 Parcours prioritaires de santé

CONTEXTE

La promotion de la santé et la prévention ont bénéficié de progrès importants obtenus en recherche interventionnelle, en sciences humaines, politiques et sociales. De nombreux programmes probants, comme l'illustre récemment Santé Publique France (SpF) avec les **compétences psychosociales** (CPS), sont désormais accessibles. Ces dernières constituent un **ensemble cohérent et inter-relié de capacités psychologiques** (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (*empowerment*), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives (SPF 2022). Les CPS représentent un socle générationnel qui vaut sur toutes les thématiques.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 s'est attachée à développer de nouveaux modes d'intervention vis-à-vis de déterminants de santé et de conduites à risque. Les plans nationaux ont pu être déclinés localement : santé sexuelle, nutrition, activité physique et prévention des addictions, le plan cancer, … Dans ce cadre, l'ARS a notamment validé des programmes d'éducation thérapeutique du patient et labellisé des Maison Sport Santé.

La crise environnementale s'impose dans l'agenda des décisions. L'appropriation du **concept « One Health »** qui vise à mettre en lumière les relations entre la santé humaine, la santé animale et les écosystèmes et à faire le lien entre l'écologie et les médecines humaine et vétérinaire, mobilise la société civile. La prise en compte de l'émergence et la ré-émergence de pathologie infectieuse, de la contraction de l'offre d'énergie à horizon 2030-2050 amènent à intégrer une offre de prévention importante dans nos programmations au titre du Schéma Régional de Santé et du 4ème Plan Régional Santé Environnement.

La part importante du **gradient social** et des vulnérabilités sociales dans l'exposition aux situations et comportements à risque, nécessite une approche préventive sélective. La prise de conscience collective du poids des violences subies à tous les âges de la vie (dont les violences sexuelles) et des violences institutionnelles dans l'expression de la souffrance physique et psychique, conduit à développer des programmes d'actions, visant à prévenir et à gérer des situations à risque.

ENJEUX

En matière de performance : l'application des démarches en promotion de la santé s'appuie sur une succession de plans nationaux thématiques, priorisés, et suscite en même temps un sentiment de morcellement des actions. Les interventions proposées peuvent apparaitre peu efficientes.

En matière de mobilisation : les consultations successives des citoyens au cours de la crise sanitaire ont souligné les attentes en matière de prévention en particulier à l'occasion des débats conduits dans le cadre du conseil national pour la refondation. Les inégalités sociales et territoriales de santé ne se réduisent pas, voire ont été majorées, à l'issue de la crise sanitaire récente. L'impact des maladies chroniques en termes démographique et de qualité de vie au quotidien demande une mobilisation de tous pour investir en prévention.

En matière de ciblage : l'impact du gradient social sur les inégalités de santé appelle à s'inscrire davantage dans de nouveaux repères plus proches du quotidien et dans la proximité géographique et sociale. Le développement d'une prévention n'est plus uniforme, mais s'adapte territorialement dans ses modalités et intensités selon les besoins et vulnérabilités des sous-groupes de population.

En matière de formation : pour mettre en œuvre ces principes des compétences sont indispensables à mobiliser. Travailler aux alliances au sein des communautés entre professionnels, usagers et représentants institutionnels, impliquer de nouveaux secteurs de la société civile, c'est également s'inscrire dans les métiers de médiation en santé. Le développement des compétences psychosociales à tous les âges de la vie nécessite également une ingénierie de formation et de pilotage, à consolider. Un effort de formation en promotion de la santé est également à porter auprès des professionnels du premier recours, afin de soutenir des modes d'intervention au plus près des usagers.

PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE - COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

CONSTAT SYNTHETIQUE

La **couverture des 9 territoires de projet** par des contrats locaux et/ou des contrats territoriaux de santé est partielle. Par ailleurs, il n'y a pas de contrat local de santé mentale (CLSM) conforme au modèle du centre national de ressources et d'appui aux CLSM.

La **couverture vaccinale** est à maintenir pour les vaccinations obligatoires, mais à améliorer pour les communautés et populations à risque pour la grippe, la COVID-19 et le pneumocoque. Le taux de vaccination contre le papillomavirus chez les adolescents est inférieur à la valeur nationale.
Le recours au dépistage organisé des cancers est encore en concurrence avec le dépistage individuel. Une évolution de la pratique des professionnels et de celle des usagers est encore à soutenir.

Peu de **professionnels de santé du premier recours** sont formés au repérage précoce et à l'intervention brève en addictologie. Toutefois les professionnels de premier recours au sein d'ESP/MSP se saisissent de plus en plus de projets de prévention (ICOPE, EVA CORSE, dépistage cancer poumon, ETP).
L'habilitation d'une maison sport santé par département a été facteur de développement de l'activité physique adaptée.
L'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Corse assure un rôle de ressource en éducation thérapeutique du patient, en formation et en accompagnement méthodologique et animation territoriale, avec un site à Ajaccio et un site à Bastia.

Un cadre de coopération interinstitutionnelle avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse, promotrice de santé, et l'Académie de Corse, pour la déclinaison des priorités des plans de santé publique, a été défini.

Enfin, la prévention peut s'appuyer sur le service sanitaire des étudiants en santé.

RESULTATS ATTENDUS

Une **animation en mode projet** doit être mise en œuvre sur chacun des 9 territoires de projet :

- Pour le développement des compétences psychosociales à tous les âges et dans les milieux de vie ;
- Pour le déploiement d'approches multimodales de prévention et d'interventions communautaires.

Une **offre de formation** doit être diffusée pour permettre le développement des CPS, avec une ingénierie de communication et un accès à l'identification des ressources.

Enfin, le **nombre de pairs-aidants** professionnels et bénévoles doit progresser.

PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE - COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les CPS deviennent le sous bassement du développement des stratégies de prévention pour tous les âges de la vie **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Assurer au niveau de chaque contrat local de santé un **pilotage** en mode projet 2. Mettre en place une ingénierie de **formation** selon 3 niveaux en Corse-du-Sud et en Haute-Corse 3. Soutenir une **animation** interinstitutionnelle	1. Nombre d'intégrations de programmes ou d'interventions probantes par milieu de vie (source IREPS) soutenant la déclinaison des feuilles de route nationales par champ et périmètres de compétences 2.1 Pour le niveau 1 : Nombre de personnes sensibilisées 2.2 Pour le niveau 2 : Nombre de personnes habilitées à déployer une intervention probante 2.3 Pour le niveau 3 : Nombre de professionnels de niveau 2 ressources pour former au niveau 1 et au niveau 2 sur un territoire (source IREPS) 3. Installation d'un comité de pilotage régional associant les professionnels, représentants des usagers et institutions du champ de la santé en charge notamment du suivi des indicateurs nationaux définis dans une dimension générationnelle pour 2037
OBJECTIF GENERAL N°2	**OBJECTIFS OPERATIONNELS**	**INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)**
Les territoires de santé deviennent des espaces de vie promoteur de santé intégrant l'approche One Health **TERRITOIRE CONCERNE** **Territoire de projet**	1. Déployer par les professionnels du premier recours au sein des structures d'exercice coordonné les **pratiques cliniques préventives** : vaccination, dépistage et repérage précoce, éducation thérapeutique et activité physique adaptée 2. Recours aux **consultations de prévention aux âges ciblés** : 20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans 3. Favoriser les interventions synergiques de plusieurs déterminants de santé auprès de **publics à risque ou vulnérables** 4. Inscrire la **dimension environnementale durable** dans les projets de prévention	1.1 Nombre d'actions de prévention portées par des structures d'exercices coordonnées et nombre de personnes concernées (*source IREPS*) 1.2 Taux de couverture vaccinale par Conseil Territorial de Santé (*source SpF*) 1.3 Référent en promotion de la santé, identifié au sein des communautés professionnelles territoriales de santé et des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (*source MSP, CPTS*) 2. Nombre de bénéficiaires (*source Assurance maladie*) 3. Nombre de bénéficiaires par type d'action par territoire de projet (*source AAP et IREPS*) 4. Nombre, type d'action et d'intervention sur le mode de vie au domicile et en milieu professionnel (*source AAP, FIR ARS*)

PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE - COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

OBJECTIF GENERAL N°3

Les usagers (et leurs représentants) sont acteurs de leur santé grâce au développement de leur pouvoir d'agir

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Sensibiliser et former** les pairs-aidants bénévoles et professionnels

2. Accompagner les usagers et les aidants pour **produire des projets de prévention**

3. **Susciter et faciliter le débat ou le plaidoyer** au sein des communautés et des territoires

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de dispositifs recrutant un pair-aidant

2. Nombre de projets de prévention impliquant la participation des représentants d'usagers, des aidants, des citoyens suivis par l'IREPS (Source IREPS) (Cible : 100% au terme du schéma)

3. Nombre de débats et de concertations recensés par territoire de santé projet (source IREPS) (Cible : 1 démarche par an et par territoire de projet)

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La capacité de décision favorable à la santé doit être améliorée à tous les âges de la vie.

Pour ce faire, il convient de **disposer en proximité des ressources de prévention adaptées à chaque public**. Cet ancrage local doit permettre de proposer des actions dans le quotidien de la population. Le développement du soutien communautaire et de l'engagement dans la société inclusive est à renforcer.

Faciliter l'**identification des ressources et des programmes probants** disponibles doit permettre de gagner en efficacité.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Corse, une ressource technique, soutien à la dynamique locale des Contrats Locaux de Santé et des Contrats Territoriaux de Santé, ainsi qu'en matière de réhabilitation.

Elle se fonde également sur la coordination interinstitutionnelle et les structures d'exercice coordonné.

Enfin, la disponibilité de programmes probants, au côté des Appels à Projets (AAP) annuels en prévention et promotion de la santé, ainsi que les AAP des partenaires institutionnels dont notamment ceux de la Collectivité de Corse et de l'assurance maladie, sont un des leviers de la stratégie.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont premièrement de travailler à **l'organisation d'universités d'été** sur les sujets d'environnement, de société inclusive et de développement communautaire.

Il s'agit par ailleurs de s'appuyer sur les **infirmiers de pratique avancée** et les **médiateurs de santé** et les **pair-aidants**.

Les **approches pédagogiques** par le numérique et la simulation, l'animation de réseaux sociaux, en s'adaptant aux **nouveaux modes de communication**, sont enfin des stratégies innovantes à mobiliser.

3.3 - ADDICTOLOGIE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'addiction ou la dépendance se traduit par l'envie répétée et irrépressible de faire un acte ou de consommer une substance en dépit de la motivation du sujet et de ses efforts pour s'y soustraire. C'est un phénomène multifactoriel (biologique, psychique, social…), dans son processus comme dans ses conséquences.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Psychiatrie, Soins médicaux et de réadaptation, Premier recours, Prévention et promotion de la santé - Compétences psychosociales, les 8 Parcours prioritaires, Les offres d'accompagnement du secteur médico-social

CONTEXTE

Le périmètre de l'addiction porte traditionnellement sur **la consommation de substances psychoactives, licites ou non,** (tabac, cigarette puff, alcool, drogues…), et concerne aujourd'hui des modes de consommation différents voire accidentogènes (alcoolisation ponctuelle importante dite « binge drinking » ; consommation de protoxyde d'azote chez les jeunes en milieu festif ; …). De plus, l'accès au marché de substances toxiques et illicites sans cesse nouvelles est fortement facilité via les réseaux sociaux.

Aujourd'hui, l'addiction comprend aussi les **consommations sans substance** qui ne se limitent pas aux jeux de hasard et d'argent, mais s'étend aux écrans (téléphones portables, tablettes, ordinateurs…) dès le plus jeune âge ou dès l'usage du numérique. Les conséquences familiales et sociales sont dévastatrices pour l'usager dans son environnement. Autant de comportements pouvant aboutir à une dépendance dangereuse pour la santé.

C'est pourquoi la prévention et la lutte contre les addictions constituent un enjeu de santé publique majeur. Plusieurs plans et programmes ont une dimension interministérielle et ciblent l'ensemble des addictions avec ou sans substance : alcool, tabac, écrans…
Le périmètre du fonds de lutte contre les addictions a lui aussi été élargi aux addictions sans substance (jeux pathologiques, cyberdépendance…).
La Haute Autorité de Santé a démontré l'efficacité du « repérage précoce et de l'intervention brève » sur la consommation du tabac, de l'alcool et du cannabis.
La personne confrontée à un comportement de dépendance a besoin d'une aide et d'un accompagnement spécifiques relevant de l'articulation de plusieurs disciplines (médecine ; psychologie ; intervention sociale ; éducative ; protection judiciaire ; …).

Il n'y a pas de modèle unique pour apporter une réponse adaptée à l'évaluation de ses besoins, mais une offre de services transversale et complémentaire du **secteur social** (réduction des risques, médiation sociale, …), du **médico-social,** (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres de soins et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), consultations jeunes consommateurs (CJC) ; du **secteur sanitaire** (prise en charge hospitalière, équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), unité de sevrage complexe) et de la **médecine de ville** (repérage précoce par les professionnels de santé libéraux ; prévention ; …). .

Le plan national de mobilisation contre les addictions (2023-2027) souligne l'**importance de l'action territoriale** pour faire évoluer notre regard sur les conduites addictives, met l'accent sur la prévention des addictions auprès des publics les plus vulnérables du fait de leur âge ou de leurs fragilités et vise à apporter une offre de qualité à la diversité des problématiques addictives.

ADDICTOLOGIE

ENJEUX

Les enjeux sont nombreux. En effet, il s'avère primordial :

- D'**informer les citoyens** et prévenir les jeunes sur les addictions pour éviter la consommation
- De **former les professionnels** au repérage précoce et à l'intervention brève d'une part, et à réduire les risques de morbidité et de mortalité d'autre part
- De rendre plus accessible l'offre médico-sociale et sanitaire déployée en région
- De permettre à des spécialistes d'**anticiper l'évolution des risques** liée aux nouveaux modes de consommation.

CONSTAT SYNTHETIQUE

L'offre est structurée autour de 3 CSAPA, 1 CAARUD, 2 ELSA, d'unités de sevrage complexe et de consultations jeunes consommateur. Cependant, la coopération entre ces différents dispositifs s'avère insuffisante, ce qui ne permet pas de garantir la continuité de la prise en charge du patient.
De plus, un service de soins de suite et de réadaptation avec option addictologie a été autorisé.
On constate en parallèle, une hausse des consommations addictives festives chez les jeunes (cigarettes puff, *binge drinking*, protoxyde d'azote), ainsi qu'un nombre de passages accru aux urgences pour alcoolémie élevée chez les hommes (49 ans), et des comorbidités psychiatriques.
Comparé au national selon les dernières études, la consommation d'alcool des jeunes en Corse est plus forte et les niveaux de tabagisme et d'API au-dessus de la moyenne nationale.
Dans quelques années, le nombre de décès pour cancer du poumon dépassera chez les femmes celui du cancer du sein.
Enfin, les addictions aux écrans n'ont pas été mesurées chez les enfants.

RESULTATS ATTENDUS

Le premier résultat est d'**éviter la première tentative** de substance psychoactive et la **baisse** de la consommation.
Les expériences accidentogènes de type *binge drinking* et la consommation de tabac (jeunes et femmes enceintes) doivent diminuer.
Le nombre de **professionnels formés** au repérage précoce et intervention brève (tous secteurs de métiers confondus), ainsi que les **lits** de sevrage complexe seront **augmentés**.
Ainsi, la **jeune génération** sera prévenue sur la dangerosité des addictions et **formée** à l'usage modéré du numérique.

OBJECTIF GENERAL N°1

La population accède à une offre diversifiée, graduée et cohérente d'accompagnement, de prise en charge et de soins en addictologie sur l'ensemble de la région.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Former les professionnels** de santé, les travailleurs sociaux, les professionnels du secteur de l'enfance, les acteurs de terrain dans l'accompagnement médico-psychosocial au repérage précoce et à l'intervention brève
2. **Déployer l'offre** de sevrage de **niveau 1** sur les territoires de projet, en ouvrant des antennes de CSAPA (ou CSAPA hors les murs) et des consultations jeunes consommateurs
3. **Faciliter l'accès à une offre de niveau 2** en région par une unité de sevrage complexe supplémentaire
4. **Améliorer le partenariat** entre les professionnels des différents secteurs : social, médico-social, sanitaire et de la médecine de ville
5. **Positionner le CAARUD** comme ambassadeur de la réduction des risques en région

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. 1. Nombre de professionnels formés
1.2. Nombre de passages aux urgences pour usages à risque chez les moins de 25 ans
2. File active des interventions des dispositifs avancés et couverture territoriale
3. Taux d'occupation des unités en sevrage complexe pour les moins de 30 ans
4. Nombre et type d'interventions des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
5. Nombre de prises en charge par le CAARUD

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La population à tous les âges de la vie bénéficie d'interventions préventives coordonnées en prévention des addictions avec ou sans substance. **TERRITOIRE CONCERNE** **Territoires de projet**	1. Instaurer les **lieux** de santé **sans tabac** et les espaces de travail sans tabac 2. **Accompagner les maires** face aux conduites addictives selon le guide de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives 3. **Réduire les risques de consommation** auprès des jeunes dans chacun de leur environnement (familial ; sportif ; scolaire ; étudiant ; associatif ; …) 4. Déployer des **programmes probants** relatifs aux compétences psychosociales (CPS) 5. **Positionner le CAARUD** en région, comme ambassadeur de la réduction des risques de consommation de drogues	1. Conventions avec les services de santé au travail et les établissements de santé et médico-sociaux. 2. Nombre de réunions d'élus par territoire de projet 3.1 Taux d'établissements scolaires engagés dans des programmes de prévention par territoire de projet 3.2. Taux de structures d'accueil des enfants et des jeunes engagés dans des programmes de prévention par territoire de projet 4. Nombre d'enfants et de jeunes bénéficiant de programmes probants CPS 5. Nombre de professionnels formés à la réduction des risques par le CAARUD

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La coopération des partenaires impliqués dans la prise en charge et la prévention des addictions est rendue plus efficace. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. **Installer une communauté d'acteurs spécialisée en addictologie**, avec : • Une mission de débat et de partage de l'information auprès des acteurs de terrain sur l'addiction • Un rôle de veille sur l'émergence de nouvelles addictions ou de nouvelles substances • Une définition d'axes de réflexion, d'analyses et d'enquêtes • Des propositions de projets de prévention 2. Programmer de manière coordonnée les **appels à projets**, via l'activation d'un comité de coordination et de financement 3. **Optimiser les financements**	1. Mise en place d'une procédure de diffusion de l'information en région auprès des professionnels et de la population sur l'addiction, les dispositifs de prévention, d'aide sociale, d'accompagnement médico-social et de prise en charge sanitaire 2. Validation d'un cahier des charges pour une campagne de prévention pro-active face à l'évolution rapide des risques (nouvelles substances psychoactives sur le marché) 3. Nombre de réunions de la Commission de Coordination des Politiques Publiques de la Prévention et de la Promotion de la Santé sur l'Addictologie élargie aux co-financeurs

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs sont définis dans le but de **réduire les complications** somatiques, psychiques et sociales à court et moyen termes.

Il est par ailleurs crucial de faciliter l'**évolution des représentations sociales** de l'usage de substances vers la réduction des risques et le recul de l'âge du premier usage.

Enfin, il importe de **réduire le risque de désocialisation** en particulier avec les addictions sans produit.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les structures et les dispositifs existants : contrats locaux de santé ; maisons de santé pluriprofessionnelles ; instituts de formations en soins infirmiers ; … ;
- Les modalités de financement par le fonds de lutte contre les addictions et le fonds d'intervention régional ;
- Des partenaires variés dont : l'Education nationale, les travailleurs sociaux, le réseau associatif, les dispositifs d'insertion, la Collectivité de Corse et l'université de Corse.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont de :

- Lancer une **grande campagne d'information** sur les addictions auprès du public ;
- Développer la **formation continue** des professionnels sur ces sujets ;
- **Prévenir et responsabiliser** les jeunes générations dans leur environnement : jeux éducatifs, ateliers dans les écoles, création d'un reportage, activités ludiques d'apprentissage ;
- Créer un **groupe d'étudiants** sur la pharmaco-vigilance à l'université ;
- Permettre une **prise en charge continue des grands précaires** en situation d'addiction par des professionnels formés grâce à des formations validantes ou diplômantes.

3.4 - TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Les troubles du comportement alimentaire (TCA), comportent l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les troubles non spécifiés. Le périmètre intègre également le surpoids et l'obésité avec ou sans TCA.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Premier recours, Chirurgie, Psychiatrie, Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant, Médecine, Prévention et promotion de la santé – compétences psychosociales, Parcours Santé mentale, Parcours Bien vieillir, Parcours Handicap

CONTEXTE

Les TCA sont susceptibles d'évoluer vers des complications somatiques et psychiatriques graves, mettant en jeu la santé, l'insertion sociale et menaçant le pronostic vital. Ils sont responsables d'une surmortalité importante, selon le trouble de 2 à 12 fois plus importante qu'en population générale. L'obésité est aussi le facteur de risque principal de nombreuses maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires ; diabète de type 2 ; cancers ; …). Ils représentent un impact majeur pour la collectivité et sont marqués par de **fortes inégalités sociales et territoriales**. L'anorexie mentale représente ainsi l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie entre 20 à 50% si l'obésité existait avant la puberté et entre 50 à 70% pour une obésité après la puberté.

TCA, surcharge pondérale et obésité : un sujet de santé publique mais des données de prévalence partielles

L'enquête EnCLASS réalisée en 2018 dans les collèges montre que la **proportion de collégiens** présentant un **surpoids en Corse est légèrement plus élevée** que la moyenne nationale. La proportion de collégiens *en situation de surpoids* atteint 12,7% contre 9,2% de moyenne nationale. En revanche, il n'y a pas de différence sur la proportion de collégiens *en situation d'obésité* entre la Corse et les autres régions.

Des données de consommation de soins : stabilité du nombre de prises en charge

Une offre existante mais non structurée

Le premier recours propose des initiatives prometteuses au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, des structures référencées par l'assurance maladie, des actions ciblées par la MSA (forfait diététicien et psychologue) –avec un reste à charge important–, ainsi que du coaching de diététiciennes à l'université de Corse.

La prise en charge en milieu hospitalier est stable en nombre de séjours et de patients. On observe une faible file active en **psychiatrie** avec, en 2021, 26 patients en ambulatoire et 18 résidents en hospitalisation. Il subsiste des difficultés de prise en charge pluridisciplinaire. En **Médecine Chirurgie Obstétrique,** on dénombre moins de 300 résidents avec un diagnostic de TCA, concernant majoritairement l'anorexie.

CONTEXTE (suite)

Le taux de recours à **la chirurgie bariatrique** en Corse est comparable à celui du national. Quelle que soit l'année considérée, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à avoir recours à la chirurgie bariatrique. On constate par ailleurs un taux de fuite supérieur à 30%.
La chirurgie bariatrique entraine une conséquence de changements pharmaco-cinétiques. Des actions sur le bon usage et la gestion des médicaments et des compléments alimentaires, avec sensibilisation des patients et des professionnels de santé, seront portées par l'OMéDIT PACA-Corse.

Le bilan fait également apparaître des activités ponctuelles en Centre Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (27 patients en 2021 en CSAPA de l'ADPS), ainsi que des **Soins de Suite et de Réadaptation** avec mention spécialisée « affections métaboliques et endocriniennes » à recours régional. Cette dernière activité est constante (autour de 50 patients). Les manifestations morbides principales les plus fréquentes sont des obésités. L'âge moyen des patients est de 59 ans. Des prises en charges de TCA sont également assurées.

La prévention
Le contexte est favorable à la prise de conscience et à l'outillage pour déployer des actions probantes de proximité, comme le développement des programmes de compétences psychosociales et les consultations de prévention aux âges clés de la vie.
Une dynamique est engagée dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale sur le repérage précoce des troubles psychiques. Elle offre la perspective d'un groupe de travail de la communauté psychiatrique de territoire sur le repérage des TCA.

La nécessaire gradation de l'offre en 3 niveaux
L'offre de soins en TCA est appelée à se structurer en plusieurs niveaux selon le degré de prise en charge et de complexité :

- 1er niveau incluant les acteurs du premier recours, l'exercice coordonné, les services de santé scolaire, les CSPA pour TCA et obésité
- 2ème niveau incluant les unités hospitalières spécialisées, les centres de référence TCA et obésité (1 par groupement hospitalier de territoire)
- 3ème niveau incluant le recours différencié à un Centre Spécialisé de l'Obésité interrégional PACA-Corse et à un centre d'expertise TCA interrégional PACA-Corse

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

ENJEUX

Les TCA sont au cœur des enjeux de santé publique. A ce titre, il s'agit de permettre :

- **L'accessibilité des usagers** aux programmes de prévention ;
- **La lisibilité et la coordination** de la prise en charge et l'organisation territorialisée mobilisant des compétences de proximité pluridisciplinaires ;
- **Le développement des compétences**, en particulier des infirmiers de pratique avancée.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Les prises en charge s'avèrent complexes, alors même que la Corse ne dispose pas d'un Centre Spécialisé de l'Obésité.
De plus les prises en charge de l'obésité se révèlent insatisfaisantes du point de vue organisationnel, en raison de l'absence de suivi du parcours de chirurgie bariatrique.
Le repérage et le diagnostic précoce sont partiellement assurés par la médecine de ville et les services de la santé scolaire.
Les ressources humaines sont fragiles sur certaines spécialités médicales.
Le déploiement de l'éducation thérapeutique auprès des patients suivis en ville, reste insuffisant.
Cependant, des actions de prévention, associant nutrition et autres déterminants de santé, sont en cours de déploiement.

RESULTATS ATTENDUS

Il est attendu dans cinq ans :

- Une **diminution de la prévalence** de la surcharge pondérale chez les jeunes ;
- La **gradation de la prise en charge** par un **maillage territorial** adapté, afin de répondre aux besoins des usagers et des professionnels ;
- Le déploiement et la mise en œuvre des **programmes de prévention** notamment les Compétences Psychosociales (CPS) et ceux ciblés pour les populations vulnérables.

OBJECTIF GENERAL N°1

La population bénéficie de programmes probants et d'actions ciblées de prévention.

TERRITOIRE CONCERNE

Région et territoires de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Renforcer les **actions de sensibilisation** auprès de publics cibles notamment sur les bonnes pratiques alimentaires : jeunes, populations vulnérables, femmes enceintes, personnes âgées
2. **Former les professionnels** pour déployer les programmes probants (dont le programme Mission Retrouve Ton Cap), en renforçant les actions de formation et de sensibilisation des professionnels
3. **Déployer des programmes probants** : enfants en milieu scolaire ; femmes enceintes ; publics aux conduites addictives
4. **Favoriser les partenariats** ente les maisons sport-santé et les acteurs du premier recours

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1.1 Diminution de 15 % de l'obésité et stabilisation du surpoids chez les adultes
1.2. Diminution de 20% du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (*base Education nationale*)
2. Nombre de professionnels formés par année (*source MSP CPTS ES ESMS EN PMI*)
3. Nombre d'élèves ayant intégré un programme probant (*source IREPS*)
4. Nombre de partenariats entre les maisons sport-santé et les intervenants du premier recours avec ou sans exercice coordonné

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les usagers du système de santé bénéficient d'un parcours de soins gradué et coordonné. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région et territoires de projet**	1. **Assurer une offre de premier niveau** par un repérage et une prise en charge précoce des patients avec les acteurs du premier recours, en exercice coordonné, les services de santé scolaire, la Protection maternelle et infantile (PMI) 2. Offrir une **prise en charge de qualité de 2ème niveau** par des unités hospitalières spécialisées, des centres de référence TCA et obésité (1 par GHT), les CSAPA, le service de soins médicaux et de réadaptation 3. Adhérer au **recours différencié de 3ème niveau** à un Centre Spécialisé de l'Obésité interrégional PACA-Corse et à un centre d'expertise TCA interrégional PACA-Corse 4. **Sensibiliser** les patients et les professionnels de santé au bon usage et à la **gestion des médicaments et des compléments alimentaires** en lien avec l'OMéDIT PACA Corse 5. Soutenir l'accompagnement en rétablissement par le développement de programmes d'**Education thérapeutique du patient** (ETP)	1. Nombre de structures labellisées, référencées ou identifiées 2. Nombre d'actions de sensibilisation par type de public bénéficiaire (*source AAP ARS*) 3. Nombre de réunions de coordination relatives à la prévention et aux prises en charge des TCA (inclus donc les bonnes pratiques) (*source Assurance maladie*) 4. Nombre de bilans pluridisciplinaires pré-opératoires (*source Centre Spécialisé Obésité*) 5. Nombre de patients participant à un programme ETP (*source E-satis*)

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les usagers sont acteurs de toutes les étapes de leur parcours de soins. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. **Informer les usagers** sur les dispositifs de prévention et de l'offre de soins et d'accompagnement 2. **Soutenir la place des associations** d'usagers dans le parcours de santé 3. Favoriser la **participation des pairs-aidants** professionnels ou bénévoles aux étapes de la prise en charge et de l'accompagnement	1. Nombre de journées régionales thématisées 2. Nombre d'actions d'information aux instances de démocratie en santé 3. Nombre de pairs-aidants impliqués

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs visent à :

- Obtenir une **meilleure capacité à repérer**, **accompagner et prendre en charge les patients** ;
- Réduire la mortalité et renforcer l'efficacité des approches pluridisciplinaires ;
- Améliorer la **qualité** ;
- Assurer un meilleur **pouvoir d'agir** des usagers et des aidants.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les partenaires hospitaliers privés et publics ;
- Les acteurs du premier recours et de l'exercice coordonné ;
- Les acteurs du médico-social (CSAPA) ;
- Les acteurs institutionnels (assurance maladie, Mutualité Sociale Agricole, Rectorat et Collectivité de Corse) ;
- L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ;
- Des financements dédiés pour l'exercice coordonné.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- Le lancement d'un appel à projets annuel et le financement de projets au sein des territoires de projet et en synergie avec la dynamique des contrats locaux de santé ;
- L'existence de 2 maisons sport-santé ;
- La mise en œuvre d'un plan d'actions coordonné avec les maisons des adolescents ;
- Le déploiement du plan d'actions alimentation et activité physique ;
- Les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

3.5 - RETABLISSEMENT

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Le rétablissement est fondé sur l'idée que la personne peut récupérer une partie, voire la totalité de son pouvoir d'agir, en s'appuyant sur ses compétences. Il consiste à se détourner de sa pathologie, de sa maladie, de son handicap, de sa vulnérabilité et de ses symptômes pour se concentrer sur sa santé, ses forces et son bien-être.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Soins médicaux et de réadaptation, Troubles du développement et du neurodéveloppement, Maladies et handicaps rares, Premier recours, Les 8 parcours prioritaires

CONTEXTE

Le mouvement défendant l'idée de rétablissement a été largement porté, d'abord aux Etats-Unis et plus récemment en France, par des personnes vivant avec un trouble psychique (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Le rétablissement correspond à un **cheminement de la personne, dans la durée, pour reprendre le contrôle de sa vie et trouver sa place dans la société**.
C'est une démarche personnelle de réappropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*). Il s'agit de retrouver une citoyenneté pleine et entière après avoir réussi à contrôler ou vivre avec les symptômes et avoir réappris à exercer certaines habiletés de fonctionnement. Le rétablissement est bien plus que la maîtrise des symptômes, c'est aussi et d'abord retrouver une estime de soi, des rôles valorisants et un bien-être. Il renvoie à des outils et compétences qui, lorsqu'ils sont prescrits, proposent des activités de réhabilitation dans le champ sanitaire et médico-social.

En santé mentale, **la réhabilitation psychosociale correspond à l'ensemble des activités individuelles et collectives** ; elle comprend un ensemble important et varié d'outils visant à prendre en compte au mieux chaque difficulté cognitive, sociale, émotionnelle. Il s'agit d'une approche thérapeutique destinée à favoriser le rétablissement des personnes qui vivent avec des troubles psychiques.
Certains de ses outils sont par ailleurs exploités dans le cadre de soins médicalisés de réadaptation physique et fonctionnelle des personnes en situation de handicap.
Dans le champ sanitaire, le **centre de réhabilitation psychosociale régional (C2R2)**, avec l'appui des **deux centres de proximités**, sont des points d'entrée pour une prise en charge de réhabilitation psychosociale pour les personnes avec des troubles psychiques sévères, qui proposent une prise en charge centrée sur leur rétablissement.

Les **Groupes d'Entraide Mutuelles** (GEM) sont des associations portées par et pour des adhérents ; ils reposent sur le principe de pair-aidance.
L'ouverture d'un **Clubhouse à Bastia** 2023, un lieu d'activités de jour non médicalisé, a été créé pour et avec des usagers en santé mentale, dans le but de faciliter leur socialisation et leur insertion professionnelle.

Plus globalement, le rétablissement est désormais une **réponse aux logiques de parcours pour les patients chroniques**. Ainsi, la récente stratégie décennale cancer s'en fait l'écho. Il s'agit d'un ensemble d'interventions pour soutenir les patients atteints de maladies chroniques : les aider à retrouver un équilibre de vie, les guider à traverser et à gérer les transformations induites dans leur vie personnelle ou professionnelle par leur pathologie, leur permettre de se réinvestir dans des projets de vie.

CONTEXTE (suite)

La notion de « réhabilitation améliorée après chirurgie » est née dans les années 1990 au Danemark, dans un contexte culturel de forte sensibilité au bien-être. Elle vise à limiter le plus possible l'impact de l'opération, éviter les complications et permettre au patient de récupérer au plus vite. Cette démarche globale est baptisée « **Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie** » (RAAC).
Le but est d'offrir au patient la meilleure prise en charge péri-opératoire permettant de se remettre vite et bien d'une opération, en réduisant au maximum tous les facteurs de stress chirurgical et humain. L'idée est que plus l'on parvient à limiter l'impact de l'opération dans tous ses aspects (gestion du stress, anesthésie, chirurgie, hospitalisation, retour au domicile et suivi), plus on rend la convalescence facile et rapide. Il s'agit de favoriser l'autonomie du patient pour une convalescence dans les meilleures conditions de soins et de suivi.

L'accompagnement au plus près du quotidien de la personne et de ses aidants, se retrouve dans les nouveaux programmes de rétablissement comme par exemple **EVA CORSE**, programme de réadaptation cardiaque avec une nouvelle modalité organisationnelle, associant acteurs hospitaliers, professionnels de ville et professionnels des établissements de santé.

L'évolution favorable de la **reconnaissance du rôle du patient ou de la personne vulnérable** comme acteur de sa propre santé et singulièrement de son rétablissement repose sur la manière dont le médecin traitant va intégrer cette nouvelle dimension dans le suivi de sa patientèle et sur la possibilité de disposer de ressources. Les programmes d'**éducation thérapeutique du patient** y contribuent. L'ensemble des parcours met en avant l'importance de l'**activité physique adaptée** : cet axe apparaît donc structurant du rétablissement.

ENJEUX

Il est indispensable de :

- **Répondre aux besoins croissants** des personnes en situation de maladie chronique ;
- **Faire évoluer les représentations et pratiques** des professionnels ;
- S'appuyer sur la dynamique portée par la **communauté professionnelle territoriale de santé**, dans le déploiement du projet territorial de santé mentale ;
- Remettre les **usagers au centre** de la prise en charge ;
- **Décloisonner les pratiques** des professionnels des champs sanitaire, médico-social et socioéducatif.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Le centre de réhabilitation psychosociale régional est en contact ou suit 40 personnes (2022).
157 personnes (adhérentes) ont fréquenté le GEM sur l'année au moins une fois.
11 711 sont reconnues en affections psychiatriques de longue durée (2021).
Le dispositif « un chez-soi d'abord » présente un taux de 100% d'occupation, avec 55 places.
Il persiste des difficultés pour former et accompagner des pair-aidants.

RESULTATS ATTENDUS

Des **passerelles** doivent être organisées entre les différents intervenants : soins, logement, scolarité, emploi, …
Les usagers doivent bénéficier d'un **accès rapide et de proximité** pour l'évaluation de leur situation et leur orientation
Des **ateliers** d'Education Thérapeutique doivent être accessibles pour les personnes et les aidants.
Les **professionnels** seront **outillés**.
Une **réduction de la gravité des rechutes** est attendue.

RETABLISSEMENT

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les professionnels et les usagers du système de santé sont mobilisés pour déployer les stratégies du rétablissement. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Agir sur les **pratiques des professionnels** de santé 2. Faire connaître les outils du rétablissement aux instances de la **démocratie en santé** (Commission des usagers (CDU) ; Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ; Conseils territoriaux de santé (CTS)) 3. Animer le **centre de réhabilitation psychosociale régional** sur les 9 territoires de projet	1. Nombre de formations des professionnels de santé et responsables d'établissements 2. Nombre de présentations et supports d'informations 3. Nombre de rencontres interprofessionnelles

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Des parcours de soins et d'accompagnement centrés sur le rétablissement sont déclinés dans les territoires de projets. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Développer l'accès aux **formations** des pairs-aidants professionnels 2. Promouvoir l'établissement du **projet de soins** et d'accompagnement de manière co-construite entre l'usager et le professionnel de santé 3. Déployer une offre **d'activité physique adaptée** 4. Faciliter l'accès au **coaching ambulatoire** 5. Mettre le **numérique** au service du rétablissement	1. Nombre de pairs-aidants formés 2. Nombre de professionnels d'établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que de Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sensibilisés avec les usagers ou leurs représentants 3. Evolution du nombre de prescriptions d'activité physique adaptée 4. Nombre de patients suivis dans des programmes ETP et dans les dispositifs d'accès au logement ou à l'emploi 5. Nombre d'opérations de promotion des supports numériques Mon espace Santé

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La **qualité de l'offre** de prévention de soins et d'accompagnement doit être améliorée. En parallèle, les **ruptures de prises en charge** sont à réduire.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur de nombreuses ressources :

- Les associations des représentants des usagers ;
- Le centre ressource en réhabilitation ; le coordonnateur du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) ;
- Les Groupe d'entraide mutuelle (GEM) et Club House ;
- Le Centre de réhabilitation psycho-sociale régional (C2R2) ;
- Les ressources médico-sociale et les services médicaux et de réadaptation.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés à mobiliser pour la stratégie sont :

- La mise en place de **retours d'expérience** entre structures ambulatoires et établissements
- L'animation d'un collectif de **pair-aidants**
- La création d'une **rencontre annuelle** de la réhabilitation en Corse pour les échanges entre professionnels et usagers
- **L'engagement des professionnels** autour de valeurs communes
- La **valorisation des compétences**
- L'articulation du **réseau** de santé mentale avec la **médecine générale**

Titre 4 : Faire évoluer les filières de soins et d'accompagnement médico-social pour mieux répondre aux besoins des usagers

Pour assurer une prise en charge globale et adaptée des personnes nécessitant des soins et un soutien médico-social, les filières de soins et les services d'accompagnement médico-social doivent travailler en étroite collaboration. Leur complémentarité et leur coordination garantissent la continuité des soins et de l'accompagnement, ainsi que le soutien dans les transitions de parcours (telles que la sortie d'hôpital, la réadaptation, le retour à domicile, …). Elles offrent également une approche globale de la personne, dans ses dimensions médicales, psychosociales et environnementales.

La transformation de l'offre de soins (tant dans le sanitaire qu'en ville) et de l'offre médico-sociale (tant pour les personnes âgées que celles en situation de handicap) est le reflet de nouvelles dynamiques impulsées pour faire face aux besoins et aux défis du système de santé. Déploiement des soins de proximité, expansion des technologies de santé, renforcement des soins spécialisés, coordination des soins, développement des approches interdisciplinaires, promotion de l'autonomie et du maintien à domicile, sont autant de mutations des offres de soins et d'accompagnement.

Ces évolutions se traduisent dans la stratégie immobilière déployée sur l'île.

4.1 Focus sur la stratégie immobilière

La stratégie d'investissement immobilier se doit d'être au service de la transformation de l'offre de soins et de l'offre d'accompagnement médico-social.

Le Schéma Régional d'Investissement en Santé (SRIS) de Corse 2021-2031 a permis l'identification et la priorisation des critères devant guider les opérations immobilières dans les établissements, sous réserve de disponibilité de financement.

La stratégie régionale en matière d'investissement des **établissements de santé** poursuit un objectif d'amélioration et de développement de l'offre de soins insulaire (dont la médecine d'urgence et les soins critiques), de façon graduée, par filière, articulée avec des ressources continentales et en cohérence avec le taux de fuite. La définition d'une organisation sécure et coopérative entre les établissements publics et privés de l'île, s'avère essentielle. Pour ce faire, il est indispensable que la transformation de l'offre concoure à l'attractivité des postes de praticiens en établissement et prenne en compte les impacts de la diminution des installations de généralistes et spécialistes libéraux. Dans cette optique, la stratégie immobilière vise à améliorer la sécurité et la qualité de vie au travail, poursuivre les investissements du quotidien, ainsi qu'à moderniser les installations et les pratiques par le numérique et le développement durable.

La stratégie de l'**offre d'accompagnement médico-social des personnes âgées** s'articule autour des concepts « d'EHPAD de demain », d'EHPAD ressource, mais aussi de tiers-lieux. Dans le cadre de la dynamique de rattrapage de l'offre, la création d'EHPAD de capacité modérée et l'intégration d'une approche « à la carte » est privilégiée. En parallèle, l'ambition de développer des modes d'accueil plus souples et modulaires est posée, dans un objectif de développement du soutien à domicile. La création d'habitats inclusifs intégrés à l'offre médico-sociale est à développer.

Enfin, la transformation de l'**offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap**, nécessite d'intégrer à la stratégie immobilière le virage inclusif (localisation des structures, optimisation des surfaces, mises aux normes règlementaires, articulation avec le milieu ordinaire, inclusion des nouvelles formes de prise en charge).

La stratégie régionale immobilière traduit donc les évolutions des offres qui tendent, quel que soit le lieu de vie ou de prise en charge de la personne, vers une optimisation de l'accessibilité, de la qualité et de la coordination des offres de soins et d'accompagnement médico-social en Corse.

4.2 L’offre en filière de soins

4.2.1 - FILIERE URGENCE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La filière urgence comprend la médecine d'urgence (regroupement des ressources médicales et chirurgicales pour faire face à une urgence vitale), les transports sanitaires urgents, les soins non programmés et la permanence des soins.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Neurovasculaire aigüe, Filière cardiologie y compris interventionnelle, Soins critiques (dont réanimation) ; Premier recours (dont exercice coordonné), Ressources humaines en santé (attractivité des métiers d'urgences)

CONTEXTE

La médecine d'urgence en région occupe une place importante dans l'**organisation des soins**. Elle s'organise autour de 2 centres 15 SAMU, 4 Service d'accueil des urgences (SAU) et 8 SMUR périphériques. Deux avions sanitaires sont également présents sur le territoire pour prendre en charge les évacuations sur le continent concernant des filières de recours non disponibles sur le territoire corse. Le développement des filières de recours régional implique une organisation des Transport infirmier interhospitalier (TIH) urgents et non urgents. Le recours aux véhicules légers infirmiers (VLI) est par ailleurs quotidien.

La filière urgence intègre désormais l'organisation des soins non programmés (SNP), la permanence des soins ambulatoire (PDSA), les accueils médicaux non programmés (AMNP) et la permanence des soins en établissements de santé (PDSES). Toute cette offre sera lisible avec la mise en place du **service d'accès aux soins (SAS)**.
L'organisation de la médecine d'urgence est structurée en Haute-Corse en pôle territorial des urgences, porté par le GHT de Haute-Corse.

Le SAS est un service accessible à tous par téléphone. Il permet d'apporter une réponse 24h/24 et 7j/7 à toute demande de soins urgents ou non programmés. Il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et à renforcer encore davantage la structuration territoriale des soins, la coordination ville-hôpital et le développement de l'exercice coordonné. Pendant la crise sanitaire COVID, le développement du numéro de téléphone national 116-117 a permis de faciliter et de constituer la préfiguration de la régulation libérale du SAS.
Le SAS apparait comme un service de régulation et de coordination de soins non programmés déployés sur le territoire et la PDSA est un acteur complémentaire de l'accès aux soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Depuis de nombreuses années, **le recours aux structures d'urgence est devenu indûment un mode d'entrée de plus en plus fréquent dans le système de soins**. La crise sanitaire et les différentes épidémies rencontrées depuis trois ans n'ont fait qu'accentuer ce phénomène. La pénurie de plus en plus importante des professionnels de santé formés à l'urgence rend incontournable le recours à l'intérim médical (cf. réforme) mais ne favorise pas une organisation et une coordination optimales.

CONTEXTE (suite)

La **caractéristique de la Corse (île-montagne)** implique un travail de partenariat important avec les bases d'hélicoptères de la sécurité civile (dragon en Corse-du-Sud et en Haute-Corse) et la participation active aux travaux de la zone de défense Sud. Au regard de ces particularités géographiques et des chrono-distances, un dispositif de médecins correspondants du SAMU (MCS) avec la mise en place de Véhicule léger infirmier (VLI) complète le maillage territorial.

Les antennes du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sont basées dans les **hôpitaux de proximité** (Sartène, Bonifacio et Corte) qui mettent en œuvre 3 types d'accueils médicaux non programmés (AMNP).

L'offre est rendue visible par la mise en place du service d'accès aux soins **(SAS) sur Ajaccio et Bastia**.
Le nouveau cadre de la réforme des urgences permet de développer de **nouvelles organisations** introduites par les décrets du 29 décembre 2023.

ENJEUX

Le recours de plus en plus important aux services d'accueil des urgences doit être plus **pertinent**. En parallèle, l'accès aux soins urgents doit avoir une meilleure **lisibilité**, via la mise en place des protocoles et le développement des réseaux.

La part des populations à plus de **30 min d'un Service d'accueil des urgences (SAU)** doit être réduite.

La **qualité** de prise en charge doit être garantie.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Afin d'optimiser le maillage territorial, les médecins correspondants du SAMU et les organisations s'appuyant sur des VLI, ont été déployées.

Le forfait de réorientation des urgences expérimenté en Haute-Corse est rentré dans le droit commun et doit être généralisé aux autres SAU (guide de réorientation des urgences).

Le numéro d'appel 116-117 a été abandonné, le numéro unique devient le 15.

Depuis le 1er janvier 2023, la réforme des transports sanitaires urgents (TSU) est mise en œuvre.

Après une période d'expérimentation, le SAS a été généralisé en 2024 dans les deux départements (Corse-du-Sud et Haute-Corse).

RESULTATS ATTENDUS

Le recours aux services des urgences doit être pertinent.

L'ensemble des **dispositifs seront accompagnés** dans le cadre de la réforme de l'activité de soins à venir.

L'ensemble du territoire doit disposer d'une **couverture optimale** des soins urgents, ainsi qu'un **maillage plus important** des soins non programmés de proximité. A ce titre, les AMNP doivent être encadrés.

Enfin, le **SAS** devra être étendu aux autres volets notamment **psychiatrique et gériatrique** et la réforme des **transports sanitaires d'urgence sécurisée**.

FILIERE URGENCE

OBJECTIF GENERAL N°1

Les soins non programmés et urgents sont organisés pour fournir une réponse lisible, graduée, pertinente et sécurisée aux patients, sur le territoire.

TERRITOIRE CONCERNE

Région et extrarégion (PACA et Occitanie)

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Organiser** les Soins non programmés (SNP) et **développer** la Permanence des soins ambulatoire (PDSA) : effecteurs territoriaux régulés, formés et coordonnés par le SAS
2. Augmenter le **nombre de professionnels** correspondants du SAMU et les Véhicule léger infirmier (VLI) sur les territoires
3. Optimiser le **temps médical** en développant les nouvelles organisations reposant sur des coopérations interprofessionnelles
4. Organiser le **pôle territorial des urgences en Corse-du-Sud** et renforcer le rôle d'animation du **réseau des urgences** afin garantir l'harmonisation des pratiques et la lisibilité des filières et des parcours prioritaires
5. **Transformer l'AMNP de Corte** en antenne H12 en journée et organisation spécifique la nuit et poursuivre la réflexion sur la **régularisation des AMNP de Sartène et Bonifacio.** Un nouveau cadre définissant les missions et fonctionnements des AMNP de Sartène et Bonifacio sera défini afin d'éviter le risque de les voir se transformer en réponses substitutives du premier recours libéral

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1.1. Analyse du rapport mensuel de l'activité des SAS
1.2. Taux des territoires de projet couverts par une organisation en soins non programmés (cible : 100%)
1.3. Nombre d'effecteurs libéraux
2. Evolution de la couverture territoriale :
- 2.1. Nombre de professionnels correspondants du SAMU et activités
- 2.2. Nombre de VLI et activités

3.1. Evolution du nombre de protocoles de coopération
3.2. Création d'équipes paramédicales d'urgence
3.3 Nombre de dispositifs de patients réorientés
4.1. Déploiement du pôle territorial des urgences en Corse-du-Sud
4.2. Nombre de protocoles diffusés dans les parcours prioritaires
5. Création d'une antenne de service d'urgences en H 12 de jour au CH de Corte et réflexion à poursuivre sur les autres AMNP.

OBJECTIF GENERAL N°2

Le pilotage et la performance de la réponse aux soins urgents est améliorée par le recueil et analyse des données d'activité de la filière urgence en s'appuyant sur le réseau des urgences.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Mettre en place les **systèmes d'information** (SI Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ; SI Service d'accès aux soins (SAS) ; Terminal Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR))
2. Créer un **Observatoire Régional des Urgences (ORU) Corse** et porter ses analyses au sein du réseau afin d'optimiser la filière

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre d'actions d'amélioration portées par le réseau des urgences présentées en comité de pilotage urgences

2. Mise en place de l'ORU Corse

OBJECTIF GENERAL N°3

Les transports sanitaires urgents et non urgents sont optimisés.

TERRITOIRE CONCERNE

Région et extrarégion (PACA et Occitanie)

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Adapter l'organisation des Transports sanitaires urgents** (TSU) mise en place, en s'appuyant sur les évaluations par secteur de garde
2. Mettre en place un groupe de travail pluriprofessionnel pour élaborer des protocoles pour une **optimisation des vecteurs** (EVASAN intrarégional et interrégional - (triangulaire) et PUMA interrégional), afin de garantir une équité d'accès aux soins par le vecteur le plus adapté
3. Expertiser l'**opportunité d'intégrer un nouveau vecteur** dans l'organisation des transports aériens en prenant en compte les différents impacts générés par ce vecteur (régulation, effecteurs, modèle économique)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Evolution du nombre de carences ambulancières, nombre de Transports infirmiers interhospitaliers (TIH)

2. Clarification conventionnelle de la couverture par l'assurance maladie des transports

3. Production du rapport d'expertise du nouveau vecteur

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les nouveaux statuts publics-privés des praticiens des Unions régionales de professionnels de santé (URPS) ;
- Le rôle des médecins libéraux et des infirmiers ;
- Le Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ;
- L'opérateur du marché EVASAN ;
- La coopération avec la sécurité civile et l'Armée ;
- Les transporteurs sanitaires et services d'incendie et de secours.

FACTEURS DE REUSSITE

L'analyse exhaustive des besoins territoriaux, ainsi que les **nouvelles modalités** inscrites dans les nouveaux textes de la réforme du régime des autorisations des urgences, sont des éléments clés de la stratégie.

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Il convient d'offrir aux patients une **réponse adaptée et sécurisée** à la demande en soins urgents et non urgents, sur l'**ensemble du territoire**, en réaffirmant le **rôle du médecin régulateur** à répondre aux demandes en soins par la connaissance des effecteurs de l'offre déployée en région.

Les objectifs modifiées dans le cadre de la réforme de la médecine d'urgence s'appuient sur la logique suivante :

- Transformation de l'accueil médical non programmé du **centre hospitalier de Corte** en antenne de service d'urgence rattaché au centre hospitalier de Bastia en H12 de jour. La nuit, un fonctionnement assurant la prise en charge des soins non programmés avec un renfort IDE en participation du SMURiste sera mis en place pour compléter la prise en charge des patients ;
- Dans le cadre du développement de la filière urgence et du pôle territorial des urgences du Pumonte, il est demandé que **l'antenne SMUR du centre hospitalier d'Ajaccio** basée à Porto-Vecchio soit localisée à proximité du service d'accueil des urgences de la Clinique de l'Ospédale ;
- La **création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyen** entre les deux établissements est le second objectif. Le GCS décrira les modalités d'intervention des SMURistes en renfort de la ligne de SAU durant la période hivernale où l'activité SMUR est compatible avec une telle coopération ;
- **Maintien des SMUR de Bonifacio et de Sartène** qui assurent le fonctionnement selon des modalités prévues par voie conventionnelle de la prise en charge des soins non programmés et en articulation avec les maisons médicales de garde (MMG) de Bonifacio et de Sartène sur la base du protocole national de réorientation. Le renfort médicalisé de l'accueil médicalisé non programmé de Sartène sur la période estivale constitue une mesure annuelle réévaluable au titre de l'anticipation d'une situation sanitaire exceptionnelle résultant d'un afflux de personnes durant la période estivale ;
- La création d'**unités mobiles hospitalières paramédicalisées** (UMH-P) intègre les OQOS. Pour les SMUR principaux d'Ajaccio et de Bastia leur création intervient en alternative de l'une des lignes de SMUR aux fins de prise en compte de la disponibilité des ressources médicales. Pour les autres sites, il s'agira d'une substitution à l'équipe SMUR médicale pour des périodes ponctuelles, dès lors qu'un problème de planning des médecins interviendrait. Ces unités au sein des SMUR permettraient le déclenchement des interventions ne nécessitant pas la présence d'un médecin mais uniquement d'une équipe paramédicalisée ;
- Développement des **protocoles de réorientation des urgences** à partir des services d'accueil des urgences (SAU) et des accueils médicaux non programmés ;
- La **régulation avant accès aux urgences** doit être une option à envisager en cas de tensions ou d'évènements exceptionnels (plan blanc, difficultés estivales…) et ne doit être qu'un outil de « gestion de crise » ;
- Le développement des **infirmiers correspondants du SAMU** (ICS) et des sage-femmes correspondantes du SAMU sur les territoires éloignés en appui ou en remplacement des médecins correspondants du Samu (MCS) est adapté au contexte géographique insulaire.

4.2.2 - SOINS CRITIQUES

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües, mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. La surveillance continue est exclue de ce périmètre.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Ressources humaines en santé (notamment sur les questions d'attractivité), Filières d'urgence (EVASAN, filières prioritaires et filières de recours), Filière cardiovasculaire y compris interventionnelle, Neurovasculaire aigüe

CONTEXTE

1/ La Feuille de route 2022-2025 est structurée selon les axes suivants :

- **Bâtir une véritable filière de soins critiques**, en renouvelant le cadre de fonctionnement des activités de soins, en renforçant les actions transversales de qualité et de sécurité des soins et en réformant le modèle de financement ;
- **Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins**, avec notamment l'augmentation de 1 000 lits de réanimation et d'aval de réanimation pour permettre une fluidité des parcours de prise en charge ;
- **Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales**, en soutenant la démographie médicale des spécialités concernées, en fidélisant les personnels paramédicaux via un renforcement des équipes, le temps de formation, la pluridisciplinarité en équipes ;
- **Compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins critiques sous l'égide des ARS**, en constituant de véritables filières territoriales ;
- **Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles**, en mettant notamment en place une réserve sanitaire régionale de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence.

La restructuration des soins critiques repose sur le regroupement des capacités de prise en charge modulables, la consolidation des équipes formées aux soins critiques et un **dispositif spécifique régional (DSR)**. Ce dernier est chargé de l'animation et de la coordination de l'ensemble des acteurs de la filière territoriale des soins critiques qui la composent, de la mutualisation des expertises et du partage d'informations nécessaires à l'organisation des prises en charge courantes et exceptionnelles en situation de crise. La mise en place du DSR repose sur la constitution par l'ARS d'un **comité régional** composé d'experts médicaux de réanimation, adulte et pédiatrique, des sites les plus importants en volume d'activité de réanimation, en intégrant les établissements publics et privés et des représentants de l'ARS. Les représentants des filières d'urgence (dont le SAMU), de trauma center et de soins de spécialité peuvent être également associés (cardiologie, neurovasculaire, hématologie, néphrologie, pneumologie, pédiatrie, obstétrique, hépatogastroentérologie, …). Ce comité peut aussi associer des experts paramédicaux en soins critiques adultes et pédiatriques. Il peut faire appel à des experts en interrégion, lorsque l'activité de soins n'est pas présente sur l'île.

CONTEXTE (suite)

Le **fort impact de la crise COVID**, qui a mobilisé en première ligne les équipes de soins critiques et a nécessité une montée en charge inédite de la capacité d'accueil en réanimation, a donné une nouvelle dimension à cette réforme.

2/ L'Offre actuelle :

Elle est composée en :

- Soins intensifs :
  - Du centre hospitalier de Bastia, qui passe de 8 lits de réanimation + 4 d'unité de surveillance continue (USC) à 12 lits de réanimation + 6 lits d'USC + 3 à 4 lits d'Unité de soins intensifs neuro-vasculaire (USINV) dès installation de l'Unité neuro-vasculaire (UNV) (1er octobre 2023)
  - Du centre hospitalier d'Ajaccio, qui passe de 10 lits de réanimation + 5 d'unité de surveillance continue (USC) à 12 lits de réanimation + 8 lits d'USC (horizon 2024)
  - De la clinique du Sud de la Corse à Porto-Vecchio : 4 lits de soins intensifs
- Surveillance continue :
  - De la clinique de Furiani : avec 5 lits adultes
  - De CliniSud : avec 8 lits adultes

L'offre actuelle présente des fragilités qui feront l'objet d'actions dans le cadre du déploiement de la nouvelle instruction.

SOINS CRITIQUES

ENJEUX

Il s'agit de **bâtir une véritable filière de soins critiques structurée** :

- Davantage intégrée, homogène en termes de pratiques, garantissant au mieux la qualité des prises en charge
- En capacité de répondre aux situations sanitaires exceptionnelles dans un objectif de flexibilité de l'organisation.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Des actions structurantes sont à noter.
Une autorisation de Neuroradiologie Interventionnelle (NRI) à vocation régionale a été accordée au centre hospitalier de Bastia.
La filière infectiologie a été consolidée dans chaque centre hospitalier avec l'arrivée de deux infectiologues, portant à 4 l'effectif en région.
La formation du Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU), concernant tous les infirmiers, a été labellisée. Dans ce cadre, un travail a été engagé par le CESU 2A.

Cependant, certaines actions prévues n'ont pas pu aboutir :

- La mise en place d'un diplôme universitaire « réanimation » ;
- L'évaluation des conventions des établissements de santé utilisateurs des services de réanimation.

RESULTATS ATTENDUS

Au regard des enjeux, les résultats attendus à 5 ans sont multiples.

Un **dispositif spécifique régional de soins critiques (DSR)** doit être constitué.
Un **diplôme universitaire « réanimation »** doit être mis en place, en partenariat avec l'université de Corse.
Les **capacitaires des centres hospitaliers** d'Ajaccio et de Bastia seront augmentés. En regard, des ressources humaines médicales et paramédicales doivent être confortées et stabilisées.
Les établissements Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) doivent pour leur part actualiser leurs **conventions** avec les établissements autorisés aux soins critiques.

Enfin, la **filière soins critiques pédiatriques** doit être organisée, en lien avec les établissements de recours de la région PACA.

OBJECTIF GENERAL N°1

Les deux structures recours de soins critiques sont en capacité de prendre en charge les patients de leur territoire et de la région y compris en situation de crise sanitaire

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Assurer un **capacitaire en soins critiques** en lien avec le projet médical partagé des Groupement hospitalier de territoire (GHT)
2. Organiser la **capacité d'adaptation de l'offre** de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, en mettant notamment en place une réserve sanitaire régionale de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence sous l'égide du DSR
3. Utiliser les **outils de monitoring en temps réel** pour la gestion des lits soins critiques

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Evolution du taux d'occupation mensuel des structures de réanimation dans les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia. (*Valeur de référence : 2023*)
2. Nombre de professionnels formés intégrant la réserve sanitaire régionale
3. Evolution du nombre annuel d'admissions directes sans passage par les Services d'accueil des urgences (SAU) (*Valeur de référence : 2023)*

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La filière est graduée au niveau régional par la mise en œuvre de la réforme de l'activité de soins et en recours avec le niveau interrégional pour permettre de répondre aux situations relevant de structures inexistantes en région dont la pédiatrie. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région et départements**	1. **Poursuivre les travaux sur les organisations en interrégion** : pour la discipline pédiatrique (de 0 à 15 ans), compte tenu de l'absence de structure de soins critiques pédiatriques, avec la mise en place de protocoles de prise en charge au sein des soins critiques adulte (dérogatoire), l'objectif étant de débuter la prise en charge en lien avec l'équipe de réanimation pédiatrique de référence en PACA dans l'attente d'une place disponible, facilitée par la e-santé 2. **Fluidifier la filière soins critiques** en actualisant et homogénéisant les conventions et en organisant des temps d'échange entre les acteurs 3. **Augmenter l'utilisation des outils numériques** nécessaires aux échanges à distance et au partage de données médicales entre les acteurs 4. Sous l'égide du Dispositif spécifique régional (DSR) co-animé par les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia : • Mettre en place des groupes de travail PACA-Corse pour **faciliter les prises en charge** dans des spécialités non présentes en Corse • **Faciliter l'informatisation homogène** des services de soins critiques (réanimation, Unité de Soins Intensifs (USI)) et Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) dans une logique de simplification des prises en charge et des coopérations, ainsi que de meilleure anticipation face aux situations de crises sanitaires • **Expertiser à mi-parcours** du schéma régional de santé l'impact du nouveau cahier des charges des Unité de soins continus (USC) et l'opportunité d'une révision des implantations en soins critiques prévues au schéma	1. Rédaction d'un protocole de prise en charge pédiatrique en réanimation adulte 2. Nombre de conventions actualisées 3. Nombre de téléconsultations et de téléexpertises pour l'activité de soins critiques 4.1. Nombre de conventions PACA-Corse 4.2. Homogénéisation et déploiement du Dossier patient informatisé (DPI) sur le volet soins critiques et Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) 4.3. Expertise du Dispositif spécifique régional (DSR) sur l'opportunité d'une révision des implantations en soins critiques

SOINS CRITIQUES

OBJECTIF GENERAL N°3

La qualité des soins est renforcée par le maintien des compétences au travers de la formation initiale et/ou continue ou du partage d'expertise.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Maintenir l'attractivité** des structures pour les personnels médicaux

2. Expertiser avec les universités (intra/inter régionales) pour **évaluer la possibilité de création d'un diplôme interuniversitaire (DIU)** de soins infirmiers en soins critiques et accompagner sa mise en place en lien avec le Dispositif spécifique régional (DSR) si l'opportunité est confirmée

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre annuel d'internes de spécialité, d'Assistants spécialistes à temps partagé (ASTP) et de docteurs juniors

2. Mise en place du diplôme interuniversitaire au plus tard en 2028

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Au regard des enjeux, il est nécessaire d'**adapter les besoins** de la région à l'offre sur le territoire insulaire et de **faciliter les prises en charge** en interrégion pour les spécialités non présentes sur l'île avec un focus particulier sur la pédiatrie.

Les objectifs visent également à **sécuriser la filière** en consolidant les ressources humaines médicales et paramédicales et à permettre une **adaptation en cas d'évènement de type crise sanitaire**, facilitée notamment par un Dossier patient informatisé (DPI) spécifique et homogène sur le secteur soins critiques et Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- La mise en place du Dispositif spécifique régional (DSR) soins critiques
- Les travaux avec la région PACA
- Le partenariat avec l'université de Corse
- Le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) et le Groupement de coopération sanitaire des systèmes d'information de Corse (GCS SIRS CO) pour le système d'information

FACTEURS DE REUSSITE

L'élément clé de la stratégie est la capacité :

- Du Dispositif spécifique régional (DSR) à animer la filière soins critiques
- Des structures autorisées aux soins critiques à garantir l'attractivité de la filière

4.2.3 - FILIERE CARDIOLOGIE (Y COMPRIS INTERVENTIONNELLE)

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostic ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intraluminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles, dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes, sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

RENVOI A D'AUTRES THEMATIQUES DU SRS

Filière urgence, Ressources humaines en santé, Soins critiques, Médecine

CONTEXTE

1/ National

Les **textes réglementaires** encadrant l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ont été publiés le 16 mars 2022. Compte tenu des évolutions technologiques majeures survenues ces dix dernières années dans ce domaine, ils actualisent les exigences et élargissent le périmètre des actes soumis à autorisation.

L'une des principales évolutions portées par la réforme réside dans l'**élargissement du périmètre de l'activité** avec l'introduction de la pose des pace-makers, des activités diagnostiques en rythmologie et des coronarographies.

La structuration en modalités autour des trois types d'activités est conservée en cohérence avec la nouvelle maquette du troisième cycle des études de médecine pour cette discipline médicale :

- Rythmologie interventionnelle ;
- Cardiopathies congénitales hors rythmologie ;
- Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

Sont désormais concernés **tous les actes de cardiologie à but diagnostic et thérapeutique**.

La **gradation** désormais prévue au sein de l'activité de rythmologie interventionnelle et de la prise en charge des cardiopathies congénitales, a pour objectif de tenir compte de la complexité différenciée des techniques et des exigences à y associer, en termes de qualité et de sécurité et d'inscription dans les filières de cardiologie des territoires.

CONTEXTE (suite)

2/ Régional

Organisation
Elle repose sur un **socle commun dans chaque territoire** composé de : une unité de soins intensifs de cardiologie ; un secteur de cardiologie interventionnelle (deux tables dont une pour le repli) avec une autorisation d'activité de soins cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte et un accès direct pour la filière aigüe ; une pratique de l'ECMO ; des lits d'hospitalisation conventionnelle ; un accès aux plateaux d'imagerie (scanner et IRM), qui s'avère difficile ; et une offre en aval de Soins de suite et de réadaptation (SSR) (mention cardio-vasculaire).

Différences d'organisation
En **Haute-Corse**, on retrouve une autorisation d'activité de soins de rythmologie. Cette activité bénéficie d'un partenariat formalisé avec les centres recours de la région PACA pour la chirurgie cardiaque et la rythmologie (concernant les actes complexes). Cette coopération s'appuie sur des partages d'informations et d'expertises à travers l'outil ROFIM. Enfin, il existe une activité de recherche structurée.
En **Corse-du-Sud**, les ressources humaines médicales présentes sont constituées, outre des professionnels médicaux au sein des centres hospitaliers, de professionnels libéraux, structurées autour d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) permettant de réaliser des prestations médicales croisées. On note la sous-représentation des praticiens publics.
La pratique des **admissions directes** est différente entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud. Ainsi, en Haute-Corse un formalisme est mis en place, alors que l'opérationnalité reste à consolider en Corse-du-Sud.
La **prise en charge ambulatoire** des actes de coronarographies et plasties n'est pas homogène. Enfin, l'activité est moindre en Corse-du-Sud.

Démographie des professionnels de santé
La densité médicale régionale des cardiologues est inférieure au niveau national, avec une densité plus faible en Corse-du-Sud. Ainsi, la densité est en région de 10,41 ; en Corse-du-Sud de 7,4 ; en Haute-Corse de 13, versus 11 national (données au 01/01/2021).
Plusieurs postes hospitaliers sont vacants (3 postes). 63 % des effectifs ont plus de 55 ans (RPPS 12/2021). De plus, la densité des professionnels libéraux est plus faible en Corse-du-Sud qu'en Haute-Corse.
Enfin, il existe des tensions au niveau des personnels non médicaux, notamment sur la cardiologie interventionnelle.

Activité
L'activité est croissante depuis 2019. Ainsi, la consommation d'actes de cardiologie interventionnelle augmente (avec 2 657 actes en 2019 et 2 876 actes en 2021), dont 73% sont réalisés en région en 2019 et 76 % en 2021. On note un taux de recours standardisé d'actes d'angioplastie croissant depuis 2017 et nettement supérieur au niveau national (taux de recours 3,74 en Corse versus 1,43 au national en 2017 ; 3,81 versus 1,41 en 2018 ; 4,16 versus 1,47 en 2019 ; 4,8 versus 1,69 en 2020 ; et 4,3 versus 1,63 en 2021).

FILIERE CARDIOLOGIE (Y COMPRIS INTERVENTIONNELLE)

ENJEUX

La filière cardiologie en région répond à un triple enjeu :

Pour la population : il s'agit de l'effectif le plus important des patients en ALD (prévalence 2021) pour maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, coronaropathies, insuffisances cardiaques, …)
Les délais de prise en charge en particulier pour la filière aigüe, sont importants.
L'accès à l'expertise en fonction du lieu de vie doit être équitable.

Pour les professionnels de santé : la filière doit être attractive notamment pour la cardiologie interventionnelle. Il est nécessaire qu'elle soit structurée suivant le modèle adopté pour la stratégie d'hyperspécialités.

Pour le système de santé : les innovations technologiques et organisationnelles, le maillage du territoire et l'accessibilité à l'expertise bénéficiant des possibilités de la e-santé doivent permettre d'accompagner les professionnels de santé du premier recours.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Points forts
Au-delà des organisations consolidées sur chaque territoire, les programmes d'éducation thérapeutique ont été développés lors de la prise en charge en SSR. Ces organisations ont été portées grâce aux expérimentations innovantes (dites « article 51 »), telles EVA CORSE en région et READ'HY en Haute-Corse. Elles ont apporté une souplesse des prises en charges adaptées aux capacités des équipes de premier recours, structurées en exercice coordonné, et aux capacités d'autogestion du patient.
Les **points à consolider** concernent :

- Les **ressources humaines médicales et paramédicales spécialisées,** compte tenu des tensions existantes avant la mise en œuvre de la réforme ;
- L'**engagement des structures dans la prévention primaire et secondaire** intégrant l'appui au repérage des personnes à risque neurocardio-vasculaire, les campagnes d'information grand public et les orientations en Soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- La **filière aigüe :** la protocolisation avec les SAMU et la formalisation des admissions directes au sein de chaque Groupement hospitalier de territoire (GHT), avec un focus particulier sur le territoire de l'extrême Sud compte tenu du partage d'activité entre les 2 centres recours dans le cadre du réseau des urgences (activité inter-GHT)
- Pour la **filière chronique** (notamment l'insuffisance cardiaque) : les évolutions organisationnelles pour la prise en charge hospitalière, en s'appuyant sur des structurations innovantes par redéploiement de ressources humaines qualifiées et intégration de la télésurveillance dans le parcours patient
- Pour l'**externalisation** des expertises médicales hospitalières (téléconsultations – téléexpertise) en appui du premier recours et en subsidiarité des cardiologues libéraux, dont la lisibilité et l'accessibilité seront assurées par le SAS, limitant ainsi le recours à l'expertise hors territoire au strict nécessaire
- La **collaboration** est à renforcer entre les deux équipes des deux centres recours notamment sur l'axe recherche, innovation organisationnelle et collaboration avec les centres référents PACA.

RESULTATS ATTENDUS

L'**accès** à l'ensemble des modalités de cardiologie interventionnelle en région et en complémentarité avec les centres de référence PACA doit être effectif, afin de garantir un continuum de prise en charge pour les modalités ou les gradations non déployées en région.
Les **effectifs** médicaux et paramédicaux doivent être consolidés.
La **filière** aigüe doit être **intégrée** dans le réseau des urgences.
Les **organisations** doivent être **adaptées** aux besoins croissants liés au vieillissement de la population, aux évolutions technologiques et aux nouvelles pratiques par la formation des professionnels de santé et par la coopération interprofessionnelle.
Les opérateurs doivent s'inscrire dans la démarche d'**évaluation** des pratiques, afin de garantir la pertinence, la qualité et la sécurité des prises en charge, y compris pour des volumes d'actes inférieurs aux seuils requis.

FILIERE CARDIOLOGIE (Y COMPRIS INTERVENTIONNELLE)

OBJECTIF GENERAL N°1

La filière cardiologie interventionnelle est consolidée pour une réponse insulaire sécure, adaptée aux plateaux techniques existants et en interface avec les centres de référence PACA, afin d'assurer toutes les modalités *in situ* ou par convention intégrant les consultations avancées.

TERRITOIRE CONCERNE

Socle dans chaque département

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Installer la filière cardiologie interventionnelle avec ses 3 modalités et ses mentions** en partenariat avec les centres de référence PACA identifiés, par l'analyse du recours interrégional, lorsque les conditions d'implantation et les volumes d'activité ne sont pas présents sur l'île

2. **Renforcer les effectifs de médecins spécialistes interventionnels** au regard de la démographie de la spécialité et des nouvelles modalités d'exercice (astreinte opérationnelle qualifiée) :

- En impliquant les directions et les communautés médicales dans la formation initiale (agréments terrains de stage internes et docteurs junior, assistants partagés, médecins à diplôme étrangers)
- En s'appuyant sur les collaborations public-privé, par une actualisation de la convention constitutive et le règlement intérieur du GCS de cardiologie de Corse-du-Sud et en favorisant les exercices mixtes en Haute-Corse
- En développant une activité de recherche, afin de garantir l'attractivité pour les jeunes professionnels

3. **Renforcer les effectifs paramédicaux**, afin de répondre aux enjeux organisationnels en lien avec les évolutions des pratiques :

- En assurant la montée en compétences pour des adaptations aux nouvelles fonctions y compris en matière de télésurveillance
- En permettant des formations qualifiantes universitaires, dont les infirmiers de pratique avancée
- En intégrant les protocoles de coopérations dans la collaboration médecins – personnels soignants

Cet ensemble d'actions contribuera à garantir le déploiement d'organisations innovantes (cf. objectif général 2) et à sédentariser les professionnels au sein d'équipes performantes et solidaires au service de leur population.

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Densité des cardiologues

2. Suivi de l'évolution des effectifs et compétences des paramédicaux au sein des unités de cardiologie interventionnelle

3. Nombre d'équipes déclarées sur la plateforme recensant les protocoles de coopération

FILIERE CARDIOLOGIE (Y COMPRIS INTERVENTIONNELLE)

OBJECTIF GENERAL N°2

La responsabilité populationnelle est assurée envers l'usager et envers les professionnels de santé de premier recours de leur territoire Groupement hospitalier de territoire (GHT) (et en inter-GHT pour l'extrême Sud), compte tenu du déploiement de l'hyperspécialité attendue dans les deux services de cardiologie insulaire

TERRITOIRE CONCERNE

Territoire GHT et en inter GHT pour l'extrême Sud

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Renforcer l'engagement des professionnels** médicaux et paramédicaux de ces services dans la prévention primaire et secondaire intégrant :
   - L'appui au repérage des personnes à risque neurocardiovasculaire et les programmes d'éducation thérapeutique
   - Les campagnes d'information grand public
   - Les orientations en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) mention cardio-vasculaire

2. **Sécuriser la filière aigüe** par la protocolisation avec les SAMU et la formalisation des admissions directes au sein de chaque GHT, avec un focus particulier sur le territoire de l'extrême Sud compte tenu du partage d'activité entre les 2 centres recours dans le cadre du réseau des urgences (activité inter-GHT). Un suivi qualitatif de cette activité pourra être réalisé avec la création de l'Observatoire régional de urgences (ORU) Corse

3. **Optimiser le parcours de l'insuffisance cardiaque** en facilitant le repérage des premiers signes et l'orientation dans la filière, en structurant la modalité de prise en charge en fonction des besoins du patient et de son site d'hospitalisation (Hospitalisation de jour (HDJ) ; hospitalisation conventionnelle ; mobilité de l'expertise en intrahospitalier dans un premier temps ; éducation thérapeutique et orientation SMR mention cardio-vasculaire ; télésurveillance) et en facilitant le retour au domicile en s'appuyant sur le dispositif PRADO insuffisance cardiaque

4. **Structurer les organisations** en capitalisant les expériences déployées sur le territoire national (cf. propositions du Collège National des Cardiologues des Hôpitaux (CNCH)) pour :
   - Faciliter le déploiement de la télémédecine : télésurveillance, téléexpertise, voire téléconsultation par subsidiarité des spécialistes libéraux
   - Répondre à l'enjeu de soutien au premier recours (expertise hors les murs)
   - Garantir l'équité des prises en charge sur le territoire (notamment les territoires dépourvus de compétences spécialisées)
   - S'assurer de la pertinence des hospitalisations en urgence et en secteur de cardiologie

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Evolution du nombre d'admissions en SMR mention cardio-vasculaire
2. Bilan qualitatif de l'ORU Corse sur cette activité
3. Evolution du nombre de réhospitalisations pour insuffisance cardiaque
4. Evolution de l'activité de téléexpertise

FILIERE CARDIOLOGIE (Y COMPRIS INTERVENTIONNELLE)

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La démarche qualité est renforcée au sein de la filière de cardiologie. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. **Optimiser la radioprotection des professionnels et des usagers** par : • L'appropriation de la démarche qualité • L'optimisation des équipements (notamment d'échographies) en salle interventionnelle pour renforcer la radioprotection • La réflexion régionale sur la mutualisation des compétences de radio-physicien, afin de pouvoir bénéficier de compétences sur l'île • Les outils permettant le calcul du cumul de doses 2. **Faciliter le déploiement des démarches qualité au sein des unités de cardiologie** (appui à l'ingénierie) pour : • Sécuriser les prises en charge par les décisions collégiales (staff ; Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ; …..) notamment pour les pratiques hors référentiel • Déployer la démarche qualité, de la pertinence de l'acte à la production du compte rendu • Permettre l'évaluation des pratiques par la complétude des registres déployés par la profession, dans un objectif d'évaluation des pratiques, et par les audits de pairs • Partager les expériences entre les équipes en intra et interrégional (organisations innovantes, unité de recherche) • Accompagner l'implémentation de nouveaux modèles d'organisation pour en garantir la traçabilité et l'autonomie financière (télémédecine)	1. Suivi des activités faisant l'objet d'un registre professionnel 2. Nombre de nouveaux modèles organisationnels mis en place 3. Rapport d'activité annuel des unités de recherche

FILIERE CARDIOLOGIE (Y COMPRIS INTERVENTIONNELLE)

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Il est important de **garantir à l'usager et aux professionnels de santé une filière cardiologique conforme aux critères d'autorisation et aux enjeux à venir** (suivant les recommandations du Collège National des Cardiologues des Hôpitaux (CNCH) et de la société française de cardiologie).

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie tout d'abord sur la consolidation des ressources humaines médicales et paramédicales qualifiées, et l'accompagnement aux évolutions des plateaux techniques et aux nouvelles pratiques de coopération.

Elle se fonde ensuite sur la capacité de mise en place d'organisations innovantes répondant aux nouveaux besoins (y compris le développement de la télémédecine) tout en garantissant l'autonomie de ces organisations (y compris financières).

Elle se base enfin sur l'implication des deux services dans la formation initiale des professionnels de santé et le développement de la recherche, garants de l'attractivité de ces services.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- D'une part **l'accompagnement des établissements sur l'ingénierie de projet**, afin de faciliter l'animation de la filière au sein du Groupement hospitalier de territoire (GHT) et en inter-GHT, et pour l'implémentation de nouvelles organisations
- D'autre part, la mise en place de l'**évaluation des pratiques** et le **déploiement de la recherche**
- Favoriser les **échanges inter-équipes**

4.2.4 - NEUROVASCULAIRE AIGÜE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La filière neurovasculaire aigüe est constituée de l'ensemble des activités de soins concourant à la prise en charge de l'accident ischémique transitoire (AIT) et ou de l'accident vasculaire cérébral (AVC) qu'il soit ischémique ou hémorragique.
Cette prise en charge constitue une urgence compte tenu de l'importance des délais de prise en charge dans la mise en œuvre des thérapeutiques, pour limiter les séquelles et diminuer la mortalité.

THEMATIQUES ASSOCIES DANS LE SRS

Soins critiques (réanimation, soins intensifs USINV), Soins médicaux et de réadaptation, Médecine (autorisation avec reconnaissance contractuelle UNV), Hospitalisation à domicile

CONTEXTE

La Corse connait chaque année plus de 650 séjours pour AVC et plus de 250 séjours pour AIT. La mise en œuvre de la thrombolyse a progressé depuis 2017 (5,5% en 2017 – 12,2% en 2020). La thrombectomie a pu être mise en œuvre depuis décembre 2021 en Corse, dans un premier temps de manière exceptionnelle pendant la crise COVID.
L'insularité impose une organisation structurée de la filière neurovasculaire aigüe, compte tenu de l'importance des délais de prise en charge et de l'impact de ces délais sur les possibilités thérapeutiques (4h30 pour la thrombolyse et 6h pour la thrombectomie mécanique). Le transport par évacuation sanitaire des patients notamment pour la thrombectomie impose un délai incompressible de 3 à 4 heures s'ajoutant au délai de prise en charge sur l'île.
Ces activités de soins font appel à des **spécialités médicales en tension**, telles que la neurologue et la médecine physique et de réadaptation ou rares par la spécialisation, telles que la neuroradiologie et la neuroradiologie interventionnelle. Cette situation de la démographie médicale nous oblige à concentrer ces ressources sur peu de sites, à faciliter leur exercice pour maintenir leur présence en région, à limiter les fuites hors région pour consolider les files actives et sécuriser la pratique des techniques, et à rendre attractive la filière pour pérenniser les activités de soins indispensables à l'écosystème de cette filière en s'appuyant sur des organisations agiles où recherche et innovations amplifient l'attractivité de la filière.

Plusieurs constats ont pu être identifiés au terme du Schéma Régional de Santé 2018-2023 (SRS1) du PRS2 :

- Une filière à fort enjeu et sous-tension compte tenu des ressources médicales rares et d'un nombre de cas important qui demandent une réponse rapide ;
- Une **atteinte partielle des objectifs** inscrits dans le schéma précédent (prise en charge précoce, orientation vers des soins multidisciplinaires adaptés et leur accompagnement vers une réinsertion à domicile sur l'ensemble du territoire) ;
- Une filière qui s'est renforcée en Corse-du-Sud mais qui reste fragile, et une filière à consolider en Haute-Corse (pas de mise en œuvre de l'UNV) ;
- Un plateau technique renforcé avec l'autorisation d'exercer les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie du centre hospitalier de Bastia ;
- Le renforcement de l'équipe des neuroradiologues (centre hospitalier de Bastia) et médecins anesthésistes réanimateurs (renforcée au centre hospitalier de Bastia, stabilisée au centre hospitalier d'Ajaccio) ;
- Une animation territoriale en Corse-du-Sud et en Haute-Corse à consolider avec les SAU en périphérie (Services d'accueil des urgences (SAU) Clinique du Sud de la Corse – SAU centre hospitalier de Calvi Balagne) ;
- Un service de neurochirurgie au centre hospitalier de Bastia, qui remplit sa mission dans le cadre de la filière urgences mais qui souffre des fuites hors région pour la chirurgie programmée ce qui impacte ses perspectives de recrutement des ressources humaines médicales et donc sa capacité à déployer l'activité de soins.

ENJEUX

Les enjeux sont liés à l'urgence de la prise en charge, la réduction de la mortalité et la limitation des séquelles. On peut distinguer 6 enjeux :

- **La prévention** par la réduction du risque ;
- **L'information** de l'usager pour le repérage des premiers signes ;
- **Des ressources humaines médicales stabilisées** permettant un accès à toutes les spécialités de la filière sécurisant la prise en charge ;
- **La coordination de la chaîne de décision** depuis l'appel du régulateur SAMU jusqu'à l'hospitalisation dans les deux centres de référence (centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia) selon les besoins des patients ;
- **La gradation** des plateaux techniques (Service d'accueil des urgences (SAU) thrombolyse en télémédecine ; Unité neuro-vasculaire (UNV) ; UNV avec Neuroradiologie interventionnelle (NRI) et Neurochirurgie) **et l'animation du territoire** par chaque centre référent ;
- **Le maintien en vie ordinaire** par la réadaptation précoce, les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) mention neurologique, l'Hospitalisation à domicile (HAD), le suivi post-AVC pluridisciplinaire et l'adaptation du domicile en lien avec le premier recours appuyé par les équipes spécialisées (EMSMR et ergothérapeutes –EQLAAT-).

CONSTAT SYNTHETIQUE

La filière graduée doit être consolidée pour améliorer la lisibilité par les usagers et les professionnels de santé.

Les ressources médicales sont rares. Elles doivent être préservées, renforcées par des partenariats avec des équipes extrarégionales et attirées par des organisations sécures, agiles et innovantes.

La coordination est à consolider dans la chaîne de décisions où l'appel de l'usager reste le « *primum movens* » avec des transports et des systèmes d'information à adapter à l'organisation régionale.

Chaque Unité neuro-vasculaire (UNV) anime son territoire, afin de mettre en œuvre des organisations de proximité autour du Service d'accueil des urgences (SAU), de la téléexpertise et du retour à domicile.

RESULTATS ATTENDUS

Les ressources humaines doivent être stabilisées pour les différentes spécialités nécessaires à la filière, via des partenariats avec les centres de référence en interrégion.

La filière doit être graduée et complète avec des SAU de premier niveau (Balagne – Porto Vecchio), des centres de recours UNV de territoire (centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia), un centre de recours NRI et neurochirurgie (centre hospitalier de Bastia) sur la région et en partenariat avec les centres de référence en inter région. Un aval en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) mention neurologique pour chaque UNV et pour les prises en charge en région des cas les plus graves, un capacitaire de Service de rééducation post-réanimation (SRPR) et d'hospitalisation des Etat végétatif chronique (EVC)) sera mis en place.

Le patient sera un usager averti et un acteur de sa prise en charge pour réduire son risque (sur la base d'une stratégie de prévention commune au risque cardioneurovasculaire) et pour détecter les premiers signes.

La lisibilité des dispositifs d'appui au premier recours doit être assurée par le déploiement de consultations post-AVC dans chaque UNV et d'équipes expertes (Equipe mobile de soins médicaux et de réadaptation (EMSMR) et Equipes locales d'accompagnement pour les aides techniques (EQLAAT)) et l'HAD en appui pour faciliter le retour et le maintien à domicile.

NEUROVASCULAIRE AIGÜE

OBJECTIF GENERAL N°1

La filière en Corse est graduée et complète avec des centres de premier niveau et de recours en région et des centres de référence en interrégion pour une meilleure prise en charge des usagers.

TERRITOIRE CONCERNE

Département pour chaque UNV-consultations post AVC - EVC

Région pour NRI -Neurochirurgie -SRPR

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Stabiliser les ressources humaines** médicales et paramédicales pour les différentes spécialités nécessaires à la filière avec une politique proactive

2. **Créer une Unité neuro-vasculaire (UNV) dans chaque département** en responsabilité d'animation de son territoire, notamment des Services d'accueil des urgences (SAU) partenaires

3. **Déployer l'activité** de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie régionale et **la rendre accessible** également en téléexpertise

4. **Organiser les dispositifs d'appui au premier recours** lisibles avec des consultations et téléconsultations post-AVC auprès de chaque UNV et des équipes expertes (Equipe mobile de soins médicaux et de réadaptation (EMSMR) et Equipes locales d'accompagnement pour les aides techniques (EQLAAT)) et l'Hospitalisation à domicile (HAD) en appui pour faciliter le maintien à domicile

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre d'effectifs médicaux et paramédicaux sur la filière neurovasculaire aigüe

2 et 3. UNV du centre hospitalier de Bastia opérationnelle à fin 2024 en lien avec l'activité de neuroradiologie interventionnelle (cf. Objectif opérationnel 3 ci-après)

4. Nombre de consultations post-AVC simples et complexes

OBJECTIF GENERAL N°2

Les actions de prévention communes au risque cardioneurovasculaire sont renforcées et l'usager et son aidant sont associés à la réduction des délais de prise en charge.

TERRITOIRE CONCERNE

Département pour des actions de proximité (prévention)

Région pour des actions de communication

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Renforcer les actions de prévention** sur le risque cardioneurovasculaire (agir sur les déterminants de santé)

2. **Informer le public sur les signes** relatifs aux Accident ischémique transitoire (AIT) et Accident vasculaire cérébral (AVC) pour une meilleure orientation dans la filière par le centre 15

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1 et 2. Nombre de campagnes de communication sur les risques et le dépistage précoce, ainsi que le repérage des signes

OBJECTIF GENERAL N°3

Les orientations et les prises en charge des patients à la sortie de l'hospitalisation sont développées pour favoriser un maintien à domicile dans des conditions optimales.

TERRITOIRE CONCERNE

Département

Région pour certains dispositifs spécialisés (type EQLAAT)

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Rendre lisible les consultations post-AVC** auprès de chaque UNV
2. **Renforcer l'offre à la sortie de l'hospitalisation** avec la montée en charge des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) mention neurologie
3. **Faciliter le retour à domicile** en s'appuyant sur le PRADO AVC, les Hospitalisation à domicile (HAD) et en permettant à la médecine de premier recours de bénéficier de l'appui des équipes spécialisées (Equipe mobile de soins médicaux et de réadaptation (EMSMR) et Equipes locales d'accompagnement pour les aides techniques (EQLAAT))
4. Amplifier le déploiement des **programmes d'éducation thérapeutique** relatifs aux Accident ischémique transitoire (AIT) et Accident vasculaire cérébral (AVC)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Augmentation du taux de consultations post-AVC
2. et 3. Suivi de l'activité hors hospitalière des équipes spécialisées EMSSR et EQLAAT pour des prises en charge post-AVC – Suivi PRADO AVC
4. Augmentation du nombre de programmes d'ETP entre 2023 et 2028 (valeur 2021 = 1)

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La campagne de prévention informe les usagers des risques encourus.

Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettent de **réduire les complications et les séquelles** pouvant en résulter.

Les consultations post-AVC permettent de **repérer les déficits qui n'ont pas été détectés**. Les SSR mention neurologie participent à la réduction des séquelles en aval des UNV qui ont débuté la rééducation précoce.

Le PRADO relatif à l'AVC, les HAD et les dispositifs experts, permettent un **retour et un maintien au domicile.**

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur de nombreux leviers :

- Les actions de prévention à destination du grand public ;
- La coordination des acteurs ;
- L'expertise neurologique ;
- La e-santé ;
- Les programmes d'éducation thérapeutique AVC/AIT ;
- La prise en charge à la sortie de l'hospitalisation en SMR, en HAD et par les professionnels de santé pour le retour à domicile (PRADO AVC) ;
- L'équipe experte EMSSR ;
- Le dispositif EQLAAT
- Les consultations post-AVC.

FACTEURS DE REUSSITE

La réussite des objectifs passe par le **recrutement** des ressources humaines nécessaires à la filière (médicales et paramédicales).

De plus, le développement d'une **filière complète** sur le centre hospitalier de Bastia avec l'Unité neuro-vasculaire (UNV), le service Neuroradiologie interventionnelle (NRI), la neurochirurgie, le recrutement de neurologues, et le déploiement des consultations post-AVC sont des facteurs clés.

La préservation de la filière sur Ajaccio, notamment pour les neurologues de l'UNV, en favorisant la **montée en compétences** des urgentistes sur le neurovasculaire, est cruciale.

Enfin, il convient d'**agir de manière globale**, tout comme de veiller à **coordonner** les acteurs et à garantir l'**animation** de son territoire par l'UNV.

4.2.5 - PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Elle concerne également les patients accueillis en urgence dans les maternités ou hospitalisés en réanimation, la nuit, le week-end et les jours fériés.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Filière urgence, Filière cardiologie y compris interventionnelle, Neurovasculaire aigüe, Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant, Filière imagerie

CONTEXTE

Dans l'attente de l'intégration des nouveaux textes sur la permanence des soins en établissements de santé, l'organisation actuelle est maintenue. **Après consultations des acteurs, une révision du schéma interviendra.**

L'organisation de la permanence des soins en établissements de santé présente des points forts :

- Une astreinte opérationnelle en ophtalmologie sur le centre hospitalier de Bastia mise en place depuis janvier 2022 avec une coopération public/privé.
- La mise en place également d'une convention de coopération public-privé entre le centre hospitalier d'Ajaccio et CliniSud sur la filière orthopédique et gastroentérologique :
    - Sur l'orthopédie, pendant la période de crise de la COVID-19, compte tenu de l'impossibilité pour le centre hospitalier d'Ajaccio d'assurer cette astreinte ;
    - Sur la gastroentérologie, compte tenu d'un défaut de recrutement médical sur l'hôpital public, transfert de l'astreinte sur la clinique avec un paiement direct des praticiens libéraux ;
- La réorientation des patients du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Bastia vers la polyclinique Raoul Maymard pour des interventions chirurgicales lors de la crise de la COVID-19, notamment lors des déclenchements des plans blancs.

Cependant, l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé présente des **points faibles** :

- Des difficultés importantes pour mettre en œuvre de nouvelles activités médicales, voire même dans certains cas, de les maintenir faute de ressources médicales suffisantes (difficultés de maintien des ressources médicales de manière efficace et pérenne) ;
- L'absence de mise en place de l'astreinte de chirurgie de la main : un projet de convention qui n'a pas abouti entre le centre hospitalier de Bastia et SOS main de la région PACA (Nice), l'appel à candidature lancé en 2022 qui s'est révélé infructueux, mais des facilités de déplacement de ces patients grâce à l'association INSEME et une organisation mieux articulée avec la CPAM ;
- Des difficultés d'évaluation de la thématique faute de remontées pertinentes des établissements.

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

CONTEXTE (suite)

Aussi **les axes du précédent PRS sont reconduits** à savoir :

- Assurer un accès aux soins des spécialités nécessaires à la prise en charge aux urgences quel que soit l'horaire d'arrivée aux urgences ;
- Être en capacité d'évaluer cette activité afin d'en assurer son efficience.

Il convient donc de maintenir l'activité telle que déployée dans le précédent schéma cible et de pourvoir les disciplines vacantes et de s'appuyer sur la téléconsultation.

Dans l'attente des nouveaux textes, une actualisation du schéma cible de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) est prévue, en raison du développement de certaines activités de soins.

ENJEUX

Les enjeux sont à la fois :

- D'**améliorer l'accès** aux soins ;
- De **garantir une prise en charge** de la PDSES dans toutes les lignes où elle est nécessaire ;
- De **sécuriser l'exercice privé dans le public**.

CONSTAT SYNTHETIQUE

La PDSES aujourd'hui ne couvre pas tous les besoins (ex : chirurgie de la main, Unité neuro-vasculaire (UNV), pneumologie, imagerie en coupe, …).

Elle reste à consolider pour permettre une plus grande lisibilité à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif.

Des ressources médicales rares qui sont à préserver, à renforcer par des partenariats avec des équipes extrarégionales et à attirer par des organisations sécures, agiles et innovantes.

RESULTATS ATTENDUS

Les usagers doivent disposer d'une **permanence des soins optimale et sécurisée**, tout en étant pris en charge au bon endroit.

Une **meilleure lisibilité des filières** de prises en charge doit être assurée.

La **participation des praticiens libéraux** au dispositif sera **facilitée**, quel que soit leur lieu d'exercice.

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité, est assuré. **TERRITOIRE CONCERNE** **Département**	1. **Conforter le schéma cible actuel** 2. **Satisfaire les nouveaux besoins** en lien avec le PRS 3. Mettre en place des **partenariats** public-privé	1. Nombre de lignes en place 2. Nombre de nouvelles lignes 3. Nombre de conventions

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Des outils de suivi de l'activité sont mis en place. **TERRITOIRE CONCERNE** **Département**	1. Mettre en place un outil de **suivi quantitatif** 2. Mettre en place un outil de **suivi des ressources humaines** 3. Mettre en place un outil de **suivi qualitatif**	1, 2 et 3. Déclaration des évènements indésirables graves

4.2.6 - PREMIER RECOURS

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Les soins de premier recours représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé (médecins ou professionnels de santé exerçant de manière isolée ou en structure d'exercice coordonné, hôpitaux de proximité)

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Prévention et promotion de la santé – compétences psychosociales, Pharmacies d'officine, Ressources humaines en santé (notamment au regard des infirmiers de pratique avancée du dispositif « 400 médecins généralistes en France » et des internes), Médecine, Filière urgence

CONTEXTE

Compte tenu du poids des pathologies chroniques et de l'évolution à soutenir de l'offre de soins, les pouvoirs publics ont multiplié les réformes (Ma Santé 2022, loi de transformation du système de santé, Ségur) pour accompagner les mutations de notre système de santé et modifier les organisations du premier recours (création des équipes de soins primaires (ESP), des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), des dispositifs expérimentaux prévus par la loi (encore appelés « dispositifs de l'article 51 »).
Au-delà de la problématique inhérente à un territoire de montagne, **l'accessibilité aux soins de premier recours est devenu un enjeu** à la fois pour les usagers et les élus, avec comme priorité d'apporter une réponse aux demandes de soins non programmés et assurer le suivi des patients atteints d'une pathologie chronique.

En Corse, malgré un solde positif de plus de 19 médecins installés sur le territoire depuis 2018 (106 installations et 87 cessations), près de 40 % des médecins généralistes sont âgés d'au moins 60 ans, partant en retraite à 67 ans en moyenne.

Ainsi, dès la mise en œuvre du premier schéma régional de santé (2018-2023) du PRS2, la volonté a été forte d'**accompagner les professionnels de santé dans cette évolution organisationnelle dont l'exercice coordonné est devenu le pilier**. Pour ce faire, plusieurs actions ont d'ores et déjà été menées, en complément des aides conventionnelles accessibles pour une installation en zone sous-dense, en lien avec les zonages de médecins généralistes.

A ce titre, une structuration institutionnelle a été formalisée : l'**instance de pilotage régionale (IRP)** créée en 2013 entre l'ARS, l'Etat et la Collectivité de Corse, aujourd'hui élargie aux représentants de l'assurance maladie et de la mutualité sociale agricole, qui, sur la base d'une instruction partagée des projets de santé des structures d'exercice coordonnée, apporte une réponse commune aux demandes d'investissements et d'équipements de ces structures.
La **Fédération Corse pour la coordination et l'innovation en santé (FCCIS)** a été créée en 2019, afin d'accompagner les professionnels de santé dans l'évolution de leurs pratiques et les familiariser au mode d'exercice coordonné.
Depuis 2019 également, l'**expérimentation des Equipes de Soins Primaires (ESP)** a été déployée pour offrir de la souplesse et répondre aux attentes des professionnels de santé, au travers de la rémunération des ESP via le fonds d'intervention régional.
L'ambition régionale de ce soutien s'est poursuivie avec l'inscription dans le contrat de plan Etat-région et le comité massif de financements, de projets structurants au sein du premier recours qui viennent renforcer la politique d'aménagement sur le territoire.

CONTEXTE (suite)

Ainsi, en 2022, on dénombre 12 MSP en fonctionnement, 22 ESP créées (dont 6 se sont converties en MSP) et 9 centres de santé. La **réactivité des équipes** pendant la crise de la COVID-19 (dépistage, prise en charge, vaccination) a permis la constitution de centres ambulatoires (centres médicaux avancées : CRA et CMA) répartis sur les territoires de projet, grâce à des exercices coordonnés existants. Ces équipes ont su démontrer une forte capacité de réaction, d'organisation et de modèle pour les équipes en devenir.
Le **profil des équipes** a également évolué. La majorité d'entre elles diversifient leurs actions (telles les actions autour du « Sport santé » ou des 1 000 jours) et intègrent les actions de santé publique dès la conception de leurs projets de santé. Les compétences des professionnels de santé exerçant au sein des équipes ont également évolué grâce à leur implication dans des dispositifs innovants (ex : EVA CORSE) ou grâce à l'appui dans leurs pratiques d'équipes spécialisées (ex : CICA'Corse).

L'**implication des usagers** sera pour ce nouveau schéma régional de santé, un nouvel enjeu à construire, pour poursuivre le développement de l'exercice coordonné et appréhender au mieux l'approche communautaire au sein des territoires. Le but sera de donner une vraie place aux usagers dans l'organisation territoriale des soins primaires, pour développer une culture commune et co-construire une démocratie en santé. Dans ce contexte, la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé dans les territoires de projet s'avère une réponse significative.

ENJEUX

L'**accès aux soins** sur l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins de santé de la population, doit être amélioré, en impliquant plus les usagers

Les **équipes de soins primaires** doivent être **accompagnées** dans leur exercice en s'appuyant sur des organisations innovantes (telles CICA'Corse, téléexpertises, …) et en apportant des réponses aux situations complexes (DAC), afin d'améliorer les prises en charge et de limiter les hospitalisations inutiles.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Le système de santé fait face à une démographie médicale vieillissante et une diminution du temps médical disponible liée aux mutations qui affectent les modes d'exercice et d'organisation du travail au quotidien de la médecine générale (gestion individuelle des temps sociaux, articulation des vies professionnelle et familiale, régulation collective des gardes ou des agendas en cabinet de groupe).

L'accès aux soins de proximité est difficile au quotidien, notamment pour les soins non programmés.

RESULTATS ATTENDUS

Le système de santé doit pouvoir répondre à des besoins de santé croissants nécessitant une prise en charge de proximité et pluriprofessionnelle, **en renforçant la coordination des soins autour du patient sur les territoires et en accompagnant les professionnels de santé dans la gestion des situations complexes**.

Les actions de coordination initiées depuis plusieurs années, doivent être poursuivies pour l'étendre au niveau des territoires, notamment **en couvrant l'ensemble de la population régionale par une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).**

Les ressources humaines en santé doivent être confortées, les protocoles de coopérations développés et la e-santé amplifiée, pour **gagner du temps médical** au profit du couple médecin-patient.

PREMIER RECOURS

OBJECTIF GENERAL N°1

La coordination des professionnels de santé et des pratiques autour du patient est renforcée selon une logique de parcours.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Développer le mode d'exercice coordonné et tendre vers un modèle participatif où le **projet de santé est co-construit avec les usagers**
2. Optimiser le processus d'accompagnement partenarial et de financement à travers la **consolidation de l'instance régionale de pilotage** (IRP)
3. **Poursuivre la formation PACTE** en y intégrant les nouveaux modules proposés par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)
4. Elaborer une stratégie pluripartenariale en lien avec les partenaires (URPS, FCCIS, assurance maladie, MSA…) à destination des professionnels de santé enfin de **faciliter l'entrée dans l'exercice coordonné**
5. Poursuivre l'**expérimentation** Equipe de soins primaires (ESP) et déployer l'expérimentation des Equipes de soins spécialisées (ESS)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1.1. Nombre d'ESP, de MSP et de centres de santé
1.2. Bilan qualitatif sur les retours d'expérience des équipes accompagnées par la Fédération Corse pour la coordination et l'innovation en santé (FCCIS) (analyse des matrices de maturité)
2. Nombre de projets financés selon le poste de financement et le type de financeur
3. Nombre de participants aux formations PACTE (EHESP)
4. Nombre et typologies d'actions de communication menées.
5.1. Nombre de conversions d'ESP en MSP
5.2. Activité des ESS labellisées

OBJECTIF GENERAL N°2

Les Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) vont permettre d'organiser et renforcer les soins de proximité aux patients.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Accompagner les structures d'exercice coordonné (ESP, Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)) à la **mise en place de CPTS** en ciblant la couverture de l'ensemble du territoire
2. **Organiser l'offre** territorialisée de **soins non programmés**
3. **Rendre lisible le rôle de la CPTS** dans le décloisonnement des soins dans le cadre notamment des filières graduées (lien ville-hôpital de proximité)
4. Initier par des réponses à des appels à projets des logiques territoriales pour **créer un socle fédérateur des acteurs** (ex : Programme ICOPE)
5. Intégrer l'**usager** comme un **acteur à part entière** de la CPTS
6. **Asseoir le rôle du Dispositif d'appui à la coordination (DAC)** dans sa mission d'appui aux parcours complexes

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Part de la population régionale couverte par une CPTS
2. Suivi de la consommation de soins non programmés des résidents du territoire
3.1. Nombre de conventions avec les hôpitaux de proximité (nouvelle organisation des Soins non programmés (SNP), consultations avancées, actions de prévention, …)
3.2. Nombre de professionnels de santé en consultation avancée sur le territoire et de patients suivis
4. Nombre de projets déposés dans le cadre d'Appels à projets (AAP)
5. Recensement des associations d'usagers participant aux CPTS en projet ou constituées
6. Nombre de patients pris en charge par le DAC

PREMIER RECOURS

OBJECTIF GENERAL N°3

Les professionnels de santé bénéficient d'un accompagnement dans l'évolution de leurs métiers, l'acquisition de nouvelles compétences et la promotion de nouvelles pratiques pour gagner du temps médical.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Soutenir et développer les projets de **télémédecine/téléexpertise** et mise à disposition d'**outils adaptés** (systèmes d'information, solution E Salute)

2. Poursuivre et renforcer **l'intégration des structures d'exercice coordonné dans la stratégie d'innovation** en santé, y compris dans le déploiement des organisations issues des expérimentations (telle EVA CORSE)

3. Accompagner le **déploiement des protocoles de coopération**

4. Promouvoir et développer des **pratiques cliniques préventives** à l'échelle des territoires (stratégies « d'aller vers » ; ...)

5. Promouvoir les **nouveaux métiers en santé** (ex : coordinateurs territoriaux ; recours aux assistants médicaux ; Infirmiers de pratique avancée (IPA) ; ...)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de projets de télémédecine régionaux utilisés et/ou portés par les professionnels du premier recours

2. Nombre de projets « article 51 » autorisés autour des différents formes d'exercice coordonné

3. Nombre de protocoles de coopération déployés (nationaux/locaux)

4. Nombre d'actions en matière de prévention et de promotion de la santé

5. Bilan du recours et déploiement des nouveaux métiers en santé

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les usagers doivent pouvoir bénéficier d'une couverture médicale quel que soit leur lieu de résidence.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur la structuration régionale des institutionnels, le développement de la Fédération Corse pour la coordination et l'innovation en santé (FCCIS), ainsi que le déploiement des soins non programmés dans le cadre du Service d'accès aux soins (SAS).

FACTEURS DE REUSSITE

Les **supports financiers mobilisables** (ARS, assurance maladie, Collectivité de Corse, Préfecture) sont des éléments clés de la stratégie.

4.2.7 - MEDECINE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel. Elle consiste également en des actions de prévention et d'éducation à la santé.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Ressources humaines en santé, Prévention et promotion de la santé – compétences psychosociales, Gériatrie, Parcours Bien vieillir, Filière cardiologie y compris interventionnelle, Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant, Filières Maladie rénale chronique, Maladies et handicaps rares, Parcours Maladies chroniques, Premier recours, Soins palliatifs – fin de vie, Douleur chronique, Psychiatrie, Hospitalisation à domicile, Neurovasculaire aigüe, Parcours de Soins Corse-Continent

CONTEXTE

L'activité de médecine fait l'objet d'une **réforme des autorisations**. Désormais cette activité est régie par des conditions techniques de fonctionnement (décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022) et des conditions d'implantations (décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022). Les établissements exerçant une activité de médecine devront se conformer à ces nouveaux textes.

En 2022, **12 établissements sont autorisés à l'activité de médecine** :

- 7 établissements publics : les centres hospitaliers d'Ajaccio, de Castelluccio, de Sartène, de Bonifacio et les centres hospitaliers de Bastia, de Calvi Balagne et de Corte-Tattone ;
- 5 établissements privés : CliniSud à Ajaccio, Clinique du Sud de la Corse à Porto-Vecchio, Polyclinique La Résidence (Maymard) à Bastia, Polyclinique de Furiani à Furiani, Clinique de Toga à Bastia.

La capacité totale installée est de 527 lits en hospitalisation complète et 27 places en hospitalisation à temps partiel.

L'activité de médecine en 2022 s'établit à 53 139 séjours consommés, elle **repart à la hausse après une légère baisse en 2021** (47 797 séjours).

Le **taux de fuite** interrégional en médecine reste élevé pour la région, avec 17,5% en 2021. De plus, ces fuites concernent des spécialités (endocrinologie, rhumatologie) identifiées au dernier schéma, dont l'offre n'a pu se développer en raison du nombre insuffisant de médecins.

Concernant le prise en charge en **hospitalisation de jour**, son développement était inscrit au précédant schéma et grâce à l'accompagnement des établissements le nombre de séjours réalisés a connu une évolution significative :

2017 : 5 739 séjours 2018 : 6 576 séjours 2020 : 7 718 séjours 2021 : 8 281 séjours

CONTEXTE (suite)

Cette progression sous ce mode de **prise en charge**, qui était essentiellement orientée sur la prise en charge de la pathologie cancéreuse en chimiothérapie, a été **élargie** notamment sur le dépistage des maladies neurodégénératives, la prise en charge de patients de pathologies cardiaques, la prise en charge des patients atteints de sclérose en plaque, ainsi que dans le cas des douleurs chroniques. Cette diversification devrait se poursuivre pour permettre d'augmenter l'offre en proximité grâce à cette modalité.

Les actions en faveur de l'accueil d'**internes** (soutien des agréments et veille de la qualité des terrains de stage en Corse) au sein de nos centres hospitaliers ont permis d'augmenter significativement leur nombre, passant de 33 en 2018 à 47 en 2021. Cette démarche s'inscrit dans un objectif plus large de développement des filières hospitalo-universitaires, en ouvrant des postes d'interne dans les spécialités en tension (pneumologie notamment).

Le **développement des consultations avancées intrarégionales**, à destination des hôpitaux de proximité et des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, par des médecins libéraux ou des médecins hospitaliers, a permis d'améliorer l'accès aux soins en proximité. S'agissant des consultations avancées interrégionales, réalisées par des médecins d'autres régions à destination des établissements de santé de Corse, elles permettent également une expertise et un appui pour les professionnels. Actuellement, 8 consultations avancées sont proposées au centre hospitalier de Bonifacio, 14 au centre hospitalier de Calvi Balagne, 15 au centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone, 9 au centre hospitalier de Sartène, 20 au centre hospitalier d'Ajaccio et 20 au centre hospitalier de Bastia.

L'activité de médecine a évolué vers une spécialisation. Ces spécialités sont en majorité développées dans des fiches *ad hoc*. Cependant, une vision globale permet d'harmoniser les enjeux pour ces 5 prochaines années avec un focus particulier sur les spécialités en très grande tension.

MEDECINE

ENJEUX

L'**accès aux soins** en proximité doit être garantie.

La poursuite des actions en faveur des **spécialités démographiquement déficitaires** est capitale.

L'offre existante doit être consolidée au sein des établissements de référence des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia.

Le parcours de médecines spécialisées doit se développer en lien avec la ville, pour **déployer une offre graduée.**

CONSTAT SYNTHETIQUE

Les pratiques et les outils développés entre la ville et l'hôpital, pour répondre à la crise de la COVID-19, ont été capitalisés par les acteurs (tel le développement des outils numériques de coordination).

On constate que des disciplines restent démographiquement déficitaires (pneumologie, gastroentérologie), ce qui fragilise l'offre existante.

Les taux de fuite sont encore élevés pour la région. En parallèle, les consultations avancées sont en progression et l'offre en hospitalisation de jour s'est développée.

RESULTATS ATTENDUS

Des **parcours spécialisés gradués et lisibles** pour les usagers doivent être mis en œuvre (avec l'intégration du programme E-parcours).

L'offre sera consolidée au sein des centres hospitaliers, ce qui favorisera leur attractivité (recrutement).

L'offre doit être maintenue en **pneumologie** (au niveau des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia) et en **gastroentérologie** (au centre hospitalier d'Ajaccio)

Le taux de fuite doit diminuer.

OBJECTIF GENERAL N°1

Les spécialités en tension au sein des centres hospitaliers sont soutenues pour assurer une continuité de prise en charge.

TERRITOIRE CONCERNE

Région et interrégion

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Poursuivre et accompagner les actions en faveur de **l'accueil d'internes sur les spécialités en tension**

2. Accompagner le développement des **projets de partenariat public-privé** pour assurer une continuité de soins

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Evolution du nombre d'internes au sein des établissements de la région

2. Evolution du nombre de projets de coopération public-privé

OBJECTIF GENERAL N°2

L'accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité est assuré.

TERRITOIRE CONCERNE

Région et interrégion

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Poursuivre le développement des **consultations avancées** auprès des hôpitaux de proximité et du premier recours

2. Maintenir et créer des conditions favorables à la pérennité des **postes de praticiens hospitaliers** dans les services en tension (pneumologie, gastroentérologie)

3. Poursuivre le **partenariat interrégional** (nomment avec la région PACA) en matière de consultations avancées, avec une meilleure visibilité en faveur des filières d'hyperspécialités

4. **Améliorer le maillage** par l'implantation d'une autorisation de médecine en hospitalisation de jour sur la Plaine Orientale

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Augmentation du nombre de consultations avancées disponibles au sein de chaque établissement de santé

2. Evolution du nombre de praticiens hospitaliers recrutés dans les spécialités identifiées en tension

3. Augmentation du type de consultations avancées disponibles au sein de chaque établissement de santé notamment public

4. Octroi d'une autorisation d'activité en conformité avec les conditions de fonctionnement et d'implantation

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs sont définis afin de consolider et développer l'offre à la fois au sein des pôles hospitaliers des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, des hôpitaux de proximité, et en appui du premier recours, pour permettre un accès gradué et en proximité.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- La politique des ressources humaines en santé ;
- La capitalisation de la crise sanitaire en faveur des liens ville-hôpital ;
- La mise en œuvre du programme e-parcours ;
- La consolidation des relations avec les autres régions.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La **labellisation des hôpitaux de proximité ;**
- Le **développement des structures d'exercice coordonné**, et partant, des projets médicaux ;
- La prise de conscience et l'engagement collectif des acteurs de santé en renforçant les **coopérations villes-hôpital et les partenariats public-privé**.

4.2.8 - GERIATRIE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE	THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS
Médecine du grand âge et de ses maladies – filière gériatrique	Impact sur les autorisations en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), Soins Médicaux et de Réadaptation, Numérique en santé (système d'information - télémédecine e Salute), Ressources humaines en santé (attractivité des filières, formation et qualité de vie au travail), Filière urgence (Service d'accès aux soins (SAS) -admissions directes-), Maladies neurodégénératives, Parcours Bien vieillir, Médecine

CONTEXTE

Le **vieillissement de la population** est un fait incontournable, dans l'ensemble des pays développés, la population vieillit inexorablement, créant de nouveaux équilibres auxquels les sociétés doivent s'adapter.

En France, les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. En Corse, le vieillissement de la population est encore plus rapide.

Par ailleurs, la Corse est une **région où l'accès à un médecin généraliste est rendu plus difficile** dans les zones rurales du fait de sa spécificité d'**île montagne**.

Ce contexte justifie que l'on maintienne une dynamique forte sur le volet gériatrique.

Cela passe notamment par la contribution au **soutien au domicile** de la personne âgée et la **limitation des hospitalisations évitables**, dans un recours gradué de prise en charge, avec la structuration de soins de premier recours, en mettant davantage son expertise au service des acteurs autour de la personne âgée, et notamment le médecin traitant, et en développant et structurant le parcours d'admissions directes non programmées dans les services d'hospitalisation.

Dès lors que l'hospitalisation est nécessaire, il s'agit de faire en sorte que le **parcours en établissements de santé** soit fluide, fasse appel aux compétences appropriées et soit inscrit dans le parcours global de la personne âgée. Cela implique une nécessaire coordination territoriale entre les établissements de santé, les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la médecine de ville et les SAMU-Centre 15 au bénéfice des usagers âgés.

Par ailleurs, la personne âgée est majoritairement à domicile. Son entrée dans la dépendance accroît les besoins de prise en charge. Pour cela, il est nécessaire d'**intervenir précocement** en ciblant les personnes à risque de fragilité et prévenir ainsi l'entrée dans la perte d'autonomie.

Enfin, il est à noter une **réforme attendue** sur l'autorisation de **l'activité de soins en longue durée**.

GERIATRIE

ENJEUX

La prise en charge de la personne âgée doit être complétée et optimisée depuis le repérage de la fragilité en sécurisant et fluidifiant le parcours de soin qui intègre la ville, l'hôpital et les Etablissements médico-sociaux (EMS), en garantissant l'accès aux soins à toutes les spécialités et en respectant le droit des usagers.

CONSTAT SYNTHETIQUE

La structuration de la filière de façon coordonnée, graduée et soutenable n'est pas totalement déployée car elle est incomplète.

Il est donc nécessaire d'optimiser le recours à l'expertise gériatrique dans un contexte de déficit en gériatres, de renforcer la coordination et l'orientation des personnes âgées vers les bons acteurs de prise en charge et de renforcer le parcours de la personne âgée lors des étapes clés.

RESULTATS ATTENDUS

La **prise en charge** complète du patient, y compris en proximité, devra être **sécurisée.**

Les deux **filières gériatriques** seront **labellisées.**

Les projets innovants (le Programme ICOPE par exemple) seront développés.

Les **acteurs** de la prise en charge gériatrique seront **coordonnés.**

OBJECTIF GENERAL N°1

Les filières gériatriques départementales sont labellisées afin d'améliorer les trajectoires de santé.

TERRITOIRE CONCERNE

Département (Groupement hospitalier de territoire (GHT))

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Conforter les équipes mobiles** de gériatrie en intra et extrahospitalier

2. Formaliser une **astreinte gériatrique** en appui d'expertise vers les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) et le domicile

3. **Créer un parcours** d'admissions directes non programmées

4. **Consolider les cellules parcours**

5. **Sécuriser les retours à domicile** notamment en promouvant le programme PRADO dédié aux personnes âgées

6. Déployer des **outils simples d'orientation au sortir de l'hospitalisation**

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de filières labellisées

2. Nombre de recours à l'astreinte gériatrique

3.1 Organisation de parcours d'admission directe

3.2 Nombre de passages aux urgences évitables

4.1 Nombre de cas traités par les cellules parcours

4.2 Nombre de patients orientés en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

5. Nombre de patients inclus dans le programme PRADO dédié aux personnes âgées

6. Nombre de fiches d'aide à la décision d'orientation des patients (ADOP) utilisées en Hospitalisation à domicile (HAD)

OBJECTIF GENERAL N°2

La filière gériatrique a un rôle de soutien au premier recours.

TERRITOIRE CONCERNE

Département (Groupement hospitalier de territoire (GHT))

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Développer l'accès aux soins** au travers :
   - Du repérage des fragilités
   - De l'accès aux consultations spécialisées à travers la logique d'appuis territoriaux
   - Du développement de la filière gérontopsychiatrique et de la prise en charge des troubles cognitifs
   - De l'intégration de l'accès aux soins palliatifs
2. **Intégrer l'Hospitalisation à domicile (HAD) au parcours Bien Vieillir**

3. **Coordonner avec le Dispositif d'appui à la coordination (DAC)**

4. **Labelliser des hôpitaux de proximité-recours**

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1.1. Nombre de consultations spécialisées

1.2. Capacitaire en unités cognitivo-comportementales et en unités d'hébergement renforcé

2. Nombre de conventions de structure en exercice coordonné HAD

3. Amélioration du taux de résolution des situations complexes

4. Nombre de labels

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs opérationnels fixés doivent permettre de **mieux faire connaître l'offre existante et le développement de cette offre,** afin de permettre un accès aux soins adapté au plus près des besoins de la personne âgée en proximité et le plus précocement possible.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- La structuration des filières gériatriques ;
- L'expérimentation ICOPE ;
- Le déploiement du DAC ;
- Les outils e-Salute ;
- La conférence des financeurs.

FACTEURS DE REUSSITE

La mise en application des dernières circulaires avec les groupes de travail des acteurs des établissements de santé, la contribution de l'ARS à l'élaboration des projets médicaux et l'engagement des organismes de formation, faciliteront le développement des filières gériatriques.

La collaboration avec les professionnels de santé libéraux et la Fédération Corse pour la coordination et l'innovation en santé (FCCIS) (ex : le programme ICOPE) et la lisibilité de la filière gériatrique permettront une prise en charge adaptée des personnes âgées.

4.2.9 - INFECTIOLOGIE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'infectiologie est ici considérée dans sa dimension de parcours de soins tout au long de la vie et à toutes les étapes de prise en charge, à la fois au sens préventif et curatif, en prenant en compte les maladies infectieuses, humaines et dans une perspective de santé globale.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Biologie médicale (importance du déploiement d'une plateforme régionale de biologie infectieuse, experte et réactive ; et partenariats), Réponse en veille sanitaire aux alertes et situations sanitaires exceptionnelles (risque épidémique et biologique), Qualité et sécurité (circuit de signalement et sécurité sanitaire avec la vigilance et les structures régionales d'appui dont le CPIAS et le futur CRATb)

CONTEXTE

L'infectiologie fait son apparition en tant que thématique dans le PRS.

Tout agent infectieux peut avoir des conséquences sur la santé individuelle et des populations.
Les personnes les plus fragiles sont constituées des patients avec un déficit immunitaire et/ou des comorbidités (pathologies chroniques) dont la décompensation (c'est-à-dire la dégradation d'un organe ou d'un organisme) peut être occasionnée par une infection. Des complications graves peuvent cependant survenir chez toute personne dans le cadre d'infections aigües ou chroniques.
L'enjeu est à la fois individuel et populationnel. En effet, il concerne de façon transversale toute la population dans son quotidien, ainsi que dans le cadre de prises en charge (telles les hospitalisations).
Les professionnels de santé sont à la fois les premiers exposés et les premiers acteurs dans tous les secteurs de soins, tant au niveau préventif que curatif.

Chaque année des **épidémies de virus saisonniers** touchent la population. La pandémie de la COVID-19 nous enseigne qu'elle peut avoir des conséquences majeures sur la santé des populations et l'organisation du système de santé. Les infections bactériennes posent par ailleurs la problématique de l'**antibiorésistance**.

La Corse dispose de 5 infectiologues répartis entre les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia. Cependant le recours à des moyens de diagnostics biologiques et radiologiques hors de Corse est une réalité.
Les **structures de prévention spécifiques** existent avec 2 centres de vaccinations polyvalentes, 2 centres de vaccinations internationales (CVI), 2 centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) et des CeGIDD (Centres Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST)).
Des **structures régionales d'appui** sont également mobilisées (Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMéDIT), Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins (CPIAS)) ou en cours de structuration (Centre Régional en Antibiothérapie (CRATb)). L'expertise de Santé publique France en Corse est précieuse pour la bonne prise en compte du risque infectieux.

L'ensemble des acteurs de terrain et des partenaires institutionnels est mobilisé dans la prévention des risques infectieux.
Le cadre existant en Corse est donc de nature à permettre une optimisation de la structuration de la thématique infectiologie en Corse.

INFECTIOLOGIE

ENJEUX

Des **délais courts de recours et de diagnostic** sont nécessaires à la bonne prise en charge individuelle des infections et à une gestion populationnelle du risque infectieux permettant d'en limiter les conséquences.

Il est primordial de **partager l'expertise** en infectiologie avec les professionnels de santé dans tous les secteurs de soins curatifs et préventifs. A ce titre, la prévention de l'antibiorésistance est à la fois un enjeu et un levier essentiel de structuration de l'infectiologie sur notre territoire.

CONSTAT SYNTHETIQUE

La structuration de la réponse mise en place par l'ARS lors de la crise de la COVID-19 a été notable pour fédérer autour de la prise en charge en infectiologie.

La présence de 5 infectiologues et de structures dédiées de prévention fournit un cadre de santé publique favorable.

L'accès sur l'île à certains examens de diagnostic (biologie, radiologie spécialisée) reste à consolider dans le cadre de l'application des bonnes pratiques (délais de diagnostic, réévaluation et suivi).

RESULTATS ATTENDUS

Un réseau doit se constituer autour de professionnels de santé formés à :

- La **prévention** en infectiologie, afin d'intégrer la prévention des maladies infectieuses, à toutes les étapes de la vie et des prises en charge ;
- L'**infectiologie**, avec des moyens de prise en charge coordonnés sur la Corse.

OBJECTIF GENERAL N°1

La population bénéficie, à toutes les étapes de la vie, d'une prévention en infectiologie dans une démarche de santé publique et intégrant la démocratie sanitaire.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Informer et sensibiliser** les enfants et leur famille sur le risque infectieux et sa prévention
2. Partager avec les enfants et leur famille des **ressources pédagogiques** mutualisées et adaptées pour prévenir les infections, en faisant la promotion d'un outil pédagogique dématérialisé
3. Intégrer **dans toute prise en charge médicale** un volet de **prévention** en infectiologie
4. Promouvoir les **vaccinations** (en particulier la campagne HPV en collège ; la campagne antigrippale pour les sujets personnes de plus de 65 ans et/ou à risque)
5. Lutter contre l'**antibiorésistance** en respectant les indications des molécules à forte pression de sélection

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de collégiens ayant bénéficié d'une sensibilisation à la prévention du risque infectieux par un professionnel de santé de proximité
2. Nombre d'établissements scolaires utilisant l'outil pédagogique dématérialisé « e-bug »
3. Nombre de rendez-vous professionnels, d'installations ou périodiques (Assurance maladie, conseil de l'ordre, Unions régionales de professionnels de santé (URPS) et structures représentantes), des professionnels de santé intégrant un volet de sensibilisation à la prévention du risque infectieux pour chaque prise en charge médicale

4.1 Nombre des collégiens vaccinés contre l'HPV (cible + 10 points)

4.2. Nombre de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe (cible : + 10 points)

5. Nombre d'actions validées par le CRATb

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les professionnels formés aux bonnes pratiques de prévention des infections et les professionnels de santé formés à l'infectiologie sont organisés en réseau dans une perspective de santé globale. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Rendre accessible sur chaque territoire de projet une **offre de formation continue** pluriprofessionnelle aux bonnes pratiques de **prévention** des infections 2. Rendre accessible sur chaque territoire de projet une **offre de formation continue à l'infectiologie** pour les professionnels de santé 3. **Communiquer sur le maillage territorial** de ces professionnels formés avec l'identification de référents de premier niveau d'information et de recours dans le domaine de l'hygiène et de la prévention des infections, et de l'infectiologie	1. Nombre d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP) organisées en hygiène et infectiologie, par catégorie de professionnels de santé, par an et par territoire de projet 2. Nombre d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP) organisées en infectiologie, par catégorie de professionnels de santé, par an et par territoire de projet 3. Nombre de visites de délégués de l'assurance maladie (DAM) intégrant une information sur le maillage territorial des professionnels de santé de terrain formés à l'hygiène et à l'infectiologie

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Tout patient porteur d'un agent infectieux entre dans un parcours de prise en charge 24h/24 et 7j/7 prenant en compte le risque épidémique et biologique (REB) pour la santé de la population. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Développer une **stratégie de documentation** des agents infectieux, des risques sanitaires et des prises en charge associées 2. **Coordonner les capacités de diagnostic** en infectiologie (biologique +/- radiologique) permettant une prise en charge adaptée et rapide 3. **Organiser des circuits de prise en charge** des infections intégrant le REB avec accès aux capacités d'expertise en infectiologie 24h24 et 7j/7	1. Création d'une base régionale de données partagées en infectiologie intégrant des informations clinico-biologiques et de délais de prise en charge 2. Etablissement de conventions inter-structures permettant d'optimiser les ressources diagnostiques existantes en Corse ou priorisant l'accès et le rendu de résultat hors de Corse 3. Nombre d'astreintes opérationnelles en infectiologie 24h24 et 7j/7 impliquant les infectiologues exerçant en Corse

INFECTIOLOGIE

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La prévention et la maîtrise du risque infectieux, élément central de la santé individuelle et des populations, sont conditionnées par :

- L'**intégration dans le quotidien** des Corses de la prévention (dont les réflexes d'hygiène) et du recours rapide en cas d'infection ;
- L'**identification** par tous (usagers et professionnels) **des circuits** de prise en charge ;
- Le maintien de l'**efficacité des anti-infectieux** ;
- **L'identification, le signalement et la gestion des situations** à risque pour la population.

LEVIERS EXISTANTS

Il s'agira de capitaliser sur l'implication de toute la population dans le cadre de la crise de la COVID-19.

Le maintien de la sensibilisation et l'implication de l'ensemble des acteurs de soins constituent un levier important dans la structuration du parcours en infectiologie.

Les expertises régionales continueront à être mobilisées et développées dans ce cadre.

FACTEURS DE REUSSITE

L'élément clé de la stratégie est la co-construction avec les acteurs de terrain, mais également avec les partenaires institutionnels et communautaires :

- D'un cadre de diffusion de l'information et de partage de l'expertise en infectiologie ;
- D'une stratégie de documentation des risques dans le domaine de l'infectiologie.

4.2.10 - HOSPITALISATION A DOMICILE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) assure une offre à part entière, entre l'hospitalisation conventionnelle et l'ambulatoire. Elle est capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés. Elle intervient à domicile ou en établissements (Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)) grâce à des personnels salariés et des professionnels libéraux avec lesquels elle passe convention.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Soins médicaux et de réadaptation, Gériatrie Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant, Soins palliatifs – fin de vie, Douleur chronique

CONTEXTE

En 2022, **5 structures HAD polyvalentes couvrent tout le territoire de Corse** (mode de prise en charge majoritaire en 2022) :

- 3 en Haute-Corse :
  - HAD de Corse (traitement par voie veineuse et pansements complexes/soins spécifiques) ;
  - HAD Centre Raoul François Maymard (surveillance post-chimiothérapie et soins palliatifs) ;
  - HAD du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone (CHICT) (surveillance post-chimiothérapie et traitement par voie veineuse) ;
- 2 en Corse-du-Sud :
  - HAD Union des mutuelles de Corse du Sud (UMCS) (pansements complexes/soins spécifiques) ;
  - HAD du centre hospitalier de Sartène (soins palliatifs).

On constate une **augmentation de l'activité** HAD sur la région, en 2021 (source ScanSanté), avec :

- Un nombre de journées égal à 74 856 (contre 34 436 en 2016) ;
- Un nombre de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants de 59,3 (contre 29,1 en 2017). Cet indicateur est supérieur à la moyenne nationale ;
- Un taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR) est de 162,1 (contre 69,7 en 2016) ;
- Une part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète temps plein (MCO + SSR) à 34,7% (contre 57,9% en 2016).

Le développement de l'activité d'HAD est très fort dans la région et les établissements ont augmenté leur activité. Une **difficulté d'intervention** est notée sur le territoire de l'**Ouest Corse** en raison d'un défaut de convention avec les professionnels de santé libéraux.

L'objectif de développement de l'activité d'HAD en complémentarité avec l'hospitalisation conventionnelle **est rempli mais diminue**. Le taux de journées en HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète a plus que doublé, bien que cette évolution soit plus prononcée pour certains établissements. Cette évolution est devenue visible à partir de la crise de la COVID-19, durant laquelle l'HAD a su se positionner comme une offre de soins essentielle permettant de limiter les hospitalisations en établissements de santé des patients non-COVID, d'apporter un appui aux Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et d'assurer le suivi et la prise en charge des patients COVID.

HOSPITALISATION A DOMICILE

CONTEXTE (suite)

Une **réforme** importante impacte cette activité, désormais considérée comme une **activité de soins à part entière**. Les HAD devront pour certaines étendre leur champ de prise en charge en se diversifiant puisque chacune d'elle devra avoir la **mention socle polyvalente**, et pourra développer son **expertise sur 3 autres mentions** (réadaptation, post-partum et pédiatrie). Ainsi l'ensemble des établissements de la région devront déposer un dossier d'autorisation une fois le nouveau schéma publié qui prendra en compte une notion de complémentarité renforcée entre établissements.

La feuille de route nationale 2021-2026 sur l'HAD doit guider les actions régionales. La présente fiche en est la déclinaison avec une appropriation territoriale.

ENJEUX

La réforme des autorisations d'activités de soins fait de l'HAD une activité de soins à part entière. Ainsi, les établissements devront répondre aux conditions techniques de fonctionnement qui **impliquent, pour certaines mentions, des ressources humaines qui sont déjà en tension** au sein de la Corse. Pour autant, ces mentions **devront être représentées** sur le territoire **pour répondre aux besoins** de notre population. Pour cela des coopérations inter-établissements et HAD devront être mises en place, en plus des conventions déjà existantes avec les établissements de santé et les Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

CONSTAT SYNTHETIQUE

Le développement de l'activité HAD est très fort dans la région, cependant :

- Il reste à améliorer le maillage territorial : certains territoires sont encore inégalement couverts. Cela est lié notamment à des difficultés de conventionnement avec les libéraux.
- L'orientation en HAD doit être pleinement identifiée comme filière d'aval par les ES.
- L'intervention de l'HAD en appui des ESMS et du premier recours doit être renforcée.

RESULTATS ATTENDUS

L'HAD devra être reconnue comme une activité de soins à part entière (notamment par les acteurs) et être **pleinement intégrée dans les parcours de soins.**

Les établissements devront déposer des dossiers d'autorisation en responsabilité populationnelle permettant de **couvrir l'ensemble du territoire sur la mention socle et converger vers une couverture la plus optimale sur les spécialités.**

OBJECTIF GENERAL N°1

L'offre est adaptée et le maillage territorial développé (en favorisant le lien ville-HAD) en cohérence avec les projets territoriaux de santé.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Assurer un **maillage territorial HAD homogène sur la mention socle**
2. Favoriser **la complémentarité et le conventionnement des HAD** sur les mentions spécialisées en cohérence avec les projets territoriaux de santé, dans un objectif d'efficience
3. Promouvoir la **coopération avec les professionnels de santé libéraux** pour développer leurs interventions en HAD (kinésithérapeutes, sage-femmes, médecins libéraux…) dans le but d'accroître la réponse sur le territoire en respectant les critères d'éligibilité des patients

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Augmentation du taux de recours à l'HAD standardisée (socle et spécialités) par territoire d'implantation

2 et 3. Comparaison du taux de recours régional versus le taux national

HOSPITALISATION A DOMICILE

OBJECTIF GENERAL N°2

L'HAD est intégrée et reconnue dans les filières de soins territoriales.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Encourager les HAD à **diffuser l'outil d'aide à la décision d'orientation des patients** (ADOP) en HAD auprès des prescripteurs

2. Favoriser la mise en place de **coopérations** entre les HAD, les établissements de santé et les Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans le cadre des projets d'établissement

3. **Expérimenter un hébergement temporaire en EHPAD avec un soutien renforcé de l'HAD** en appui du premier recours sur la Plaine Orientale

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Evolution du recours à l'outil Via Trajectoire par les ES/ESMS et les HAD

2.1 Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète pour l'ensemble des établissements HAD

2.2 Part des séjours HAD réalisés au bénéfice des résidents d'ESMS pour l'ensemble des établissements HAD

3. Transmission d'un protocole d'intervention de l'HAD au sein de l'EHPAD dans le cadre de l'expérimentation

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Il est nécessaire de mailler le territoire et d'offrir à tous un accès à cette activité de soins, avec une **qualité qui réponde la fois à l'attente de la population d'être soignée à domicile, mais aussi au vieillissement de la population.**

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur l'engagement et l'activité des HAD existantes.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La **coopération entre HAD socle et HAD spécialisée**, pour assurer une couverture optimisée qui réponde aux besoins du territoire ;

- La **mutualisation des professionnels de santé formés**, qui augmente l'**attractivité** des postes en période de tension sur les ressources humaines.

4.2.11 - FILIERE CANCER

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La prise en charge des cancers nécessite plusieurs types de traitement selon les organes atteints. Le traitement peut être une chirurgie d'exérèse ou la prise en charge d'une situation dite complexe (récidive, chirurgie en zone irradiée, atteinte pluriviscérale), un traitement médicamenteux systémique quelle que soit sa forme d'administration, un traitement par radiothérapie externe ou curiethérapie, la combinaison de deux ou trois de ces traitements.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Ressources humaines, Chirurgie, Biologie médicale, Filière Imagerie (Imagerie interventionnelle, médecine nucléaire), Médecine, Parcours cancer (la fiche parcours cancer inclut la prévention), Parcours de Soins Corse-continent

CONTEXTE

La **démographie des professionnels de santé** reste une préoccupation majeure en Corse. Elle impacte la capacité de portage de projets de la région et fragilise de manière reccurente les différentes filières y compris dans leur déploiement à l'échelle infraterritoriale et départementale (exemple de l'ORL) voire même leur maintien.

La **réforme du régime d'autorisation** et la **stratégie décennale du cancer** imposent de penser l'offre de manière graduée avec une complémentarité des établissements autorisés en s'adossant aux centres continentaux pour les filières fragiles intégrant les consultations avancées (exemple de l'oncopédiatrie). L'absence de certaines structures en région (Unité de Coordination en OncoGériatrie – oncopédiatrie) ou équipement TEP Scan nécessite des travaux avec les centres recours (Unité de Coordination OncoGériatrie (UCOG) PACA Est et Ouest – Organisation InterRégionale de recours (OIR) en OncoPédiatrie) ou des compléments d'expertise (TEP Scan) pour construire une réponse étoffée et de proximité.

La structuration de la **recherche** n'a pu aboutir. Elle devra être finalisée pour être intégrée dans la filière régionale contribuant à la réduction des inégalités territoriales d'accès. Les **délais d'accès** aux plateaux techniques d'imagerie (IRM-Scanner) se sont considérablement allongés dans un contexte de démographie des radiologues publics en difficulté, nécessitant de repenser les organisations dans un cadre mutualisé. Le plateau mutualisé d'imagerie médicale et la création d'un **Institut régional Corse de cancérologie (IRCC)** sont des leviers fédérateurs qui devront être l'aboutissement de la structuration de cette filière. Cet institut contribuera à renforcer la filière et assurera la visibilité de l'offre sur l'île pour l'usager et les professionnels de santé et à l'extérieur de l'île pour les centres de référence.
La mise en œuvre du Dossier communicant de cancérologie (DCC), qui devrait se déployer en 2023, garantira le **partage des données patients** dans un cadre adapté et sécurisé y compris pour l'interrégion.

Le déploiement des **soins de support** devra se poursuivre avec le soutien du Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) Onco PACA Corse pour l'outillage et la formation des professionnels de santé. L'implantation d'un **centre de Procréation médicalement assistée (PMA)** en région facilitera l'accès à la préservation de la fertilité. L'accès à des programmes d'**activité physique adaptée** doit être lisible pour les professionnels prescripteurs.

CONTEXTE (suite)

L'absence de réseau territorial de prise en charge a complexifié certains parcours de patients. Le déploiement de la **fonction de coordination des soins** (exemple du Bastia Institut du Sein et d'Oncolink thérapies orales en oncohématologie) et celui du Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes devraient permettre un accès plus rapide aux soins, éviter les ruptures de parcours, garantir une meilleure utilisation des ressources disponibles et observer des trajectoires de patients nécessitant des adaptations de l'offre y compris au niveau infraterritorial. Le dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes pourra répondre aux difficultés des retours des patients pris en charge sur le continent.
Enfin la circulation de l'information devra trouver le vecteur adapté à la région afin de permettre des montées en charge plus rapides des nouveaux dispositifs.

ENJEUX

L'accès à la prise en charge des cancers en région répond à un triple enjeu :
-Pour la population : importance de la pathologie (première Affection de longue durée (ALD)) en effectif de nouvelles admissions en 2020 (effectif : 1790), avec un :

- Enjeu des délais de prise en charge, synonymes d'une perte de chance pour les cancers de mauvais pronostic. Ces délais doivent être réduits ;
- Enjeu de l'équité de prise en charge dans la médecine de précision et des chirurgies mini-invasives à garantir ;

-Pour les professionnels de santé : attractivité de la filière notamment pour la chirurgie, pluridisciplinarité, accès à la recherche et à l'innovation ;
-Pour le système de santé : complémentarité des plateaux techniques, innovations technologiques, maillage du territoire pour permettre une offre de proximité adossée à une offre graduée des plateaux techniques de recours bénéficiant des possibilités de la e-santé.

CONSTAT SYNTHETIQUE

La filière s'est structurée au fil des « plans cancers », mais elle reste fragile au regard des ressources humaines médicales, avec des difficultés à maintenir les effectifs sur l'île. Cela impacte les files actives des patients dans un cercle non vertueux pour l'usager et le professionnel de santé.
Il est nécessaire de consolider les plateaux techniques en intégrant les innovations, en favorisant les complémentarités synergiques et en structurant la recherche, l'ensemble étant facteur d'attractivité des jeunes professionnels de santé.
Une co-construction avec les centres référents est nécessaire pour une réponse de proximité avec ces centres sur les filières intégrées (gériatrie et pédiatrie).
Une coordination est indispensable pour permettre une réponse graduée du domicile à la destination post-prise en charge, avec des retours au domicile sécurisés, pour des prises en charge de plus en plus externalisées en lien avec les acteurs du premier recours.

RESULTATS ATTENDUS

La **capacité de prise en charge** sur l'île sera renforcée pour garantir la pluridisciplinarité, l'accès à l'innovation thérapeutique et à la médecine de précision, ainsi que des soins de support intégrés au plus tôt dans la prise en charge. Cette prise en charge sera fédérée au sein de l'IRCC et accompagnée par le DSRC Onco PACA Corse pour l'outillage et la formation des professionnels de santé. Cette structuration est garante de la stabilisation des effectifs médicaux en région et de l'attractivité pour les jeunes professionnels de santé.
La **co-construction de la filière** se poursuivra avec les centres référents de l'offre de proximité en onco-gériatrie et en onco-pédiatrie. Une attention particulière sera portée aux publics vulnérables (PH) pour une équité d'accès aux soins.
La **filière sera davantage lisible** pour les usagers et les professionnels de santé, ce qui sera objectivé par une réduction des prises en charge hors région.
La coordination des acteurs sera facilitée par le déploiement des infirmiers de coordination et du Dossier Communiquant Cancérologie participant à la réduction des délais de prise en charge et limitant les ruptures de parcours.
Le **Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes** agira en appui des professionnels de santé et de l'agence en tant qu'alerteur sur les ruptures systémiques de parcours.

OBJECTIF GENERAL N°1

L'accès de proximité, la pluridisciplinarité et l'accès à une médecine de précision, avec une attention particulière sur les publics vulnérables prenant en compte leur spécificité (personnes âgées, personnes en situation de handicap), sont garantis par une filière cancer graduée.

TERRITOIRE CONCERNE

Départemental pour les implantations

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Mettre en place pour chaque filière d'organes une structuration garantissant l'écosystème nécessaire** (y compris imagerie en coupe, endoscopie interventionnelle, médecine nucléaire (TEP Scan)) à la complexité de la prise en charge, avec si besoin un adossement aux centres de référence continentaux, y compris dans un cadre dérogatoire pour les spécialités dont les files actives ne permettent pas l'atteinte des seuils (thoracique, gynécologie, certaines pratiques thérapeutiques spécifiques en chirurgie viscérale et digestive).

2. **Rendre attractive la filière pour les jeunes professionnels** en permettant des complémentarités synergiques des plateaux techniques, des équipements rares partagés, un accès à la recherche facilitée, un accompagnement à l'innovation par un soutien à l'ingénierie de projet et le déploiement des coopérations entre professionnels de santé (IPA et protocole de coopération). Le DSRC sera un acteur majeur dans l'accompagnement des professionnels de santé en terme d'outillage (fiches bonnes pratiques, annuaire), de formation et d'évaluation des pratiques.

3. **Assurer une équité de prise en charge** par une réflexion avec les centres de référence (UCOG et OIR) sur les possibilités de réponse de proximité pour les personnes âgées et les enfants. Avoir une attention particulière pour les **publics vulnérables** (personnes en situation de handicap) en lien avec la feuille de route corse de la stratégie décennale.

4. **Fédérer les acteurs pour une prise en charge des cancers sur l'île sans perte d'informations**, en développant les coopérations nécessaires avec les centres de référence continentaux, afin de construire l'IRCC garant de la lisibilité de la filière pour l'usager et les professionnels de santé. Une communication adaptée doit permettre une appropriation plus rapide des nouveaux dispositifs.

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de filières d'organes structurées

2. Suivi des ressources humaines médicales et spécialisées (Infirmier diplômé d'Etat, …)

3. Suivi des actions de la feuille de route stratégie décennale cancer

4. Convention constitutive du Groupement de coopération sanitaire (GCS) et suivi des travaux d'avancement de l'Institut régional Corse de cancérologie (IRCC)

OBJECTIF GENERAL N°2

La coordination des acteurs est assurée pour permettre une réduction des délais de prise en charge, limitant les ruptures de parcours et sécurisant les retours à domicile des prises en charge de plus en plus externalisées, en lien avec le premier recours.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Renforcer la coopération ville-hôpital** en déployant les IDEC en priorité sur les parcours où l'ambulatoire est la modalité principale de prise en charge. Les exemples du Bastia Institut du Sein et d'ONCOLINK sont des modèles organisationnels à répliquer.

2. **Accompagner les établissements dans la mise en œuvre de nouvelles organisations** dans la prise en charge des **cancers de mauvais pronostic**. Ces modèles expérimentaux sont issus de l'AAP Inca et feront l'objet de fiches de bonnes pratiques qui permettront leur appropriation par les acteurs du territoire.

3. **Faciliter la gestion de l'urgence et des complications** par un accès direct aux spécialistes des établissements autorisés, y compris en télémédecine, en demandant à ces derniers de protocoliser cette prise en charge et en actualisant les conventions avec les services de soins critiques.

4. Permettre au DCC de jouer pleinement son rôle d'appui à la **coordination des acteurs** en assurant sa complétude et son actualisation au fil de la prise en charge et en favorisant l'intégration d'outils d'aide à la pratique.

5. S'appuyer sur le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour faciliter la prise en charge des **patients complexes** et le **retour au domicile** de certains patients pris en charge sur le continent.

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de parcours intégrant les Infirmiers de coordination (IDEC)

2. Nombre de modèles organisationnels implémentés pour les cancers de mauvais pronostics

3. Taux de réhospitalisation en urgence pour pathologie cancéreuse

4. Mise en place du Dossier communicant de cancérologie (DCC) opérationnel

5. Nombre de situations pour lesquelles le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) aura été saisi par les professionnels de santé

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

L'atteinte des objectifs garantira une **équité d'accès aux soins** sur le territoire y compris pour les publics vulnérables.

Le déploiement des filières graduées par organe, en s'assurant d'un écosystème adapté, rendra la **filière attractive** et permettra de **consolider les ressources humaines.**

La coordination des acteurs assurera la **fluidité et le décloisonnement de la prise en charge** en adaptant le lieu de prise en charge aux besoins du patient.

La mise en place de **l'Institut régional Corse de cancérologie (IRCC) fédèrera les acteurs** autour de la prise en charge des cancers et assurera la **lisibilité de la filière** en intra et interrégional.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les établissements autorisés ;
- Les centres de référence continentaux et les dispositifs « adolescents et jeunes adultes » ;
- Le Dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) Onco PACA Corse et les deux Centres de Coordination en Cancérologie (3C) ;
- L'Organisation Inter Régionale de recours en Onco Pédiatrie (OIR) et les Unités de coordination en onco-gériatrie (UCOG) PACA Est et PACA Ouest ;
- Les établissements de santé non autorisés à la prise en charge des cancers ;
- Les Union régionale de professionnels de santé (URPS)

FACTEURS DE REUSSITE

La mise en place de la gradation nécessitera une structuration, y compris avec des centres de référence continentaux.

La structuration de la filière intègrera l'accès aux soins de support, à la médecine de précision et à la recherche.

L'appui à l'ingénierie de projet permettra le déploiement de dispositifs innovants, pour lesquels la taille de la région constitue un atout majeur.

La stratégie « ressources humaines » devrait faciliter la mise en œuvre des objectifs.

4.2.12 - FILIERE MALADIE RENALE CHRONIQUE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Seule l'activité concernant l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par un moyen de suppléance est autorisée. Le code de la santé publique traite séparément la dialyse et la greffe rénale.

THEMATIQUES ASSOCIES DANS LE SRS

Prévention et promotion de la santé – compétences psychosociales (Education thérapeutique du patient (ETP)), Numérique en santé, Médecine

CONTEXTE

1/ Contexte réglementaire

Le code de la santé publique (art. R6123-54) reconnait 4 modalités pour le traitement de l'Insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale : 1) Hémodialyse en centre (adulte et enfant) ; 2) Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) ; 3) Auto-dialyse (AD) simple ou assistée ; 4) Dialyse à domicile (par hémodialyse ou par dialyse péritonéale).

Tout établissement qui n'est pas en mesure d'exercer le traitement de l'insuffisance rénale chronique selon ces 4 modalités veille à assurer l'orientation du patient vers un établissement autorisé à pratiquer la modalité adaptée à ce patient (art. R6123-56). Une autorisation ne peut être délivrée qu'à un établissement de santé disposant au moins des 3 modalités suivantes : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'auto-dialyse et dialyse à domicile (art. R6123-55 al.1). Une dérogation est possible moyennant une convention avec un établissement de santé disposant des modalités manquantes (art. R6123-55 al.2). La greffe rénale est mentionnée dans les dispositions relatives au prélèvement et greffes d'organes. L'activité de greffe rénale est définie par type de greffe réalisée (donneur décédé/donneur vivant).

La **réforme des autorisations** impacte la filière maladie rénale chronique. Les travaux du groupe de travail ont démarré en 2019 mais sont suspendus actuellement. A noter que les évolutions sur la greffe étant inclues dans cette thématique, un objectif de structuration du parcours greffe est prévu, avec notamment un objectif sur la structuration de son suivi.

Le **plan ministériel 2022-2026** concernant la greffe, rendu public le 15 mars 2023 par le ministère de la santé et de la prévention, vise à répondre aux attentes des patients, ainsi qu'à des enjeux spécifiques de santé publique. Il porte une ambition forte de collaboration entre l'Agence de biomédecine (ABM) et les agences régionales de santé (ARS), pour répondre aux spécificités locales de chaque territoire.

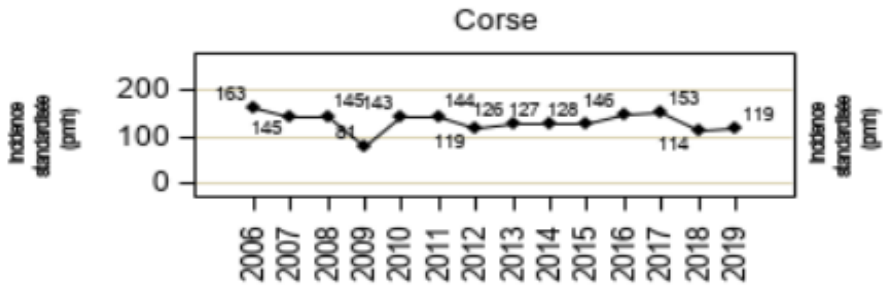
Chaque ARS doit écrire un **plan opérationnel** en accord avec l'agence de biomédecine pour contribuer à la rédaction du plan d'action régional et des axes prioritaires ; ce plan d'action définit une feuille de route faites d'actions concrètes. L'ARS aura également un rôle dans la revue d'activité et dans le suivi des audits et du suivi de la comptabilité analytique (cellule de gestion financière).

CONTEXTE

2/ Contexte régional

L'analyse du bilan montre que :

- L'incidence standardisée des greffes rénales fluctue depuis 2006 :



- Une réflexion sur l'opportunité de la réouverture de la structure Dialyse Corte, précédemment autorisée sur Corte et fermée depuis plusieurs années, se pose ;

- Des **problèmes de ressources humaines** sont notables, avec :

    - Une **densité de néphrologues** pour 100 000 habitants à 1,46 versus 2,85 pour le national (au 1er janvier 2021) ;
    - **Une seule Infirmière de pratiques avancées (IPA)**, qui plus est **non spécialisée** en maladie rénale chronique, sur le territoire ;

- La néphropathie diabétique et l'hypertension sont les deux pathologies les plus fréquentes à l'origine de l'insuffisance rénale chronique ;

- Les patients sont pris en charge majoritairement en hémodialyse en structure ;

- La **greffe préemptive** correspond au recours à la transplantation avant toute prise en charge en dialyse. Celle-ci n'est pas réalisée en Corse. Cependant, une communication est faite durant le parcours de soins « maladie chronique rénale » par les professionnels de santé du territoire sur la greffe préemptive. Ainsi, 5 patients soit 13,8% de la file active corse ayant reçu un premier traitement pour insuffisance rénale chronique terminale ont été transplantés en 2021.

ENJEUX

Les enjeux sont multiples. Il s'agit de permettre :

- Une **information et une prévention** par le déploiement de l'Education thérapeutique du patient (ETP) pour les pathologies concernant l'Hypertension artérielle (HTA) et le diabète
- La **consolidation des ressources médicales** et des **coopérations** professionnelles type Infirmier de pratique avancée (IPA)
- Le déploiement d'une **offre diversifiée** avec des possibilités de dialyse à domicile à développer
- La **prévention de la suppléance** avec un repérage des **stades 4 et 5 de la Maladie rénale chronique (MRC)** par le médecin traitant et la mise en œuvre de consultations pluridisciplinaires, pour assurer une éducation du patient, afin de préserver la fonction rénale.
- Un accès **facilité** aux consultations dans le cadre des bilans pré-greffes et à la greffe préemptive.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Des organisations solidaires ont été mises en place durant la crise de la COVID-19 par les établissements autorisés, ce qui témoigne d'une maturité de la filière pour des portages de projets fédérateurs.

La filière est structurée et graduée, mais reste peu développée pour les dialyses à domicile et les greffes préemptives.

De plus, les consultations pluridisciplinaires sont à renforcer sur certaines structures.

Par ailleurs, les soins de support sont insuffisamment développés pour les patients récusés dans le cadre de la suppléance de la fonction rénale.

Enfin, on observe une grande dynamique des cellules de coordination des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia pour le développement de l'activité de prélèvement d'organes.

RESULTATS ATTENDUS

Le parcours doit offrir aux patients un repérage précoce, ainsi que des temps d'éducation thérapeutique qui le rendent plus autonome, y compris dans ses choix de modalités de suppléance et du lieu de prise en charge (domicile ou structure).

Les ressources médicales doivent être consolidées avec des coopérations professionnelles, telles que les infirmiers de pratique avancée.

L'accès aux réseaux de spécialistes doit être facilité par une meilleure coordination des acteurs des différentes spécialités.

OBJECTIF GENERAL N°1

Les ressources humaines sont stabilisées et consolidées.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Favoriser le **recrutement de nouveaux néphrologues**, en facilitant les postes d'assistants partagés
2. Accompagner le **développement des coopérations** avec des infirmiers de pratique avancée
3. **Consolider les ressources humaines** participant aux soins de support notamment pour les patients récusés pour une méthode de suppléance de traitement de l'Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de néphrologues intervenant sur le territoire

2. Nombre d'IPA intervenant dans la prise en charge

3. Consultations systématiquement proposées par un professionnel participant aux soins de support

FILIERE MALADIE RENALE CHRONIQUE

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La gradation et la complémentarité de l'offre sont assurées. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Favoriser les campagnes d'**informations** sur la Maladie rénale chronique (MRC) et les journées de **dépistage** 2. Intégrer la notion de **préservation de la fonction rénale** dans les programmes ETP « diabète » et « HTA » 3. Poursuivre le déploiement des **consultations pluridisciplinaires** pour les stades 4 et 5 de la MRC 4. Permettre à l'usager d'avoir un **choix éclairé** sur sa méthode de suppléance 5. Promouvoir la **dialyse à domicile** sur le territoire insulaire 6. Faciliter le **portage de projets** fédérant l'ensemble des structures (Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) commune ; …)	1. Nombre de campagnes réalisées 2. Nombre de programmes intégrant cette notion 3. Evolution du nombre de consultations 4. Files actives des différentes modalités de prise en charge 5. Nombre d'implantations 6. Nombre de projets

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
L'accès à la greffe et au suivi des patients greffés est facilité. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Faciliter l'**accès aux spécialistes** insulaires lors du bilan pré-greffe par une meilleure coordination des acteurs 2. Développer la **greffe préemptive** en lien avec la poursuite du déploiement des consultations pluridisciplinaires de l'objectif général 2 3. Accompagner le déploiement de la **e-santé** dans le parcours greffe (téléexpertise, télésuivi)	1. Nombre de bilans avec accès à spécialistes 2. Evolution du nombre de greffes préemptives 3. Nombre de programmes e-santé mis en en place

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

L'usager doit pouvoir être un des acteurs de sa prise en charge en lui donnant les outils pour préserver sa fonction rénale et pour choisir la modalité de suppléance la plus adaptée à son mode de vie.

Les ressources humaines doivent être stabilisées pour consolider la filière sur l'ensemble des modalités de prise en charge.

Enfin, compte tenu du vieillissement de la population, il est primordial de porter **une attention toute particulière sur les soins de supports**.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie notamment sur :

- Les coopérations avec les centres hospitaliers universitaires de la région PACA ;
- Les coopérations inter-structures ;
- L'innovation technologique, le programme Education thérapeutique du patient (ETP) ;
- Le dispositif Infirmier de pratique avancée (IPA).

FACTEURS DE REUSSITE

L'élément clé de la stratégie est la consolidation des ressources humaines.

4.2.13 - CHIRURGIE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

L'activité de soins de chirurgie consiste en la prise en charge, à visée diagnostique ou thérapeutique, des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter, un geste interventionnel invasif ou mini-invasif, réalisé dans un secteur interventionnel, quelle que soit la voie d'abord (c'est-à-dire voie d'accès chirurgical) et la mise en œuvre d'une continuité des soins.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Ressources humaines en santé, Soins critiques, Filière Cancer, Neurovasculaire aigüe, Hyperspécialité, Coopération public-privé, Rétablissement, Parcours de Soins Corse-continent

CONTEXTE

1/ Contexte National

La **réforme du régime d'autorisations** prévoit des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement pour l'activité de soins de chirurgie. Elle s'exerce selon trois modalités : 1) l'activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes ; 2) l'activité de soins de chirurgie pédiatrique ; 3) l'activité de soins de chirurgie bariatrique.

Les pratiques thérapeutiques spécifiques pour l'**activité de soins de chirurgie adulte** sont : 1) la chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ; 2) la chirurgie orthopédique et traumatologique ; 3) la chirurgie plastique reconstructrice ; 4) la chirurgie thoracique et cardiovasculaire, à l'exception de l'activité de chirurgie cardiaque ; 5) la chirurgie vasculaire et endovasculaire ; 6) la chirurgie viscérale et digestive ; 7) la chirurgie gynécologique et obstétrique, à l'exception des actes liés à l'accouchement ; 8) la neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ; 9) la chirurgie ophtalmologique ; 10) la chirurgie otorhinolaryngologique (ORL) et cervico-faciale et 11) la chirurgie urologique.

L'**activité de soins de neurochirurgie** comprend la prise en charge des patients, présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques.
L'activité de neurochirurgie relève du schéma régional de santé (SRS) et non plus du schéma interrégional de santé (ex SIOS/SIS).

Enfin l'instruction du 12/07/2022 relative à l'organisation sur les territoires, décrit la filière **endométriose** avec une gradation de la prise en charge notamment pour la chirurgie (niveau 2 et 3).

CONTEXTE (suite)

2/ Contexte régional

2.1/ Implantation de l'activité de chirurgie sur **7 sites** :
Il se trouve 3 implantations en Corse-du-Sud et 4 en Haute-Corse. Tous les sites proposent de l'activité en hospitalisation complète et en ambulatoire.

2.2/ Bilan
La région a connu des **difficultés de ressources humaines médicales** notamment dans les filières gynécologiques et ORL en Haute-Corse **et paramédicales** concernant les Infirmiers de bloc opératoire (IBODE) (on note en 2021 la présence de 22,75 IBODE pour armer les blocs opératoires de Corse) et Infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) nécessitant de réduire les capacités des blocs opératoires (cette situation s'étant aggravée par la crise de la COVID-19 qui a nécessité le redéploiement des personnels de bloc opératoire vers les unités de soins critiques, afin d'adapter le capacitaire de ces derniers aux besoins de la région).

Depuis la mise en œuvre du PRS2 au travers de son premier schéma régional de santé (2018-2023), on observe que :

- **Le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de** 2018 (58,2% en Corse versus 57,7% au national) à 2021 (60,6% en Corse versus 62,3% au national). Ce taux est très variable selon les établissements (du simple au triple) et sa progression s'est ralentie en comparaison aux évolutions nationales du taux ;

- **La chirurgie pédiatrique s'est structurée autour de 2 chirurgiens**, un dans chaque centre hospitalier (Bastia et Ajaccio) et des consultations avancées croisées. L'effectif médical reste fragile notamment en chirurgie viscérale pédiatrique ;

- Concernant la chirurgie bariatrique, **le centre spécialisé de l'obésité n'a pas été mis en place** ;

- **Il n'y a pas eu de réponse à l'appel à projet** concernant la **Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) « Main »** dont l'objectif était de permettre la prise en charge des urgences de la main après 20h, ainsi que les week-end et jours fériés ;

- La mise en place, au centre hospitalier de Bastia, d'une organisation s'appuyant sur une équipe de professionnels extrarégionaux (partenariat avec le centre hospitalier Tenon à Paris), permettant la **prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose,** y compris l'imagerie et les chirurgies complexes ;

- L'analyse des **taux de fuite** met en évidence un taux **important** (17,7 % en 2021).

CHIRURGIE

ENJEUX

Plusieurs enjeux sont à prendre en considération pour la région.

Premièrement, **les ressources humaines** médicales et paramédicales IADE et IBODE **conditionnent le maintien et sécurisent l'activité de soins**. L'attractivité de la région et la formation en région pour les paramédicaux sont à ce titre essentielles.

Deuxièmement, la présence de l'ensemble des **spécialités sur l'île**, à l'exception de la chirurgie cardiaque, et l'accentuation du **virage ambulatoire** assurent une équité de prise en charge à l'ensemble des usagers.

Troisièmement, les **coopérations public–privé et public-public**, contribuent à maintenir sur l'île l'ensemble des **pratiques thérapeutiques spécialisées** et à garantir l'**innovation technologique**.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Il apparait nécessaire de conforter les ressources médicales en particulier dans des spécialités telle que l'ORL, la gynécologie et la chirurgie de la main notamment non programmée.

Des difficultés persistent sur les Infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et Infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE), impactant le capacitaire des blocs opératoires.

Les prises en charge en ambulatoire et la réhabilitation après la chirurgie sont à développer.

La filière pédiatrique est présente en région, mais reste fragile compte tenu de ressources humaines spécialisées, dans un contexte d'activité hors urgences dans les établissements de santé privés.

Une expertise est à structurer notamment sur le volet e-santé en lien avec les Services d'accueil des urgences (SAU) et Accueils médicaux non programmés (AMNP) de l'île.

RESULTATS ATTENDUS

Les **trois modalités** et l'**ensemble des pratiques thérapeutiques spécifiques** sont **à consolider**, avec une pratique de l'ambulatoire et de la Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) implémentées, ainsi que la complémentarité des plateaux techniques.

Concernant les **activités de recours** :

- La neurochirurgie à vocation régionale conditionne l'atteinte du seuil et garantit des effectifs adaptés au besoin ;
- La filière endométriose doit être structurée et lisible, afin de permettre la prise en charge des cas simples et complexes sur l'île ;
- Une prise en charge spécialisée de la main doit être accessible 24h/24 et 365 jours par an.

Les acteurs travaillent en réseau en s'appuyant sur la **téléexpertise et la téléconsultation**, pour :

- Les pratiques thérapeutiques spécifiques, notamment pour les sites à distance ;
- La neurochirurgie en lien avec les SAU et AMNP ;
- La pédiatrie dans le cadre du Dispositif spécifique régional (DSR) prévu par les textes.

CHIRURGIE

OBJECTIF GENERAL N°1

Une réponse régionale à la demande de soins chirurgicaux est assurée, qu'elle soit programmée ou en urgence.

TERRITOIRE CONCERNE

Département

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Maintenir l'offre** chirurgicale existante sur le territoire
2. Tendre vers une **complémentarité des plateaux techniques** pour maintenir et accroître l'offre de pratiques thérapeutiques spécialisées
3. Favoriser l'**installation de nouveaux chirurgiens**, grâce au développement de filières spécialisées, à l'innovation technologique (assistée par robot) et à l'engagement de la région sur la formation des jeunes professionnels (agrément pour les stages et territoire hospitalo-universitaire)
4. Accompagner la **formation** en région pour les spécialités d'Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) et d'Infirmier de bloc opératoire (IBODE) en lien avec la Collectivité de Corse et l'université
5. Permettre l'**accès à une expertise** pour les sites éloignés des plateaux techniques grâce à la télémédecine (transferts évités / accroissement de la qualité des soins/ continuité des soins)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1, 2 et 3. Effectifs de chirurgiens spécialisés et anesthésistes (état des lieux actualisé des ressources humaines médicales en région)

4. Evolution des effectifs IADE et d'IBODE

5. Evolution du nombre de téléexpertises inter-établissements de santé

OBJECTIF GENERAL N°2

La gradation des soins est organisée pour les chirurgies très spécialisées (neurochirurgie, pédiatrie, bariatrique, main, endométriose).

TERRITOIRE CONCERNE

Département

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Disposer d'une **activité correspondant aux seuils** attendus par spécialité pour garantir la qualité et sécurité des soins
2. **Consolider les 2 sites spécialisés en pédiatrie** implantés au sein des deux centres hospitaliers pour consolider la filière (cf. évolution réglementaire) et maintenir le niveau de recours interrégional pour l'activité de niveau 3
3. Pour la **chirurgie bariatrique** :
    - 3.1. S'assurer du respect des recommandations de la HAS au sein des établissements ayant une activité de chirurgie bariatrique
    - 3.2. Veiller à la bonne articulation avec les unités de soins critiques notamment pour la continuité des soins
    - 3.3. Converger vers une RCP régionale garantissant la collégialité et la pluridisciplinarité nécessaires à la spécialité
4. **Structurer la filière endométriose régionale** en assurant une réponse graduée du premier recours au niveau 3 (centre expert imagerie et chirurgie complexe) et la rendre lisible pour l'usager
5. Assurer une **réponse en région pour la chirurgie de la main** notamment en urgence

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Suivi annuel de l'activité de neurochirurgie sur l'île et hors région
2. Effectif de chirurgiens pédiatriques au sein des deux centres hospitaliers
3. Suivi des indicateurs d'évaluation des conventions avec les services de soins critiques et les unités de chirurgie bariatrique
4. Nombre de femmes prises en charge au sein la filière endométriose (cf. rapport d'activité de la filière)
5. Mise en place de la filière Main urgences

CHIRURGIE

OBJECTIF GENERAL N°3

Les process de prise en charge sont améliorés notamment pour les personnes âgées polypathologiques, afin de faciliter la réhabilitation après un geste chirurgical et garantir les fonctions initiales.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Poursuivre le développement de la **chirurgie ambulatoire**

2. Promouvoir des **techniques mini-invasives** pour faciliter le retour à domicile

3. Encourager le développement de la **réhabilitation rapide** après chirurgie (Récupération rapide après chirurgie (RRAC) / Récupération améliorée après chirurgie (RAAC))

4. S'appuyer sur le PRADO chirurgie pour **faciliter le retour à domicile**

5. Structurer la **prise en charge d'aval après une chirurgie** que ce soit en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) ou au domicile en s'appuyant sur l'équipe de premier recours et le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour les cas complexes

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Taux de chirurgie ambulatoire

2. Suivi des indices de performance –durée moyenne de séjour (IP-DMS) spécialité chirurgie

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

L'ensemble des pratiques thérapeutiques spécialisées garantit une équité d'accès, réduit les fuites vers le continent et **participe à l'attractivité** de la région pour de nouveaux professionnels de santé.

La concentration des plateaux techniques doit s'accompagner d'une expertise hors les murs pour garantir qualité et sécurité des soins.

LEVIERS EXISTANTS

Les **complémentarités public-privé et public–public** offrent une plus grande diversité de spécialités et l'implantation de nouvelles technologies, ces éléments participent à l'attractivité de la région.

Les **partenariats avec l'université et la Collectivité de Corse** sur le volet formation continue, notamment pour les paramédicaux, seront de nature à faciliter l'accès aux formations spécialisées.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La capacité de formation en région pour les professionnels de santé (médecins et paramédicaux) ;
- La coopération de l'ensemble des acteurs ;
- Le virage ambulatoire intégrant la RAAC ;
- L'innovation technologique ;
- La structuration et la consolidation des filières très spécialisées, en s'appuyant sur la e-santé pour externaliser l'expertise sur l'ensemble de la région.

4.2.14 - SANTE GLOBALE DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La thématique de la santé de la femme, de la mère et de l'enfant, est un domaine visant à améliorer la santé et le bien-être des femmes et des enfants, en prenant en compte leurs besoins spécifiques et les enjeux de santé auxquels ils sont confrontés.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Filière urgence, Prévention promotion de la santé – compétences psychosociales, Filière cancer, Soins palliatifs – fin de vie (pédiatrie), Soins médicaux et de réadaptation, Hospitalisation à domicile, Numérique en santé, Parcours de Soins Corse-Continent, Parcours Handicap, Médecine

CONTEXTE

1/ La gynécologie-obstétrique

La **dynamique** de ce secteur est à souligner. Un dispositif expert régional de la filière endométriose a été mis en place au sein du centre hospitalier de Bastia. De plus, le plan interministériel pour l'égalité entre les hommes et les femmes a été lancé (2023-2027).

La loi du 3 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement est venue allonger le délai de recours à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale et a donné la possibilité aux sages-femmes de pratiquer une IVG chirurgicale jusqu'à la fin de la 10ème semaine de grossesse. Au niveau national, l'avortement est inégal selon le profil, le lieu de résidence ou le niveau social des femmes (sources DREES). En Corse, on note toujours un **nombre élevé d'IVG** (1 266 en 2022, contre 1 360 en 2019). Ce chiffre s'est stabilisé depuis 2021, tout en plaçant la Corse dans la moyenne haute au niveau national. On observe que le nombre d'IVG médicamenteuse en soins de ville est en augmentation par rapport aux IVG pratiquées en établissements de santé en Corse comme au niveau national. L'IVG concerne très peu de mineures en Corse (2,5%).

Enfin, il convient de souligner que la **réforme des autorisations** pour l'activité de gynécologie-obstétrique n'a pas encore fait l'objet de décrets. Leur publication **devra faire l'objet d'une révision du SRS 2.**

2/ L'offre en périnatalité

Une importante **collaboration avec l'ARS PACA et le réseau périnatalité**, s'est développée sur plusieurs sujets structurants pour les professionnels. Ainsi, on peut noter :

- La mise en place d'une organisation, via le réseau PérinatMed, de formations haute-fidélité sur les hémorragies de la délivrance et la réanimation néonatale (formations *in situ* en 2023) ;
- La réflexion autour de la structuration de la cellule de régulation interrégionale PACA/Corse, concernant les transferts de femmes enceintes et des nourrissons.

De plus, de nombreux travaux réalisés sur deux ans ont abouti d'une part au regroupement des maternités de Haute-Corse en juin 2023 et d'autre part à la nécessité pour la maternité de Porto-Vecchio, dont le maintien a été assuré, de s'intégrer plus fortement dans la filière périnatalité de la région.

CONTEXTE (suite)

Enfin, une autorisation d'activité d'**assistance médicale à la procréation** (AMP) a été accordée pour le site du centre hospitalier de Bastia.
Elle permet d'une part une activité clinique d'AMP (pour le prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation-prélèvement de spermatozoïdes et le transfert des embryons en vue de leur implantation).
D'autre part une activité biologique d'AMP a été autorisée au laboratoire de biologie médicale Vialle, pour la préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle (activité relative à la fécondation *in vitro*).
Le développement de cette nouvelle activité en région s'accompagne de l'amélioration des outils informatiques nécessaires à son évaluation.

3/ Les 1 000 premiers jours

La période des 1 000 premiers jours de l'enfant, qui s'étend de la conception jusqu'au seuil de l'école maternelle, constitue une période déterminante pour le développement de l'enfant, mais aussi pour la santé globale de l'adulte qu'il deviendra. Pour les parents également, c'est un temps de profonds changements. L'entourage, ainsi que les professionnels de santé et de la petite enfance, jouent alors un rôle essentiel d'aide et de conseil tout au long de cette période. L'ARS Corse a déployé le concept des 1 000 premiers jours, dès son lancement. Conçu autour des besoins de l'enfant et de ses (futurs) parents, cette notion est à la croisée de plusieurs politiques publiques : prévention et promotion de la santé, accès à l'information, soutien à la parentalité et développement des modes d'accueil. Ceci contribue notamment au dépistage et au repérage de difficultés en période de post-partum. La déclinaison territoriale de la stratégie des 1 000 premiers jours s'est structurée autour de **3 axes** : l'accompagnement à la parentalité, la prévention des facteurs environnementaux à risques, ainsi que le renforcement de la lutte contre les addictions.

4/ La pédiatrie

Des **consultations avancées** ont été mises en place avec des professionnels de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille sur les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, notamment en neuropédiatrie et génétique. Il est par ailleurs souhaité de développer la filière pédiatrique, notamment par une prise en charge spécialisée locomoteur, neurologique et métabolique au sein des SSR (futurs SMR). Enfin, on note des **difficultés persistantes en termes de ressources humaines** au sein des deux services hospitaliers.

CONTEXTE (suite)

5/ La lutte contre les violences

La Haute-Corse a mis en place dès 2017, au sein du service des urgences du centre hospitalier de Bastia, dans un premier temps, puis dans des locaux spécifiques en centre-ville de Bastia, une consultation visant à accueillir les femmes victimes de violence et leurs enfants. Cette « activité » s'est développée, en lien avec les associations d'aide aux victimes et les forces de sécurité intérieure, avec la mise en place de consultations aux centres hospitaliers de Calvi Balagne et de Corte.

Compte tenu des besoins recensés également par le Parquet, il s'est avéré nécessaire de mettre en place une unité médico-judiciaire et donc de modifier le schéma judiciaire.

Cette unité inaugurée en 2022, gérée par le centre hospitalier de Bastia, avec une annexe au niveau du centre hospitalier d'Ajaccio, est coordonnée par un médecin hospitalier à temps partiel qualifié en médecine légale. Elle compte également deux psychologues, deux infirmières diplômées d'Etat, une secrétaire médicale, ainsi qu'une assistante sociale. Une mutualisation des ressources médicales devra être menée pour intensifier les interventions sur l'ensemble de la région.

Son activité est centrée sur la médecine légale du vivant aux niveaux psychologique, social et physique. Elle déploie également des compétences en matière de repérage de tendances suicidaires (procédure de droit). Elle a vocation à mailler le territoire notamment au niveau de l'extrême Sud et de la Balagne.

Enfin, l'unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger, à rayonnement régional, voit son projet médical en cours de finalisation par le médecin coordonnateur du centre hospitalier d'Ajaccio. Un relai est prévu sur la Haute-Corse avec l'équipe pédiatrique du centre hospitalier de Bastia

L'unité médico-judiciaire et l'unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger doivent mutualiser leurs ressources médicales entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud. Un cadre conventionnel reste à définir.

ENJEUX

Les enjeux sont importants au regard des nombreux sujets actuels et à construire de restructuration de l'offre périnatale en région :

- Sur la **mise en œuvre de la stratégie 1 000 premiers jours** (formation) ;
- Sur l'**évolution de l'offre en périnatalité** (formation) ;
- Sur le **renforcement de la filière gynécologique** (formation, endométriose, contraception) ;
- Sur la **consolidation et le soutien de la filière pédiatrique**.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Le taux d'IVG en Corse est de 17% (soit 1 266 actes) en 2022.

Le réseau RIMANA (visant notamment à limiter le recours à l'IVG comme contraception) a été créé en 2022 sous l'impulsion de la Collectivité de Corse.

Cette thématique est traversée par des sujets centraux :

- Des ressources humaines en tension pour les activités gynécologique et pédiatrique ;
- Plusieurs actions menées dans le cadre des 1 000 jours (notamment par appel à projets) ;
- Le Centre Régional Mort Inattendue du Nourrisson, nécessitant la définition d'une organisation graduée concernant l'autopsie des nourrissons Corses décédés et la fœtopathologie.

RESULTATS ATTENDUS

Les cinq prochaines années sont déterminantes en termes de restructuration de l'offre en région, au regard des sujets d'actualité et nécessitant de nombreux travaux pour lesquels l'adhésion de l'ensemble des acteurs est primordiale, notamment par le développement de la formation.

Le rôle des sages-femmes libérales doit être conforté dans les structures de soins coordonnés et dans le cadre de la réforme de la médecine d'urgence.

SANTE GLOBALE DE LA FEMME, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Toute grossesse est désirée et bien prise en charge. **TERRITOIRE CONCERNE :** **Départements** **Interrégions avec PACA**	1. Promouvoir la **contraception et la santé sexuelle** 2. Garantir les conditions d'accès à l'Interruption volontaire de grossesse (**IVG**) tout en diminuant leur nombre 3. **Renforcer l'offre** en santé de la femme, de la mère et de l'enfant **sur Porto Vecchio**, avec l'appui de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) pour la réalisation d'un état des lieux sur le territoire concerné 4. **Conforter les liens ville-hôpital** pour la prise en charge partagée de la parturiente en s'appuyant sur la **e-santé** (dossier partagé, téléexpertise, téléconsultation…) 5. Conforter les **coopérations avec PACA** (structuration de l'évacuation en urgence des femmes enceintes et nouveau-nés sur le niveau 3) 6. Garantir le maillage territorial de l'offre d'**assistance médicale à la procréation** autorisée 7. Déployer un **programme structuré maternité/petite enfance** et améliorer les taux de recours (entretien prénatal précoce, prévention de la dépression du post-partum, entretien postnatal, vaccinations, …) 8. Renforcer le dispositif **PRADO relatif à la maternité**, afin d'améliorer le suivi femme-enfant	1.1 Nombre et type d'adhérents au réseau RIMANA 2. Nombre de consultations dédiées à la contraception réalisées par les professionnels 3. Production d'un plan d'actions 4. Nombre de staffs pluriprofessionnels entre les acteurs de la ville et de l'hôpital 5. Mise en place de la cellule de régulation interrégionale PACA-Corse 6. Suivi du rapport d'activité (Agence de biomédecine et MEDIFIRST) 7. Taux de recours 8. Taux de suivi par un professionnel de santé à sept jours suivant le retour à domicile du « couple mère-enfant »

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La mise en œuvre de la stratégie 1 000 jours est garantie notamment dans le soutien en faveur des familles et des jeunes et plus particulièrement des plus vulnérables. **TERRITOIRE CONCERNE :** **Région**	1. **Renforcer le parcours 1 000 jours en Corse construit autour de 3 moments-clés** : l'Entretien prénatal précoce (EPP), le séjour à la maternité et le retour à domicile et les premières semaines après l'accouchement (post-natal) 2. **Décliner un parcours spécifique pour les situations de fragilité** : • Renforcer l'accompagnement des parents souffrant de troubles psychiques • Déployer et renforcer territorialement le service d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap • Mettre en place un référent parcours périnatalité de l'ante-natal au post-natal (de la grossesse au 3 mois de l'enfant pour les familles vulnérables sur tout le territoire) • Améliorer la prévention de la prématurité et accompagner les enfants nés prématurés ainsi que leurs parents dans les premières années **3. Renforcer et développer la mise à disposition des ressources pour les parents et l'entourage de l'enfant :** • Développer le dispositif pluriannuel de communication grand public au titre de la démarche 1 000 premiers jours • Renforcer la solution numérique 1 000 jours • Mettre en place des groupes de naissance avec la caisse d'allocations familiales (CAF) et l'assurance maladie	1. Taux d'évolution du nombre d'Entretien prénatal précoce (EPP) 2. Taux de familles identifiées ayant un référent parcours désigné 3.1 Mise en place du dispositif pluriannuel de communication grand public 3.2 Nombre de groupes de naissance mis en place avec la CAF et l'assurance maladie

OBJECTIF GENERAL N°3

Un réseau garantissant le suivi gynécologique et la prise en charge pédiatrique, est structuré dans un contexte de tensions en termes de ressources humaines.

TERRITOIRE CONCERNE

Départements
Interrégion avec PACA

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Conforter les liens ville-hôpital** (en mobilisant notamment le réseau des sages-femmes libérales pour promouvoir le suivi gynécologique au sein des structures d'exercice coordonné au sein d'un réseau ville-hôpital)

2. **Structurer et rendre lisible**, concernant l'**endométriose**, le niveau 1 (repérage et suivi des patientes) en lien avec les deux autres niveaux (2 et 3) et sous l'animation du dispositif expert régional porté par le centre hospitalier de Bastia

3. Développer l'**accès aux soins et au suivi gynécologiques** des **personnes en situation de handicap**

4. **Conforter les prises en charge en pédiatrie**, en développant la prise en charge spécialisée dans les services de pédiatrie et en favorisant la prise en charge pédiatrique autour des Equipes de soins spécialisés (ESS)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de consultations réalisées par des sages-femmes

2. Nombre de professionnels libéraux intégrés dans le niveau 1 de la filière

3. Nombres d'Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ayant mis en œuvre le dispositif « Handigynéco »

4.1. Nombre de consultations de génétique

4.2. Nombre de consultations au sein des ESS

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs visent la **structuration d'une offre sécurisée, harmonisée, et partagée** par l'ensemble des acteurs participant à la filière.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les acteurs en région (maternités, professionnels libéraux, Protection maternelle et infantile (PMI), …) ;
- Les acteurs externes (réseau périnatalité, ARS PACA, assistance publique des hôpitaux de Marseille).

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- Le **réseau périnatalité**, dont l'association aux travaux est indispensable ;
- L'**harmonisation**, le cas échéant des actions entre **maternités de niveau 2** ;
- Les **échanges avec l'ARS PACA** pour que nos actions soient cohérentes avec leurs propres actions inscrites au schéma régional de santé.

4.2.15 - SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Les établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigüs. Ils agissent sur les conséquences physiques, cognitives, psychologiques et sociales, à travers des actes à visée diagnostique et thérapeutique, des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet de soin personnalisé du patient.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Médecine, Chirurgie, Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant (obstétrique), Gériatrie, Hospitalisation à domicile, Maladies neurodégénératives

CONTEXTE

Cette activité fait l'objet d'une réforme. Ainsi les décrets n°2022-24 et n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatifs aux conditions d'implantation (CI) et conditions techniques de fonctionnement (CTF), font évoluer la dénomination **de l'activité de « soins de suite et réadaptation (SSR) » vers « soins médicaux et de réadaptation (SMR) ».** Ils visent plus largement à **conforter la place des SMR dans le parcours patient**, en améliorant l'accès à une offre de réadaptation de qualité et homogène sur l'ensemble du territoire (sur les plans quantitatif et qualitatif). Une meilleure visibilité des établissements de SMR améliorera l'organisation des parcours des patients, qu'ils soient hospitalisés ou non, notamment au regard de leurs besoins de soins médicaux, et permettra l'évaluation au plus tôt des risques de handicap et de perte d'autonomie. Les pratiques de prise en charge doivent évoluer également pour accompagner le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

En 2022, **13 établissements sont autorisés** pour une activité de SMR, pour une prise en charge adulte :

- 6 établissements publics : les centres hospitaliers d'Ajaccio, de Bastia, de Castelluccio, de Sartène, de Bonifacio et le centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone.
- 7 établissements privés : CRF Molini à Albitreccia, CRF Finosello à Ajaccio, centre de régime de Valicelli à Ocana, centre de convalescence Ile de Beauté à Sarrola-Carcopino, centre de soins de suite et de réadaptation La Palmola à Oletta, Clinique de Toga à Bastia, SAS Clinique de soins de suite et de réadaptation Sainte Camille à Borgo (non encore installé).

La **capacité totale** installée est de 627 lits en hospitalisation complète (HC), dont 70 % en Corse-du-Sud et 30 % en Haute-Corse, et 100 places en hospitalisation à temps partiel (HTP), dont 75 % en Corse-du-Sud et 25 % en Haute-Corse.

L'activité SSR repart légèrement à la hausse, après une forte baisse durant les années post-COVID-19. On observe ainsi l'évolution suivante du nombre de journées pour la région :

- 2016 : 230 250 journées 2021 : 193 313 journées 2022 : 199 374 journées

CONTEXTE (suite)

Les **pathologies les plus représentatives** sont : les affections et traumatismes du système ostéo-articulaire (95 734 journées en 2022) et les affections du système nerveux (54 050 journées en 2022), soit une majorité de modalités sur les mentions « locomoteur » et « systèmes nerveux ».
Concernant la **prise en charge pédiatrique** au sein de ces établissements, la nécessité d'évaluation du besoin avait été inscrite sur l'ancien schéma (2018-2023). En 2022, l'ARS a procédé à une modification du schéma, afin de reconnaitre deux besoins exceptionnels de SSR pédiatrique. Le nouveau schéma permettra d'adapter l'offre à ce besoin.

Un autre objectif avait été fixé sur la sécurisation de la **prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement**. Cet objectif a été conduit par le déploiement de deux unités cognitivo-comportementales (bien que freiné par la crise de la COVID-19) : une en Haute-Corse au SSR La Palmola (12 lits dont 6 déjà opérationnels) et une en Corse-du-Sud au centre hospitalier de Castelluccio (12 lits). De plus, la structuration de la filière concernant les maladies neurodégénératives, va pouvoir se compléter autour de l'instruction du 10 octobre 2022, définissant un nouveau cahier des charges pour la labellisation des Centre mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR).

Cependant, **il reste une part de patients désorientés qui ne relèvent pas d'une prise en charge en Unité cognitivo-comportementale** (UCC), ce qui doit entraîner une adaptation des lieux de prise en charge à la typologie de ces patients.

Enfin, en cohérence avec le précédent schéma régional de santé (2018-2023), la délivrance d'une autorisation d'ouverture du SSR Sainte Camille à Borgo (80 lits) participe à l'évolution de l'offre en Haute-Corse.

Cette réforme structurelle est accompagnée d'une **réforme du financement**.
Ces réformes vont reconnaitre des activités d'expertise et des plateaux techniques spécialisés qui seront valorisés financièrement. Ainsi cela va permettre d'accompagner des dynamiques d'activité et la transformation des prises en charge, afin de répondre aux besoins de la population et améliorer l'accès aux soins. Dans l'attente de la stabilisation de la réforme des financements de cette activité, les objectifs quantitatifs du présent schéma régional de santé ne peuvent être définis. **Une révision du schéma devra intervenir**.

SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION

ENJEUX

Les enjeux sont triples. Il s'agit :

- D'**accompagner la transformation de l'offre** de SMR au regard de la réforme des autorisations (Conditions d'implantation (CI) et Conditions techniques de fonctionnement (CTF)) et de la réforme du financement ;
- De poursuivre le **développement de la prise en charge des enfants et adolescents** en SMR ;
- D'**améliorer les conditions de prise en charge** en développant les alternatives à l'hospitalisation complète (ex : hôpital de jour (HDJ)) et la coordination avec les acteurs de ville, au regard des besoins de la population vieillissante et des attentes en termes d'aval des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia.

CONSTAT SYNTHETIQUE

L'activité a connu une baisse durant les années de crise due à la COVID-19, en raison de la réorganisation du système de santé pour gérer la pandémie.
Certaines actions ont été retardées, telles :

- L'augmentation du capacitaire en Haute-Corse ;
- Le développement de l'offre en SMR pédiatrique.

Une diversification de la modalité de prise en charge (avec le développement de l'hospitalisation de jour et l'accroissement du capacitaire de l'unité cognitivo-comportementale) a été mise en œuvre en région entre le centre hospitalier de Bonifacio et la Palmola à Oletta.

RESULTATS ATTENDUS

Il est attendu d'ici 5 ans, que l'offre soit **adaptée aux besoins de la population**, y compris sur le volet expertise et au niveau des **plateaux techniques.**
De plus, les **sorties** des patients doivent être **sécurisées et fluidifiées**, que ce soit vers le domicile ou vers d'autres établissements (Hospitalisation à domicile (HAD), Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)), grâce au développement des outils numériques de coordination et le partenariat avec le DAC pour les cas complexes.
Enfin, le **SMR pédiatrique** doit être mis en œuvre.

OBJECTIF GENERAL N°1

L'offre de prise en charge Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) est densifiée, développée et fluidifiée.

TERRITOIRE CONCERNE

Département (Groupement hospitalier de territoire (GHT)) et Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Finaliser le **rééquilibrage de l'offre entre Corse-du-Sud et Haute-Corse** par l'ouverture du centre Sainte-Camille à Borgo et de lits d'Etat végétatif chronique et pauci-relationnel (EVC-EPR) au centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone
2. **Consolider l'offre pour les personnes âgées** en Corse-du-Sud par l'installation du SMR au centre hospitalier de Castelluccio
3. **Densifier l'offre en Unité cognitivo-comportementale (UCC)**
4. **Sécuriser et fluidifier les sorties** des patients en développant l'Hospitalisation à domicile (HAD) et en déployant EVACORSE
5. **Développer le lien ville-hôpital** pour une consolidation des parcours de soins (avec le développement du volet numérique de coordination)
6. Reconnaître les **activités d'expertise** (AE) et les **plateaux techniques spécialisés** (PTS) conformément aux cahiers des charges

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Déclaration de mise en fonctionnement du SSR Sainte Camille, des lits EVC-EPR du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone et du SMR du centre hospitalier de Castelluccio
2. Nombre de lits installés dans les UCC (cible : 24 ; +6 Palmola / 12 centre hospitalier de Castelluccio))
3. Augmentation du nombre de dossiers traités par la cellule parcours entre 2023 et 2028
4. Mise en place et utilisation des outils numériques collaboratifs entre la ville et les établissements de santé
5. Organisation de RCP ville-hôpital autour de l'évolution du projet personnalisé de soin
6. Publication d'un arrêté régional actant la reconnaissance des AE et PTS pour les établissements répondant aux cahiers des charges

SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION

OBJECTIF GENERAL N°2

De nouveaux modes de prise en charge sont développés sur le territoire (enfants/ adolescents et Hospitalisation de jour (HDJ)).

TERRITOIRE CONCERNE

Région et extrarégion

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Autoriser la mise en place d'une **offre en soins médicaux et de réadaptation (SMR) pédiatrique** neurolocomoteur et d'endocrinologie intégrée dans la filière pédiatrique

2. Mettre en place des **conventions inter-établissements** (entre le continent et la Corse) pour développer la prise en charge des jeunes en SMR en Corse

3. **Développer l'hospitalisation de jour** (HDJ) comme modalité de prise en charge pour SMR spécialisé et polyvalent

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Autorisation SMR pédiatrique délivrée à 2 établissements

2. Réduction du taux de fuite des enfants/adolescents pour la prise en charge en SMR

3. Evolution du capacitaire HDJ par établissement entre 2023 et 2028

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs visent à offrir une **prise en charge complète et adaptée pour les usagers adultes et enfants.**

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- La coordination des acteurs au travers des Comité régional consultatif d'allocation des ressources (CCAR) SMR ;
- La réorganisation de la filière pédiatrique.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La dynamique du groupe de travail CCAR SMR ;
- La coordination entre SMR polyvalent et spécialisé ;
- La mutualisation des ressources humaines et des moyens.

4.2.16 - PSYCHIATRIE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La psychiatrie est une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle comporte des spécificités selon le public pris en charge : la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie périnatale, la psychiatrie du sujet âgé, et selon le régime de prise en charge, les soins sans consentement. Elle s'inscrit dans une dimension globale de la prévention du repérage précoce du soin et de la réhabilitation psychosociale, en partenariat étroit avec l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants ; socio-éducatifs ; psychologues ; …) et avec les professionnels intervenant dans le champ social, éducatif, judiciaire, médico-social et des collectivités locales.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Rétablissement, Prévention promotion de la santé – compétences psychosociales, Addiction (comorbidités), Premiers recours (coopération en proximité), Troubles du développement et du neurodéveloppement ; Parcours Handicap, Parcours Bien vieillir, Maladies neurodégénératives Médecine (troubles neurodégénératifs), Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant (stratégies de prévention en lien avec les appels à projet sur les 1 000 premiers jours)

CONTEXTE

La **structuration de l'offre en psychiatrie** est impactée par les réformes en cours. L'offre hospitalière s'appuie sur deux établissements publics (le centre hospitalier de Bastia et le centre hospitalier de Castelluccio) et des établissements privés (la clinique San Ornello, la clinique du Cap et le centre de jour la Villa). La Haute-Corse présente la spécificité d'une prise en charge par la clinique de San Ornello des soins sans consentement, ainsi que l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile.

La **réforme des autorisations** va s'appliquer en 2023 avec l'attribution des **mentions** suivantes :

- La mention psychiatrie de l'adulte comprenant l'ensemble des prises en charge de l'adulte ;
- La mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comprenant les prises en charge de la naissance à dix-huit ans ;
- La mention psychiatrie périnatale comprenant les soins conjoints parents-bébé dès l'anticonceptionnel et le prénatal ;
- La mention soins sans consentement pour les prises en charge qui sont strictement encadrées par un cadre législatif visé au code de la santé publique.

Cette **réforme** s'engage avec celle **du financement** qui vise à apporter plus de flexibilité pour adapter le type de suivi de chaque patient à son état.

La pression sur l'offre hospitalière en matière de recours aux soins psychiatriques pour les adolescents, les durées longues d'hospitalisation témoignant de difficultés d'alternatives à l'hospitalisation ou de solution de relai, en aval de la prise en charge hospitalière, se conjuguent aux difficultés de disposer des ressources humaines pour assurer les prises en charge dans les délais les plus adaptés. Le recrutement d'internes de psychiatrie infanto-juvénile illustre ces contraintes démographiques.

CONTEXTE (suite)

La prévention, le repérage précoce et l'intervention en ambulatoire sont portés par 3 vecteurs : en première ligne la médecine de premier recours et les maisons des adolescents ; puis l'offre spécialisée des centres médicaux psychologiques présentant, pour certains actuellement, des tensions en ressources humaines ; et enfin, des équipes mobiles dédiées à des publics ciblés.

Le poids croissant des comorbidités nécessite d'améliorer le repérage précoce, les prises en charge des pathologies somatiques dans un contexte où le renoncement aux soins est important surtout pour des personnes en situation de vulnérabilité. Les thématiques psychiatrie et addictions sont articulées dans le parcours santé mentale. La présentation dans le présent schéma, d'une fiche addiction spécifique répond à une attente sur la lisibilité de l'offre dans le domaine des addictions, compte tenu du poids des comorbidités rencontrées dans ce parcours.

ENJEUX

Il s'agit tout d'abord de faire face à l'**accroissement des demandes** de soins de l'enfant et de l'adolescent, comme auprès des adultes en situation de vulnérabilité, dans un contexte social exigeant qui s'est exacerbé au décours de la crise sanitaire.

Il existe encore trop souvent des **inégalités d'accès aux soins** que la maladie mentale vient aggraver en réduisant la capacité à demander de l'aide, à consentir et s'engager durablement dans des soins et à rompre l'isolement. Cette inégalité se traduit également par des indicateurs à la tendance défavorable : une espérance de vie écourtée de 10 à 20 ans, un taux de mortalité 3 à 5 fois supérieur et une comorbidité psychiatrique touchant de 30 à 60 % des usagers de drogues.

Les personnes souffrent encore trop souvent de **stigmatisation et de discrimination**, aggravant leur vulnérabilité.

La réforme des autorisations d'une part et la réforme de la tarification d'autre part vont être une opportunité pour **faire évoluer durablement l'organisation de l'offre de soins et de réhabilitation pour une meilleure réactivité et fluidité des prises en charge spécialisées**. La Communauté psychiatrique de territoire (CPT) sur la base du projet territorial de santé mentale (cf. article L3221-1 à 3221-6 du code de la santé publique) est appelée à faire évoluer l'offre pour s'adapter aux besoins de la population. L'appropriation par la CPT des outils du Projet territorial de santé mentale (PTSM) sera déterminante pour l'évolution de l'offre à travers les possibilités de conventionnement entre les établissements de santé. Cette démarche conventionnelle permettra de faciliter l'accès aux soins psychiatriques, de réduire la tension sur les ressources hospitalières en particulier sur les sites éloignés d'Ajaccio et de Bastia, d'agir sur les modalités d'hospitalisation des adolescents et de gagner en attractivité pour l'accueil de nouveaux internes de psychiatrie adulte, de l'enfant et de l'adolescent. **Le bilan intermédiaire du PTSM (2020–2025) sera l'occasion de donner une nouvelle impulsion pour conforter l'offre de prévention et d'accompagnement.**

Enfin, la **problématique de l'accès aux soins** demeure pour les populations en situation de **handicap** et de **perte** d'autonomie.

PSYCHIATRIE

CONSTAT SYNTHETIQUE

Les affections psychiatriques sont parmi les prévalences les plus importantes des affections chroniques sur le territoire. C'est une affection de longue durée qui a concerné en 2021, 4 828 personnes pour la Corse-du-Sud et 6 883 personnes pour la Haute-Corse.

L'offre en hospitalisation en psychiatrie pour l'enfant et de l'adolescent est sous tension et a dû accroître ses capacités d'hospitalisation à temps plein. Il y a une limitation sur les dispositifs d'hospitalisation à temps partiel et sur les alternatives à l'hospitalisation.

Une offre se développe sur des approches spécialisées en psychotraumatisme, en réhabilitation psychosociale (avec des équipes mobiles de psychiatrie précarité) et en termes de déploiement de la prévention multimodale de la crise suicidaire (avec un recours hospitalier important).

On constate en 2021 : 748 adultes 221 enfants et adolescents en hospitalisation complète au centre hospitalier de Castelluccio ; 452 adultes et 58 enfants et adolescents en hospitalisation complète au centre hospitalier de Bastia ; 258 adultes pour la clinique de Cap ; 428 hospitalisations partielles pour la Villa San Ornello ; et 406 adultes et 45 enfants et adolescents pour la clinique San Ornello.

RESULTATS ATTENDUS

Le **délai d'attente pour un premier rendez-vous** en consultation ambulatoire, doit être réduit.

La **prévention et le repérage précoce** des situations de rupture pour les enfants et les adolescents sont améliorés.

La **durée en hospitalisation complète** est réduite.

Les **pratiques de soins sans consentement** et de contention sont diminuées.

L'**insertion dans la cité** est améliorée.

Les **patients sous main de justice** doivent bénéficier d'une meilleure prévention et prise en charge.

OBJECTIF GENERAL N°1

La proximité et la réactivité de l'offre de prévention et de soins en psychiatrie sont améliorées.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Améliorer la **coordination pour les soins non programmés** aux Services d'accueil des urgences (SAU)
2. Faciliter l'**accompagnement coordonné à domicile**
3. **Fluidifier le parcours de soins** de la population adulte en particulier auprès des personnes en situation de vulnérabilités (précarité, en situation de handicap et en situation de perte d'autonomie)
4. Renforcer les **compétences du Centre médico-psychologique (CMP) et leur mobilité**

INDICATEURS DE RESULTATS (OPERATIONNELS)

1.1 Nombre d'inclusions dans le dispositif VigilanS
1.2 Identification d'un centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation dans chaque département (*source Etablissement de soins*)
2. Nombre de CMP disposant de l'intervention d'un Infirmier de pratique avancée (IPA) (*source Etablissements de santé*)
3.1. Nombre de psychologues du dispositif MonParcoursPsy
3.2 Nombre et type d'interventions par équipe mobile (*sources Etablissements*)
3.3 Nombre de prises en charge pour un psychotraumatisme (*source Etablissement, centre de ressource psychotraumatisme*)
4. File active des Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et équipes mobiles de gérontopsychiatrie (*source Etablissements de santé et établissements sociaux et médico-sociaux*)

PSYCHIATRIE

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTATS (OPERATIONNELS)
La population des enfants et des jeunes accède à des soins gradués et adaptés selon le niveau du risque de détresse psychologique (en particulier les enfants et adolescents en situation de vulnérabilité ou de handicap). **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Développer la **coordination et collaboration** avec les intervenants du premier recours 2. Favoriser le **repérage précoce** des troubles psychiques et des hauts risques de transition 3. Disposer d'une **capacité d'accueil** pour les situations de crise en Haute-Corse 4. Favoriser un **cadre d'intervention concertée et coordonnée par département au domicile**, pour les enfants et adolescents en rupture scolaire et sociale, en lien avec les services de l'aide sociale et de la protection judiciaire de la jeunesse, en milieu scolaire	1. Nombre de consultations organisées en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) (*source ARS*) 2. Formation d'équipes pluridisciplinaires au sein de la Communauté psychiatrique de territoire (CPT) (*source CPT*) 3. File active (*source Etablissement de soins)* 4. Nombre de suivis ambulatoires engagés (*source Etablissement de santé*)

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS
Les personnes présentant des troubles psychiques expriment leur pouvoir de décider et d'agir. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Faciliter la **participation des usagers et des pair-aidants** du champ de la psychiatrie à l'organisation de l'offre de prévention et de soins 2. **Développer l'activité** du Centre référent (centre hospitalier de Castelluccio) et des 2 centres de proximité (centre hospitalier de Castelluccio et Villa San Ornello)	1.1. Nombre de représentants d'usagers participant aux instances de démocratie en santé (Commission des Usagers (CDU) des établissements de soins publics ou privés ; Conseil de vie sociale (CVS) au sein des établissements médico-sociaux ; Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), et les deux Conseil territorial de santé (CTS)) (*source Etablissements de santé et médico-sociaux et ARS*) 1.2. Nombre de pairs-aidants bénévoles et professionnels associés aux équipes de soins (*Source ARS*) 1.3. Nombre de nouvelles reconnaissances de handicaps psychiques par an 2.1. File active par structure 2.2. Nombre de réunions inter-structures (*Source Etablissements de santé concernés*) 2.3. Part des représentants d'usagers dans les groupes de travail et les événements pilotés par la CPT (*source CPT*) 2.4. Part des actions visant à renforcer la sécurité et la qualité des soins et des pratiques en psychiatrie co-portées par les usagers et leurs représentants (source CPT) 2.5. Mise à disposition de l'espace Santé Mentale

PSYCHIATRIE

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE :

Les objectifs doivent permettre de :

- Réduire les risques de désinsertion sociale, d'aggravation des comorbidités et du trouble psychique ainsi que du mésusage de psychotropes ;
- Accroître la capacité à agir de chacun et collectivement, pour favoriser les conditions environnementales et sociales à la croissance psychique et aux adaptations, au regard des aléas de l'existence ;
- Maintenir une capacité à répondre aux situations de psychotrauma, ainsi qu'à identifier les problèmes émergeants.

LEVIERS EXISTANTS :

La stratégie s'appuie sur :

- Les membres de la communauté psychiatrique ;
- La sollicitation des centres de ressources et des expertises nationales ;
- Le Projet territorial de santé mentale (PTSM), arrêté le 7 décembre 2020 pour 5 ans.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La mise en œuvre de **réunions de coopératives d'acteurs** pour constituer un Conseil local de santé mentale (CLSM) ;
- La proposition de **formations continues** s'adressant à la fois aux professionnels de santé et socioéducatifs, aux déterminants des inégalités de santé mentale ;
- Le soutien d'une **communication en continue**, ciblant les réseaux sociaux, via la Communauté psychiatrique de territoire (CPT).

4.2.17 - MALADIES ET HANDICAPS RARES

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La maladie rare est définie par l'organisation mondiale de la santé comme une maladie touchant 1 personne sur 2 000.
La reconnaissance de la notion de handicap rare pour des personnes touchées par plusieurs déficiences induit un accompagnement qui soit adapté et spécifique, afin de limiter les situations de rupture dans leur prise en charge.

THEMATIQUES ASSOCIES DANS LE SRS

Ensemble des thématiques sanitaires notamment Médecine, Psychiatrie (problématique d'accès aux soins facilité et organisé), Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant (repérage précoce), Aide aux aidants, Hyperspécialité

CONTEXTE

La notion de **handicap rare** se caractérise par le tryptique : **rareté des publics concernés (moins d'1 cas sur 10 000) / rareté des combinaisons de déficiences / rareté et complexité des techniques à mettre en œuvre pour apporter une réponse aux situations**.

La notion de handicap rare renvoie aux **combinaisons de déficiences** suivantes :

- L'association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle grave ;
- L'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves ;
- L'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves ;
- Une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience ;
- L'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive, (telle qu'une affection mitochondriale, une affection du métabolisme, une affection évolutive du système nerveux ou encore une épilepsie sévère).

Les situations de handicap rare **concernent potentiellement toutes les catégories d'âge** (enfant et adulte). Elles peuvent être de naissance ou acquises, stables ou évolutives.

Les différentes situations de handicap liées à ces combinaisons de déficience mettent en évidence les limites des seules modalités d'intervention et d'organisation traditionnelles des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En effet, la rareté et la complexité des techniques d'accompagnement, de compensation, d'intervention à offrir en réponse à ces situations a pour conséquence le fait **qu'aucun des acteurs concernés ne peut, isolément, apporter l'ensemble des réponses pertinentes**. Ces difficultés se résument souvent par une **rupture de parcours** dans la prise en charge de la personne touchée par un handicap rare.

CONTEXTE (suite)

Le précédent Schéma handicap rare a permis la mise en place d'acteurs intervenant au plus près des personnes : les **Equipes Relais Handicap Rare** (ERHR). L'une de leurs missions est d'assurer un rôle d'interface entre les acteurs, pour mieux identifier les besoins et les situations se rapportant au handicap rare et d'apporter un appui à la formation, ainsi qu'à l'information des partenaires. Les ERHR peuvent intervenir sur les parcours complexes notamment lors de rupture de prise en charge.
Le 3ème schéma handicap régional 2021-2025 s'inscrit dans la poursuite de la consolidation de l'offre spécifique dédiée aux handicaps rares en privilégiant une logique de parcours.

Une **ERHR PACA Corse** existe depuis 2014 avec pour la Corse la présence de 2 référents parcours départementaux. Ils interviennent sur la construction d'une offre de formation et de soutien aux Etablissements et services médico-sociaux (ESMS), la construction de parcours individuels à travers le lien avec les centres de référence et le suivi de situations individuelles complexes. Il est à noter que 65% des suivis réalisées présente une combinaison incluant une épilepsie sévère. Cette offre doit être renforcée.
On note également la présence d'une offre de Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et de Centre de déficiences visuelles et auditives (CADV) en Haute-Corse.

D'une manière générale, l'ERHR est peu sollicitée par les ESMS et la formation des professionnels de santé au sens large, peine à se mettre en place.

S'agissant des maladies **rares**, l'**accès aux centres ressources référents continentaux est rendu fastidieux**, voire difficile, compte tenu de l'éloignement. Le 4ème plan national maladies rares fait l'objet de travaux engagés en 2023. L'insularité et le nombre de patients concernés appellent à établir les modalités selon lesquelles les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia pourraient jouer le rôle d'intermédiaire territorial avec les centres nationaux référents à travers un conventionnement.

MALADIES ET HANDICAPS RARES

ENJEUX

Il est crucial de proposer des accompagnements adaptés et de limiter les situations de rupture de parcours liées à la complexité des prises en charge des personnes (enfants et adultes).

CONSTAT SYNTHETIQUE

Il subsiste une **connaissance insuffisante de la notion de handicap rare par les professionnels de santé**, ce qui induit :

- Un défaut d'identification des situations au regard du handicap rare par les professionnels de santé sociaux et médico-sociaux ;
- Des situations de rupture de prise en charge qui font suite à des orientations ou accompagnement inadaptés.

On note une forte prévalence de l'épilepsie dans la combinaison du handicap rare.

Enfin, l'**offre d'accompagnement est insuffisante** dans la prise en charge des **déficiences sensorielles**, qui sont prépondérantes dans les combinaisons du handicap rare.

RESULTATS ATTENDUS

Il est attendu un **meilleur repérage de la personne en situation de handicap rare**, afin de permettre de proposer un accompagnement spécifique et adapté aux besoins de la personne.

De plus, l'orientation doit être adaptée vers les prises en charge en vue d'assurer une continuité de parcours (diminution du nombre de situations critiques).

Enfin, **les acteurs doivent être coordonnés autour du parcours complexe** y compris pour les personnes atteintes de maladies rares.

OBJECTIF GENERAL N°1

Le repérage des personnes en situation de maladie et de handicap rare est amélioré grâce à une meilleure connaissance par les professionnels de santé de la notion de handicap rare.

TERRITOIRE CONCERNE

Région à travers une organisation adaptée au sein de chaque territoire de projet selon action

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Poursuivre le déploiement de l'Equipe relais handicaps rares (ERHR)** au sein des territoires de projet en renforçant le travail en réseau et confier au Dispositif d'appui à la coordination (DAC) le rôle de coordination pour les maladies rares

2. **Limiter les situations de rupture de prise en charge** par un conventionnement des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia avec les centres référents maladies rares et des Etablissement et service médico-social (ESMS) avec l'EPHR

3. Promouvoir et diffuser les **connaissances sur le handicap rare et les maladies rares auprès des professionnels de santé** et de l'ensemble des partenaires, pour apporter des réponses adaptées

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de situations individuelles identifiées et suivies par l'ERHR annuellement

2. Nombre de conventions signées par les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia avec les centres référents et par les ESMS avec l'ERHR

3. Nombre de professionnels ayant bénéficié de formations sur le handicap rare et sur les maladies rares

OBJECTIF GENERAL N°2

L'accès aux ressources expertes, notamment sur des déficiences prépondérantes, est développé au sein des combinaisons définissant le handicap rare (déficiences sensorielles ; épilepsie ; ...).

TERRITOIRE CONCERNE

Région à travers une organisation adaptée au sein de chaque territoire de projet selon action

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Mettre en place une offre sur **l'accompagnement et la prise en charge des troubles sensoriels**

2. Améliorer la **connaissance sur la maladie épileptique** auprès des professionnels du secteur du médico-social et social (relance de l'enquêtes de la Fédération d'associations handicap rare et épilepsie sévère (FAHRES))

3. Favoriser la **coopération entre les acteurs locaux et les centres ressources** handicap et maladies rares (partage d'outils ; formation ; ...)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Taux d'équipement des Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) pour déficiences sensorielles

2. Résultat de l'enquête FAHRES

3. Nombre de sollicitations faites auprès de centres de référence et nombre de situations de handicap rare identifiées et requérant une coopération étroite

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les personnes en situation de handicap ou de maladie rare doivent **pouvoir disposer d'une prise en charge qui réponde à leurs besoins spécifiques** sur la région, dans un souci de continuité de leur parcours de vie.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie notamment sur :

- Les ESMS ;
- Les établissements de santé ;
- La Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) ;
- L'Equipe relais handicaps rares (ERHR) ;
- La Collectivité de Corse ;
- Les centres de référence experts sur le handicap ou la maladie rare tels que FAHRES.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La communauté 360 ;
- Les formations des professionnels au handicap rare ;
- L'articulation avec l'ensemble des centres de référence (maladie et handicap).

4.2.18 - DOULEUR CHRONIQUE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Parcours cancer, Soins palliatifs – fin de vie, Premier recours, Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant (endométriose)

CONTEXTE

1/ Diagnostic principal

L'activité, portée par une seule structure située à Ajaccio, n'a pas fléchi avec la crise de la COVID-19 et s'est amplifiée en 2021, passant de 230 patients pris en charge en 2018 à 382 patients en 2021 et de 584 séjours en 2018 à 1275 séjours en 2021. La plupart des séjours s'effectue en unité de médecine indifférenciée. Depuis 2018, on constate que seuls 20 à 30 séjours par an s'effectuent en unité d'oncologie médicale.

L'âge moyen était de 50 ans en 2021. Il est à noter très peu de prises en charge pour des moins de 18 ans. Le sexe ratio est de 2,35 (268 femmes contre 114 hommes).

Les modes d'entrée et de sortie sont similaires (quasi exclusivement depuis et vers le domicile), ce qui montre un **bon repérage par les médecins traitants**.

2/ Diagnostic associé

La douleur chronique apparait en diagnostic associé de façon croissante également : de 419 patients en 2018 à 454 en 2021 et de 524 séjours à 823 en 2021. Le sexe-ratio est plus équilibré (1,3 soit 257 femmes et 197 hommes) et l'âge moyen plus élevé (57 ans). Il est à noter, là encore, que très peu de patients de moins de 18 ans ont été pris en charge.

3/ Caractéristiques des prises en charge

La majorité des patients pris en charge le sont en Corse-du-Sud, principalement au centre hospitalier d'Ajaccio, avec une forte augmentation en 2021, année de développement d'une activité en Hôpital de jour (HDJ). Ainsi, la durée moyenne de séjour passe de 6 jours (avant 2021) à 1 jour (après 2021). On note par ailleurs une quasi disparition des hospitalisations complètes en 2021 au profit de l'Hôpital de jour (HDJ).

Par ailleurs, en étudiant les codes géographiques de résidence des patients pris en charge au centre hospitalier d'Ajaccio en 2021, avec un codage du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de douleur chronique en Diagnostic principal (DP) ou Diagnostic rattaché (DR), on constate que 37 % des patients pris en charge sont des résidents de Haute-Corse (cela représente également 37 % des séjours/séances produits). De plus, ce sont l'ensemble des 11 codes géographiques PMSI de Haute-Corse qui sont concernés par des prises en charge au **centre hospitalier d'Ajaccio**. Ce dernier est donc parvenu à établir une attractivité régionale auprès de la population de l'île, qu'elle soit de Corse-du-Sud ou de Haute-Corse.

Au vu de ces éléments de répartition géographique, il est prévu de **développer des sites de consultation territorialisés** en particulier **en Haute-Corse**.

CONTEXTE (suite)

En région, on note la **volonté de développer la prise en charge en intrathécale**, avec la création d'un réseau de professionnels formés par les médecins prescripteurs. Le projet est à poursuivre afin, d'une part, de définir les modalités de préparation des solutions stériles, par convention avec les Pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements publics de santé ou privés de Corse. Pour ce faire, un appel à manifestation d'intérêt doit être lancé. D'autre part, il importe d'améliorer, avec les Infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL) formés, la surveillance et le suivi des patients traités à domicile.

4/ Organisation de la filière endométriose

La filière endométriose structure les modalités d'évaluation et de prise en charge de la douleur sur son territoire en 3 niveaux :

- **Niveau 1** : les professionnels de santé de ville, voire hospitaliers : médecins généralistes, gynécologues, radiologues et sages-femmes qui contribuent à la prise en charge, au suivi global et à l'éducation dans le respect du champ de leur compétence ;
- **Niveau 2** : les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement. Ils interviennent pour les prises en charge des patientes présentant une endométriose superficielle ne répondant pas aux premiers traitements. Ils doivent intervenir dans un centre de niveau 2 pour les diagnostics et les prises en charge. **En Corse le niveau 2 peut intervenir sur le diagnostic si le niveau 1 intervient uniquement dans le repérage** ;
- **Niveau 3** : ce niveau s'articule autour d'une expertise chirurgicale, une expertise radiologique, une structure douleur chronique et le centre d'Assistance médicale à la procréation (AMP). Le 3ème recours prend en charge l'endométriose complexe et profonde et accompagne les deux autres niveaux en tant qu'avis d'experts.

La structure douleur chronique régionale s'engage dans le dispositif expert régional (DER).

ENJEUX

L'accès à cette modalité de prise en **charge doit être améliorée** de manière équitable sur l'ensemble du territoire, en augmentant le nombre de professionnels formés à la prise en charge et en complétant l'animation territoriale de la structure régionale douleur chronique pour mieux repérer les besoins.

CONSTAT SYNTHETIQUE

On note un besoin accru avec une réponse qui augmente autour du centre hospitalier d'Ajaccio qui porte la structure.

RESULTATS ATTENDUS

Les accès territorialisés à la structure dédiée à la douleur chronique seront développés, notamment pour les patientes atteintes d'endométriose.

DOULEUR CHRONIQUE

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
L'accompagnement de l'offre de prise en charge de la douleur chronique dispose d'un maillage territorial renforcé. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Renouveler la **labellisation de la structure régionale douleur chronique** d'Ajaccio (nouveau cahier des charges) 2. Créer un **réseau de permanences avancées** dans les établissements et en ambulatoire 3. Mener une **réflexion** sur la création d'un **centre ressource** à partir de la structure régionale douleur chronique	1. Labellisation de la structure douleur chronique 2. Evolution annuelle du nombre de permanences avancées (cible : 1 par territoire de projet) 3. Création d'un centre ressource avant fin 2028

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les patients de moins de 18 ans disposent d'une offre de prise en charge de la douleur chronique. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région et extrarégion**	1. Créer une **filière pédiatrique** au sein de la structure régionale douleur chronique 2. Formaliser un **partenariat** avec une structure référente douleur chronique spécialisée en pédiatrie	1.1. Déploiement de la filière pédiatrique avant fin 2028 1.2. Rédaction de la convention avec la structure partenaire identifiée 2. Evolution du nombre de patients pris en charge dans la filière pédiatrique de la structure spécialisée douleur chronique

DOULEUR CHRONIQUE

OBJECTIF GENERAL N°3

Les structures de santé sont accompagnées dans l'amélioration au développement de la prise en charge de la douleur.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Favoriser la thématique de **prise en charge de la douleur dans les projets médicaux** des structures de santé

2. **Former des professionnels de santé** au bon usage des traitements médicamenteux et non médicamenteux

3. **Développer des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)** entre la structure régionale et les permanences avancées via Alta Strada

4. Lancer un **appel à manifestation d'intérêt** auprès des établissements de santé publics et privés afin de développer la prise en charge médicamenteuse en intrathécale

5. **Faciliter l'accès à la structure douleur chronique** pour les patientes atteintes d'**endométriose**

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Augmentation du nombre de projet médicaux intégrant la douleur chronique, avec l'appui de la Fédération Corse pour la coordination et l'innovation en santé (FCCIS)

2. Nombre de formations annuellement réalisées

3. Evolution du nombre de RCP entre la structure spécialisée de la douleur chronique et les permanence avancées territoriales

4.1. Lancement d'un appel à manifestation d'intérêt avant fin 2025

4.2 Déploiement de l'action avant fin 2028

5. Evolution du nombre de patients ayant accès à la Structure spécialisée de la douleur chronique (SDC) ou aux antennes

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La prise en charge de la douleur aigüe et chronique est une priorité de santé publique. **Il est primordial d'en permettre un accès équitable, de l'élargir à la filière pédiatrique et d'intégrer la spécificité de l'endométriose.**

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur la structuration de la structure douleur chronique actuelle, le développement des moyens de formation et l'animation territoriale.

FACTEURS DE REUSSITE

La **coordination des moyens de formation** (dont les douleurs rebelles d'après les recommandations HAS) et l'**implication de la FCCIS** dans l'élaboration des projets médicaux intégrant la douleur chronique sont des éléments clés de la stratégie.

Par ailleurs, la création d'une filière endométriose est un facteur déterminant pour répondre aux enjeux associés.

4.2.19 - SOINS DENTAIRES

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La chirurgie buccodentaire comprend des soins préventifs et curatifs conservateurs ou lourds, notamment les pratiques en implantologie.
L'offre dépend fortement du secteur libéral, de l'expression des besoins et de l'aversion aux risques des patients ou des personnes chargées de veiller à leurs intérêts. Par ailleurs, tous les soins ne sont pas complètement remboursés pour tous.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Parcours Maladies chroniques, Parcours Handicap, Parcours Bien vieillir, Parcours Santé mentale, Parcours Santé précarité, Parcours Santé des personnes détenues, Parcours de Soins Corse-Continent, Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant, Premier recours, Ressources humaines en santé

CONTEXTE

En 2023, la Corse dispose de **274 chirurgiens-dentistes**. Bien que leur formation initiale ne s'effectue pas sur l'île, leur **densité** y **dépasse la moyenne française** (76 pour 100 000 habitants, contre une moyenne nationale de 57). Cette densité régionale cache malgré tout de **fortes inégalités territoriales.** Le territoire intercommunal de Sud Corse, comprenant Bonifacio et Porto-Vecchio, est le plus doté de l'île, et compte également parmi les plus dotés de France avec 129 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. *A contrario* les intercommunalités de Pasquale Paoli (6 000 habitants environ) et de Costa Verde (11 000 habitants environ) n'hébergent aucun chirurgien-dentiste. A ce jour, on dénombre 8 centres mutualistes de santé dentaire en Corse, dont 6 en Haute-Corse et 2 en Corse-du-Sud. Depuis mai 2023, la loi vise à améliorer l'encadrement des centres de santé dentaires en rétablissant la condition d'agrément pour leur activité.

Depuis 2016, une **permanence des soins dentaires** est proposée conformément à l'article R4127-245 du code de la santé publique qui dispose qu'« il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins ». Sur cette base, une garde d'odontologie est actuellement prévue de 9h à 12h, chaque dimanche et jour férié sur trois secteurs (plus un supplémentaire en période estivale) :

- Le Grand Ajaccio, plus le Grand Sud uniquement de juin à septembre, pour la Corse-du-Sud ;
- Le Grand Bastia et le Centre Corse, pour la Haute-Corse.

L'accès aux soins buccodentaires ne fait actuellement pas partie du dispositif prévu au titre du service d'accès aux soins (SAS).

La santé buccodentaire est importante non seulement pour la **santé globale des individus**, mais aussi pour leur **intégration sociale**, la **prévention et la lutte contre la pauvreté**. Un des enjeux de la politique de soins buccodentaires est de faire bénéficier à l'ensemble des usagers, les soins prudentiels nécessaires, ou le cas échéant, de soins curatifs les plus conservateurs possibles. Or après environ 15 ans de mise en œuvre, le programme M'T'Dents reste sous utilisé sur l'île par les enfants des familles les plus défavorisées, tandis que le programme « 100% Santé » oriente davantage vers une meilleure prise en charge pour les soins les plus lourds uniquement.

CONTEXTE (suite)

Plusieurs parcours de prise en charge buccodentaires co-existent en fonction des situations spécifiques, et méritent une meilleure visibilité :

- La prise charge des personnes en situation de handicap en Haute-Corse, via les consultations dédiées bucco-dentaires du centre hospitalier de Bastia. S'agissant de la Corse-du-Sud, des réflexions sont en cours pour la mise en place d'un dispositif équivalent ;
- La prise charge des personnes en situation de handicap par le secteur libéral et la place du secteur associatif, dont le réseau HANDIDENT PACA-Corse ;
- La prise en charge des enfants avec poly-caries, nécessitant une anesthésie générale, soignés également sur Marseille ;
- Les soins curatifs pour les personnes âgées dépendantes en EHPAD, qui demandent actuellement un transport du patient vers le cabinet ;
- La prise en charge des personnes incarcérées, dont la couverture des besoins de soins buccodentaires est dépendante des ressources humaines fournies par les centres hospitaliers d'Ajaccio ou de Bastia, avec un financement par dotation globale plutôt qu'à l'activité.

Il apparait nécessaire d'**optimiser l'offre de soins dentaires** au niveau :

- Des services d'accès aux soins (en intégrant le planning des chirurgiens-dentistes volontaires) ;
- Des équipes de soins primaires (en y associant le plus systématiquement possible un ou plusieurs chirurgiens-dentistes).

ENJEUX

Les enjeux sont triples. Il s'agit :

- D'offrir les **soins** buccodentaires de manière la **plus adaptée aux besoins** de la population ;
- De placer la santé buccodentaire **au cœur des parcours et dispositifs** de soins pluriprofessionnels ;
- De fédérer les chirurgiens-**dentistes** autour d'un **projet régional commun**.

CONSTAT SYNTHETIQUE

A ce jour, la Corse n'a pas de plan régional pour les soins buccodentaires.

La permanence des soins dentaires est mise en œuvre depuis 2016 sur l'île.

Le programme M'T'Dents, en lien avec l'Assurance Maladie, est déployé depuis 2007, tout comme le dispositif « 100% Santé » depuis 2020.

Les besoins territoriaux ne sont pas couverts en odontologie libérale.

RESULTATS ATTENDUS

L'**offre** d'odontologie doit être **lisible et accessible**.

La **politique** de santé buccodentaire doit être **dynamique et participative.**

SOINS DENTAIRES

OBJECTIF GENERAL N°1

La profession des chirurgiens-dentistes participe à l'organisation régionale des soins.

TERRITOIRE CONCERNE

Région, décliné dans les territoires de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Inclure les soins dentaires dans le Service d'accès aux soins** (SAS) urgents ou non programmés
2. Consolider la **permanence des soins dentaires**, notamment les plages et la visibilité du dispositif, en favorisant la coopération interprofessionnelle
3. Permettre aux chirurgiens-dentistes de **s'installer en fonction des besoins connus sur le territoire**

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Pourcentage de dentistes participants au SAS

2. Nombre de recours à la permanence des soins dentaires

3. Actualisation de l'arrêté de zonage

OBJECTIF GENERAL N°2

Les obstacles à l'accès aux soins buccodentaires sont levés.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Veiller à la **réalisation du suivi buccodentaire des patients** pris en charge pour « Affection de Longue Durée » (**ALD**)
2. Documenter les **motifs de recours aux urgences** dentaires
3. Permettre aux **familles les plus défavorisées** de faire bénéficier leurs enfants du programme M'T'Dents
4. Proposer une **offre** de soins buccodentaires **adaptée à toutes les situations de vie** (enfance, situation de handicap ou de dépendance, milieux carcéraux)
5. Accompagner l'**accès** au droit inconditionnel **aux soins** buccodentaires **de la mère et de l'enfant**, via le dispositif « soins urgents » et aux autres dispositifs de prise en charge financière

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Pourcentage de chirurgiens-dentistes membres d'une Equipe de soins primaire (ESP)
2. Veille de routine des motifs de recours à la permanence des soins dentaires
3. Nombre et pourcentage d'enfants de parents au chômage ou travailleurs indépendants et/ou issus de famille monoparentale, pris en charge
4. Nombre de prises en charge par l'assurance maladie par situation et type de soin
5. Couverture territoriale proposant des services de permanence d'accès aux soins buccodentaires

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs visent d'une part à accroître la **lisibilité** de la politique régionale en santé buccodentaire. D'autre part, il s'agit de **promouvoir les soins prudentiels et conservateurs**. Enfin, l'**équité socio-économique** pour les soins buccodentaires doit être renforcée.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur l'adhésion et la contribution des professionnels libéraux (notamment via le partage des agendas pour le SAS), les échanges réguliers en commission formalisée, ainsi que sur l'Union régionale de professionnels de santé (URPS) chirurgiens-dentistes.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- L'entente et l'harmonie pluriprofessionnelle ;
- Une réponse composite aux obstacles d'accès aux soins.

4.3 Les filières d’accompagnement médico-social

4.3.1 - MALADIES NEURODEGENERATIVES

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Les maladies neurodégénératives (MND) sont un groupe de maladies qui se caractérisent par la détérioration progressive et irréversible des cellules nerveuses dans le système nerveux central ou périphérique. Cette thématique est donc abordée sous l'angle de la préservation, le plus longtemps possible, de l'autonomie des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, à travers un parcours de soins dont l'ambition est d'être fluide et accessible en tout point du territoire, avec un repérage et un diagnostic précoce, ainsi qu'un accompagnement adapté à la personne malade et à son proche aidant.

THEMATIQUES ASSOCIES DANS LE SRS

Gériatrie, Aide aux aidants, Numérique en santé, Ressources humaines en santé, Société inclusive, Premier recours

CONTEXTE

Les maladies neurodégénératives sont des maladies chroniques évolutives qui touchent le système nerveux central (maladie d'Alzheimer ; de Parkinson ; de Huntington ; sclérose en plaques (SEP) ; …). Dans bon nombre de cas, ces maladies s'installent lentement et évoluent sur une longue période de la vie. La population touchée par les MND représente sur la Corse, près de 5 800 personnes. Elles sont prises en charge pour **les 3 maladies plus représentées** que sont : la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées (MADA), la maladie de Parkinson et la SEP (données SNIIRAM/SNDS 2019).

Différents plans nationaux dont le **Plan Maladies NeuroDégénératives (PMND) 2014-2019** ont permis la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions visant à améliorer la prise en charge en soins et l'accompagnement des personnes malades, ainsi que de leurs proches aidants. La **feuille de route MND 2021-2022** poursuit cette dynamique.

La poursuite de cette dynamique soutenue **en Corse** s'avère appropriée au regard :

- Du contexte de **vieillissement de la population**, avec une particularité régionale (2ème région de France pour sa part de séniors) ;
- Des projections réalisées qui montrent que la part des plus de 60 ans devrait connaître une progression de **plus 10% d'ici 2028** sur la Corse ;
- D'un paradoxe régional sur l'**inadéquation entre le profil de la population et l'offre** médico-sociale. On observe en effet que l'équipement est inférieur à la moyenne nationale et que les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont sous-occupés en Corse ;
- D'une perspective démographique qui impose la définition et la mise en œuvre d'**actions pertinentes par territoire.**

CONTEXTE (suite)

Le **bilan de la mise en œuvre du premier schéma régional de santé** (2018-2023) montre un effort majeur autour de différents dispositifs :

- Une Unité d'hébergement renforcé (UHR) a été autorisée en Haute-Corse (en attente d'installation) ;
- Trois Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) ont été mises en place, soit 4 au total déployées en région (2 dans chaque département). Chacun des Services soins Infirmier A Domicile (SSIAD) disposant d'une autorisation ESA, dispose d'un temps de psychologue complémentaire de +0,25 ETP (soit 0,5 ETP au total) ;
- Un Centre de Ressource et de Compétences dédié à la Sclérose en Plaque (SEP) a été labellisé en 2022 ;
- Deux programmes Education Thérapeutique ont été labellisés (dont 1 en projet) ;
- Deux expérimentations innovantes (dites article 51) ont été lancées via :
    - L'AFM Téléthon, avec pour objectif l'accompagnement des personnes souffrants de MND motrices ;
    - Le centre hospitalier de Bastia pour la mise en œuvre du programme ICOPE ;
- Une expérimentation sur l'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH), ainsi qu'une expérimentation d'Equipe spécialisée dans les maladies neuro-dégénératives (ESMND) avec réhabilitation pour malade MND jeune ont été mises en œuvre ;
- Des dispositifs d'interventions précoces MND ont été déployés, avec un maillage territorial s'appuyant sur les ESA, les psychologues, les SSIAD, et les Services polyvalents aide et soins à domicile (SPASAD) ;
- Des SSIAD renforcés ont été mis en place dans une logique de spécialisation (prises en charges MND/handicap), permettant d'accroître le temps de psychologue (+0,25 ETP) adossé chaque SSIAD ;
- Un soutien des Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) a été apporté dans la qualité de prise en charge des usagers touchés par les MND.

La Corse dispose d'un **Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR)** et de 2 **Consultations Mémoires (CM)** pour les diagnostics des Maladies d'Alzheimer et démences apparentées (MADA), qui feront l'objet d'une nouvelle labellisation dans le cadre de l'instruction N° DGOS/R4/2022/217 du 10 octobre 2022. Depuis juillet 2022, un **Centre de ressources et de compétence SEP (CRC-SEP)** a été labélisé sur Ajaccio. Les dispositifs d'accompagnement médico-sociaux (Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ; Equipes spécialisées MND (ESMND) ; Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ; Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) ; ...) complètent l'offre de soins, mais celle-ci bien qu'en progression est à renforcer. Par ailleurs un dispositif d'appui à la coordination des parcours (DAC) existe depuis 2022 et intervient dans la coordination des situations complexes.

Dans ce cadre, le **plan de renforcement et de rattrapage (2018-2028) de l'offre** médico-sociale en faveur des personnes âgées dépendantes 2018-2028 assure un relais nécessaire au déploiement d'une offre spécialisée sur le territoire. Bien que des actions aient vu le jour sur les dernières années, le plan de rattrapage propose de développer de nouvelles solutions pour les personnes et les familles, notamment pour celles et ceux dont les besoins sont les plus prononcés. Ce plan de rattrapage s'inscrit dans une perspective d'évolution et de renforcement de l'offre médico-sociale existante sur le territoire et dans une logique de meilleure adéquation aux besoins territoriaux en privilégiant proximité et sécurisation des interventions.

ENJEUX

L'espérance de vie sans incapacité liée aux Maladies neurodégénératives (MND) des personnes touchées par ces maladies doit être augmentée, afin de les maintenir dans leur lieu de vie le plus longtemps possible et de soutenir leur autonomie. Cela nécessite une **offre d'accompagnement aux aidants**, qui privilégie la **proximité**.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Il existe un décalage entre le vieillissement de la population et l'offre médico-sociale.
L'offre spécialisée de MND, tant pour le diagnostic que les interventions, est en constante progression (Consultation mémoire (CM), Equipe spécialisée dans les maladies neuro-dégénératives (ESMND), Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), Unités d'hébergement renforcé (UHR)), mais reste à renforcer sur les territoires.
Le dispositif d'aval (Plateforme de répit (PDR) ; accueils de jour ; Hébergement Temporaire (HT) ; …) s'avère insuffisamment développé pour accompagner et soutenir les proches aidants.
La lisibilité de l'offre spécialisée MND reste encore insuffisante pour l'ensemble des acteurs professionnels, mais également pour les familles et usagers concernés, en raison de sa diversité.

RESULTATS ATTENDUS

Un **diagnostic plus précoce** des MND doit permettre la mise en place d'interventions adaptées de réhabilitation fonctionnelle pour limiter la perte d'autonomie des personnes souffrant de MND.

Une **offre de prise en charge** pour les MND doit être déployée de façon **graduée et spécialisée**, dans le cadre d'un **parcours lisible** s'inscrivant dans une logique d'intégration entre domicile et établissement.

Enfin, il est crucial de soutenir les proches aidants en améliorant la réponse aux besoins d'informations, d'écoute, de conseils et de relais pour le répit.

OBJECTIF GENERAL N°1

Un repérage et un diagnostic précoces sont mis en place pour les personnes atteintes de MND au plus près des lieux de vie, par la diffusion d'outils, la formation et l'information auprès des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

TERRITOIRE CONCERNE

Région à travers une organisation adaptée au sein de chaque territoire de projet selon action

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Mettre en conformité** les consultations mémoires et le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) **avec le nouveau cahier des charges** (cf. instruction n° DGOS/R4/2022/217 du 10 octobre 2022)
2. **Structurer une offre régionale** graduée de diagnostic MND de proximité
3. Mettre en œuvre une politique régionale concertée de **communication** sur les signes d'alerte MND et la **lisibilité** de la filière diagnostic MND, auprès des professionnels concernés par les MND et du grand public
4. Poursuivre le **repérage** des fragilités des plus de 60 ans au travers d'outils tels que ICOPE

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. File active du CMRR/CRC-SEP et des CM
2. Nombre de consultations mémoire de proximité et de consultations avancées pour les MND au sein des territoires de projet
3.1. Moyenne d'âge de diagnostic de Maladies Alzheimer et Démences Apparentées (MADA)
3.2. Nombre de personnes repérées à un stade léger pour les MADA (MMS > 20/30)
4. Nombre de personnes repérées via l'expérimentation du programme ICOPE

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Des interventions spécialisées et coordonnées sont mises en place autour des Maladies neurodégénérative (MND), afin de limiter ou retarder la survenue de la dépendance des personnes atteintes de MND et de maintenir les personnes dans leur environnement habituel le plus longtemps possible, en prenant en compte les parcours complexes (notamment en lien avec les troubles psychocomportementaux). **TERRITOIRE CONCERNE** **Région à travers une organisation adaptée au sein de chaque territoire de projet selon action**	1. Assurer la poursuite du déploiement des **interventions précoces** dans un objectif de maintien à domicile, en renforçant les capacités des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) 2. **Adapter les prises en charge institutionnelles aux besoins** des personnes touchées par les MND (notamment sur la gestion des troubles du comportement pour les personnes atteintes de démences et maladies apparentées) et **soutenir le lien psychiatrie - gérontopsychiatrie - EHPAD** 3. Organiser le déploiement d'une **prise en charge spécifique pour les malades jeunes**	1.1. Nombre de places de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcées autorisées et de centres ressources territoriaux implantés 1.2. File active des Equipe spécialisée dans les maladies neuro-dégénératives (ESMND) 2.1. Nombre de places d'Unités de vie protégée (UVP) installées par renforcement de l'offre existante 2.2 Nombre de suivis réalisés par l'équipe de gérontopsychiatrie 3.1. Nombre de formations sur la gestion des troubles du comportement, délivrées auprès des professionnels prenant en charge les personnes atteintes de MND au sein des EHPAD 3.2. Nombre ESMND en réhabilitation psychosociale autorisées

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Le soutien des aidants non-professionnels est renforcé au travers d'une palette d'offres de répit et d'aide accessible au plus près des lieux de vie. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région à travers une organisation adaptée au sein de chaque territoire de projet selon action**	1. Développer une **politique concertée d'information et de formations** des aidants non-professionnels des personnes souffrant de MND 2. Développer **diverses modalités d'accueil temporaire** au plus près des besoins de la population MND (Accueil de jour (AJ) ; séjours de répit ; Hébergement temporaire (HT)) 3. Généraliser l'expérimentation **Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation** (HTSH)	1. Nombre d'aidants par territoire de pôle ayant suivi une formation sur les MND et sur les troubles psychocomportementaux 2. Nombre de places d'Hébergement Temporaire (HT) et d'Accueil de Jour (AJ) installées au sein de chaque territoire de projet 3. Nombre de séjours annuels en HTSH par territoire de projet

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs fixés doivent permettre une **meilleure connaissance de la population quant à l'offre** existante, ainsi que la mise en œuvre d'une **prise en charge adaptée** aux plus près des besoins de la personne touchée par une Maladie neurodégénérative (MND) et le plus précocement possible.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) ;
- Le Centre de ressources et de compétence SEP (CRC-SEP) ;
- Les Consultations mémoire (CM) ;
- Les EHPAD ;
- Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) ;
- Les établissements de santé ;
- Le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) ;
- La conférence des financeurs.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- D'une part la mise en place de **groupes de travail** permettant de disposer d'une vision 360, dans le cadre de l'élaboration des cahiers des charges pour la création d'Unités de vie protégée (UVP), d'équipes mobile des Unités d'hébergement renforcé (UHR) ; …
- D'autre part, la lisibilité des actions en matière de communication autour des Maladies neurodégénératives (MND).

4.3.2 - TROUBLES DU DEVELOPPEMENT ET DU NEURODEVELOPPEMENT

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Savoir repérer, diagnostiquer et accompagner les troubles du neurodéveloppement pour limiter le sur-handicap et soutenir l'inclusion des personnes en situation de handicap.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Société inclusive, Aide aux aidants, Ensemble des thématiques sanitaires notamment : Médecine, Filière urgence, Psychiatrie (problématique d'accès aux soins facilité et organisé), Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant (repérage précoce et impact de l'environnement, accompagnement à la parentalité…), Parcours Handicap

CONTEXTE

Le neurodéveloppement recouvre l'ensemble des mécanismes qui, dès le plus jeune âge, et même avant la naissance, structurent la mise en place des réseaux du cerveau impliqués dans la motricité, la vision, l'audition, le langage ou les interactions sociales. Le neurodéveloppement débute très précocement, dès la période anténatale, pour se poursuivre jusqu'à l'âge adulte. Quand le fonctionnement d'un ou plusieurs de ces réseaux est altéré, des troubles peuvent apparaître.

Les troubles du neurodéveloppement (TND) se caractérisent par une perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif, social et familial. Ils regroupent : les troubles de la communication et des interactions sociales (autisme), du développement intellectuel (déficience intellectuelle ou retard mental), du développement de l'attention (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou impulsivité) et des fonctions associées (mémoire de travail, contrôle exécutif…) mais aussi les troubles d'acquisition du langage ou des coordinations (dysphasies et dyspraxies) et les troubles spécifiques des apprentissages scolaires (dyslexie, dysorthographie et dyscalculie). Leur manifestation et leur intensité varient d'une personne à l'autre. Ils sont fréquemment associés entre eux ainsi qu'à des pathologies neurologiques et/ou psychiatriques. Les troubles des conduites et du comportement peuvent être intégrés aux TND, en ce qu'ils font appel à des modalités de repérage et d'accompagnement similaires notamment dans la gestion des troubles du comportement.

Les TND ont fait l'objet d'une **Stratégie nationale pour l'Autisme dans les troubles du neurodéveloppement (2018-2023)** pilotée par la délégation interministérielle à l'autisme. **Une nouvelle Stratégie Nationale est attendue** qui pourra faire évoluer, compléter les orientations proposées ci-après.

Le **bilan du schéma régional de santé (2018-2023)** montre un développement de l'offre dont :

- La plateforme de coordination et d'orientation (organisation infrarégionale) ;
- Des équipes de 2ème ligne (Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), Centre médico-psychologique (CMP), Hospitalisation de jour (HDJ) – implantations territoriales) ;
- Un Centre ressources autisme (CRA) (organisation infrarégionale) ;
- Des unités de bilan DYS (organisées par la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) – organisation infrarégionale) ;
- Des Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) dédiés au Trouble du spectre de l'autisme (TSA) (62 places sur l'ensemble de la région), et SESSAD DYS dédiés au Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (76 places sur l'ensemble de la région) ;

CONTEXTE (suite)

- 28 places d'unités d'enseignement maternel autisme infradépartementale), 24 places d'unités d'enseignement élémentaire autisme (infradépartementale) ;
- En Institut Médico-Éducatif (IME), offre spécialisée et généraliste : 242 places sur l'ensemble de la région ; En Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) relatifs aux Troubles neurodégénératifs (TND), 20 places sur l'ensemble de la région ; En Maison d'accueil spécialisée (MAS), offre spécialisée et généraliste : 114 lits dont 29 sur l'ensemble de la région ; En Foyer d'accueil médicalisé (FAM), offre généraliste : 134 lits) ;
- En offre de répit : 2 plateformes de répit pour aidants non professionnels personnes pour les Troubles du spectre de l'autisme (TSA), 2 places d'accueil temporaire en IME, 4 places d'accueil temporaire en MAS ;
- Un dispositif de consultations dédiées soins dentaires.

Par ailleurs des **offres de répit ont été développées**, avec 2 plateformes de répit pour aidants non-professionnels personnes TSA, 2 places d'accueil temporaire en IME, 4 places d'accueil temporaire en MAS. Enfin, un dispositif de consultations dédiées soins dentaires.

Le **schéma régional de santé 2018-2023** pour la Corse a fixé 3 objectifs stratégiques en faveur des personnes concernées par un/des trouble(s) du neurodéveloppement. Ces trois objectifs concernent le renforcement de l'offre diagnostic des troubles du neurodéveloppement à travers une organisation infra-territoriale, de l'offre d'intervention précoce pour les personnes en situation de handicap dans un objectif accru d'inclusion dans le milieu ordinaire, et de l'offre de répit d'accompagnement en faveur des personnes en situation de handicap présentant les besoins les plus complexes.

L'**évaluation de ces objectifs** met globalement en évidence les aspects qui suivent.
On note ainsi une amélioration de l'accès aux diagnostics pertinents sur l'autisme et les troubles du neurodéveloppement (acteurs bien établis, gradation, coordination) malgré des difficultés de repérage et d'orientation plus prégnantes sur la Corse-du-Sud.
Une réelle structuration de la filière diagnostic existe pour les TSA et les DYS, mais doit être renforcée sur les autres troubles du neurodéveloppement, ainsi que sur l'organisation territoriale.
Une filière complète d'accompagnement des personnes avec TSA intégrant une ressource experte en capacité d'intervenir dans une logique de prévention et de gestion des situations de rupture existe également mais reste néanmoins à renforcer pour les autres TND.
L'offre de soin est jugée insuffisante sur des spécialités médicales et paramédicales clés, alliée à un besoin de formation renforcé de l'ensemble des acteurs accompagnant les personnes concernées sur l'ensemble des lieux de vie et de soins (repérage, outils…).

Une **réelle dynamique de développement de l'offre d'accompagnement** se développe, notamment en milieu ordinaire, en faveur des TND (TSA, DYS, Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)) qui doit se poursuivre et se renforcer en matière de répit (notamment programmé).
Une **articulation des secteurs médico-social et sanitaire** est à renforcer tant au niveau du repérage et du diagnostic, que de l'accompagnement des situations complexes (troubles du comportement majeurs).

TROUBLES DU DEVELOPPEMENT ET DU NEURODEVELOPPEMENT

ENJEUX

Les Troubles neurodégénératifs (TND) à travers leurs manifestations diverses touchant tous les domaines de la vie constituent un **risque significatif de rupture vis-à-vis du milieu ordinaire**.

Il existe un enjeu majeur de **repérage et diagnostic précoces** aux fins d'accompagner l'enfant et le faire progresser vers une vie meilleure (**scolarité facilitée, limitation du sur-handicap**). Cet enjeu est valable à tous les âges de la vie à travers des modalités d'accompagnement adaptées conformes aux de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS).

CONSTAT SYNTHETIQUE

Chaque année, 1 enfant sur 10 naît avec un TND ce qui représente près de 300 naissances en Corse dont environ 30 concernent les Troubles du spectre de l'autisme (TSA) selon les données de prévalence.

Les premiers signes d'alerte d'un possible TSA peuvent être repérés dès les 6 mois de l'enfant.

En 2021, sur les 189 bilans diagnostics réalisés par les Equipes diagnostic autisme de proximité (EDAP) et le Centre de ressource autisme (CRA), 78 concernaient des enfants de moins de 6 ans (contre 38 en 2018) ce qui traduit un meilleur repérage des retards de développement. 22 diagnostics ont été prononcés pour des enfants de moins de 6 ans.

RESULTATS ATTENDUS

L'âge moyen de diagnostic des TND doit être réduit et l'accès facilité à une offre diagnostic de **proximité**, respectueuse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé.

Les usagers doivent avoir **accès à une ressource experte en capacité d'accompagner les TND dans tous les lieux de vie** de la personne en situation de handicap (école, médico-social, accès aux soins…).

L'offre de répit et d'aide aux aidants doit être accessible.

OBJECTIF GENERAL N°1

Le dépistage et l'intervention précoces des troubles du neurodéveloppement sont consolidés.

TERRITOIRE CONCERNE

Région à travers des relais au sein de chaque territoire de projets

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Développer les capacités/formations de repérage** des TND auprès des premières lignes (professions libérales, scolaire ; aide sociale à l'enfance ; Protection maternelle et infantile (PMI) ; Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) ; …) notamment à travers START
2. **Développer et sécuriser le niveau 2** représenté par la plateforme (organiser et coordonner notamment l'élargissement du repérage et du diagnostic de certains TND pour les 7/12 ans)
3. **Faire converger les autres acteurs de niveau 2 vers les recommandations** de bonnes pratiques professionnelles en matière de dépistage, de diagnostic et d'orientation TND
4. **Doter la Corse d'un niveau 3** en TND (centre ressource)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Âge moyen de diagnostic pour les TSA (activité 0-6 ans) et les autres TND (activité 7-12 ans)
2. Une équipe identifiée/formée au sein de chaque Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), Centre médico-psychologique (CMP), Hospitalisation de jour (HDJ) : cible de 10% de diagnostic des nouvelles admissions
3. Nombre de bilans annuels TND et délais d'accès au diagnostic
4. Nombre de professionnels formés (Etablissement et service médico-social (ESMS), Equipe spécialisée (ES), Aide sociale à l'enfance (ASE), PMI, Education Nationale) : une cible de 20 professionnels formés (tous secteurs) au sein de chaque territoire de déploiement du programme

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
L'inclusion et l'autodétermination des personnes en situation de handicap sont renforcées. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région à travers une organisation adaptée au sein de chaque territoire de projet selon action**	1. **Renforcer l'offre de SESSAD** dans une logique de territorialisation accrue 2. **Favoriser l'accès à l'expertise médico-sociale** dans une logique d'Inclusion et d'auto-détermination 3. **Soutenir la scolarisation** des élèves en situation de handicap (bénéficiant d'une orientation en ESMS) en milieu ordinaire ainsi que l'**accès à la formation et à l'emploi** (agréments 16-25 ans) 4. Faire évoluer les **organisations** et les **pratiques** professionnelles en Etablissement et service médico-social (ESMS) (procédure admission ; prestations SERAFIN ; …)	1. Part des services enfance dans l'offre médico-sociale enfance 2. Nombre d'équipes mobiles et de faciliteurs 3. Taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissement bénéficiant d'une scolarisation en milieu ordinaire 4. Taux des Contrats pluriannuels odes objectifs et des moyens (CPOM) signés intégrant des objectifs de transformation de l'offre

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les situations de rupture sont limitées et l'offre de répit, en faveur des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, est développée. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Améliorer les modalités d'**accès aux soins** des personnes en situation de handicap 2. **Repérer et anticiper les situations à risque de rupture** (anticipation de l'âge de transition des usagers des ESMS, mise en place de la communauté 360) 3. **Renforcer la territorialisation** des Etablissements médico-sociaux (EMS) de référence (Institut Médico-Éducatif (IME), Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP), Etablissement d'accueil médicalisé (EAM)) et de l'offre d'accompagnement en faveur des personnes présentant les troubles les plus complexes 4. Développer l'**offre d'accueil temporaire de répit**	1. Taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap (Source *Handifaction*) 2. Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton 3. Taux d'équipement en établissement médico-social pour enfants et adultes en situation de handicap 4. Taux d'équipement offre de répit en faveur des enfants et adultes en situation de handicap

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les objectifs fixés sont de nature à assurer la **continuité de parcours** des personnes en situation de handicap, en leur permettant d'**accéder de façon plus fluide à l'offre** de services répondant à leurs besoins (droit commun ou spécialisé) et à **soutenir** leur **inclusion**.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- Les Equipes spécialisées (ES) ;
- La Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) ;
- Le Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) ;
- L'Education Nationale ;
- La Collectivité de Corse (Direction de l'autonomie, Aide sociale à l'enfance (ASE) et Protection maternelle et infantile (PMI)) ;
- Les outils développés dans le cadre de la stratégie des 1 000 jours et des Maisons des 1 000 jours.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clé de la stratégie consistent à favoriser l'accès à la **formation** à travers une action pluriannuelle, accompagner le secteur médico-social dans sa dynamique de **transformation de l'offre**, ainsi que soutenir les capacités d'**autodétermination** des personnes en situation de handicap, renforcer la **coordination** entre le secteur sanitaire et le médico-social.

Titre 5 : Mettre l’accent sur des sujets transverses stratégiques pour le renforcement du système de santé

Le système de santé s’appuie sur des professionnels, ressources rares qu’il est crucial d’attirer et de maintenir dans notre région. L’évolution de leur rôle, leur complémentarité et leur coordination sont essentielles.

Il repose également sur des outils innovants, tels les équipements d’imagerie, les pratiques, ou encore le numérique, qui sont à mettre à profit de la stratégie en santé, pour assurer une qualité et continuité sécure de l’offre sur l’ensemble de l’île, tout en préservant la dignité du patient.

5.1 Focus sur les grands principes de la coopération public-privé

Les grands principes de la coopération public-privé

Les concertations de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) visent à définir les lignes directrices de la gestion de la coopération public-privé, dans le cadre du nouveau régime des autorisations, des situations sanitaires exceptionnelles.

Tout en retraçant le consensus des fédérations, le présent chapitre a vocation à définir un cadre de coopération public-privé facilitant la mise en œuvre des objectifs du schéma régional de santé.

1. Préambule

La crise sanitaire a révélé l'**importance de créer des synergies entre les établissements de santé publics et privés** sur les agglomérations ajaccienne et bastiaise, dans une logique d'appui et de relais réciproques, en cas d'événement exceptionnel ou d'incident technique.

Dans ce cadre, les établissements des deux secteurs doivent **assurer une coopération plus fluide et formalisée**, afin de garantir une autonomie dans la gestion des situations sanitaires et ainsi éviter d'avoir recours aux partenaires continentaux, eux-mêmes confrontés à des difficultés dans certaines circonstances sanitaires exceptionnelles (climatiques ou saturation du capacitaire des établissements de la région PACA).

Les vagues épidémiques successives ont permis de mettre en exergue la nécessité d'intégrer l'établissement privé pratiquant les activités de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de l'extrême Sud dans ce réseau, afin de garantir une fluidité des prises en charge vers les deux grandes agglomérations relais de cet infraterritoire.

En dehors de toute crise sanitaire, la collaboration public-privé doit également être garantie. Elle permettrait ainsi d'assurer un socle fort et complémentaire sur chaque département, dans un contexte de contrainte démographique médicale et paramédicale et d'évolution des pratiques et des technologies.

La logique de coopération doit primer sur la logique concurrentielle entre les deux secteurs en tout temps (situation de crise et hors crise) dans l'**intérêt supérieur du patient**.

A l'aune de la réforme du régime d'autorisation, qui introduit la notion de gradation des soins et l'innovation en santé, et de la réforme annoncée sur les modalités de financement des établissements de santé, cette réflexion sur la coopération prend tout son sens. Elle permettra d'**anticiper les réorganisations** plutôt que de les subir au gré des mouvements de professionnels de santé et de **garantir à l'usager une équité d'accès à des soins de qualité** de manière constante, tout en renforçant la confiance de ce dernier dans son système de santé insulaire.

2. Les enjeux

La coopération public-privé doit répondre à trois enjeux : la responsabilité populationnelle, le développement des compétences et des expertises, l'attractivité pour la profession médicale.

Pour chacun des enjeux, nous nous attacherons à partir du constat en région à définir les objectifs et les menaces afin de poser le cadre de la coopération.

2.1. La responsabilité populationnelle

2.1.1 Les activités indispensables

Constat : la crise sanitaire récente a mis en évidence le besoin de réponse régionale et les problèmes posés par les transferts de patients à grande échelle.

Les objectifs : la coopération public-privé doit permettre une **suppléance locale** pour répondre aux éventuels besoins en cas de crise sanitaire ou de difficulté dans un établissement de la région nécessitant le recours à des transferts d'activités.

Les menaces : il convient de recenser les activités et capacitaires intégrant la saisonnalité, considérés comme indispensables et dont les prises en charge des patients sont difficiles à repousser sous peine de perte de chance.

2.1.2. Les activités mono-établissement en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) publics et privés

Constat : quel que soit l'établissement (public ou privé) assurant une mono-activité sur le territoire, il demeure important que la continuité de la prise en charge des patients (publique ou privée) soit assurée.
Les cas de figure où seul un établissement de nature publique ou privée dispose de la ressource, impose l'organisation d'une filière (du premier recours au niveau 3) et d'une permanence des soins géographique.
A titre illustratif : l'hépatogastroentérologie en Corse-du-Sud et l'urologie de Haute-Corse. Ces exemples ne sont pas exhaustifs.

Les objectifs : la coopération public-privé favorisera le **maintien de la filière existante**. Cette filière devra assurer une responsabilité populationnelle en organisant le maillage du territoire y compris par le déploiement de la e-santé et en intégrant la Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) dans son organisation en lien avec les Service d'aide médicale urgente (SAMU) et Services d'accueil des urgences (SAU). Si la structure était dans l'impossibilité de réponse, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de référence pourrait jouer son rôle de recours, tel qu'il l'assure avec les deux centres hospitaliers insulaires.

Les menaces : l'exclusivité doit davantage être pensée en termes de responsabilité d'un territoire plutôt qu'en termes de parts de marché impliquant une duplication des plateaux techniques et un éparpillement des forces affaiblissant de fait l'ensemble du collectif, tout en conservant des capacités de suppléance quand cela ne pose pas de difficulté.

2.1.3. Les évolutions techniques

Constat : l'innovation technique permet d'up-grader les plateaux techniques et contribue à sécuriser les prises en charge et à réduire les fuites vers le continent. La chirurgie mini-invasive par robot assisté apparaît comme une technique nécessaire en région dans de nombreuses spécialités et contribue à l'attractivité pour les jeunes générations, y compris pendant leur formation.

L'objectif : l'achat d'**un ou plusieurs robot(s) par grande agglomération** doit reposer sur une **logique d'optimisation** de leur utilisation compte tenu, à ce stade, des indications et du coût. Ce principe implique une possibilité d'utilisation du plateau technique chirurgical où il est implanté par les équipes du public et du privé.

Dans ce cadre, la co-utilisation du robot par les équipes et son co-financement doivent être assurés par les deux secteurs. Le choix de l'implantation doit être conditionné par le nombre de spécialités et d'acteurs concernés.

Le modèle économique doit être adapté à l'exploitation publique/privée. Les activités réalisées avec le robot doivent être attribuées à l'établissement qui porte l'activité concernée et non au site géographique où est réalisée l'activité.

La menace : compte tenu de l'investissement et de la soutenabilité du modèle économique, l'utilisation des équipements par des équipes différentes nécessite de sortir des schémas classiques de co-utilisation, afin de prendre en compte la diversité des exercices, et doit intégrer la notion d'utilisation par toutes les équipes qu'elles soient publiques ou privées. La réglementation sur l'activité de soins en chirurgie des cancers permet aux équipes autorisées, dans un cadre dérogatoire, de développer des pratiques innovantes en utilisant un équipement spécifique rare défini par une liste arrêtée par le ministre. Cette utilisation dans un établissement non autorisé pour l'activité pratiquée, exige de ce dernier de répondre aux conditions d'environnement des plateaux techniques et des soins critiques pour l'activité réalisée par les équipes déportées.

2.2. Le développement des compétences et de l'expertise en région

Le constat : l'absence de certaines expertises en continu a contribué à fragiliser les filières. La prise en charge est de plus en plus collégiale, s'appuyant sur le partage des compétences dans des cadres formels type Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ou staffs facilitant la prise de décision. Les consultations avancées d'experts des centres de référence continentaux ont été déployées sur le territoire dans un objectif premier de service rendu à la population. Bien qu'essentiel, par manque de temps, cet objectif n'a pas permis l'animation de la filière telle que les organisations de soins le nécessitent. Il en est de même pour la téléexpertise. Rappelons que l'animation de la filière est le garant du lien ville hôpital par l'accompagnement pour la montée en compétences des professionnels du premier recours.

Les objectifs : la coopération public-privé permet la mutualisation de compétences et réduit l'impact de la prédominance des secteurs public ou privé **dans certaines spécialités déterminées**. Elle permet par la concentration d'activité (volumes d'actes par professionnel) de **développer** les hyperspécialités et de garantir le maintien ou le déploiement de certaines activités de soins (gradation). Elle s'inscrit dans la logique de territoire hospitalo-universitaire et contribue à **dessiner le cadre du recours à l'expertise extrarégionale** en l'associant à l'objectif de gradation des soins (centre de référence).

Les menaces : cette coopération doit garantir un exercice sécurisé des professionnels de santé, prenant en compte leur investissement pour maintenir une activité dans une spécialité déficitaire en ressources humaines. Le contrat d'exercice libéral introduit une redevance règlementaire incontournable. Des leviers type Plateaux mutualisés d'imagerie médicale (PMIM), groupement de coopération sanitaire de moyens ayant pour objet des prestations médicales des libéraux, sont des leviers qui permettent de mieux répondre à la menace. De même il convient de prévoir la réciprocité en facilitant l'activité de médecins issus du secteur public dans les autres établissements.

Des formes plus abouties de coopération (groupement de coopération sanitaire) pour accéder à certaines techniques ou faciliter l'inclusion aux essais cliniques et la recherche peuvent répondre aux logiques partenariales avec les acteurs du continent. La création de l'**Institut régional Corse du cancer (IRCC)** apparaît incontournable pour gérer de manière conjointe les conventions associées aux mentions dérogatoires des autorisations de chirurgie-cancer, la formation, certains équipements et l'appui réciproque en matière de ressources humaines, afin de fluidifier l'accès aux soins gradués.

La lisibilité des consultations avancées des partenaires continentaux ou des centres ressources de niveau 2 ou 3 implantés en Corse, est une garantie d'accessibilité aux soins.

2.3. L'attractivité pour les professions médicales

Le constat : la région souffre d'une baisse démographique dans un certain nombre de spécialités indispensables à la prise en charge des patients et peine à consolider certaines activités de soins, compte tenu des mouvements des professionnels de santé.

L'évolution sociétale montre la nécessité d'avoir des filières fortes dans des environnements pluridisciplinaires, garant de conditions de travail facilitant la conjugaison de la vie professionnelle et personnelle pour les jeunes générations.

Les objectifs : la coopération public-privé, par l'offre d'un exercice mixte, facilité par le nouveau statut de praticien hospitalier et par les contrats d'exercice libéral, est un facteur d'attractivité de professionnels de santé en favorisant les recrutements.

Le recours à l'exercice mixte doit être facilité, tant du côté du secteur public que du côté du secteur privé.

Une équité doit être préservée entre les deux secteurs avec la possibilité d'élargir l'exercice mixte aux praticiens travaillant dans les établissements publics à temps plein, par exemple travail possible pendant leurs congés. Cette question est importante dans la logique des filières régionales pour l'ensemble des établissements.

La mutualisation des effectifs dans le cadre de la Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) contribue à renforcer cette attractivité en diminuant la fréquence des interventions pour chaque individu.

Les menaces : cette coopération doit garantir la non-concurrence entre les deux types d'établissements et ne doit pas affaiblir les filières de recours prenant en charge des patients nécessitant des environnements particuliers (Service d'accueil des urgences (SAU) de recours ; soins critiques ; maternité de niveau 2-pluridisciplinarité médicale). Pour cela, le respect de l'exercice mixte dans une quotité raisonnable au sein de chaque structure est indispensable, il sera facilité par le nombre limité de plateaux techniques.

Concernant la Service d'accueil des urgences (PDSES), la mutualisation des compétences questionne le volontariat et l'opérationnalité. Deux possibilités s'offrent dans le cadre de la coopération : le partage de la PDSES sur une activité de soins pose la question des flux des patients nécessitant un environnement renforcé, la mutualisation des compétences pour l'intervention sur un seul site pose la question de l'acceptabilité par les professionnels. Enfin un fonctionnement avec deux lignes de PDSES n'est pas cohérent par rapport à l'objectif d'attractivité. L'ensemble des éléments *supra* doit conduire la réflexion sur les PDSES mutualisées.

5.2 Focus sur la recherche et l'innovation

Le système de santé réalise sa mutation dans un cadre contraint :

- Une population vieillissante et une forte prévalence des pathologies chroniques ;
- Des prises en charge de plus en plus spécialisées, personnalisées avec une concentration des plateaux techniques ;
- Des ressources humaines professionnelles contraintes et des répartitions territoriales inégales ;
- Des changements sociétaux impactant les modes d'exercices.

Dans ce contexte, le développement de la recherche et de l'innovation sont des leviers à mobiliser pour renforcer l'**attractivité du territoire** et **accompagner cette mutation**.

Deux axes sont à développer :

- La structuration de la recherche en région, son application étant traitée dans les fiches thématiques filières et ou parcours du schéma régional de santé ;
- L'innovation en lien avec l'article 51, la Stratégie Nationale de Santé et le pouvoir de dérogation du directeur général de l'ARS.

1. La recherche

1.1. La recherche clinique

Le constat

Les établissements hospitaliers corses ne disposent pas de structure de recherche identifiée (Direction de Recherche Clinique (DRC)). A ce titre, ils ne peuvent prétendre à bénéficier de crédits MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), à la suite d'inclusions dans des études (SIGREC) ou par le biais de publications (SIGAPS). Le nombre de publiants étant très faible, il n'est pas permis d'espérer à court terme pouvoir disposer d'une structure indépendante.

L'objectif est de créer une structure transversale inter-établissements adossée à un centre hospitalo-universitaire, préfiguration d'une direction de recherche clinique et innovation en région.

Le rapprochement par le biais d'une convention d'un Centre Hospitalo-Universitaire (Marseille) permet aux établissements corses de pouvoir dès à présent valoriser leur activité de recherche.

Il est très important de doter les établissements insulaires d'une structure de recherche partagée qui préfigure la création d'une Direction de Recherche Clinique et innovation.

Cette structure commune pourrait centraliser les démarches administratives et réglementaires liées aux différentes études ; celles où les services insulaires ne sont que co-investigateurs et celles où l'étude est promue par cette structure de recherche assurant la fonction de promoteur, les suivis budgétaires, la facturation aux établissements (hors Corse) portant sur les études pour lesquelles les services corses ne sont pas investigateurs principaux et, enfin, gérer les appels d'offres. C'est une telle structure transversale, inter-établissements, qu'il faudra soutenir financièrement au moins les premières années.

Cette structure pourra accompagner les professionnels paramédicaux souhaitant obtenir un financement par le Programme de Recherche Infirmier et paramédicale (PHRIP), outil de développement et de consolidation de la recherche paramédicale ayant pour objectif de financer des projets de recherche comportant une investigation systématique visant à apporter des éléments probants pour l'amélioration des soins réalisés par les auxiliaires médicaux dans le champ clinique et organisationnel, voire médico-économique. Les porteurs de projet peuvent être des auxiliaires médicaux, mais aussi des équipes pluridisciplinaires.

L**e rapprochement avec l'université de Corse est indispensable** à plusieurs titres :

- L'université dispose d'un comité d'éthique, ce qui est très important pour rendre des avis lorsque des études non-interventionnelles (pour l'essentiel) sont soumises ;
- Dans la perspective d'une éventuelle universitarisation, il est indispensable que les médecins hospitalo-universitaires puissent être rattachés à une unité de recherche. Dans le domaine des maladies infectieuses, une unité de virologie et une unité travaillant sur les résistances bactériennes peuvent remplir cet objectif ;
- D'autres pistes sont envisagées, en particulier dans le domaine de l'informatique et des mathématiques (une thèse est en cours dans le champ des mathématiques appliquées à la santé).

L'hypothèse d'un poste partagé de Directeur d'Hôpital en lien avec l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM) doit être explorée : basé à Marseille, il aurait pour missions l'appui administratif au sein de la structure commune, élargie à des établissements privés pour certains programmes, le pilotage des conventions de partenariat relatives aux assistants partagés et au possible quota supplémentaire d'internes.

Le premier recours

La région ne compte pas encore de **Maison de Santé Universitaire (MSU)**, centre de référence sur la recherche en soins primaires. Il conviendra d'accompagner l'émergence des MSU en région et de permettre aux équipes qui le souhaitent de proposer des thématiques de recherche aux partenaires universitaires, pour alimenter le stock de connaissances nécessaires à la réalisation de projets innovants portés par des professionnels de santé libéraux. La Fédération Corse de l'exercice coordonnée et de l'innovation en santé (FCCIS), par sa proximité avec les acteurs et par son expertise, sera un acteur majeur. Un partenariat entre la FCCIS et la structure préfiguratrice d'une direction de recherche clinique serait de nature à faciliter le déploiement des MSU sur le territoire.

Le gérontopôle

La Collectivité de Corse porte le projet d'un gérontopôle en région. Ce projet s'intègre dans son schéma de l'autonomie 2022-2026, adopté par l'Assemblée de Corse en décembre 2021.

Ce projet doit permettre de favoriser l'émergence de nouveaux projets au service des personnes âgées, avec l'ensemble des acteurs s'inscrivant dans la démarche « invechjà bè in Corsica », mais aussi de coordonner des actions et initiatives relevant des champs du développement territorial, de la recherche, de l'économie et de la formation.

Sa création est prévue à la rentrée prochaine. Sa gouvernance est assise sur une représentation large des acteurs de santé.

1.2. La Recherche en santé publique

Deux actions pourront être envisagées en partenariat avec l'université de Corse :

- La création d'un service universitaire de santé publique et d'un enseignement académique dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention en soutien du déploiement de nouveaux outils, tels que les compétences psychosociales, qui devra irriguer tous les secteurs de l'éducation, du social et de la santé, dans le cadre d'un programme d'actions sur 15 ans ;
- Le développement de la recherche en économie de la santé, favorisé par l'atypisme de l'offre insulaire, les profils de population et la dimension du territoire. Des recherche-actions sur les déterminants de santé et la modélisation des adaptations tarifaire aux activités à seuil sont deux exemples.

1.3. Recherche et éthique

ERERI

Les **espaces de réflexion éthique** ont vocation à susciter et à coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé. Ils assurent des missions de formation, de documentation et d'information, de rencontres et d'échanges interdisciplinaires. Ils constituent un observatoire des pratiques éthiques inhérentes aux domaines des sciences de la vie et de la santé, de promotion du débat public et de partage des connaissances dans ces domaines.

Depuis le 1er décembre 2016, la convention constitutive de **l'espace de réflexion éthique interrégional PACA-Corse** a été approuvée par les deux directeurs généraux des deux agences régionales de santé et cosignée par l'Université de Corse.

Depuis mai 2022, la composition du comité d'orientation de l'espace interrégional a été revue et l'ARS de Corse y est membre de droit. Les travaux de ce comité permettent d'accentuer les missions de la branche corse de l'espace.

Concernant l'aspect **recherche en éthique** - l'EE PACA Corse- site de Marseille a la chance de pouvoir être rattaché au laboratoire ADES, unité de recherche UMR 7268 « Anthropologie, Droit, Éthique et Santé », qui mobilise les textes juridiques et déontologiques, les outils méthodologiques de l'éthique et les méthodes d'enquêtes qualitatives.

Dans un premier temps cette collaboration bénéficie à l'ensemble des partenaires de l'espace interrégional. Dans un deuxième temps, le comité d'orientation proposera un travail avec l'université de Corse pour faire émerger un partenariat de recherche sur le début et la fin de l'existence, qui sont régis par des normes juridiques et des attentes morales sources de questionnements éthiques.

Ethique et psychiatrie PTSM

Dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), la communauté psychiatrique de territoire Corse composée des 3 établissements autorisés en psychiatrie, de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) Corse et de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ont constitué depuis le 16 mars 2023 un **groupe de travail sur la réflexion éthique**.

Dans un premier temps, elle a pour objectif de s'interroger collectivement sur les concepts de bientraitance et des conduites inappropriées, d'une part à partir des recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés, et d'autre part avec une approche convergente des relations avec les usagers.

Dans un second temps, ce groupe à spécificité « santé mentale » proposera un espace éthique collégial d'échanges et d'expression d'opinion, pour permettre de faire émerger des solutions aux situations évoquées spécifiques à la santé mentale. Dans ce cadre, il pourra trouver une place au sein de l'espace de réflexion éthique interrégional PACA-Corse sur sa spécificité en santé mentale.

2. L'innovation

2.1. Le dispositif article 51

L'article 51 (dispositif LFSS 2018) permet à toute personne ayant un intérêt à agir dans le système de santé de proposer de nouveaux modèles d'organisation ou de financement et de les tester en vie réelle. Le défi, pour l'ensemble des parties prenantes est d'arriver à travailler différemment.

Les professionnels de santé de la région ont relevé ce défi en s'appropriant ce nouvel outil, soit en réponse à des appels à projets nationaux, soit par la construction de modèles d'organisations régionaux ou en interrégionaux avec l'appui de La Fédération Corse de l'exercice coordonné et de l'innovation en santé (FCCIS) pour élaborer et expérimenter ces modèles.

La diversité des projets en région permet d'expérimenter sur les différents champs : sanitaire, médico-social, Protection maternelle et infantile (PMI) et les différents secteurs premier recours et établissements de santé.

On retrouve ainsi :

- Des structures d'appui à l'expertise pour le premier recours : CICA'Corse (équipes expertes plaies et cicatrisation) ; EqLAAT (équipes expertes ergothérapies) ;
- Des prises en charge hybrides :
    - Forfait de réorientation des urgences ;
    - Services d'urgences – Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), EVA Corse ;
    - Réadaptation cardio-vasculaire en Soins de suite et de réadaptation (SSR) – MSP ;
    - ONCO'LINCK : thérapies orales en oncohématologie ;
    - Service d'oncologie, pharmacien d'officine et médecin traitant ;
- Un accompagnement des patients, de leur famille et des professionnels de premier recours : AFM Téléthon, Maison des enfants et des familles.

La dynamique se poursuit et d'autres projets devraient voir le jour.

Les expérimentations « article 51 » font l'objet d'une évaluation co-pilotée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé et de la prévention dans le cadre d'une cellule d'évaluation (CELEVAL) à laquelle sont associés des experts externes. Cette **évaluation** est réalisée par un évaluateur **externe à mi-parcours et en fin d'expérimentation** et fait l'objet d'un protocole d'évaluation validé par l'ensemble des parties. **Ses résultats permettent d'asseoir la décision de généralisation ou pas du modèle testé.**

Dès 2023, un certain nombre d'expérimentations arrivent à leur fin, il sera indispensable d'**accompagner les acteurs du territoire** à l'implémentation des nouveaux modèles organisationnels et financiers qui seront retenus pour une généralisation en capitalisant sur l'expérience de la mise en œuvre de l'article 51 en région.

La lisibilité des dispositifs, l'accompagnement des acteurs par la Fédération Corse pour la coordination et l'innovation en santé (FCCIS), la synergie et la réactivité des institutions ont été les atouts de la phase expérimentale qu'il conviendra de réitérer pour l'implémentation des nouvelles organisations issues de la généralisation des expérimentations « article 51 ». Dans cette phase l'axe communication sera essentiel pour permettre l'appropriation par les acteurs et les usagers.

2.2. Dérogation SNS

Le volet Corse de la présente et future Stratégie nationale de santé (SNS), appelle la possibilité d'adaptation et d'innovation organisationnelle, afin de tenir compte notamment des masses critiques et des chrono-distances.

En lien avec la SNS, dans le cadre du pouvoir de dérogation du directeur général de l'ARS mais également dans celui d'une autorisation nationale, ces adaptations et innovations pourraient non seulement être mises en œuvre mais également évaluées (exemple de la modification du cadre réglementaire entourant le dispositif « Un chez soi d'abord », obtenue après plusieurs années d'argumentation visant à descendre en deçà du capacitaire minimal défini dans le décret initial).

5.3 - BIOLOGIE MEDICALE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La biologie médicale est une matière médicale qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutique, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique. Cette fiche n'intègre pas le volet relatif à la biologie médicale liée aux activités d'Assistance médicale à la procréation (AMP).

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Infectiologie, Filière cancer, Numérique en santé (cybersécurité, télémédecine), Prévention et promotion de la santé - compétences psychosociales

CONTEXTE

La Corse dispose de **5 Laboratoires de biologie médicale (LBM)** [2 LBM publics / 3 LBM privés multisites] représentant un total de 26 sites de biologie médicale [24 sites de LBM privés / 2 sites de LBM public] maillant correctement le territoire de santé de Corse. Le **nombre de prélèvements** par habitant est de 34,8 (pour une moyenne nationale à 22,7) pouvant être lié en partie à la pyramide des âges en Corse, ainsi qu'à l'absence de prise en charge spécialisée (absence de Centre hospitalier universitaire (CHU) notamment). Les données d'activité 2016 déclarées par les LBM attestent d'un **nombre d'Examens de biologie médicale (EBM)** par habitant de 19,6 (6 459 744 EBM / 330 500 habitants). Les dernières données (population 2020 au 1er janvier 2022) au regard de l'activité 2022 attestent d'une « consommation » de 24,5 EBM / habitant. En partant du postulat « consommation = besoin » en 2016 comme base, ceci nous donnerait un seuil d'intervention de l'ARS (cf. Art. L6222-2 du code de la santé publique) à 24,5 (19,6 x 1.5) atteint, bloquant ainsi les ouvertures de sites et de LBM. On notera l'absence de cadre réglementaire et de définition juridique des besoins de la population, ainsi que de la nécessité de tenir compte de la structuration de la population (vieillissement) impactant la même consommation.

Si les différentes crises dont celle de la COVID-19 ont confirmé la réactivité et l'implication des LBM à répondre rapidement aux attentes liées à ces dernières (augmentation des capacitaires, adaptabilité, …), elles ont toutefois mis en lumière certaines difficultés liées à l'insularité et à l'absence de centres référents ou structures apparentées.

Il n'en est pas moins vrai que la Corse dispose aujourd'hui de moyens en équipements et techniques ayant largement évolué depuis ces dernières années. La région dispose en effet dorénavant d'un **Laboratoire de sécurité microbiologique de niveau 3 (LSB3)** implanté dans un LBM privé, ainsi que d'un **plateau de biologie médicale public assurant du séquençage de nouvelle génération** (encore appelé NGS). Ces éléments devraient permettre à la Corse, en s'organisant, de s'affranchir d'une certaine manière des contraintes mentionnées *supra* et de fédérer et optimiser les compétences professionnelles et les équipements existants. L'existence d'un LSB3 en Corse doit permettre de renforcer les capacités de diagnostic infectieux (optimisation des crises sanitaires ; diagnostics rapides et étendus avec les tests multiplex ; …).

CONTEXTE (suite)

L'évolution constatée au travers des différentes crises récentes (COVID-19, Monkeypox, …) et la survenue récurrente d'agents émergents, est donc ainsi à prendre en compte dans l'organisation de cette matière médicale.

Les moyens humains et technologiques disponibles doivent aussi permettre de développer la **biologie moléculaire en oncologie**, afin de développer les examens de génétique somatique (oncohématologie notamment).

En outre, et sur un tout autre aspect, il est parfois justifié que les professionnels de santé libéraux (médecins notamment) et la population puissent accéder rapidement et de manière « continue » aux soins et aux diagnostics. Cette pression et l'évolution des pratiques professionnelles induisent la nécessité de pouvoir assurer une **accessibilité à la biologie médicale**, y compris hors établissement de santé (biologie médicale délocalisée) **lors des soins non programmés en horaire de permanence de soins ambulatoires**, avec une organisation garantissant la même qualité que celle déployée au sein des Laboratoires de biologie médicale (LBM). Il est à noter à ce titre que les catégories de lieux nécessaires au déploiement d'une offre de biologie médicale délocalisée en dehors d'un établissement de santé sont à préciser par l'ARS (cf. article L6211-18 du code de la santé publique).

Enfin, s'il n'est plus à démontrer le rôle majeur du biologiste médical en matière de prévention et de dépistage, il pourrait être optimisé et déployé pour de nombreuses pathologies.

ENJEUX

Les enjeux portent sur la nécessité :

- De disposer d'une offre de biologie médicale régionale tenant compte des contraintes liées à l'insularité et à l'absence de centre de référence ou apparenté ;
- D'accéder à une offre de biologie médicale, sécure et de qualité, permanente et dans des délais adaptés, y compris hors des établissements de santé lors des soins non programmés ;
- De faire des biologistes médicaux des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.

CONSTAT SYNTHETIQUE

La Corse dispose de 26 sites de biologie médicale répartis sur l'ensemble du territoire de santé de l'île, pour une population résidente d'environ 340 000 habitants.

Le maillage territorial est aujourd'hui correctement assuré par la répartition des sites existante. La réactivité et l'adaptabilité des LBM est certaine.

Le contexte régional demande une grande adaptation de nos LBM et une consolidation de l'expertise en région.

RESULTATS ATTENDUS

Une **offre** de biologie médicale **adaptée** aux besoins régionaux, **lisible et accessible**, doit être déployée.

L'ensemble des intervenants du domaine de la biologie médicale autour de l'enjeu de **prévention**, doit être fédéré.

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La profession des biologistes médicaux participe à une organisation régionale et dispose de moyens permettant de conforter un niveau d'expertise en région dans la filière infectieuse et oncologique. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Assurer la **lisibilité de l'offre régionale** portée par le centre hospitalier de Bastia dans la filière **onco-somatique** 2. **Renforcer les liens** existants avec les structures référentes (Centres nationaux de référence (CNR)) ou apparentées du **continent** 3. Potentialiser les moyens (y compris le Laboratoire de niveau de sécurité biologique III (LSB3) et le plateau de séquençage) et les acteurs des Laboratoires de biologie médicale (LBM) en lien avec le laboratoire de **recherche** de l'université de Corse dans un cadre élargi à la recherche 4. Renforcer le rôle du LSB3 dans la **gestion des crises sanitaires** (bioterrorisme ; diagnostics rapides et étendus multiplex ; …)	1. Nombre annuel de tests réalisés par le LBM du centre hospitalier de Bastia en lien avec l'activité de soins oncologie 2. Augmentation du nombre de conventions établies entre les LBM et les structures référentes ou apparentées 3. Etablissement d'une convention entre les LBM publics, privés et l'université de Corse, actant des organisations nécessaires à la réalisation des Examens de biologie médicale (EBM) spécialisés (séquençage ; LSB3 ; …) 4. Rédaction d'un protocole de mobilisation du LSB3 local

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Dans le cadre des soins non programmés, les usagers du système de santé et professionnels de santé accèdent à une offre de biologie médicale sécure et de qualité, disponible en continu y compris hors établissement de santé. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Disposer d'une **lisibilité de l'organisation de la permanence de l'offre** de biologie médicale disponible 2. Assurer l'**accès aux résultats** des Examens de biologie médicale (EBM) y compris lors des soins non programmés sur l'ensemble du territoire et également aux horaires de Permanence des soins ambulatoire (PDSA) 3. Déployer les dispositions relatives à la **biologie médicale délocalisée**, uniquement lorsque cela est justifié, en assurant qualité et sécurité 4. Mettre à disposition des Laboratoire de biologie médicale (LBM) des **logiciels intégrables au dossier médical partagé** répondant au cahier des charges de l'Agence du numérique en santé (ANS) 5. Mettre à disposition des LBM un dispositif de signalement des incidents de **sécurité du système d'information** qu'ils utilisent ainsi que d'une organisation à mettre en œuvre les protégeant contre les attaques informatiques	1. Pourcentage de LBM affichant l'organisation de la permanence de l'offre mise en place 2.1. Nombre de plaintes et de réclamations liées à un retard dans l'accès auxdits résultats / nombre d'EBM réalisés par an par LBM 2.2. Nombre d'EBM réalisés sur les horaires de fermeture du laboratoire au public et délai moyen de rendu conforme au manuel de prélèvement mis en place 3.1. Pourcentage de recours : nombre de décisions annulées après recours / nombre de décisions prises par l'ARS 3.2. Taux de demandes de biologie médicale délocalisée accordées : nombre de demandes de biologie médicale délocalisée accordées / nombre de demandes déposées 4. Taux de LBM disposant de logiciels intégrables au Dossier médical partagé (DMP) répondant au cahier des charges 5. Taux de LBM dotés d'un dispositif et d'une organisation les protégeant des incidents de sécurité du système d'information

OBJECTIF GENERAL N°3

Les biologistes médicaux constituent des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé dans les parcours de soins de l'usager en Corse.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Participer à la **prévention** et aux opérations de **dépistage** organisé en lien avec les structures spécialisées du territoire

2. Elaborer avec les professionnels de santé un cahier des charges relatif aux **interventions préventives** et participer aux campagnes de prévention

3. Etablir un **protocole d'évaluation** pouvant s'appuyer notamment sur l'université de Corse ou d'autres acteurs

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Taux de participation des Laboratoire de biologie médicale (LBM) aux opérations de dépistage organisé

2. Taux de participation des LBM aux campagnes de prévention

3. Taux de participation des LBM à l'évaluation selon le cahier des charges établi et le protocole évaluatif

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

L'atteinte des trois objectifs précités contribue à :

- **Réduire l'impact de l'insularité** ;
- Assurer l'efficience du système santé par l'**accessibilité à la biologie H24** ;
- Mettre à profit les compétences des biologistes médicaux notamment sur le **volet prévention**.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur l'engagement des biologistes médicaux, leur proximité avec l'usager et le système de santé et leur capacité à optimiser les moyens existants.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont l'optimisation des organisations publiques-privées, ainsi que la mutualisation des compétences intégrant le laboratoire de recherche de l'université de Corse.

5.4 - FILIERE IMAGERIE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La thématique concerne l'imagerie médicale, la radiologie interventionnelle, ainsi que la médecine nucléaire.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Filière cancer, Filière urgence, Permanence des soins en établissements de santé, Qualité et sécurité (notamment pour le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins), Numérique en santé, Ressources humaines en santé, Parcours de Soins Corse-Continent, Hyperspécialité

CONTEXTE

1/ Contexte national

Plusieurs champs de la filière imagerie sont fortement impactés par la **réforme des autorisations**. Ainsi, concernant :

- La **radiologie diagnostique** : le régime d'autorisation d'équipements matériels lourds (EML) spécifique est maintenu pour la spectrométrie par résonnance magnétique nucléaire (IRM) et la scanographie (scanner). Des conditions d'implantation et de fonctionnement sont instaurées, les Objectifs quantifiés de de l'offre de soins (OQOS) par EML sont supprimés, tandis que les OQOS d'implantation sont maintenus. Enfin, il est prévu la participation à la permanence des soins, avec des prises en charge urgentes et non programmées.
- La **radiologie interventionnelle** : elle constitue une activité de soin à part entière (création d'une autorisation). Son exercice est structuré par la mise en place d'une gradation en 4 mentions.
- La **médecine nucléaire** : elle constitue également une activité de soin à part entière (création d'une autorisation). Son exercice est structuré par la mise en place d'une gradation en 2 mentions et l'introduction d'un seuil d'équipements.

2/ Contexte régional

Au cours de ces 5 dernières années, on constate une **augmentation du parc d'équipements matériels lourds**, avec :

- 3 autorisations de scanner délivrées, et 1 scanographe couplé à de la neuronavigation ;
- 1 quatrième gamma-caméra autorisée suite à la reconnaissance d'un besoin exceptionnel.

Les équipements sont uniquement dédiés au diagnostic

D'autres constats sont à indiquer quant à l'offre de soins sur le territoire :

- A ce jour, il n'y a pas de tomographes à émission de positons (TEP Scan) sur le territoire ;
- La thérapie du cancer via la médecine nucléaire, de même que celle radioguidée, s'effectue exclusivement sur le continent ;
- Le traitement ambulatoire des hyperthyroïdies par iode radioactif (I-131) a été mis en place ;
- Les trois quarts de l'activité d'hémostase d'urgence radioguidée s'effectuent sur le continent.

CONTEXTE (suite)

L'ensemble des acteurs note des **difficultés en termes de ressources médicales et paramédicales** (notamment pour les manipulateurs en électroradiologie médicale), ainsi que des temps d'accès aux équipements augmentés. Ces constats ont conduit notamment à la co-construction d'un cahier des charges pour un Plateau mutualisé d'imagerie médicale (PMIM). Il offre une réponse à la problématique de la démographie médicale en mutualisant les compétences face à l'accroissement attendu du nombre d'équipements et de matériels lourds.

Une réponse pour l'appel à projets PMIM lancé en fin d'année 2022 fait l'objet d'échange avec le porteur, afin de permettre l'autorisation d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale. Une réflexion s'est également engagée au niveau de l'agence en lien avec ses partenaires sur les difficultés de recrutement des manipulateurs en électroradiologie.

ENJEUX

Les enjeux sont de plusieurs ordres :

- **Les ressources médicales** sont à consolider avec des organisations (ex : le PMIM) qui permettent la présence de radiologues dans les services d'imagerie des établissements publics (c'est notamment le cas pour les établissements de santé détenteurs d'autorisations de soins de recours pour leur territoire, ainsi que le déploiement de spécialistes d'organes) facilitée par la téléimagerie-. Ces organisations devront s'interroger sur la place de l'intelligence artificielle dans la pratique ;

- **Les ressources paramédicales** devront s'adapter à l'augmentation du parc d'équipements, à la diversification de l'exercice et aux nouvelles collaborations entre professionnels de santé ;

- **La pertinence de l'imagerie** doit être garantie. En effet, compte tenu du développement des équipements en lien avec le nouveau régime d'autorisations, la pertinence des examens doit garantir le juste examen et la radioprotection des personnes ;

- **L'accessibilité à l'imagerie** est à renforcer pour l'usager et pour les prescripteurs avec des organisations structurées pour :
  - Une réponse en Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) (notamment concernant l'hémostase en urgence) ;
  - La mise en place de la gradation pour l'autorisation de radiologie interventionnelle ;
  - L'implantation de caméra à tomographie par émission de positon ;

- **La réduction de la durée d'hospitalisation** est à encourager, par le développement des techniques interventionnelles**.**

CONSTAT SYNTHETIQUE

L'offre en imagerie s'est accrue, mais des difficultés persistent. On note ainsi :

- Une saturation des machines ;
- Des délais de prise en charge pour la réalisation d'examens ;
- Une accessibilité moindre aux images pour les spécialistes.

Les ressources médicales et paramédicales connaissent :

- Des difficultés de recrutements pour la radiologie publique ;
- Un besoin de développement de l'expertise en région, par la spécialisation par organe ;
- Une apparition de tensions pour les manipulateurs en électroradiologie médicale ;
- Un faible déploiement de coopérations entre professionnels de santé et ce, malgré l'isolement de certains plateaux techniques des hôpitaux de proximité.

Les indicateurs d'activité n'ont pas été mis en place compte tenu de la crise sanitaire.

Enfin, des besoins se font ressentir en médecine nucléaire, mais ne peuvent être satisfaits en raison de l'absence de certains équipements sur l'île à l'heure actuelle.

RESULTATS ATTENDUS

Les ressources médicales doivent être stabilisées pour garantir la présence sur site des radiologues et l'expertise en région, ainsi que faciliter l'expertise en interrégion.

Les manipulateurs radio nécessaires doivent être recrutés compte tenu de l'augmentation du parc d'imagerie et voir leur mode d'exercice **se diversifier**.

La pertinence des actes sera garantie en œuvrant sur l'ensemble de la chaine : prescription, exécution de l'acte, rédaction du compte rendu en conformité avec les bonnes pratiques, délai de mise à disposition du compte-rendu, accès aux images par les spécialistes et radioprotection. Les filières de soins devront **intégrer la prise en charge en radiologie interventionnelle.**

La Corse sera « un territoire numérique imagerie intégrant l'intelligence artificielle », ce qui facilitera l'accessibilité aux données et leur analyse dans le cadre des travaux de recherche.

Les délais de prise en charge devront être améliorés.

FILIERE IMAGERIE

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
L'accessibilité, la performance, et la sécurité de l'ensemble des plateaux techniques sont garanties. **TERRITOIRE CONCERNE :** **Départements**	**1. Garantir la mise en place de l'activité d'imagerie diagnostique et thérapeutique et de médecine nucléaire dans le cadre d'une approche parcours :** *a)* **Imagerie :** *i)* *Toute nouvelle implantation doit être intégrée au sein d'un établissement de santé porteur d'une autorisation de médecine d'urgence ou intégrée dans le réseau des urgences et à plus d'une heure d'un équipement existant. Cette implantation doit permettre un activité plurielle (sur site ou par convention), et garantir une continuité d'activité par une convention de repli* *ii)* *Toute nouvelle demande d'équipement au-delà du seuil fixé par arrêté prendra en compte la situation territoriale, le volume des actes, leur nature, les délais d'attente et la spécialisation de l'activité (spécialité d'organes, hyperspécialités …).* b) **Activité de radiologie interventionnelle :** mettre en place une filière graduée sur le territoire intégrant l'hyperspécialité c) **Médecine nucléaire :** expertiser le circuit du médicament relatif aux radio-pharmaceutiques (de la production à la dispensation) intégrant le volet ressources humaines et le modèle économique dans le cadre de l'évolution des plateaux techniques en lien avec la réforme **2. Consolider les ressources humaines en favorisant la mutualisation des ressources et des compétences :** a) **Radiologue**s : par le développement du Plateau mutualisé d'imagerie médicale (PMIM), permettre la mutualisation, la spécialisation (organes), la téléexpertise et l'attractivité b) **Manipulateurs en électroradiologie médicale** : adapter les moyens, assurer la montée en compétence et la diversification de l'exercice par la mise en place de protocoles de coopération, faire évoluer la formation initiale et la formation continue en lien avec les partenaires y compris institutionnels c) Garantir la ressource du **radio-pharmacien** conformément aux compétences attendues **3. Garantir l'accessibilité non programmée et la permanence de soins** (gestion de l'urgence, organisation du parcours de l'hémostase d'urgence radioguidée 24h24 et 7j/7 dans le cadre de le mention D en radiologie interventionnelle) **4. Expertiser l'impact de l'accessibilité renforcée** pour l'imagerie, au regard de la soutenabilité des modèles médico-économiques et des ressources humaines **5. Assurer la coordination du parcours de soins entre Corse et Continent** pour les activités non mises en œuvre en région (comme par exemple la mention B en médecine nucléaire qui nécessite un recours aux établissements de santé de la région PACA).	1.1. Suivi des autorisations et demandes de dérogations au seuil 1.2. Expertise de la capacité à installer des caméras à Tomographie à Emission de Positons (TEP-scan) 2. Concours du radio-pharmacien en médecine nucléaire et de Manipulateurs aide opératoire en radiologie interventionnelle (MAORI) 3. Réduction des délais d'attente 4. Réalisation de l'étude d'impact en lien avec l'université de Corse 5. Nombre de conventions signées entre les établissements de santé en infra et interrégional

OBJECTIF GENERAL N°2

La démarche qualité pour les actes d'imagerie est définie et mise en œuvre.

TERRITOIRE CONCERNE

Départements

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. S'assurer d'une prescription adaptée au besoin du patient : formations des prescripteurs, protocoles (personnes en situation de handicap), possibilité de réalisation d'actes par spécialistes

2. Assurer la convergence des comptes-rendus en développant la structuration pour répondre aux bonnes pratiques par un système d'information adapté

3. Faciliter l'accessibilité aux images (homogénéisation des outils PACS et RIS et expertiser la mise en œuvre d'un PACS régional)

4. Déployer la téléexpertise en région et hors région, avec une homogénéisation des outils (ex : NEXUS) et une traçabilité assurée

5. Développer des outils d'intelligence artificielle pour optimiser le travail du radiologue et sécuriser l'exercice de certaines activités de soins

6. Accompagner les mesures prises en radio-protection par :

a) Une réflexion régionale sur la mutualisation des compétences de radio-physiciens, afin de pouvoir bénéficier de compétences sur l'île
b) Le suivi du cumul de doses : homogénéisation des outils (réflexion autour du DACS régional)
c) La promotion de la vigilance en matière d'événements significatifs de radio-protection et leur signalement

7. Harmoniser les indicateurs pour établir un tableau de bord régional de l'activité avec trois objectifs :

a) La pertinence des actes
b) L'impact associé aux nouvelles organisations des plateaux d'imagerie
c) L'identification de l'émergence de nouveaux besoins

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de formations des prescripteurs

2. Nombre d'outils déployés (intelligence artificielle – structuration des comptes-rendus)

3. Mise en place du groupe de travail sur les systèmes d'information

4. Nombres d'actes réalisés en téléexpertise

5. Suivi de l'intégration de l'intelligence artificielle en région

6. Nombre d'événements significatifs de radio-protection déclarés par structure et par année

7. Indicateurs du tableau de bord régional

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les différents objectifs participent à une **prise en charge des patients, pertinente, sécurisée** (radioprotection, ressources humaines) et **dans des délais compatibles avec les besoins** (en infra et interrégional).

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur : le Plateau mutualisé d'imagerie médicale (PMIM), l'ARS PACA, les CHU, les Sociétés Savantes, l'université de Corse, l'Institut de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La mise en œuvre du PMIM régional ;
- La collaboration de la profession pour le volet pertinence et tableaux de bord régionaux ;
- L'**intégration de l'imagerie dans une approche parcours.**

5.5 - NUMERIQUE EN SANTE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Egalement connu sous le nom de santé numérique ou e-santé, le numérique en santé fait référence à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé. Il englobe l'application des technologies numériques pour améliorer la prestation des soins de santé, la gestion des données médicales, la communication entre les professionnels de la santé et les patients, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Le numérique en santé définit et déploie des politiques complètes de télémédecine et de cybersécurité.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Une large partie des autres thématiques sont liées aux évolutions du numérique en santé.

CONTEXTE

Le secteur de la santé en Corse a maintenant adopté la technologie numérique pour améliorer la qualité, la facilité d'accès aux soins et l'efficacité des services de santé. Cela inclut l'utilisation de systèmes informatisés pour la gestion des dossiers médicaux électroniques, la télémédecine pour permettre des consultations à distance, et l'analyse de données pour aider à prendre des décisions cliniques informées.
Ainsi, **la Corse a acquis une certaine maturité sur le numérique en santé** (avec un essor durant la crise de la COVID-19) de par :

- La mise en œuvre d'acteurs et leur coordinateur sur le territoire ;
- L'acquisition de ressources supplémentaires, notamment via le programme SEGUR du numérique ;
- Le déploiement de services socles (répertoire opérationnel des ressources, Via Trajectoire, messageries sécurisées de santé) et des outils SEGUR qui favorisent un cadre d'intéropérabilité ;
- L'acquisition d'infrastructures socles indispensables en termes d'hébergement des données de santé et d'échangeur d'applications informatiques ;
- La solution e-parcours, déployée en Corse, améliore la gestion des soins et l'autonomie des patients, en facilitant la coordination. Cet outil est en train d'être généralisé à d'autres domaines, tel le médico-social, pour une prise en charge globale et intersectorielle.

Cependant, comme dans de nombreux autres domaines, il existe des **défis** pour assurer une **adoption uniforme**, ainsi qu'une **intégration réussie** de ces technologies en raison de la complexité du système de santé et des barrières technologiques et financières.

Cette uniformisation, englobant tous les acteurs de l'île, doit se faire au niveau de la **télémédecine**, pour ainsi offrir un cadre d'usage et de financements garantissant un déploiement opérationnel des usages adaptés selon les besoins, les parcours de soins et les normes en vigueur.
La **cybersécurité** est un enjeu important pour les entreprises et les organismes en Corse, comme dans le reste du monde. Les menaces informatiques telles que les attaques de pirates informatiques, les virus informatiques et le vol de données peuvent causer des dommages financiers importants, ainsi qu'une perte de confidentialité et de confiance. Pour protéger les systèmes et les données, les organisations en Corse peuvent adopter une variété de mesures de cybersécurité, telles que la mise en œuvre de pare-feu, la cryptographie des données, la formation du personnel et la surveillance proactive des réseaux. Il est important de noter que la cybersécurité est un domaine en évolution constante, et il est donc nécessaire de rester vigilant et de continuer à mettre à jour les défenses pour rester à l'abri des menaces.
Une politique déclinée en actions doit permettre à chaque établissement de se prémunir au maximum d'attaques, mais aussi de savoir comment réagir en mode dégradé et rétablir leurs systèmes.

NUMERIQUE EN SANTE

ENJEUX

Eminemment transversal, le numérique en santé est maintenant présent dans tous les secteurs et parcours. Il s'agit maintenant de solutions et de véritables systèmes d'information qui créent et font circuler des données à fortes valeurs ajoutées.

Les enjeux se positionnent sur les réponses aux problématiques terrains, l'interopérabilité et la sécurité.

CONSTAT SYNTHETIQUE

La Corse dispose maintenant :

- D'un Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) en lien avec le Groupement de coopération sanitaire des systèmes d'information de Corse (GCS SIRS-CO) ;

- D'éléments socles prépondérants tels qu'un opérateur de messagerie sécurisée, d'un hébergement de données de santé. Des solutions sont en production et d'autres en cours de projets ;

Des problématiques majeures telles que les déserts médicaux, l'illectronisme, les zones blanches (sans réseaux) et l'isolement d'usagers restent à affronter.

RESULTATS ATTENDUS

La Corse doit pouvoir **se préparer et anticiper des actions de cyber-attaques**. Le caractère insulaire renforçant cela en raison de l'impossibilité de se rabattre avec facilité sur un territoire limitrophe.

Une **industrialisation et** une **formalisation régionale des solutions de télémédecine** doivent être mise en place, pour garantir une intégration adaptée aux parcours de soins de ces solutions.

OBJECTIF GENERAL N°1

Le système de santé dispose d'une politique de cybersécurité.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Disposer d'un **audit** de moins d'un an dans chaque établissement

2. Disposer d'un **plan** de continuité d'activité (PCA) et d'un plan de reprise d'activité (PRA) **par établissement** intégrant les cyberattaques

3. **Entrainer** de manière régulière les établissements

4. Disposer d'un **plan** de continuité d'activité (PCA) et d'un plan de reprise d'activité (PRA) **au niveau de la région**

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre d'établissements par an

2. Nombre d'établissements

3. Nombre d'établissements par an

4. Réalisation et actualisation du plan de continuité d'activité (PCA) et du plan de reprise d'activité (PRA)

OBJECTIF GENERAL N°2

La Corse dispose d'une charte dédiée à la télémédecine.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Définir un cadre** arrêtant les solutions financées et les types de solutions de télémédecine autorisées

2. Disposer de **solutions de télémédecine validées** par le collectif insulaire et s'organiser pour les mettre en œuvre

3. Garantir et mettre en œuvre l'**interopérabilité**

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Réalisation et signature multi-acteurs d'une charte dédiée à la télémédecine

2.1. Nombre de solutions de téléconsultation

2.2. Nombre de solutions de téléexpertise

3. Taux effectif et opérationnel de raccordements

OBJECTIF GENERAL N°3

Un plan pour l'inclusion numérique est déployé.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Mettre en œuvre une **gouvernance dédiée** sur le sujet, pilotée par l'ARS

2. Définir un **plan d'action pluriannuel**, avec financements associés

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Installation d'une gouvernance dédiée

2. Réalisation, mise en œuvre et actualisation annuelle de tableaux de bord

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La télémédecine est un secteur en plein essor. Les initiatives des industriels sont très agressives et complexifient notre organisation.

La cybersécurité, au regard notamment du contexte géopolitique, est un enjeu saillant.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) ;
- Le Groupement de coopération sanitaire des systèmes d'information de Corse (GCS SIRS-CO) ;
- L'assurance maladie (Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR)) ;
- La préfecture ;
- La collectivité de Corse
- Les Unions régionales de professionnels de santé (URPS).

FACTEURS DE REUSSITE

Jamais de tels objectifs stratégiques, comme précisés dans le présent schéma régional de santé, n'ont eu lieu sur le territoire insulaire. Un appui aux parties prenantes est nécessaire.

5.6 - PHARMACIE D'OFFICINE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Ancrer l'évolution du métier de pharmacien d'officine au cœur de la politique territoriale de santé

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Premier Recours, Numérique en santé (pour ces des dernières thématiques : incluant le déploiement de la téléconsultation partagée avec le médecin et le déploiement du télésoin -suivi de l'observance thérapeutique, gestion des effets indésirables des médicaments, conseils de bon usage au travers notamment du plan de prise personnalisé, au cœur des territoires de projet ruraux).

CONTEXTE

Afin de répondre aux défis de la santé publique de demain, l'évolution de l'exercice officinal **avec les autres professionnels de santé** (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes…) vers la **coordination des soins au quotidien** est à promouvoir.

Si, au sein de certains territoires (Balagne, Bastia), l'intégration des pharmaciens au sein des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou d'autres dispositifs d'équipe de soins primaires est effective, cela est moins abouti dans d'autres. Certains pharmaciens peinent à formaliser et à faire reconnaître la place qu'ils occupent pourtant au quotidien, au sein de leur territoire.

Après 3 années de crise sanitaire, les patients viennent toujours plus nombreux chercher **l'orientation ou le conseil sanitaire de premier recours à la pharmacie**, premier acteur de santé de proximité assurant la permanence des soins (ouvert 7 jours sur 7 grâce aux services de garde et d'urgence pharmaceutiques).

La pharmacie est le **lieu de croisement** des patients et des acteurs du système de santé, sur chaque territoire :

- Le pharmacien (à l'officine comme en établissement, sanitaire ou médico-social) a une place déterminante dans les **parcours pluridisciplinaires de soins, maladies chroniques comme aigües** (oncologie, addictologie, gériatrie, maladies métaboliques, maladies infectieuses…) ;

- Le retour à domicile **après une hospitalisation** est à risque de rupture. Le pharmacien, souvent premier professionnel de santé rencontré à la sortie de l'hôpital, a un rôle clé dans la mise en place des soins à domicile. Le parcours coordonné doit intégrer les conseils pharmaceutiques, sur les nouvelles prescriptions, le bon usage des dispositifs médicaux, les conseils de prévention sur l'alimentation, l'hydratation, les facteurs environnementaux, …

CONTEXTE (suite)

Dans ce contexte, les **thématiques prioritaires opérationnelles** proposées aux pharmaciens d'officine sont les suivantes :
1- **promotion et valorisation de l'exercice coordonné**, notamment grâce aux actions « article 51 », aux protocoles de coopération et de délégation, passés entre professions médicales et pharmaciens ;
2- développement **du lien entre les pharmaciens de l'hôpital et les pharmaciens de la ville**, et du lien entre pharmaciens de ville et le secteur médico-social par l'actualisation des repères juridiques et de bonnes pratiques et la mise en œuvre notamment de projets innovants ;
3- **actions de prévention** en lien avec l'extension des **compétences vaccinales** des pharmaciens et des **offres de dépistages** oncologiques, maladies chroniques et autres infections courantes (maladies cardiovasculaires ; diabète ; arrêt du tabac ; angines ; COVID-19 ; grippe ; …). Le pharmacien peut prodiguer des **conseils de prévention, notamment sur les facteurs environnementaux** : lutte contre les gites larvaires des maladies émergentes (arboviroses) ; bilharziose ; pollutions de l'air ; comportements favorables à la santé ; alimentation ; …

*Il est primordial de noter, notamment au vu du contexte de pénurie de médicaments, que la Corse ne dispose aujourd'hui d'**aucune pharmacie d'officine autorisée** pour l'exécution de préparations pouvant présenter un risque pour la santé mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1-1 :*
1° Les préparations stériles, sous toutes formes ;
2° Les préparations, sous toutes formes, à base d'une ou plusieurs substances cancérigènes et/ou toxiques pour la reproduction ;
3° Les préparations destinées aux enfants de moins de 12 ans, contenant des substances vénéneuses.

ENJEUX

Le pharmacien est le **professionnel de santé clé**, au quotidien, des patients et des autres professionnels de santé, pour la prévention, le dépistage, le suivi des pathologies chroniques. La **transversalité** de la « pharmacie d'officine » est cruciale à appréhender afin de répondre aux besoins évolutifs des patients.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Le **maillage territorial** des pharmacies d'officine en Corse permet aujourd'hui l'accès au soin mais :

- Souffre d'absence d'officine autorisée à exécuter des **préparations pouvant présenter un risque pour la santé** ;
- Est à **conserver** lors de la déclinaison du décret « Territoires fragiles ».

RESULTATS ATTENDUS

La place centrale du pharmacien d'officine **au cœur des parcours et des territoires** doit être consolidée.

Les pharmaciens doivent développer les actions de **dépistage et de prévention** notamment auprès des personnes âgées et fragiles, et faire partie intégrante des **parcours**, notamment **e-santé et ville-hôpital**.

PHARMACIE D'OFFICINE

OBJECTIF GENERAL N°1

Chaque <u>équipe d'exercice coordonné</u> intègre un ou plusieurs pharmaciens d'officine afin d'optimiser la prise en charge des patients sur les territoires.

TERRITOIRE CONCERNE

Territoires de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Accompagner les pharmaciens pour qu'ils intègrent les **équipes pluridisciplinaires**, notamment en utilisant un **outil de communication partagé, unique et robuste**

2. Favoriser le déploiement des **protocoles de soins non programmés** et accompagner le développement de **protocoles locaux** (ex : urgence dentaire) et d'**expérimentations** « article 51 » (antenne pharmaceutique, projet OSyS) sur les territoires

3. Déployer les **téléconsultations et télésoins dans l'officine** avec les médecins, facilitant l'accès au soin en Corse, notamment aux spécialistes, dans le respect de la stratégie de télémédecine établie par le GRADeS avec l'ensemble des acteurs de santé insulaires

4. Organiser les **retours d'expérience** des actions incluant déjà des pharmaciens pour valoriser le travail et montrer les plus-values

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Pourcentage de population couverte par une équipe en **exercice coordonné intégrant un pharmacien**

2. Nombre de **pharmaciens correspondants actifs**

3. Délivrance effective de **médicaments** telle que prévue au 10° de l'article L.5125-1-1 A du code de santé publique (protocoles).

4. Nombre de protocoles en **exercice coordonné** développés

OBJECTIF GENERAL N°2

Chaque territoire de santé dispose d'un <u>lien ville-hôpital</u> efficient au sein duquel les pharmaciens (hospitaliers et d'officine) ont leur place, sécurisant le circuit du médicament.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Évaluer le besoin d'une officine en Corse autorisée à exécuter des **préparations** pouvant présenter un risque pour la santé

2. Travailler au **déploiement du lien pharmaceutique ville-hôpital** (outils de pharmacie clinique interconnectés officine/ ville avec le Dossier médical partagé (DMP) ; partage des protocoles et des coordonnées ; …)

3. Mettre en œuvre des **projets innovants** tel qu'ONCO'LINK sur les territoires

4. Partager les **repères juridiques et de bonnes pratiques** relatifs au circuit du médicament dans les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Déploiement d'une enquête SOLEN pour analyser le besoin d'une officine autorisée à réaliser des préparations en Corse

2. Nombre de sorties hospitalières préparées en amont avec le pharmacien d'officine

3. Amélioration de la prise en charge des maladies chroniques

4 Taux annuel de conformité du circuit du médicament au sein des ESMS sur nombre d'inspections et de certifications

OBJECTIF GENERAL N°3

Les pharmaciens mènent des actions dans la <u>prévention, le dépistage et promotion de la santé.</u>

TERRITOIRE CONCERNE

Territoires de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Vacciner** (COVID-19 et autres vaccinations réglementairement autorisées en officine)

2. **Dépister** (tests rapides COVID-19 ; angines ; grippe ; maladies cardiovasculaires ; diabète ; cancers)

3. **Prévenir** (sédentarité ; alcool ; alimentation ; tabagisme ; dopage ; …)

4. **Informer** (arboviroses, maladies émergentes, pollutions de l'air, vagues de chaleur…)

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de vaccinations en officine année N, N-1, N-2 par vaccin autorisé

2. Nombre d'actions de prévention déclinées par officine par thématique

3. Nombre de dépistages réalisés par pathologie et par officine

4. Nombre moyen d'informations transmises sur l'exposome par type de support (flyer ; sites internet ; conseils ; orientations ; autres ; …)

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La montée en compétence du pharmacien permettra de gagner en efficacité dans la **lutte contre l'iatrogénie** (exercice coordonné), ainsi que la **prévention primaire** (vaccination et amélioration des comportements), **secondaire** (dépistages) et **tertiaire** (complications et récidives).

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur les réunions « exercice coordonné » et « ville-hôpital » (ARS, fédération de l'exercice coordonné, Dispositif d'appui à la coordination (DAC), Assurance Maladie, OMéDIT, Unions régionales de professionnels de santé (URPS), Ordres…).

Elle s'appuie également sur le déploiement des systèmes d'information du Ségur de la santé.

FACTEURS DE REUSSITE

La valorisation du travail déjà accompli, la réalisation de cartographies des actions déjà en cours sont des éléments clés à développer.
De même, il convient d'aider les pharmaciens identifiés ayant la volonté de travailler en exercice coordonné, et de déployer des outils novateurs.

5.7 - QUALITE ET SECURITE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Qualité et sécurité des soins, des pratiques au sein des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Réponse en veille sanitaire aux alertes et situations sanitaires exceptionnelles, Infectiologie

CONTEXTE

On remarque en Corse un **retard en matière de signalement** des Evénements indésirables graves (EIG) / Evénements indésirables graves associés aux soins (EIGS), comparé aux autres régions de France. Cependant, une dynamique est néanmoins en train de s'installer pour les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS). Enfin, le taux de signalement d'EIGS, par toute personne le constatant, est inexistant.

Il est fait l'hypothèse que, ce frein aux signalements est dû d'une part à une connaissance insuffisante du circuit de déclaration par les établissements de santé et d'autre part à la crainte du risque de contrôle que leur déclaration occasionnerait.

L'ARS doit garantir à tous les usagers un accès à des soins de qualité. De plus, la qualité des soins au niveau des établissements de santé présente de nombreux **enjeux** de santé publique, organisationnels au sein des établissements, financiers et de positionnement des structures. L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins repose sur deux principaux **leviers** : la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité, telles que la certification des établissements de santé et le développement d'une culture de sécurité des soins, ce dernier champ ayant été peu investi dans sa dimension régionale.

Pour cela, l'ARS s'appuie sur les structures régionales d'appui dont les missions sont définies dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, qui confie la mission aux ARS de coordonner l'action des Structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA), de piloter et financer le Réseau régional des vigilances et d'appui (RRVA). Ce réseau est constitué de l'ensemble des SRVA chargées de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans la région.

L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins des usagers du système de santé, nécessite l'appropriation et la mise en œuvre par les professionnels de santé de connaissances spécifiques. **La culture de la qualité et la sécurité des soins** désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels fondés sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages liés aux soins. Cette culture est composée de plusieurs dimensions, dont la réponse non-punitive à l'erreur, la fréquence de signalement des évènements indésirables, le travail d'équipe entre les différents professionnels et une organisation apprenante visant l'amélioration continue (Sources *Haute autorité de santé (HAS)*). Il convient de mettre en œuvre des actions ciblées sur des thématiques identifiées comme prioritaires dans la région au travers d'évènements régionaux et de capitaliser sur l'expérience acquise des professionnels de santé au travers d'échanges pluriprofessionnels.

QUALITE ET SECURITE

ENJEUX

C'est en développant une culture de la qualité et de la sécurité des soins, en améliorant la pertinence des prescriptions, des examens et des hospitalisations, et en veillant au bon usage des médicaments, que sera garanti l'**intérêt du patient** et de l'**efficience de notre système de santé.**

CONSTAT SYNTHETIQUE

On note une absence de culture du signalement et un défaut de structuration des réseaux des vigilants.

RESULTATS ATTENDUS

L'**appropriation par les professionnels de santé** de la culture de la qualité et de la sécurité des soins des usagers doit être améliorée.
La **déclaration** des évènements sanitaires indésirables doit devenir un **réflexe pour les professionnels de santé et les particuliers**, y compris le fait de développer la culture positive de la déclaration et de la protection du déclarant.

OBJECTIF GENERAL N°1

Le système de santé prévient et lutte contre la maltraitance.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Améliorer et diffuser le **système de déclaration** des plaintes des usagers
2. Mettre en place l'**instance de gestion des signalements** de faits de maltraitance en lien avec les partenaires institutionnels concernés
3. Déployer des **contrôles** visant la prévention de la maltraitance et diffuser les bonnes pratiques observées dans les Etablissements de santé (ES) et les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS)
4. Déployer et accompagner de la nouvelle démarche d'**évaluation** des ESMS avec la structure régionale d'appui, en s'appuyant sur les bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS)
5. Déployer les **recommandations** de bonnes pratiques professionnelles en matière de maltraitance

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Taux de réclamations des usagers traitées en moins de 3 mois
2. Nombre de signalements traités par l'instance maltraitance
3. Nombre d'inspections / contrôles par an
4. Nombre d'évaluations ESSMS transmises avant la date limite
5. Taux de professionnels ayant participé à une formation relative à la bientraitance

OBJECTIF GENERAL N°2

La détection et la gestion des événements pouvant avoir un impact sur la santé et la sécurité des personnes, est améliorée.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Intégrer les signalements dans la démarche de **management** de la qualité et sécurité des soins
2. Faire progresser la « **culture positive de l'erreur** » au sein des établissements et auprès des professionnels libéraux
3. **Structurer le réseau des vigilants**, le rendre opérationnel et lisible pour l'ensemble des acteurs

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Taux d'évolution du nombre d'Evénements indésirables graves associés aux soins (EIGS) déclarés par établissement par année
2. Création d'un réseau régional d'hémovigilance et sécurité transfusionnelle
3. Mise en œuvre de la réforme des vigilances sur les produits de santé

QUALITE ET SECURITE

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La sécurité des usagers du système de santé est assurée. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Déployer le **contrôle** au sens large des structures et des professionnels en tant qu'outil d'amélioration de la sécurité des actes 2. Partager et actualiser les Référentiels de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) par la **formation** pour les professionnels 3. Prendre en compte la parole des usagers sur la sécurisation de leur parcours de soins en engageant la **certification CAP'HANDEO** pour un EHPAD et un établissement accueillant des personnes avec Troubles du neurodéveloppement (TND) 4. Apporter de la **lisibilité** à l'action des structures régionales d'appui pour les établissements et les professionnels	1. Taux de réalisation des mesures correctives prononcées à l'encontre des structures et des professionnels suite à contrôle 2. Nombre de formations organisées et suivies à destination des professionnels 3.1. Taux de visites de certification ayant associé les Commissions des usagers (CDU) 3.2. Taux d'évaluations ayant associé les Conseils de la vie sociale (CVS) 4. Taux d'évolution de la saisie des structures régionales d'appui par les établissements et les professionnels

OBJECTIF GENERAL N°4	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La pertinence des actes, prestations, prescriptions et parcours est améliorée en lien avec l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Intégrer des **indicateurs qualité** aux modes de financement des activités 2. Accroître l'efficacité de la **dimension qualité dans chaque contractualisation** (Contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM)) et dans les dialogues de gestion avec les Etablissements de santé (ES) et les Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) 3. Renforcer la prévention de l'**antibiorésistance** 4. Améliorer **la qualité et la sécurité transfusionnelles** 5. Engager un travail de **réflexion** avec les professionnels de santé sur la pertinence de l'usage de l'imagerie au regard de son impact sur l'**environnement**	1. Taux d'évolution des Incitations Financières à la Qualité (IFAQ) par année 2. Nombre de CPOM signés intégrant une dimension qualité 3. Création d'un Centre Régional en Antibiothérapie (CRATb) et suivi des prescriptions et consommations 4.1. Taux de dépôt de sang ayant bénéficié du renouvellement de leur autorisation suite à contrôle 4.2. Nombre de signalements et actions correctives 4.3. Suivi des causes de destruction et diffusion des bonnes pratiques professionnelles 5. Réalisation dans l'année d'une réflexion/étude d'impact environnemental de l'imagerie auprès d'un prestataire *ad hoc*

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Les usagers et les professionnels de santé doivent bénéficier d'une amélioration de la qualité et de la sécurité de leur prise en charge.

LEVIERS EXISTANTS

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins repose sur deux principaux leviers :

- La mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité, telles que la certification des établissements de santé (certification ; évaluation - Indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) ; Incitations Financières à la Qualité (IFAQ), recours à la structure régionale d'appui) et l'évaluation externe des Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) ;

- Le développement d'une culture de sécurité des soins (Système d'information des réclamations (SIREC) ; inspections ; questionnaires de satisfactions), ce dernier champ ayant été peu investi dans sa dimension régionale.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clé de la stratégie sont :

- L'**application des droits des usagers** dans la culture professionnelle et des établissements ;

- La **collaboration avec les professionnels de santé** au suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, afin de pérenniser les actions mises en place post signalement pour réajustement.

5.8 - RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Les ressources humaines en santé sont constituées de toutes les personnes exerçant diverses professions réglementées ou non, occupant différentes fonctions et dotées d'une formation leur permettant de travailler pour améliorer la santé de la population.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Thématique centrale transversale

CONTEXTE

Tout système de santé doit permettre d'assurer l'accès, la qualité, la continuité et la sécurité des soins prodigués à ses usagers.

La réalisation de ce postulat nécessite, dans ces conditions, l'existence de professionnels formés et en nombre suffisant pour répondre de manière égale aux besoins de la population.

Dans la continuité du SEGUR de la santé, **la structuration et la mise en œuvre d'une politique régionale de gestion des ressources humaines en santé adaptée constitue** dès lors **un enjeu** majeur pour :

- Permettre l'accès aux soins ;
- Eviter les ruptures dans les parcours ;
- Anticiper les évolutions démographiques ;
- Réguler et repartir la démographie médicale, paramédicale et éducative ;
- S'adapter aux évolutions des métiers et des pratiques professionnelles ;
- Participer à la transformation du système de santé.

Quel que soit le secteur (sanitaire ou médico-social), ou le mode d'exercice (en établissement ou en libéral), cette politique doit permettre:

- D'**anticiper** les métiers ou les territoires en tension ;
- De **mettre en adéquation** les besoins du système de santé, des personnels à former et les capacités de formation ;
- De **fédérer** autour de l'enjeu de la formation et **communiquer** de manière adaptée.

CONTEXTE (suite)

L'ARS est compétente en matière d'**anticipation des besoins du système de santé** et de **zonage**. Elle intervient à ce titre comme partenaire de la Collectivité de Corse pour ce qui concerne les professionnels paramédicaux et partage avec cette dernière, mais aussi avec l'université de Corse, des stratégies convergentes.

En termes de **démographie**, la Corse dispose de (données 2021, pour 100 000 habitants, source : *AMELI / ADELI / RRPS*) :

- Une densité en médecins généralistes de 82,9 en Corse-du-Sud et de 77,2 en Haute-Corse (contre 78,2 en France métropolitaine) ;
- Une densité en médecins spécialistes de 175,55 en Corse-du-Sud et 141,34 en Haute-Corse (contre 189,23 en France métropolitaine Les spécialités à renforcer en priorité en Corse sont : la rhumatologie, la néphrologie, la pneumologie, la neurologie médicale, la chirurgie vasculaire, les spécialistes du diabète, les spécialistes des maladies métaboliques, l'endocrinologie, la gériatrie, l'otorhinolaryngologie (ORL)) ;
- Un zonage médecins actualisé en 2023, afin de disposer d'une meilleure adéquation avec les réalités territoriales ;
- Une densité en infirmiers de 328,7 en Corse-du-Sud et de 381,7 en Haute-Corse (contre 142,7 en France métropolitaine) dont le nouveau zonage 2023 a tenu compte ;
- 24 places de formations délocalisées d'aides-soignants sur Sartène et Corte.

Compte des enjeux des ressources humaines en santé, **il est crucial de faire évoluer l'offre** vers :

- Un accroissement des infirmiers spécialisés (Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) et Infirmier de bloc opératoire (IBODE)) suite à l'universitarisation de l'école des cadres, en ajustant les promotions dans une logique pluriannuelle reposant sur une alternance des formations ;
- Un déploiement du programme START, via des formations de formateurs, ainsi que du programme dédié aux compétences psychosociales de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ;
- Le développement du diplôme interuniversitaire relatif à la pair-aidance ;
- Une intégration dans la formation des professionnels de santé des questions liées aux maladies neurodégénératives, ainsi qu'aux troubles du développement et du neurodéveloppement, au niveau des formations de l'université, des instituts de formation en soins infirmiers, tout comme de l'institut régional du travail social ;
- Une augmentation du nombre de lieux de stages pour les internes.

RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

ENJEUX

Compte tenu des spécificités de la Corse notamment une population vieillissante, une pyramide des âges défavorable des médecins et des projections démographiques, **la configuration actuelle de la Corse nécessite un changement de paradigme**, afin d'assurer la sécurité, la qualité, la continuité des soins, la prévention en disposant d'une démographie médicale et paramédicale adaptée aux enjeux de santé publique.

CONSTAT SYNTHETIQUE

Il est attendu un accroissement de la population corse de 17,2% entre 2007 et 2040, ainsi que de la population active de 8 à 10% entre 2010 et 2030.

La part des 60 ans et plus, représentera 34,7% de la population corse en 2030. Par ailleurs, 10% des médecins exerçant en Corse ont plus de 69 ans.

De nombreux métiers, tels les infirmiers (Infirmier diplômé d'Etat (IDE), Infirmier de bloc opératoire (IBODE), Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE)), les aides-soignants (AS), les Aides-soignants en milieu hospitalier (ASH) et les ambulanciers, ou spécialités (telles la rhumatologie, la néphrologie, la gériatrie, l'ORL, la cardiologie, la pneumologie), sont en tension.

RESULTATS ATTENDUS

L'**accès au soin** doit être amélioré sur l'île, en disposant de ressources humaines adaptées en quantité et en qualité.
Les nouveaux métiers contributifs des politiques de **prévention et de rétablissement** doivent être soutenus.
La formation viendra en appui de la coordination autour des parcours et de la qualité, à partir des recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par la Haute autorité de santé (HAS).
L'**accès à la formation professionnelle** doit être optimisé, en lien avec le rectorat, la Collectivité de Corse et l'université de Corse.

OBJECTIF GENERAL N°1

Les leviers d'attractivité sont développés en matière de démographie médicale, paramédicale et éducative.

TERRITOIRE CONCERNE

Région

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Renforcer et personnaliser l'**accompagnement des étudiants en santé** tout au long de leur parcours de formation jusqu'à leur installation (soutien au projet ; aides financières ; marketing territorial ; ….)
2. Disposer d'un **contingent d'internes** dédiés à la Corse
3. Développer qualitativement et quantitativement les **terrains de stage** (médicaux et paramédicaux)
4. Déployer des vecteurs de **communication** pour guider les choix professionnels des étudiants
5. Impulser au travers de la **qualité de vie au travail** une démarche (dans le sanitaire et le médico-social), visant à l'amélioration combinée des conditions de travail, de sécurité, de la qualité de service et de la performance des organisations
6. Conduire avec deux Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) une **expérimentation de salariat d'un médecin généraliste**

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre d'accompagnements réalisés / nombre d'installations
2. Nombre d'internes accueillis par semestre
3. Nombres d'agréments pour les internes et terrains de stage pour les filières paramédicales
4.1. Nombre de newsletters ARS
4.2. Nombre de publications, d'abonnés et de visites sur le réseau social créé
5. Nombre d'actions concernant la qualité de vie au travail accompagnées
6. Réalisation et évaluation des expérimentations

RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les ressources paramédicales sont développées pour répondre aux besoins de ressources humaines du système de santé. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Contribuer à la **régulation des quotas de formation** en lien avec la Collectivité de Corse et/ou l'université et favoriser la mise en place de formations sur l'île 2. **Développer de nouveaux métiers** contributifs aux logiques de parcours et de prévention, en axant l'offre de formation prioritairement sur les infirmiers de parcours, les infirmiers de pratique avancée et les professionnels de l'activité physique avancée 3. **Développer l'apprentissage et la validation des acquis de l'expérience**, en lien avec la DREETS et la Collectivité de Corse dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires et sociales 4. Accompagner le développement de **la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences** 5. Faire de la **formation continue** un levier d'attractivité en mettant l'accent sur les soins critiques (diplôme universitaire), les troubles du neurodéveloppement (Programme START) et les maladies neurodégénératives 6. Soutenir le développement de l'**offre locale de formation** (Infirmier de bloc opératoire (IBODE) ; Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) ; Infirmier de pratique avancée (IPA) ; manipulateur en électroradiologie ; professionnel en activité physique avancée ; ergothérapeute ; médiateur en santé) 7. S'assurer que la **coordination** soit **intégrée dans les pratiques** (professionnels de santé et professionnels de la coordination)	1 et 2. Nombre d'analyses des besoins effectuées en soutien d'une actualisation du schéma régional des formations sanitaires et sociales 3. Nombre de contrats d'apprentissage signés 4. Nombre d'accompagnements réalisés par l'ARS auprès des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux 5. Nombre d'actions de formations accompagnées 6 et 7. Nombre de personnels formés

OBJECTIF GENERAL N°3	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les ressources médicales se développent pour permettre un meilleur accès à la médecine générale et aux spécialités. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. **Identifier** de manière prospective les **spécialités déficitaires** 2. Tendre vers une **gouvernance régionale de l'internat** 3. Faire de la Corse un **territoire universitaire de santé** dans les spécialités en tension 4. Développer des **partenariats inter-universités**	1. Etat des lieux annuels actualisé 2. Nombre d'internes accueillis par semestre en Corse 3. Nombre de filières hospitalo-universitaires de santé créées 4. Nombre de partenariats signés

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La situation géographique de la Corse et ses évolutions démographiques nécessitent une **réponse spécifique en termes politique de santé régionale, ancrée dans des capacités de formation adaptées.**

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Des ressources : les ressources humaines internes à la Corse (établissements de santé ; établissements sociaux et médico-sociaux ; libéraux) ; le binôme médecin / délégué de l'assurance maladie ; la gouvernance et dynamique régionale ; les Conseils de l'Ordre ; les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) ;

- Des Partenaires clés : la Collectivité de Corse, l'université de Corse ; les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux ; l'institut de formation des métiers de la santé ; l'Agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier ; Opérateur de compétences (OPCO) SANTE ; les fédérations ; les syndicats d'internes ; la DREETS ;

- Un soutien marqué des partenaires de PACA (ARS, Doyens, CHU).

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- **La coordination régionale et interrégionale des acteurs** (institutionnels, professionnels de santé, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, élus, étudiants et usagers) ;

- **L'innovation et la structuration de nouveaux paradigmes** ;

- **Une communication adaptée et ciblée**.

5.9 - SOINS PALLIATIFS - FIN DE VIE

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

Les soins palliatifs visent « à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » en fin de vie. Ils concernent toutes les disciplines de soins.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Filière cancer, Douleur chronique, Médecine, Soins médicaux et de réadaptation, Psychiatrie, Gériatrie

CONTEXTE

Les soins palliatifs figurent parmi les droits de la fin de vie. Le **4ème plan national 2021-2024** fixe les 3 axes suivants, déclinés dans une feuille de route.
Le **premier axe** concerne le renforcement de l'**acculturation** aux droits de la fin de vie et la diffusion parmi les professionnels et intervenants, de la culture palliative. L'objectif est que chacun connaisse ses droits en matière de fin de vie et puisse s'impliquer dans leur mise en œuvre dans le cadre garanti par la loi.
Le **deuxième axe** consiste à diffuser les **bonnes pratiques**, à garantir un haut niveau d'expertise en soins palliatifs et son accessibilité pour les acteurs en s'appuyant sur la formation et les travaux de recherche. L'objectif est de garantir l'adéquation des ressources de soins palliatifs aux besoins et que les situations de fin de vie soient anticipées pour que chacun puisse être pris en charge précocement, sur tous les territoires, par des professionnels formés, des médecins et professionnels paramédicaux appuyés si besoin par des équipes expertes.
Le **troisième axe** vise le déploiement des **prises en charge de proximité** en renforçant les coordinations, en structurant des modalités d'intégration précoce des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. L'objectif est d'offrir la possibilité d'être soigné sur son lieu de vie ou son lieu de soins, selon ses souhaits, tout en tenant compte de ses besoins dans le cadre d'une prise en charge graduée et coordonnée.

Ce plan national est le texte de référence. Il est complété par l'instruction DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023. Cette instruction est la première étape de la **stratégie décennale** « soins palliatifs – prise en charge de la douleur – accompagnement de la fin de vie », visant à poursuivre la structuration des filières territoriales de soins palliatifs.

Le diagnostic partagé a fait l'objet d'une première réunion de concertation avec les acteurs hospitaliers des soins palliatifs le 12 décembre 2022.

Les soins palliatifs s'appuient sur différents outils : 2 Unités de soins palliatifs (USP) (soit 22 lits) ; 41 Lits identifiés de soins palliatifs (LISP) ; 2 Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), auxquels s'ajoute le relais territorial formé (HAD/EMSP du Centre hospitalier de Sartène) ; les 5 structures d'Hospitalisation à domicile (HAD).

L'analyse de l'activité transmise par les établissements au PMSI montre une stabilité du nombre de prises en charge en MCO (494 patients en 2018 - 460 patients en 2021), majoritairement au sein des 2 unités (72% des patients pris en charge) et de façon plus marginale au sein des LISP. Les diagnostics complémentaires majoritaires sont les tumeurs malignes pour 66 à 72% des cas selon les années.
Le mode d'entrée est majoritairement le domicile mais également les services d'urgences (24%). Le taux d'équipement parait adapté.
Au niveau des Soins de suite et de réadaptation (SSR), on note également une stabilité autour de 60 patients pris annuellement en charge au titre des soins palliatifs, majoritairement dans 2 établissements de SSR : Ile de Beauté à Sarrola-Carcopino et Toga à Bastia.

CONTEXTE (suite)

Au niveau de l'Hospitalisation à domicile (HAD), l'activité est en progression (55 patients en 2018, 300 patients en 2021). La progression concerne la Haute-Corse et l'HAD Maymard, les autres services ayant une activité moindre. Le diagnostic principal associé concerne les tumeurs malignes dans 80% des séjours. Le mode d'entrée est pour 47% des séjours en transfert ou mutation depuis un établissement pratiquant une activité de soins en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), et depuis le domicile pour 37%. Le mode de sortie est intéressant, il s'agit de transferts dans un établissement MCO pour 48% des sorties.

La discussion a enrichi le diagnostic à partir des activités des 2 Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) qui sont recentrées sur l'intra-hospitalier (90% de l'activité de l'EMSP Haute-Corse, près de 80% pour l'EMSP de Corse-du-Sud).
L'intervention de leurs professionnels est de plus en plus sollicitée dans les services hospitaliers, avec ou sans reconnaissance de lits de soins palliatifs pour lesquels une révision de cette reconnaissance est souhaitée. En effet, le *turn over* des équipes soignantes se répercute sur la compétence palliative d'encadrement des Lits identifiés de soins palliatifs (LISP) et qui fait défaut majoritairement.
Au niveau **formation** initiale et continue, il est demandé plus de souplesse en termes d'accès et la reprise de 2 sessions de formation annuelle.
Concernant l'**organisation de l'offre** sur le territoire, le recensement des professionnels libéraux formés aux soins palliatifs est une première étape à réaliser pour les inscrire en relais des HAD sur le territoire.
La **cellule d'animation régionale** a pour vocation dès 2023 de procéder à ce recensement. Sur la base du dispositif de formation existant, la cellule dynamisera l'information auprès des professionnels et des établissements la sollicitant. Enfin, elle sera un vecteur de l'information à destination des patients et de l'entourage en complément de celle diffusée par les équipes accompagnantes du patient. Sa mise en œuvre en 2023 fera l'objet d'une attention particulière avec l'ensemble des acteurs.

Dans ce contexte, il apparait opportun de maintenir les 2 Unités de soins palliatifs (USP) à 22 lits, ainsi que de soutenir et développer les LISP dans les centres hospitaliers de proximité et dans les établissements de santé publics et privés. Le **volet numérique** avec astreinte, la téléexpertise et les consultations avancées sont par ailleurs des outils appropriés à déployer.

ENJEUX

L'enjeu est de **diffuser la culture palliative** en vue de garantir un accès équitable aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie à tous nos citoyens, quel que soit leur lieu de vie ou de soins.
Il convient également de **doter les aidants d'informations** utiles pour les orienter vers les professionnels et institutionnels ressources.

CONSTAT SYNTHETIQUE

L'analyse des files actives sur la base du PMSI montre que beaucoup de patients ayant un suivi palliatif sont hospitalisés en urgence, ce qui montre une sous-utilisation de la fiche SAMU Pallia.
La prochaine labellisation des LISP sera l'occasion d'identifier les ressources formées aux soins palliatifs et de réduire ainsi les interventions des EMSP dans les services dotés de LISP au profit des structures extérieures et des domiciles.

RESULTATS ATTENDUS

La région est dotée d'une cellule d'animation régionale capable de diffuser les informations.
La formation est développée et les professionnels sont inscrits dans un **partage de pratiques** professionnelles.
L'**accès de proximité** doit être amélioré.
Une réponse doit être apportée aux professionnels 24h/24, par la mise en place d'une astreinte téléphonique.

SOINS PALLIATIFS - FIN DE VIE

OBJECTIF GENERAL N°1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
La culture palliative se diffuse et renforce l'acculturation aux droits de la fin de vie. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région**	1. Consolider et renforcer la **formation initiale et continue** 2. **Assurer des relais territoriaux** pour permettre une prise en charge précoce, appuyée d'équipes expertes à domicile et en établissement (EMSP) 3. **Développer l'accès aux soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux** 4. **Mettre en œuvre la cellule d'animation régionale** : • Participer aux diagnostics territoriaux et à l'amélioration de la lisibilité de l'offre et de l'activité • Animer les relations avec les acteurs de soins palliatifs (Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et Dispositif d'appui à la coordination (DAC)) • Diffuser la culture et la démarche palliative et contribuer à l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles et accompagner la réflexion éthique • Informer sur les soins palliatifs et la fin de vie dont les directives anticipées	1. Nombre de professionnels de santé formés au diplôme universitaire soins palliatifs de l'université de Corse et nombre de sessions annuelles et de personnes formées en formation continue 2. Nombre de professionnels libéraux formés recensés et connus, par EMSP 3. Nombre de conventions signées entre EMSP et établissements médico-sociaux 4.1. Cellule d'animation régionale : Equipe constituée, téléphone fonctionnel, site internet 4.2. Nombre de réunions de la branche Corse de l'Espace de réflexion éthique régional et interrégional (ERERI) PACA-Corse

OBJECTIF GENERAL N°2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)
Les parcours de soins gradués et de proximité sont définis en renforçant la coordination avec la médecine de ville et en garantissant l'accès à l'expertise. **TERRITOIRE CONCERNE** **Région et projets de territoire**	1. **Conforter la filière hospitalière de prise en charge** (Unité de soins palliatifs (USP) ; Hospitalisation à domicile (HAD) ; Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)) 2. **Déployer un Dossier patient informatisé (DPI) partagé** entre ville et hôpital et développer les outils de coordination à travers l'utilisation de la **solution e-parcours** 3. Articuler les astreintes palliatives en Haute-Corse et Corse-du-Sud dans la perspective de créer une **astreinte palliative régionale** 4. Développer l'accès aux **soins palliatifs pédiatriques et pour la population vulnérable** 5. **Articuler** l'organisation en **soins palliatifs et** la filière de prise en charge de l'**urgence** (Service d'accès aux soins (SAS) et astreinte pédiatrique)	1.1. Rapport d'activité des USP d'HAD et EMSP 1.2. Nombre d'infirmiers diplômés d'Etat de parcours en poste 2. Interopérabilité des dossiers 3. Hotline régionale fonctionnelle 24H/24 4.1. Taux de fuite en pédiatrie 4.2. Nombre de professionnels de santé formés aux soins palliatifs pédiatriques 5.1. Nombre de passages évités au SAU 5.2. Bon usage de la fiche SAMU Pallia

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

Il apparaît nécessaire de proposer un **accès équitable aux soins palliatifs au plus proche sur les territoires pour toutes les populations**, afin de permettre à tous une fin de vie digne.

LEVIERS EXISTANTS

La stratégie s'appuie sur :

- Les médecins et infirmiers hospitaliers ;
- Les professionnels libéraux formés ;
- Le diplôme universitaire de l'université de Corse.

FACTEURS DE REUSSITE

La **mise en place de la cellule régionale d'animation**, pour travailler à une organisation partenariale entre équipes hospitalières et professionnels libéraux, constitue un élément clé de la stratégie.

Titre 6 : Développer et fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers, y compris les plus vulnérables

Le parcours de santé est le cheminement que réalise un patient (ou son aidant) qui s'articule autour de la prévention et promotion de la santé, la prise en charge aigüe ou chronique, et le rétablissement et/ou l'accompagnement. C'est lorsque la **fluidité** du parcours est mise à mal que l'on identifie des **points dits de rupture.**

Le schéma régional de santé 2018-2023 prévoyait 5 parcours prioritaires de santé :

- Le parcours Bien vieillir ;
- Le parcours Santé des enfants et des adolescents ;
- Le parcours Santé mentale (dont addictologie) ;
- Le parcours Cancer ;
- Les maladies chroniques et le parcours diabète.

Dans le cadre du schéma régional de santé 2023-2028, ces parcours sont actualisés. En effet les constats et analyses des thématiques par ailleurs évoquées dans le bilan et dans le présent schéma nourrissent les objectifs à poursuivre au niveau des points de rupture des parcours.

Ainsi, **le périmètre du parcours sur les maladies chroniques est élargi** à d'autres pathologies majeures dans l'île, mais ne faisant pas l'objet déjà d'un parcours de santé (cancer). De fait, si les actions menées pour lutter contre le diabète avaient été utilisées comme traceur du parcours, d'autres maladies chroniques sont fréquentes sur l'île, comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

L'approche populationnelle a également évolué pour certains parcours, tel celui concernant la santé des enfants et des adolescents. Ce sujet étant majeur, il fait l'objet d'un focus dans chaque parcours prioritaire de santé.

En parallèle du programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS), un **parcours prioritaire des personnes précaires** est instauré. **Le PRAPS, quant à lui, a vocation à traiter plus largement de la vulnérabilité dans son ensemble.**

Enfin, sur une proposition de la commission régionale de santé et d'autonomie (CRSA), un nouveau parcours de santé prioritaire est intégré pour répondre à une spécificité de la Corse à laquelle sont confrontés de nombreux patients : le **parcours de soins Corse-Contient**.

Les autres parcours prioritaires de santé (Bien vieillir, Cancer, Santé des personnes détenues, Handicap et Santé mentale) **sont maintenus**, bien que leurs objectifs soient revus.

6.1 - PARCOURS BIEN VIEILLIR

PERIMETRE DU PARCOURS

Augmenter l'espérance de vie sans incapacité en retardant la perte d'autonomie.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Maladies neurodégénératives, Gériatrie, Hospitalisation à domicile, Médecine, Filière urgence, Premier recours, Psychiatrie, Troubles du développement et du neurodéveloppement, Aide aux aidants, Numérique en Santé, Pharmacie d'officine, Ressources humaines en santé, Soins Palliatifs – fin de vie, Qualité et sécurité

CONTEXTE

Avec 340 440 habitants au 1er janvier 2019, la Corse est la région métropolitaine qui connait la **plus forte croissance démographique**. Ainsi, avec 20 232 personnes supplémentaires depuis 2013, la population de l'île est en hausse de 1% en moyenne chaque année. Cette hausse est trois fois supérieure à celle de la France métropolitaine (+0,4% en moyenne annuelle). La croissance démographique est **particulièrement importante au niveau de la population âgée**, avec une augmentation annuelle moyenne de 2,5% des 80 ans et plus, entre 2012 et 2017 (contre 1,9% au niveau national). Ce constat s'inscrit dans un contexte structurel où **la Corse compte près de 30% de personnes âgées** de 60 ans et plus, ce qui en fait la 2ème région la plus âgée de France.

En Corse, la **culture du soutien à domicile** est très présente et justifie en partie l'organisation sociale et médico-sociale en place. Cette culture est encadrée d'une part par le schéma de l'autonomie de la Collectivité de Corse et d'autre part par le présent schéma régional de santé, dont le plan de renforcement et de rattrapage de l'offre en faveur des personnes âgées. Ce souhait de tout à chacun de pouvoir vieillir à domicile s'est accru depuis la crise sanitaire de la COVID-19. Pour répondre à cette demande de la population de rester citoyen et acteur de son projet de vie malgré l'avancée en âge, il est nécessaire de pouvoir disposer des ressources sur le territoire permettant de :

- Soutenir une véritable politique de prévention de la perte d'autonomie, reposant sur un dépistage précoce des fragilités, ainsi que le développement d'actions de prévention autour des principaux risques ;
- Bénéficier de prises en charge et d'accompagnements adaptés aux besoins liés au vieillissement ;
- Disposer d'une offre de soutien et de répit accessible ;
- Renforcer la démarche qualité au sein des établissements et services, afin de lutter contre la maltraitance.

Le parcours s'adresse à toute la population et intègre par conséquent les **personnes handicapées vieillissantes** et les **personnes en situation de vulnérabilité**. Ainsi, l'accueil des personnes âgées et en grande précarité présuppose des coordinations entre les équipes du médico-social et les acteurs de l'accompagnement des personnes en vulnérabilité sociale et économique.

PARCOURS BIEN VIEILLIR

AVANCEES MAJEURES

Le bilan montre des évolutions significatives sur ce parcours, telles :

- Le développement du programme ICOPE sur 4 territoires de projet visant au repérage précoce des fragilités et des incapacités ;
- Le renforcement de l'offre médico-sociale, à travers la définition d'une stratégie régionale de rattrapage pour les personnes âgées dépendantes (accompagnement en EHPAD, soutien au milieu ordinaire et offre de répit), qui anticipe de nouvelles réformes à venir (création des services autonomie domicile, réforme du financement des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), évolution du modèle des EHPAD, …) ;
- L'amélioration du parcours hospitalier, à travers la labellisation des filières gériatriques, la mise en œuvre d'une astreinte gériatrique à destination des établissements médico-sociaux, ainsi que la création des cellules parcours patients pour sécuriser les retours à domicile ;
- Le déploiement par l'assurance maladie du service de retour à domicile (PRADO personnes âgées) pour anticiper le retour à domicile des patients hospitalisés âgés de 75 ans et plus ;
- L'organisation du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, permettant la solvabilisation pour une durée de 30 jours des résidents orientés en post-hospitalisation.

ENJEUX

La part de la population âgée est importante et est amenée à s'accroître (projections INSEE). La **prévalence des personnes atteintes de maladies neurodégénératives** s'en trouve amplifiée.

Les personnes âgées souhaitent **rester à domicile dans un cadre sécurisé et coordonné.**
Enfin, il s'agit d'organiser des **modalités de prise en charge et d'accompagnement par la filière gériatrique**, respectueuses des besoins et des attentes des personnes âgées.

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

Les points critiques primordiaux se trouvent au niveau de :

- L'accès à la ressource médicale (dont le médecin traitant) en tout point du territoire ;
- L'articulation entre les différents acteurs de la prise en charge (premier recours, hospitalier, médico-sociaux) ;
- L'accès à l'offre hospitalière selon des modalités d'orientation adaptées et spécialisées (Maladies neurodégénératives (MND) ; handicap ; vulnérabilité) notamment pour les patients relevant d'une prise en charge gérontopsychiatrique ;
- L'accès à une offre médico-sociale graduée en tout point du territoire.

RESULTATS ATTENDUS

L'**espérance de vie sans incapacité** doit être augmentée et la perte d'**autonomie** retardée.

Les **admissions directes** des personnes âgées au sein de tous les établissements sanitaires, sont organisées.

Enfin, le nombre de situations de **rupture** est diminué.

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
La définition et le déploiement d'une politique régionale de prévention de la perte d'autonomie sont renforcés.	1. Soutenir au sein des territoires le **repérage des fragilités** à travers le déploiement de dispositifs adaptés (Programme ICOPE ; Equipes locales d'accompagnement pour les aides techniques (EQLAAT) ; dispositifs innovants (article 51) ; services autonomie domicile ; …) 2. Définir un **plan régional anti-chute coordonné** autour de l'ensemble des acteurs concernés et assurer le déploiement d'actions sur l'ensemble des déterminants (nutrition ; activités physiques ; iatrogénie et conciliation médicamenteuse ; …) 3. Soutenir des **innovations organisationnelles et techniques** permettant d'améliorer l'accessibilité aux soins de spécialités (santé buccodentaire ; otorhinolaryngologie (ORL) ; ophtalmologie ; …), à travers notamment une dynamique d'aller-vers	1. Nombre de territoires de projet couverts par un dispositif de repérage des fragilités 2. Nombre d'hospitalisations de personnes âgées de plus de 65 ans pour au moins un motif de chute et nombre de décès 3. Nombre de projets médicaux des structures d'exercice coordonné, intégrant l'accès aux consultations de spécialité pour des publics ayant des besoins spécifiques

OBJECTIF GENERAL N°2	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Des modalités de prise en charge et d'accompagnement adaptées aux besoins, sont organisées pour sécuriser le retour et le maintien à domicile.	1. Assurer un **parcours adapté** aux personnes en perte d'autonomie **de l'accès et à la sortie de l'hospitalisation** en renforçant notamment l'offre hospitalière de gérontopsychiatrie 2. Assurer la **continuité des soins et des accompagnements à domicile** notamment pour les situations les plus complexes (Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcé ; soins palliatifs / Hospitalisation à domicile (HAD) ; centres ressources territoriaux ; Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) ; Programme de retour à domicile (PRADO) pour les personnes âgées ; désignation d'un médecin traitant pour toute personne en Affection longue durée (ALD) ; …) 3. Développer au sein de chaque territoire une **offre de répit** permettant de favoriser le soutien à domicile 4. Soutenir le déploiement des **dispositifs de coordination, d'orientation et d'information** (dispositif d'appui à la coordination ; communauté 360 ; service public territorial de l'autonomie), à travers des organisations territorialisées et des outils (numériques notamment) adaptés	1. Nombre de parcours organisés en accès direct au sein respectivement des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia 2. Nombre de séjours annuels relevant de l'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) 3. Nombre de projets individualisés validés par les plateformes d'accompagnement et de répit au sein de chaque pôle territorial d'appui aux aidants 4. Nombre de territoires de projet couverts par les dispositifs de coordination, d'orientation et d'information

OBJECTIF GENERAL N°3	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
La qualité des prises en charge et des accompagnements des personnes en perte d'autonomie est assurée et la bientraitance soutenue.	1. **Adapter les conditions d'hébergement** au sein des établissements médico-sociaux (investissement, numérique) 2. Soutenir l'effectivité de **modalités d'évaluation** conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur les déterminants principaux (douleur ; nutrition ; déficiences sensorielles ; psychisme ; …), à travers la formation des professionnels et l'utilisation des outils normés 3. Assurer que l'**organisation et le fonctionnement des établissements** de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux soient conformes aux dispositions réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles	1. Part des établissements médico-sociaux bénéficiant d'un programme de rénovation / mise aux normes / aménagement 2. Nombre de projets personnalisés d'accompagnement formalisés par chaque Etablissement médico-social (EMS) intégrant un projet de soins individualisés (indicateur dans le Contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM)) 3. Nombre d'Evénements indésirables graves (EIG) et d'Evénements indésirables graves associés aux soins (EIGS), transmis par chaque établissement de santé et chaque établissement social ou médico-social, et de réclamations reçues

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La **coordination** des acteurs du premier recours, du sanitaire et du médico-social ;
- Des **ressources humaines formées et qualifiées** nécessaires à l'accompagnement des personnes ;
- Le soutien des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux dans une **dynamique de qualité continue et permanente**.

6.2 - PARCOURS CANCER

PERIMETRE DU PARCOURS

Le parcours cancer est un parcours de santé prenant en compte la prévention dans ses trois dimensions dont la **prévention primaire dès le plus jeune âge avec l'acquisition des compétences psychosociales pour préserver sa santé dans une démarche « One Health »,** des parcours de soins en fonction des organes atteints et selon un maillage allant de l'infraterritoire à l'interrégional (PACA et Ile de de France) et la prise en charge de l'après cancer. Les soins palliatifs s'appuient sur les organisations décrites dans la fiche thématique.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Prévention et promotion de la santé – compétences psychosociales (programme national nutrition santé, vaccination contre le papillomavirus humains (HPV), dépistages individuels et organisés), Troubles du comportement alimentaire, Premier recours, Addictologie, Parcours Santé des personnes détenues, Parcours Santé mentale (stress), Parcours Santé précarité (inégalités sociales et territoriales de santé), Parcours Handicap, Ressources humaines en santé
Filière cancer (la fiche sur la filière cancer se limite à la gradation des soins et l'oncologie), Hospitalisation à domicile, Soins palliatifs – fin de vie, Douleur chronique, Soins médicaux et de réadaptation
Lien fort avec le PRAPS et le Projet régional Santé Environnement (qualité de l'air, radon, …)

CONTEXTE

1/ National

La **stratégie décennale 2021 à 2023** s'articule autour de 4 axes :

- Améliorer la prévention ;
  - Primaire (40% des cancers pourraient être évités avec des modes de vie plus sains) ;
  - Et secondaire (en augmentant le nombre de dépistages) ;
- Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes en réduisant de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un cancer ;
- Lutter contre les cancers de mauvais pronostic (un taux de survie à 5 ans inférieur à 33%) en améliorant les taux de survie ;
- S'assurer que les progrès bénéficient à tous.

La recherche est très présente sur les 4 axes avec un volet structuration et un volet accompagnement.

2/ Régional

Chaque année, en Corse, **environ 1 800 nouveaux cas de cancers estimés par an** (toutes localisations confondues) sont diagnostiqués, 53 % chez l'homme, 47 % chez la femme. Les **3 cancers les plus fréquents**, responsables chaque année d'un peu plus de la moitié des nouveaux cas sont la prostate, le poumon et côlon-rectum chez l'homme, et le sein, le côlon-rectum et le poumon chez la femme. L'âge médian au premier traitement à visée anticancéreuse est de 67 ans chez les femmes (comme au niveau national) et de 71 ans chez les hommes (68 ans au niveau national). Les cancers pédiatriques représentent environ 20 nouveaux cas par an.

CONTEXTE (suite)

Le cancer est la cause de 29 % des décès dans la région. Toutes localisations confondues, la situation est favorable chez les hommes et comparable chez les femmes (incidence et mortalité) par rapport au continent.
Il faut noter qu'un tiers de la population a 60 ans ou plus. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 11% de la population et l'Indice de vieillissement est de 113. En 2050, 2 insulaires sur 10 auront plus de 75 ans.

Tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, surpoids / obésité et agents infectieux représentent les **5 causes principales de cancers évitables**. En Corse, la consommation de tabac (20% des causes évitables) est favorisée par une moindre taxation. Les évolutions en cours dans nos modes de vie (mauvaise alimentation, sédentarité) sont défavorables. Les conditions environnementales (pollution de l'air ; radon ; amiante ; pesticides) impactent davantage certains des territoires insulaires. Les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRDC) en général mettent en évidence un relatif échec des 3 dépistages organisés, ce qui a conduit les autorités nationales à revisiter la stratégie, notamment en direction des populations vulnérables. Les marges d'adaptation sont limitées : la « concurrence » des dépistages individuels et une implication inégale des professionnels de santé, ne permettent pas d'adapter la stratégie régionale de dépistage aux spécificités sociologiques et géographiques de l'île et de ses populations.

Les parcours de soins s'appuient sur des recours régionaux voir interrégionaux. Cette particularité nous impose une lisibilité et une coordination renforcée des parcours de soins et un partage sécurisé des données de santé.

Focus : Le parcours de soin en **oncopédiatrie** s'appuie majoritairement sur les centres de référence en région PACA (hôpital La Timone enfants et hôpital de l'Archet Nice 2). Le Réseau d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique (ReHOP) assure la coordination des prises en charge entre les centres de référence et le territoire au niveau médical ; paramédical ; social ; scolaire ; … Avec le soutien des associations, des hébergements non médicalisés permettent l'hébergement des familles qui le souhaitent. Le ReHOP accompagne les professionnels libéraux et hospitaliers dans l'actualisation de leur pratique. La gestion des complications est assurée par les centres de référence en lien avec les deux services de pédiatrie insulaires. Des consultations avancées en oncologie solide y compris en radiothérapie (au centre hospitalier d'Ajaccio, pour 1 journée tous les 3 mois) et en oncohématologie (2 jours au centre hospitalier d'Ajaccio et 2 jours au centre hospitalier de Bastia tous les trois mois, complétées avec des consultations d'hématologie bénigne), sont assurées par les centres de référence sur les deux centres hospitaliers. Les adolescents et jeunes adultes (AJA) (15 à 25 ans) sont également pris en charge au sein de l'Institut Paoli-Calmettes et bénéficient des dispositifs AJA mis en place par la région PACA (AJA TEAM Paca Est Corse, CAP AJA PACA Ouest Corse, AJA AP-HM Paca Ouest). L'ARS accompagne ce dispositif.

L'après-cancer est un temps fort de la prise en charge et de la reconstruction, afin de pouvoir reprendre sa vie, y compris professionnelle.
Tout au long des différentes étapes du parcours, les associations d'usagers sont très présentes pour soutenir les patients et leur famille pendant cette période difficile.

AVANCEES MAJEURES

1/ Environnement

- **Radon** : des actions ont été menées sur la problématique radon dans les établissements scolaires, les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux.
- **Amiantes** : le Bureau de recherches géologiques et minières (BRGM) a élaboré une cartographie de l'amiante pour les 26 communes du Cap Corse et la région de Ponte Leccia. Des travaux sont en cours pour d'autres communes sur d'autres secteurs géographiques.
- **Qualité de l'air** : des mesures de pesticides ont été réalisées par QUALITAIR, sur des sites urbains, péri-urbains et ruraux.
- **Programme AER Nostrum** : ce programme Européen MARITTIMO de 3 ans (2020-2023) concerne entre autres la Corse, avec une étude de la qualité de l'air dans les ports d'Ajaccio et Bastia. Il a pour objectif de contribuer à mesurer la qualité de l'air dans les alentours des ports.
- **Campagne de prélèvements des eaux à consommation humaine** : cette campagne a inclus des recherches par le laboratoire de l'Agence nationale sécurité sanitaire alimentaire nationale (ANSES) de pesticides et métabolites, résidus d'explosifs et de dioxane.

2/ Prévention

Le bilan montre un déploiement d'actions du **programme national nutrition santé et du sport-santé** en interinstitutionnels (DRAAF, CDC, DRAJES), ainsi que la mise en place de 2 Maisons Sport-Santé.
Le **Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC, ex ARCODECA)** s'est redynamisé et intègre en sus des 3 dépistages organisés les missions complémentaires suivantes :

- L'instauration du dépistage organisé du col de l'utérus ;
- La mise en place, l'articulation, puis le transfert de compétences du continent vers la Corse pour des consultations oncogénétiques (sur Ajaccio, Bastia, Corte) ;
- La gestion de l'application de smartphone « mon dépistage cancer » ;
- Le portage d'une expérimentation impliquant des pharmacies dans le dépistage organisé du cancer colorectal, le projet ACAPULCO pour un dépistage « low dose » du cancer du poumon), ainsi qu'une initiation de la dématérialisation de la L2 pour le cancer du sein ;
- La réalisation d'une étude sociologique autour des dépistages organisés et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (DORISTS).

AVANCEES MAJEURES (suite)

3/ Soins

Une organisation entre la ville et l'hôpital s'est déployée dans le cadre des thérapies orales en oncohématologie. Des fiches médicaments en oncohématologie ont été élaborées sous le pilotage du Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) ONCO PACA Corse pour les professionnels de santé, afin de faciliter la surveillance et le suivi des effets indésirables.
La mise en place de l'organisation dite **« Bastia Institut du Sein »** permet une orientation rapide dans la filière du cancer du sein, dès suspicion, à partir d'un guichet unique. Le patient est alors mis en relation avec un infirmier de parcours.
Le projet de télémédecine en dermatologie a été soutenu, afin notamment de diminuer la mortalité liée aux cancers cutanés , dans l'attente de la reconnaissance de la téléexpertise dans le droit commun.
Le **déploiement du dispositif d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes** s'appuie sur un plan de formations, en lien avec les acteurs, dans une optique de simplification des prises en charge des patients.
Le Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) ONCO PACA Corse a communiqué sur les dispositifs et **essais cliniques** en place, à travers des répertoires régionaux des essais cliniques (y compris pédiatriques) et des newletters, avec pour objectif de favoriser l'inclusion des patients. Cela permet par ailleurs aux établissements de santé (centres hospitaliers d'Ajaccio et Bastia) de recruter des temps **d'Assistant de Recherche Clinique** pour stucturer la recherche clinique en région.

4/ Vivre pendant et après le cancer

L'organisation par le DSRC ONCO PACA Corse de groupes de travail thématiques sur les soins de support, a permis d'outiller les professionnels de santé.
Un répertoire soins de supports a été établi **pour améliorer la lisibilité.**
L'association « Intervenants Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient » (**ILHUP)** a instauré une coordination du suivi des patients pendant le cancer, par un réseau de psychologues permettant un suivi au plus près du domicile.
Afin d'assurer un maillage du territoire au plus près des patients dans une phase post-hospitalière, **des structures soins oncologiques de support après cancer ont été labellisées.** Ces dernières sont accompagnées dans le cadre de leur montée en charge sur différents plans (information ; formation ; communication ; évaluation).
Enfin, **l'équipe de soins palliatifs-douleurs du centre hospitalier d'Ajaccio** a constitué un réseau de professionnels, dans le but de mieux répondre aux douleurs réfractaires et d'homogénéiser le panier de soins antalgiques.

ENJEUX

En termes de prévention : les **comportements** et la qualité de l'**environnement** diminuent significativement le risque de nombreux cancers (et autres maladies chroniques). Chaque euro investi en prévention-promotion de la santé limite les surcoûts humains, sur le système de santé et la société.

En termes de soins : l'enjeu porte à la fois sur la **lisibilité** de chaque parcours de soins, pour une réduction des délais de prise en charge, et sur la **qualité** et la sécurité des soins, par la coordination des prises en charge des patients en lien avec le premier recours, la coordination des acteurs et l'évaluation des pratiques.

Au final, il s'agit de la qualité de vie des patients au travers du déploiement des soins de supports pendant et après le cancer.

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

Il perdure une méconnaissance de l'incidence des comportements et de l'environnement sur le risque du cancer, avec un certain déni.

On observe une très faible participation aux dépistages organisés, dans un contexte de réorganisation entre le Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) et la CPAM à mettre en œuvre en 2024.

L'accès aux dispositifs existants et leur coordination est à renforcer, afin de sécuriser les retours au domicile notamment pour les patients pris en charge sur le continent.

L'opérationnalité des dispositifs de qualité transverse, en raison de difficultés sur les ressources humaines, est discontinue.

Enfin, le panier de soins de support est à consolider dans certains territoires (douleur ; activité physique adaptée).

RESULTATS ATTENDUS

La situation attendue dans 5 ans doit permettre aux usagers :

- Une meilleure **connaissance des expositions** environnementales (air et eau à consommation humaine), pour réduire les risques impactant la santé ;
- Une **baisse** du tabagisme et de la c**onsommation** d'alcool ;
- Une réduction du **surpoids et** de l'**obésité** ;
- Une diminution de l'**incidence** des cancers ;
- Une amélioration de la **précocité du diagnostic** ;
- Des **parcours de soins** soulageant le fardeau de la maladie, intégrant la recherche clinique y compris sur l'île et sécurisés par un dossier communicant de cancérologie fonctionnel ;
- Des **acteurs de soins fédérés** et en lien avec les centres de référence (Institut régional Corse de cancérologie (IRCC)).

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
L'ensemble des acteurs est impliqué dans le virage préventif, dans une approche One Health – Une Seule Santé (santé environnementale, animale et humaine).	1. Prioriser la mise en œuvre des mesures prévues dans le Projet régional de santé environnement (PRSE) au titre de l'approche « **One Health** - Une Seule Santé » ayant une incidence sur les cancers, notamment dans les domaines de l'air extérieur, de l'eau à consommation humaine et les expositions environnementales (radon et amiante) d'une part, et enclencher les actions sur le développement d'espaces sans **tabac,** ainsi que les programmes probants de réduction du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire d'autre part 2. Déployer le programme national **nutrition** santé, le programme national de l'alimentation et de la nutrition, la stratégie **sport-**santé dès le plus jeune âge, ainsi que la **vaccination** contre le papillomavirus humains (HPV) 3. Engager une stratégie de **dépistage** organisé avec une attention particulière pour les populations vulnérables (cf. recommandation DORISTS) et une adaptation pour les **personnes âgées et/ou en situation de handicap** (référent handicap au sein des établissements de santé – communication et équipement adaptés) 4. Prioriser la **prévention au sein des établissements sociaux et médico-sociaux**, au niveau des : • EHPAD, avec la constitution de 4 équipes territorialisées EHPAD sur les 10 ans à venir pour accompagner les EHPAD sur les thématiques (nutrition ; santé buccodentaire ; dépistage ; activité physique adaptée ; …) avec un plan d'actions pour chaque structure en lien avec le Contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM) • Établissements sociaux et médico-sociaux du secteur du handicap, avec une structuration de l'offre médicale et des infirmiers diplômés d'Etat, autour de la logique de prévention pour permettre la déclinaison d'actions au sein de l'établissement concernant la prévention et l'éducation à la santé (tabac ; alcool ; nutrition ; sexualité et activité physique).	1.1. Nombre et localisation des actions issues du PRSE (One Health - Une Seule Santé), le programme national nutrition santé, le programme National de l'alimentation et de la nutrition et la stratégie sport-santé 1.2. Nombre de projets du dispositif annuel Moi(s) sans tabac 2. Augmentation des taux de dépistages (individuels et organisés) pour les cancers et hépatites 3. Taux de vaccination HPV de la classe d'âge (5ème) garçon, fille 4. Nombre de plans d'actions en EHPAD et en établissements sociaux et médico-sociaux du secteur du handicap

OBJECTIF GENERAL N°2	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Chaque parcours de soins est accessible, de qualité et sécure, par le renforcement de la coordination des prises en charge des patients, en interface avec le premier recours et la coopération des acteurs, afin d'amplifier les démarches qualité au sein des structures et auprès des professionnels de santé.	1. **Créer un Institut régional Corse de cancérologie (IRCC)** afin de fédérer les acteurs pour poursuivre les coopérations nécessaires avec les centres de référence continentaux 2. Renforcer dans chaque territoire l'**accessibilité et la lisibilité des parcours** de soins du pré-diagnostic à la fin de traitement en favorisant : • Un pont d'entrée unique • Une coordination des acteurs, en s'appuyant sur des modèles ayant fait leur preuve, facilitant l'accès aux plateaux techniques et la gestion des complications concernant : o Le Bastia Institut du sein, avec une prise en charge au sein de plusieurs plateaux techniques et la consolidation du lien ville-hôpital o Les thérapies orales, avec la mise en place d'un accompagnement de l'usager par une équipe hospitalière (constituée d'un oncohématologue, d'un pharmacien et d'un Infirmier diplômé d'Etat (IDE) parcours) et de l'équipe de premier recours (composée d'un pharmacien et du médecin traitant) o Les bonnes pratiques issues de l'évaluation des organisations retenues dans le cadre des appels à projet de l'Institut national des cancers (dans le cas des cancers de mauvais pronostics) • Un retour au domicile sécurisé par le partage d'informations (programme personnalisé de soins en cancérologie, et dossier communicant de cancérologie, actualisés dès la sortie du patient) 3. Assurer pour chaque patient un **temps d'annonce** avec une évaluation des besoins en soins de supports et une prise en charge adaptée en se basant sur les dispositifs existants (premier recours ; hospitalisation à domicile ; équipe mobile douleurs et soins palliatifs ; sites associés aux traitements médicamenteux systémiques du cancer), en lien avec les centres de référence (établissements autorisés à l'activité de soins) 4. Accompagner l'**évolution des centres de coordination en cancérologie (3C)** en lien avec le DSRC ONCO PACA Corse dès parution du nouveau référentiel pour permettre l'opérationnalité des dispositifs transversaux de la qualité, les évaluations des pratiques professionnelles et pour rendre lisible les dispositifs et les parcours confortant le rôle d'animateur du territoire des 3C autour de la qualité en cancérologie. 5. Expertiser l'opportunité d'une réponse de proximité en région pour **l'oncopédiatrie**, avec l'appui du ReHOP et de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique	1. Convention constitutive du Groupement de coopération sanitaire (GCS) et suivi des travaux d'avancement de l'Institut régional Corse de cancérologie (IRCC) 2 Nombre de parcours de soins structurés 3. Réalisation de l'annuaire soins de supports 4.1. Application du nouveau référentiel par chaque 3C 4.2. Rapport d'activité des 3C 5. Suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques à la cancérologie

PARCOURS CANCER

OBJECTIF GENERAL N°3	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Un programme personnalisé après-cancer garanti pour chaque patient(e).	1. Intégrer la **consultation de fin de traitement** dans le parcours de soins 2. Evaluer les besoins en **soins de support** en fin de traitement actif et orienter vers les structures labellisées soins de support après cancer, en lien avec les maisons sport santé pour les prises en charge 3. Permettre à chaque patient de bénéficier d'un **programme personnalisé après cancer** partagé avec les équipes de soins au sein du dossier communiquant cancer.	1 et 2 Nombre de programmes personnalisés après cancer 3. Nombre de forfaits après cancer

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- Les acteurs : le premier recours ; l'Education Nationale ; le Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) ; les radiologues ; les laboratoires ; la CPAM ; la Mutualité sociale agricole (MSA) ; les Maisons Sport-Santé ; la Collectivité de Corser ; les agglomérations ; les intercommunalités ; les contrats locaux de santé et les projets territoriaux de santé ; les communautés professionnelles territoriales de santé ; les associations d'usagers (spécifiques cancer) ; l'IREPS et la FCCIS ;

- Les travaux, avec l'appui, du Dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) et des Centre de Coordination en Cancérologie (3C) ;

- L'Unité de coordination en oncogériatrie (UCOG), le Réseau de soins régional PACA/Corse d'hématologie et d'oncologie pédiatrique (ReHOP) et l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, sur les filières intégrées.

6.3 - PARCOURS HANDICAP

PERIMETRE DU PARCOURS

Limiter les sur-handicaps, réduire les risques de rupture avec le milieu de vie, soutenir l'inclusion.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Troubles du développement et du neurodéveloppement, Société inclusive, Maladies et handicaps rares, Médecine, Filière urgence, Premier recours, Psychiatrie, Aide aux aidants, Prévention et promotion de la santé – compétences psychosociales, Ressources humaines en santé

CONTEXTE

Le choix de reconnaitre et structurer un parcours en faveur des personnes en situation de handicap, a vocation à **accompagner une évolution en profondeur de la société et un changement de paradigme**, en soutenant les enjeux d'inclusion et d'adaptation de la société et en assurant le développement d'une offre d'accompagnement adaptée aux besoins spécifiques de ces personnes et de leurs aidants. Pour ce faire, il importera d'obtenir une reconnaissance collective que l'existence d'un handicap nécessite la construction de solutions qui doivent **transcender une lecture clivante des besoins et des interventions, tendant à faire du secteur médico-social la solution unique et absolue à toute problématique** ; l'usager devant être appréhendé dans l'ensemble de son écosystème à travers une approche multidimensionnelle de ses besoins et la mobilisation de toutes les solutions nécessaires à la construction de son projet de vie, en tant que citoyen. Plus spécifiquement, le parcours Handicap repose finalement sur une approche transversale du schéma régional de santé, en ce que l'ensemble des thématiques évoquées doit permettre la prise en considération des besoins de cette partie de la population.

La structuration du parcours Handicap a profondément évolué sur la période 2017-2022 (cf. « Avancées majeures » ci-après). Les actions engagées au titre du repérage et diagnostic précoces, des interventions précoces, du soutien à l'inclusion scolaire et professionnelle, ainsi qu'à la structuration d'une offre d'accompagnement adapté aux besoins notamment les plus complexes, doivent être poursuivies pour répondre à toutes les situations et limiter encore le nombre de situations à risque ou en situation de rupture vis-à-vis du milieu ordinaire. Par ailleurs, des difficultés significatives subsistent toujours au niveau de l'articulation sanitaire/médico-social en termes d'accès aux soins, d'hospitalisation, mais également d'accompagnement des personnes avec besoins très complexes. L'ensemble des perspectives définies doit avoir comme dénominateur commun, l'objectif supérieur de permettre à chaque personne en situation de handicap d'être actrice de son projet de vie et de soins. Ainsi, l'accueil des personnes en situation de handicap et en grande précarité présuppose des coordinations entre les équipes du médico-social et les acteurs de l'accompagnement des personnes en vulnérabilité sociale et économique.

AVANCEES MAJEURES

En termes de **repérage et diagnostic précoces** : le Centre ressources autisme (CRA) a été renforcé ; la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) de la Collectivité de Corse a déployé une seconde Unité de bilan des troubles DYS (UBDYS) dans le Pays Ajaccien ; un centre médico-social a été instauré en Balagne (intégrant une Equipe de diagnostic autisme de proximité (EDAP)) ; la Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) a été mise en œuvre selon une organisation infra-territoriale ; …

Concernant les **interventions précoces** : le capacitaire de SESSAD a été augmenté, notamment sur les Troubles du spectre autistique (TSA), les troubles des apprentissages et les Troubles du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) dans une logique de maillage territorial renforcé.

Au titre de l'**inclusion scolaire et professionnelle** : des Equipes médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) couvrant l'ensemble de la Corse ont été mises en place ; le nombre d'unités d'enseignement « autisme » (maternelle et élémentaire) a été renforcé ; le Dispositif d'emploi accompagné (DEA) a été consolidé.

Enfin, pour le **renforcement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap complexe** : le capacitaire de Maison d'accueil spécialisé (MAS) a été accru de 45 places dont 8 en direction des personnes en situation de handicap aux besoins très complexes (cette offre mobilise des compétences sanitaires et médico-sociales renforcées) ; la Réponse accompagnée pour tous (RAPT) a été structurée et les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) déployés ; les plateformes de répit TSA ont été renforcées ; l'autodétermination s'est développée via le poste de faciliteur ; l'accès aux ressources expertes (centre ressources sexualité, vie affective – service d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap) a été amélioré ; …

Enfin, la Mission d'accompagnement Santé (MisAS) par l'assurance maladie s'est déployée. Elle vise à faciliter l'accès aux droits et aux soins pour les personnes peu autonomes notamment.

ENJEUX

Le repérage précoce permet d'**intervenir le plus tôt possible et éviter le sur-handicap.**

Les acteurs du milieu ordinaire pour accompagner l'inclusion des personnes en situation de handicap **doivent être soutenus.**

Il s'agit également de favoriser l'**accès à des ressources expertes** limitant les déplacements sur le continent ou les renoncements aux prises en charge notamment sur le soin.

Enfin, il est crucial d'assurer des modalités d'**accompagnement adaptées et de qualité**.

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

L'accès à une offre de repérage / diagnostic et d'interventions précoces reste problématique en tout point du territoire.

La difficulté de compréhension du handicap et de ses manifestations, ainsi que l'identification des ressources disponibles, persiste.

On constate par ailleurs une rupture dans l'anticipation des âges de transition, qui nécessite une évaluation et réévaluation normée, pluridisciplinaire et multidimensionnelle.

Enfin, l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap (dont la manifestation du handicap représente un frein à la réalisation des actes nécessaires), est un sujet majeur.

RESULTATS ATTENDUS

Les usagers doivent **disposer d'une offre de prise en charge précoce** (repérage / intervention / diagnostic) **au sein des 9 territoires de projet**.

Ils doivent également pouvoir **accéder aux soins** en disposant de l'information adaptée, en étant accompagnés si nécessaire.

Les personnes en situation de handicap doivent **être en mesure de s'autodéterminer**.

Enfin, **les ressources spécialisées doivent être plus accessibles**, pour assurer une meilleure compréhension du handicap et de ses manifestations, ainsi qu'un meilleur repérage de l'offre.

PARCOURS HANDICAP

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Les risques de sur-handicap et de rupture de parcours sont prévenus.	1. Assurer l'**accès à une offre d'expertise** (traitements médicamenteux ; déficiences sensorielles ; troubles du comportement ; sexualité ; épilepsie) en développement des centres ressources (centre ressources des troubles du neurodéveloppement, centre ressource des déficiences sensorielles) et en renforçant les partenariats avec les centres experts (via les Equipes relais handicaps rares (ERHR)) 2. Soutenir la **continuité des parcours** des usagers des établissements médico-sociaux à travers une évolution des organisations (plateformes de prestations intégrant des dispositifs intégré, procédure d'admission, âge de transition) et des pratiques professionnelles recommandées (formation et sensibilisation) 3. Finaliser la structuration et le déploiement de **la Communauté 360** et la logique de **coordination de parcours** 4. Poursuivre le développement de **l'offre médico-sociale à tous les âges de la vie** dans une dynamique d'inclusion, de territorialisation et de soutien aux aidants	1. Disponibilité de l'offre d'expertise : déploiement régional ou organisation de l'accès aux filières d'excellence 2.1. Taux d'établissements médico-sociaux ayant mis en place un dispositif de gestion de liste d'attente 2.2. Taux de Contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM) signés entre l'ARS et les établissements médico-sociaux intégrant des objectifs de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques professionnelles (cible : 100%) 3. Nombre de situations individuelles complexes et critiques gérées par la communauté 360 4. Taux d'équipements régionaux et départementaux de l'offre médico-sociale
OBJECTIF GENERAL N°2	**ACTIONS**	**INDICATEURS DE RESULTAT**
Une stratégie régionale d'accès aux soins des personnes en situation de handicap est définie.	1. Développer les **actions de prévention et d'éducation** à la santé de façon adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap (notamment concernant l'activité physique adaptée) 2. Assurer l'**accès aux soins dans une logique de graduation et de territorialisation** dans le cadre du déploiement de la Charte Romain Jacob 3. Limiter les situations de rupture liées aux troubles du comportement par une **recherche systématique de causes somatiques**	1. Taux de CPOM signés entre l'ARS et les établissements médico-sociaux pour les adultes, intégrant des actions de prévention et de dépistage (cible : 100%) 2.1. Nombre de dispositifs de consultations dédiées déployés 2.2. Taux d'accès aux soins des personnes en situation de handicap (Source *Handifaction*) 3. Taux des établissements médico-sociaux disposant d'une convention de partenariat à jour avec un établissement de santé (somatique et psychiatrique) (cible : 100%)

OBJECTIF GENERAL N°3

L'inclusion des personnes en situation de handicap est soutenue à travers les 3 déterminants principaux que sont la scolarisation, l'emploi et le logement.

ACTIONS

1. Développer la **capacité d'autodétermination** des personnes en situation de handicap, notamment à travers la logique de réhabilitation et de communication adaptée

2. Améliorer le **taux de scolarisation** des élèves en situation de handicap

3. Améliorer l'**employabilité** des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire (transformation des Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), développement de l'emploi accompagné, poursuite des accompagnements dans le supérieur)

4. Soutenir le développement d'une offre d'**hébergement** répondant aux besoins des personnes en situation de handicap notamment vieillissantes

INDICATEURS DE RESULTAT

1.1. Nombre de faciliteurs
1.2. Nombre de places médico-sociales de réhabilitation psychosociale
2. Taux d'élèves accompagnés en établissements médico-sociaux scolarisés en milieu ordinaire (unité d'enseignement externalisée, …)
3. Nombre de travailleurs d'ESAT sortant pour un emploi dans le milieu ordinaire et nombre de suivis individuels au titre du dispositif d'emploi accompagné
4.1. Taux d'équipements régionaux et départementaux établissements médico-sociaux adultes (établissements d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée)
4.2. Nombre d'habitats inclusifs déployés

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- L'**articulation et la coordination des acteurs** des secteurs du médico-social, du sanitaire et du premier recours ;
- L'**engagement de tous les acteurs** à adapter leurs organisations et pratiques professionnelles aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap ;
- Le **développement d'une offre d'expertise** en matière de médico-social **sur l'ensemble du territoire**, qui soutient l'inclusion des personnes en situation de handicap.

6.4 - PARCOURS MALADIES CHRONIQUES

PERIMETRE DU PARCOURS

Agir sur les enjeux spécifiques relatifs aux 5 principales affections de longue durée et mieux connaître certaines pathologies pour mieux agir.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Filières de soins concernées, Prévention et promotion de la santé – compétences psychosociales, Rétablissement, Médecine

CONTEXTE

5 Affections de longue durée (ALD) présentent un nombre de patients élevé (nombre de patients bénéficiant d'une ouverture active de droit à une ALD en 2022. (Source *Assurance maladie*) :

- Diabète de type 1 et 2 (17 266). Il est à noter par ailleurs pour le diabète, selon Santé Publique France, que l'incidence du diabète de type I (c.-à-d., génétique) est de 20,8 pour 100 000 habitants en Corse, soit un des deux taux régionaux les plus élevés de France. Pourtant la Corse affiche les meilleurs indicateurs en terme de faible incidence standardisée de complications du diabète (amputation, plaie du pied, insuffisance rénale chronique terminale) avec 28 personnes sur 1 000) ;
- Maladie coronarienne (11 110) ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves (9 306) ;
- Hypertension artérielle sévère (4 984) ;
- AVC invalidant (2 949).

Ce sont les **principales maladies chroniques** à enjeu en termes de prévention, d'organisation des soins et d'accompagnement du rétablissement en Corse.
Elles sont pour partie évitables et elles ne disposent pas systématiquement d'une organisation optimale des soins.

D'**autres pathologies** ne font pas l'objet d'actions ciblées. Même si elles concernent un nombre moins important de patients, elles progressent et ont partie liée avec le **vieillissement de la population** ou l'**accroissement de comportements défavorables**. On peut citer la maladie de Parkinson ou les maladies respiratoires telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou l'asthme. On constate ainsi que la région affiche le plus haut taux d'hospitalisation du pays pour asthme chez l'enfant et chez l'adulte, mais cependant le deuxième plus faible taux de mortalité pour asthme après la Guyane.
Pour d'autres pathologies, leur **dépistage** n'est **pas suffisamment répandu**, en particulier auprès de publics à risques : l'hépatite est significative à cet égard. La Corse présente également pour la France les plus faibles nombres de tests positifs pour la recherche des anticorps anti-VHC et de taux de tests anticorps anti-VHC confirmés positif (source *Observatoire Géodes de Santé publique France*).

Enfin, elles sont **invalidantes** et pourtant, pour certaines d'entre elles, **invisibles**, rendant le rétablissement plus difficile.

Le développement des **préventions primaire et secondaire** connaît d'importantes marges de progression. Si les bilans de santé aux âges clefs de la vie vont être des leviers majeurs dans la prévention ou le diagnostic précoce des maladies chroniques, l'enjeu de l'entretien et de la préservation du capital santé individuel et collectif, est un socle.
En termes de rétablissement et de meilleure qualité de vie, les **innovations organisationnelles** tenant compte de l'impact de la géographique sur l'accessibilité aux ressources et le **numérique** offrent des perspectives nouvelles.

AVANCEES MAJEURES

La Plateforme régionale d'accompagnement du malade chronique vers l'autonomie (PRAMCA) présente un **bilan positif sur la thématique du diabète**, avec :

- 48 actions menées sur les 5 années d'existence ;
- 17 partenaires différents ;
- Un programme ayant permis d'apporter :
  - Des méthodes et des outils, pour toucher les personnes éloignées des dispositifs, directement ou via un partenariat ;
  - Une approche multimodale faite d'offres individuelles personnalisées et/ou collectives d'empowerment ;
  - Une action sur l'environnement, en agissant sur les dispositifs et les professionnels pour un meilleur accueil et suivi ;
  - Une approche communautaire dans laquelle toutes les étapes et tous les aspects du projet sont réalisés avec et par les personnes âgées et/ou en situation de handicap ;
  - L'ouverture de deux maisons sport-santé en soutien au développement de l'activité physique adaptée ;
  - Un développement du nombre de pathologies faisant l'objet d'un programme d'éducation thérapeutique du patient.

ENJEUX

Les pathologies et traitements chroniques représentent les deux tiers (62%) des dépenses de santé (Source *Ameli*).

Bien que les moyens pour prévenir et combattre la plupart des maladies chroniques soient connus, de nombreuses personnes continuent de voir leur vie gâchée ou prématurément raccourcie par des maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète.

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

Il persiste une insuffisante prévention dans des environnements pourtant favorables et déterminants.

Les capacités des équipes de soins primaires sont insatisfaisantes dans le repérage et le dépistage systématiques.

L'organisation des soins spécialisés doit conjuguer l'accessibilité, malgré la rareté de la ressource et l'articulation avec le médecin traitant dans l'organisation du monitoring à distance.

L'accès des centres experts reste à améliorer.

Le rétablissement est rendu difficile par la méconnaissance des impacts de la maladie et/ou leur invisibilité, ainsi que des ressources.

RESULTATS ATTENDUS

La politique doit être ancrée dans la **prévention à la fois dans les environnements les plus déterminants et dans les pratiques professionnelles** des acteurs de santé.

Le parcours de soins doit être fluidifié et la perte de chances reculer, par une meilleure articulation des différents niveaux des filières de soins.

Les impacts de la maladie et les ressources de proximité seront mieux connus, afin de favoriser le rétablissement des patients.

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Les environnements scolaires et professionnels deviennent des lieux de prévention et de repérage des risques.	1. Accompagner la **santé scolaire** dans ses missions de promotion de la santé 2. Développer un **label « entreprise actrice de santé »**	1. Nombre des établissements scolaires ayant un programme de promotion de la santé au terme des 5 années du schéma (cible : 100 %) 2. Nombre des entreprises ayant le label au terme des 5 ans du schéma (cible : 50 %)

OBJECTIF GENERAL N°2	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
L'accès aux soins est facilité.	1. Favoriser **le repérage et le dépistage** par les équipes de soins primaires aux âges clefs de la vie et développer la prescription de l'activité physique adaptée 2. Développer une **campagne grand public** en termes de repérage des risques, d'organisation des soins, d'accès à l'information et aux ressources en faveur du rétablissement 3. Généraliser le **mode conventionnel entre les centres experts et les centres hospitaliers** d'Ajaccio et de Bastia	1.1. Progression du taux de bilans santé aux âges clefs de la vie par classe d'âge de 20 % par an en 5 ans à compter de leur mise en œuvre 1.2. Nombre des prescriptions d'activité physique adaptée (cible : +10% par an) 1.3. Nombre des dépistages de l'hépatite auprès des publics plus exposés (cible : +10%) 2. Nombre de campagne réalise (cible : 1 pathologie par an) 3. Nombre de centres experts ayant une convention avec les deux centres hospitaliers de recours (cible : 100 %)

OBJECTIF GENERAL N°3	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Les conditions du rétablissement dans la proximité sont soutenues.	1. Déployer le **Programme de retour à domicile (PRADO) Insuffisance Cardiaque** 2. Développer le **monitoring à distance**, tant dans le cadre de l'exercice coordonné qu'en articulation avec les spécialistes 3. Développer une **campagne d'information** sur les handicaps invisibles et l'emploi 4. Garantir que toutes les maladies chroniques disposent d'un **programme d'Education thérapeutique du patient (ETP)**	1. Taux de recours au programme PRADO (cible : +10% par an) 2.1. Nombre protocoles de coopération infirmiers-médecins traitants dans le suivi à domicile malades chroniques 2.2. Duplication, dans le cadre d'un article 51, du dispositif EVA CORSE pour la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 3. Réalisation d'une campagne d'information auprès des employeurs sur les suites d'un Accident vasculaire cérébral (AVC) et la maladie de Parkinson 4. Taux de maladies chroniques disposant d'un programme d'Education thérapeutique du patient (ETP) (cible : 100%)

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- La **mobilisation des environnements de droit commun** en faveur de la santé individuelle et collective ;
- Une **meilleure connaissance** des pathologies et de leurs impacts parfois invisibles ;
- Une **articulation plus fluide** entre les différents niveaux de prise en charge dont le monitoring à distance.

6.5 - PARCOURS SANTE DES PERSONNES DETENUES

PERIMETRE DU PARCOURS

Feuille de route régionale de la prise en charge des personnes détenues.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Ensemble des thématiques relevant des offres de soins (sanitaire) et d'accompagnement (médico-social), Parcours Santé mentale, Ressources humaines en santé, Numérique en santé, Soins dentaires, Infectiologie
Un lien fort avec le PRAPS

CONTEXTE

1/ Organisation

Trois établissements pénitentiaires sont présents en Corse

- Le centre pénitentiaire de Borgo (240 places réparties en trois : « Femmes », « Mineurs » et « Hommes ») ;
- Le centre de détention de Casabianda (194 places en milieu ouvert, accueillant majoritairement des personnes jugées comme auteurs d'infractions à caractère sexuel) ;
- La maison d'arrêt d'Ajaccio (53 places).

Les soins sont organisés selon **trois niveaux** définis nationalement, avec :

- **Niveau 1 : l'ambulatoire :**
  - 1 Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) dans chaque établissement pénitentiaire (soins somatiques) ;
- **Niveau 2 : l'hospitalisation courte (≤ 48h) :**
  - 2 Chambres sécurisées (CS) au centre hospitalier de Bastia et 1 au nouveau centre hospitalier d'Ajaccio
  - 1 Service médicopsychologique régional (SMPR de niveau 2) à la Maison d'arrêt de Nice (non utilisé en pratique) ;
- **Niveau 3 : l'hospitalisation longue (> 48h)** rattachées à l'Hôpital Nord de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (APHM) ;
  - 1 « Unité hospitalière sécurisée interrégionale » (UHSI) pour le somatique ;
  - 1 « Unité hospitalière spécialement aménagée » (UHSA) pour le psychiatrique.

A noter, faute d'utilisation en pratique des niveaux 2 et 3 standards en psychiatrie, **les prises en charge s'organisent historiquement sous contrainte**, soit au sein de la clinique privée San Ornello, détenteur de la mission de service public des soins sous contrainte sur la Haute-Corse, soit au sein du centre hospitalier de Castelluccio, détenteur de la mission de service public des soins sous contrainte pour la Corse-du-Sud.

CONTEXTE (suite)

2/ Bilan des indicateurs recueillis

On observe une **stabilité globale de l'activité** avec une offre améliorée (2019-2021) des acteurs de santé intervenant en milieu pénitentiaire. Le fonctionnement global est satisfaisant avec un plateau technique effectif. Les relations avec l'administration pénitentiaire sont fructueuses et la **commission régionale santé-justice** se tient régulièrement. Plusieurs structures sont impliquées : le centre hospitalier de Bastia ; la clinique San Ornello ; le centre hospitalier d'Ajaccio ; le centre hospitalier de Castelluccio ; ainsi que des structures de prévention et médico-sociales.

Cependant, il convient d'être **vigilant sur le maintien des effectifs** notamment médicaux, en raison de :

- Une faible attractivité des postes, dans un contexte de démographie médicale et paramédicale contrainte, limitant les possibilités de remplacement et pouvant entrainer une discontinuité des prestations de soins ;
- Un difficile accès aux spécialités ;
- Des hospitalisations psychiatriques ne permettant pas une consultation somatique eu égard aux conditions de transfert.

3/ Enjeux

Des améliorations doivent porter sur :

- La qualité et la pertinence des prises en charge psychiatriques ;
- Les délais d'accès aux soins somatiques spécialisés, ainsi qu'aux soins dentaires ;
- Le « pouvoir d'agir » sur sa santé en milieu carcéral ;
- La prévention de l'annulation des extractions médicales, pour des raisons d'organisation des transferts, aux fins de réduction du risque de retard préjudiciable de prise en charge ;
- La prise en charge en chambre sécurisée ;
- Le projet de centre d'aide thérapeutique à temps partiel, qui reste à développer ;
- Les enjeux liés aux effectifs affectés en Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et au développement de la télésanté.

Il apparait nécessaire dans ce contexte de :

- Mettre en avant la prévention et la promotion de la santé (prévention du suicide ; santé mentale ; tuberculose ; VIH/VHB/VHC ; santé buccodentaire ;...) ;
- Prévenir et prendre en charge les conduites addictives (tabagisme et cannabis) ;
- Améliorer l'accès aux soins et favoriser la continuité de la prise en charge lors des sorties ;
- Améliorer le respect des droits des détenus ;
- Porter une attention particulière pour des publics spécifiques (femmes, personnes en situation de handicap, auteurs d'infractions à caractère sexuels, ...) ;
- Réaliser un nécessaire travail sur le dedans/dehors (continuité de la prise en charge ; prévention ; soins).

PARCOURS SANTE DES PERSONNES DETENUES

AVANCEES MAJEURES

1/ Projet territorial de santé mentale : une dynamique lancée

1. Mise en place du **centre d'aide thérapeutique à temps partiel** au centre pénitentiaire de Borgo
Le projet médical est finalisé. Il s'appuie sur 1 médecin responsable, 1 psychiatre à temps partiel (pôle psychiatrie et gériatrie). L'équipe de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire est renforcée (notamment + 0,20 psychologue).
Les locaux sont mis à disposition par l'administration pénitentiaire. Une réunion entre le centre hospitalier de Bastia et de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et l'ARS précisera les conditions de mise en œuvre de cette activité.
Les prises en charge concernent notamment des troubles psychotiques (conformément au cahier des charges correspondant), ainsi que des ateliers sur les addictions.

2. **Restructuration de la psychiatrie privée**
Ce projet prévoit l'évolution des activités et locaux des cliniques San Ornello et du Cap, avec une extension de 10 lits de San Ornello, favorisant notamment une sécurisation des locaux destinés à accueillir les personnes détenues. Cette opération s'inscrit dans un projet plus global de réorganisation de la prise en charge des personnes accueillies actuellement.

3. Six **groupes de travail** sont prévus dont 4 sur la réhabilitation psychosociale, le psychotrauma, la préparation de la sortie et la prévention et repérage des risques suicidaires (dont la formation « premiers secours en santé mentale » et la communication autour du numéro vert de prévention contre le suicide : 3114).
4. **Rôle des Infirmiers de pratique avancée** (IPA)

Elles sont au nombre de 2, avec 1 IPA en psychiatrie au centre hospitalier de Bastia et 1 IPA en psychiatrie et pédopsychiatrie au centre hospitalier de Castelluccio.

5. Réalisation d'un **logigramme de prise en charge des cas complexes.**
Son élaboration a été concertée avec les acteurs de santé et le logigramme a été présenté en commission santé-justice.

2/ Prévention : plan d'actions du comité de coordination régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine **(COREVIH) PACA Ouest-Corse**

La stratégie nationale de santé sexuelle porte l'effort sur le renforcement de la prévention en améliorant le dépistage des infections sexuellement transmissibles, des hépatites virales et du VIH.
Deux axes prioritaires ont été définis autour de la coordination des acteurs et la formation en éducation sexuelle.
Le levier d'action a été positionné a été positionné sur l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS).

AVANCEES MAJEURES (suite)

3/ Association Addiction France (Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA))

Les actions sont renforcées via les réunions et échanges entre les différents acteurs (dont une présentation à la commission santé justice en 2021)
Le **rôle** du Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) référent a été défini. Il est chargé d'accompagner de manière globale, d'assurer un réseau partenarial, et d'articuler les partenaires internes et externes à la prison.
La **mission** du CSAPA référent est également arrêté. Il intervient dans la définition **d'un projet de soin adapté, dans la préparation à la sortie** pour assurer la continuité de la prise en charge à l'extérieur en articulation avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation, ainsi que les autres partenaires extérieurs (sans se substituer à eux). Ainsi, il s'assure que la personne a connaissance des relais en addictologie. Il assure par ailleurs un suivi des permissions de sortie et l'accompagnement par des messages et/ou des outils de réduction des risques (ex : kit de naloxone).
Des échanges tripartites entre le service pénitentiaire d'insertion et de probation, l'administration pénitentiaire et l'association Addictions France ont été organisés. De même, des réunions se sont tenues avec la Collectivité de Corse et le comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine.
Enfin, l'association départementale de promotion de la santé a conclu une **convention** avec l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire concernant la prise en charge en **addictologie** (autour du repérage et de l'orientation).

4/ Lutte contre les violences (dossier connexe Santé/justice)

Des unités médico-judiciaires (UMJ) et d'accueil pédiatrique des enfants en danger (UAPED) ont été mises en place.

- **L'unité médico-judiciaire** (en lien avec la Justice) est gérée par le centre hospitalier de Bastia, en plus d'une annexe gérée par le centre hospitalier d'Ajaccio. Un médecin responsable et qualifié à temps partiel est présent sur le site Bastia, tandis qu'une équipe est située sur Ajaccio.
  - Son activité est centrée sur la **médecine légale du vivant** ;
  - Elle est compétente en matière de **repérage de tendances suicidaires** (procédure de droit) ;

- **L'unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger**, voit son **projet médical en cours** de finalisation par le médecin coordonnateur du centre hospitalier d'Ajaccio. Un relai est prévu sur la Haute-Corse avec l'équipe pédiatrique du centre hospitalier de Bastia ;

- L'unité médico-judiciaire et l'unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger doivent **mutualiser leurs ressources médicales** entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud. Un cadre conventionnel reste à définir.

PARCOURS SANTE DES PERSONNES DETENUES

ENJEUX

Une large proportion de personnes détenues est issue d'un milieu **défavorisé** et connaît une situation de grande **précarité**, l'incarcération étant souvent le résultat d'un long processus de désaffiliation par lequel les personnes s'éloignent des systèmes sociaux.

En termes de **formation**, 44 % des personnes détenues n'ont aucun diplôme et plus de 80% ont un niveau inférieur au baccalauréat. On note qu'un quart a des besoins importants dans la maîtrise des savoirs de base et que 10% sont en situation d'illettrisme.

Concernant les **infections** (VHC et VIH), environ 1 personne détenue sur 50 serait porteuse du virus de l'hépatite C et 1sur 100 du VIH, c'est-à-dire, environ 4 à 6 fois plus que dans la population générale.

En termes d'addiction, on observe qu'**environ huit personnes détenues sur dix fument quotidiennement en cellule**, et une grande partie est dépendant à l'usage de substances illicites et/ou de l'alcool.

Au niveau **psychiatrique**, il est constaté qu'environ 1 personne détenue sur 3 présente un syndrome dépressif, et 1 sur 25 répond aux critères diagnostics d'une schizophrénie. Les autres troubles psychotiques, de l'humeur comme l'anxiété généralisée, concernent environ 8 hommes détenus sur 10 et plus de 7 femmes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs avec des addictions.

L'insularité complexifie certaines situations ou procédures, notamment les extractions médicales, les prises en charge des cas complexes médicaux et/ou d'ordre public, l'accès à l'aval en termes de soins psychiatriques, la démographie médicale par ailleurs très fragile, l'exposition médiatique (avec les problématiques de rapprochement familial et de contexte sensible).

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

La **démographie carcérale** a un impact. La population détenue augmente et l'on constate une évolution défavorable de l'état psychiatrique des personnes (avec des antécédents psychiatriques pour la moitié d'entre eux).

L'attractivité de l'exercice médical en milieu carcéral pose question.

Le protocole du **parcours de soins** est à consolider entre la clinique San Ornello et les services d'aval (unité hospitalière spécialement aménagée et service médico-psychologique régional). Il est nécessaire d'y introduire une prise en charge en hôpital de jour (notamment dans le cadre du centre d'aide thérapeutique à temps partiel). Cela permettrait d'une part de prévenir les décompensations et, d'autre part, d'améliorer la prise en charge des cas complexes (protocole unité sanitaire en milieu pénitentiaire/unité du centre hospitalier de Castelluccio et l'unité hospitalière spécialement aménagée de l'assistance publique des hôitaux de Marseille).

Les **extractions médicales, des escortes et des gardes statiques** présentent des problématiques (sur la sécurisation des transports, le taux d'extraction élevé et l'hospitalisation sous contrainte élevée).

Une **évaluation de l'état psychiatrique** est nécessaire avant l'incarcération, ce qui implique une nécessaire articulation entre la santé et la justice (administration pénitentiaire).

Enfin, l'**impact de l'immobilier** sur l'organisation de la prise en charge et sur les constats en matière de parcours de soins (sur Ajaccio) est majeur.

RESULTATS ATTENDUS

A 5 ans, il est attendu :

- La **réduction des facteurs sanitaires associés à la récidive** ;
- L'amélioration du **parcours de soins psychiatrique**, notamment avec une prise en charge insulaire plus fluide et plus efficiente ;
- L'amélioration des **prises en charges somatiques** ;
- Une **articulation des acteurs de la prévention** et une stratégie de réduction des risques.

PARCOURS SANTE DES PERSONNES DETENUES

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Les personnes détenues bénéficient d'actions de prévention et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire.	1. **Identifier les besoins en promotion de la santé** par et avec l'ensemble des acteurs (administration pénitentiaire et de santé), sur le pouvoir d'agir, l'alimentation, l'activité physique adaptée, la santé buccodentaire, la santé sexuelle et le bien-être 2. **Former** les personnels à repérer et prévenir l'avènement de la **crise suicidaire** 3. Améliorer le **dépistage et la prise en charge des addictions** et réduire leurs risques 4. Renforcer les pratiques de **dépistage** de **virus** (VIH, VHB, VHC) 5. **Former** des professionnels de santé aux **dispositifs d'accès aux droits de l'assurance maladie**	1. Nombre d'actions réalisées en déclinaison des protocoles entre les centres hospitaliers et les établissements pénitentiaires 2. Nombre de personnels formés et nombre d'actions conduites 3. Conformité de l'examen à l'entrée (≤24h, dépistage par test rapide d'orientation diagnostique, etc.) 4. Taux de cas positifs au VHC sur la population « sortante » 5. Nombre de personnes formées

OBJECTIF GENERAL N°2	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Les personnes détenues bénéficient d'une prise en charge des soins optimisée.	1. Veiller à la **conformité des activités de soins** pour les personnes détenues, notamment dans le secteur psychiatrique et en chambres sécurisées 2. Proposer une **offre en télésanté** en fonction de l'état des lieux des besoins spécifiques pour chaque établissement 3. **Actualiser les protocoles liés à la santé en administration pénitentiaire**, avec des procédures actualisées (extractions médicales ; insularité ; ressources humaines médicales ; populations spécifiques) 4. Finaliser le **déploiement du centre d'aide thérapeutique à temps partiel** au centre pénitentiaire de Borgo	1. Etat des lieux annuels en commission santé justice 2. Nombre de conventions de téléexpertise 3. Nombre de protocoles actualisés et signés 4. Données d'activité et impact sur le taux d'hospitalisation sans consentement

PARCOURS SANTE DES PERSONNES DETENUES

OBJECTIF GENERAL N°3	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Les personnes détenues bénéficient d'une continuité de la prise en charge à la sortie.	1. Améliorer **l'articulation des partenaires** de la santé, de la justice et du médico-social, **autour de la préparation à la sortie** (prise en compte du handicap ; de la perte d'autonomie ; consultations psychiatriques ; recours à la mission accompagnement santé de la CPAM) 2. Améliorer l'**information sur les dispositifs sanitaires sociaux et médico-sociaux existants**	1. Taux de détenus ayant une couverture assurance maladie à la sortie 2. Taux de détenus en situation de handicap ou âgés ayant une solution adaptée à la sortie

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- **L'actualisation des protocoles** de prise en charge santé-justice ;
- **Le soutien à l'articulation des acteurs** (tels : l'inventaire des outils et des bonnes pratiques et le fonctionnement des commissions santé justice) ;
- **Le déploiement de formations** partagées et la diffusion des informations au bénéfice des détenus et des personnels pénitentiaires (telles : la formation Premier Secours en Santé Mentale, et la préparation à la sortie) ;
- **La valorisation et le soutien de l'exercice médical en milieu carcéral** (incluant notamment les installations ; l'encadrement paramédical ; la reconnaissance du temps de coordination et la formation).

6.6 - PARCOURS SANTE MENTALE

PERIMETRE DU PARCOURS

L'ensemble des principales étapes de la prévention au rétablissement en intégrant les modalités de prise en charge et d'accompagnement des personnes et de leur aidant, ainsi que les conduites addictives avec ou sans produit.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Parcours Santé des personnes détenues (préparation à la sortie notamment), Parcours Bien vieillir (gérontopsychiatrie), Parcours Handicap (développement de l'offre de prévention et d'accompagnement des personnes en situation de handicap et notamment de handicap psychique)
Un lien fort avec le PRAPS (« aller vers » et prise en charge des co-morbidités)

CONTEXTE

A la suite de l'épisode épidémique de la COVID-19, il a été constaté une **augmentation du recours en matière de consultations et d'hospitalisations en Psychiatrie infanto-juvénile (PIJ)**
En parallèle, **les attentes des professionnels de la psychiatrie et des usagers sont fortes** pour, d'une part, faire évoluer le regard sur la psychiatrie et, d'autre part, mieux prendre en compte l'expérience du patient dans la prise en charge et l'accompagnement du patient, tout comme de l'aidant.

On constate une diminution des séjours longs et/ou non pertinents, afin d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins des patients et ce pour mieux contribuer à leur rétablissement.
Par ailleurs, la **réforme du financement** de la psychiatrie s'inscrit dans un contexte national, portant comme enjeux majeurs sur notre île, la sauvegarde des capacités sanitaires et le développement de l'offre en amont et aval.
Le maillage d'une offre répartie sur l'ensemble de la Corse avec une capacité de l'« aller vers » est à soutenir. Les alternatives à l'hospitalisation complète sont également à développer.

Cette **offre** en santé mentale est **structurée** en trois niveaux :

- **Niveau 1** : composé d'intervenants médicaux et non médicaux du premier recours ; des maisons des adolescents (MDA) et des consultations jeunes consommateurs ;
- **Niveau 2** : structuré essentiellement autour des Centres médico-psychologiques (CMP) ; des équipes mobiles et services hospitaliers de psychiatrie ; des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) ; des établissements médico-sociaux ; des Services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), ainsi que des Bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) ; …) ;
- **Niveau 3** : comprenant notamment le Centre référent de réhabilitation psychosociale de Corse (C2R2) ; le centre de ressource réhabilitation psychosociale ; le centre régional psychotraumatisme ; …

AVANCEES MAJEURES

Le **Centre référent de réhabilitation psychosociale du centre hospitalier de Castelluccio (C2R2)** a été installé et mis en œuvre des programmes de prises en charge adaptées du patient, à partir de recommandations de bonnes pratiques professionnels et d'outils de réhabilitation psychosociale.

La **Communauté psychiatrique de territoire en santé mentale (CPTSM)** a été constituée. Des projets sont déployés via les Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) en déclinaison du projet territorial de santé mentale.

La **prévention multimodale de la crise suicidaire** a été renforcée.

ENJEUX

Les enjeux sont triples. Il s'agit :

- **D'acquérir une meilleure habileté sociale pour les actes de vie quotidienne** et la **participation active** aux différentes étapes de la prise en charge ;
- De **fluidifier les coopérations** entre les intervenants du premier recours et du recours spécialisé sur les prises en charge, la réduction des troubles cognitifs et le maintien dans l'environnement social ;
- D'**accroître la reconnaissance du handicap psychique** pour faciliter l'accès aux soins et au programme de réhabilitation psychosociale.

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

Les situations de crise survenant au domicile exposent au risque de rupture compte tenu de l'absence d'une offre mobile intervenant en urgence intégrant une compétence psychiatrique.

La sortie des services d'urgence peut constituer une situation de rupture en raison du défaut de lien avec l'offre des centres médico-psychologiques.

Par ailleurs, le développement de programmes probants relatifs à la capacité de choix des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, n'est pas assez développé.

Enfin, la nature du psychotraumatisme et sa prise en charge ne sont pas suffisamment reconnues.

RESULTATS ATTENDUS

Le délai d'attente doit être réduit pour le premier rendez-vous en consultation ambulatoire.

Les **situations de rupture** pour les **enfants et les adolescents** doivent être prévenues et repérées précocement.

Les patients doivent voir leur **l'insertion dans la cité améliorée.**

PARCOURS SANTE MENTALE

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
La population à tous les âges de la vie accède à une offre de prévention et de repérage précoce des troubles psychiques et des conduites addictives.	1. Etablir un **maillage de proximité** des dispositifs de prévention de la **crise suicidaire** sur les territoires de projets 2. Développer l'acquisition des **compétences psychosociales** à tous les âges de la vie 3. Améliorer les pratiques de repérage précoce et de prise en charge du **psychotraumatisme** par les intervenants des premier et second niveaux 4. Maintenir et développer l'offre d'interventions préventives en **milieu scolaire** vis-à-vis des conduites addictives dans chacun des 9 territoires de projets 5. Améliorer la réduction des risques auprès des professionnels du premier recours et des usagers vis-à-vis des **conduites addictives** 6. Déployer les **espaces de lieux de vie sans tabac** sur l'île 7. Offrir dans le milieu de vie un **soutien de premiers secours** à la personne en difficulté pour faciliter une prise en charge précoce par un professionnel	1.1. Nombre de professionnels formés par territoire de projet 1.2. Nombre et taux d'évolution de passages aux urgences et d'hospitalisation pour tentative de suicide 2. Nombre de professionnels formés et nombre de programmes probant engagés par territoire de projet 3. Nombre et qualité des professionnels formés par territoire de projet 4. Nombre d'établissements scolaires engagés dans un programme probant par territoire de projet 5.1. Nombre d'usagers bénéficiant d'une intervention du Centre de soins et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) par territoire de projet 5.2. File active en Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de patients de moins de 25 ans pris en charge pour usage à risque ou pour addiction sans substance 6. Nombre et type de lieux sans tabac par territoire de projet 7.1. Nombre de formateurs formés 7.2. Nombre de secouristes formés

OBJECTIF GENERAL N°2	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
<u>En Psychiatrie Infanto- Juvénile</u> Les mineurs et leurs aidants familiaux accèdent aux soins avec des délais adaptés à l'intensité du trouble psychique diagnostiqué et sans rupture de soins.	1. Proposer une **évaluation et une orientation *in situ*** par une équipe mobile en relais des centres médicopsychologiques 2. Conforter les soins en **psychiatrie périnatale** avec les équipes de psychiatrie des centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio 3. Disposer d'une **capacité d'hospitalisation de crise** et de suivi sur la Haute-Corse, en réexaminant le capacitaire d'hospitalisation conventionnelle et en prenant en compte la spécificité de la prise en charge de l'**adolescent** 4. Déployer le réseau des **maisons départementales des adolescents** 5. Proposer une **commission pluriprofessionnelle de concertation** pour les « cas complexes »	1. Nombre d'interventions par équipe mobile et par territoire de projet 2. Nombre de récidives d'hospitalisation complète dans l'année 3.1. Nombre et taux d'évolution des hospitalisations par unité de crise 3.2. Nombre et taux d'évolution des hospitalisations d'adolescents en secteur adulte 4. Doter la région de 5 MDA ou antennes de MDA 5. Nombre de dossiers soumis à la commission

OBJECTIF GENERAL N°3	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
<u>En Psychiatrie Adulte</u> **La population et les professionnels de santé bénéficient d'une mobilité accrue de l'offre d'évaluation et de soins spécialisés,** **tandis que l'offre en addictologie de premier recours, dans chacun des 9 territoires de projet, favorise les interventions précoces et ambulatoires.**	1. Renforcer les équipes de liaison et d'intervention auprès des **publics en situation de vulnérabilité** dans leur environnement 2. Réinstaurer les coopérations nécessaires pour éviter l'aggravation des situations, notamment avec les services de santé au travail, auprès des **populations sous-main de justice, sous tutelle ou en isolement social** 3. Développer la coordination pour une **continuité de soins en sortie du milieu fermé vers le milieu ordinaire** 4. Développer la possibilité de **repérage précoce et d'intervention brève** 5. Conforter l'offre ambulatoire des CSAPA et de consultation **jeunes consommateurs** en proximité 6. Poursuivre la **structuration de la filière addictologie** en région, notamment pour le sevrage complexe de niveau 2	1. File active des interventions des équipes mobiles par territoire de projet et milieux d'intervention 2. Nombre et type d'interventions en lien avec les ressources d'accompagnement médico-social pour des personnes présentant des troubles autistiques avec troubles psychiatriques 3.1. Nombre d'orientations vers le centre médicopsychologique 3.2. Nombre de nouveaux suivis sur le nombre total de suivis dans l'année par centre médicopsychologique 4. Nombre d'accompagnements pluridisciplinaires 5.1. Nombre et type de professionnels formés en addictologie 5.2. File active pour chaque antenne par CSAPA 6. Capacité de prise en charge du sevrage complexe

OBJECTIF GENERAL N°4	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
L'accès aux ressources visant au rétablissement se diversifie sur les 9 territoires de projet.	1. Sensibiliser et outiller les soignants à la **réhabilitation psychosociale** 2. Développer la **pair-aidance** et sa professionnalisation 3. **Rendre acteur l'usager** de son projet de soins et d'accompagnement 4. Faciliter **l'accès au groupement d'entraide mutuelle** 5. Déployer une offre d'**activité physique adaptée** 6. Mettre le **numérique** au service du rétablissement : équipement en télésanté, applications pour le maintien du bien-être psychique et soutien face aux détresses psychologiques 7. Mettre l'**espace santé mentale** de l'assurance maladie à la disposition des intervenants du premier recours	1. Nombre de projets de soins de réhabilitation réalisés 2. Nombre de pair-aidants professionnels par rapport à celui de pairs aidants sensibilisés dans les établissements de santé, ainsi que dans les établissements et services médico-sociaux 3. Nombre d'expressions des souhaits et directives anticipées recueillies par établissement en santé 4. Nombre d'adhérents et taux de fréquentation de groupes d'entraide mutuelle et du Club House 5. Nombre de patients bénéficiant d'une prescription d'activité physique adaptée 6. Nombre d'actions mises en œuvre dans les programmes de réhabilitation 7. Mise à disposition effective

OBJECTIF GENERAL N°5	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
La santé mentale se déploie au cœur de la cité.	1. Favoriser les **espaces de concertation** 2. Promouvoir les **actions de déstigmatisation** de niveau 2	1. Nombre de Conseils locaux de santé mentale (CLSM) animés avec la participation d'usagers 2. Nombre de semaines d'information sur la santé mentale, organisées avec la participation et la co-construction d'usagers

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- **L'adaptation des organisations** ;
- **Le renfort de l'offre médico-sociale** ;
- Les possibilités de recours aux **innovations en santé mentale** ;
- La dynamique portée par la **communauté psychiatrique de territoire**, dans le cadre du déploiement du projet territorial de santé mentale.

6.7 - PARCOURS SANTE PRECARITE

PERIMETRE DU PARCOURS

La santé des populations les plus démunies fait l'objet du seul programme spécifique du PRS. Une approche de type « parcours » permet de mieux identifier les principaux points de fragilité, les ruptures ou risques de rupture pour les usagers précaires, ainsi que les leviers d'action prioritaires à mobiliser.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé et attention aux usagers précaires sont à intégrer dans l'ensemble des autres thématiques SRS, notamment :

- Premier recours (usagers sans droits santé, sans médecin traitant), Santé globale de la femme, de la mère et de l'enfant (diagnostics et prises en charge précoces ; influence sur les parents ; …), Addictologie (sur-incidence alcool – tabac notamment), les thématiques de l'offre de soins (vigilance entrées / sorties ; centres hospitaliers et hôpitaux de proximité), Société inclusive, Prévention et promotion de la santé - compétences psychosociales ;
- Les 8 parcours prioritaires (et notamment le Parcours Santé mentale (en tant que cause et conséquence de la précarité ; déficit de l'offre décentralisée, mobile et réactive ; retard d'installation de l'offre), Parcours Cancer, Parcours Maladies chroniques (faible adéquation des messages de prévention ; mauvaise hygiène de vie, surpoids – obésité ; retard de diagnostic) ; Parcours Bien vieillir, Parcours Handicap (notamment hors établissements -pauvreté plus importante, isolement, moindre mobilité, …-).

CONTEXTE

Certaines spécificités des populations précaires (pauvreté, incertitude, difficultés à se repérer et intégrer et se maintenir dans le système « santé-social »), nous invitent à questionner l'offre proposée face aux besoins et caractéristiques de ces usagers :

- **Les inégalités sociales de santé** (avec un exposome défavorable, lié aux conditions de logement, de vie et de travail, un moindre accès et capacité à s'approprier les démarches de prévention, …), font que ces populations sont plus impactées. Elles souffrent de vieillissement prématuré, ont une sur-incidence des maladies chroniques, y compris du cancer, du surpoids et de l'obésité, des formes graves de la COVID-19, ainsi que des souffrances psychiques notamment ;
- **L'organisation du système santé social** (avec une segmentation des compétences et de l'offre ; une spécialisation des professionnels ; une multiplicité des sites ; une numérisation des services ; une concentration de l'offre sur les pôles urbains ; un reste à charge et/ou une faible pratique du tiers payant ; …) et sa **rationalisation** selon des critères d'efficience du point de vue de l'offreur, plus que du point de vue de la facilité d'accès de l'usager, en particulier s'il cumule des facteurs de fragilité, prend peu en compte les spécificités des publics les plus précaires et éloignés du système « santé-social » ;
- Ces inégalités sont amplifiées par **une conjoncture défavorable** : la souffrance psychique, le déficit de médecin traitant et la raréfaction des ressources humaines en santé social d'une manière générale ; les tensions sur les établissements de santé ; …

Une approche de type « parcours attentionné », en direction des publics précaires, doit permettre de mieux identifier et traiter les causes, améliorer la performance et l'articulation entre dispositifs spécifiques et dispositifs de droit commun, afin de ramener durablement ce public vers ces derniers.

Enfin, pour ces usagers, seule une approche santé – social est susceptible de permettre de comprendre et d'agir efficacement sur les points de rupture, ou à risque de l'être, dans le parcours.

PARCOURS SANTE PRECARITE

AVANCEES MAJEURES

Les **Missions accompagnement santé (MisAS)** de la CPAM ont facilité l'accompagnement individualisé des renonçants aux droits et aux soins.
Le **Camping-Car Connecté** de la Mutualité sociale agricole (MSA) Services, a permis le déploiement d'une unité mobile combinant une Maison France Services et des actions de prévention.
Les **dispositifs spécifiques aux grands précaires** (Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ; Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ; Appartements de coordination thérapeutique (ACT) ; Lits halte soins santé (LHSS)), ainsi que les soutiens aux associations ont été renforcés. Ainsi une EMPP a été mise en place à Bastia, des psychologues sont présents dans les lieux d'accueil et hébergement sur Ajaccio et Bastia.
Une première offre distante d'**interprétariat professionnalisé en santé** a été instaurée. Peu connue, car récemment établie et non stabilisée dans son organisation, elle est encore peu sollicitée. Sa généralisation au bénéfice des usagers, pour améliorer la qualité, la sécurité des accompagnements est à soutenir.
En terme de **médiation en santé**, 2 médiateurs santé-pairs ont été installés au sein du dispositif « Un Chez Soi D'abord » et 3 médiatrices (médiatrice de l'espace Médiation santé de l'accueil de jour Stella Maris à Ajaccio ; médiatrice santé mentale de Quartiers Politique de la Ville (EMPP de Bastia) ; médiatrice Equipe Mobile A Fratellanza sur la Plaine Orientale), expérimentent depuis ces dernières années différentes déclinaisons de ce nouveau métier du « aller vers et faire avec ». Des travaux de capitalisation sur d'autres territoires métropolitains et outre-mer peuvent permettre d'accélérer la professionnalisation, la reconnaissance, la pérennisation et le déploiement des médiateurs/trices en santé.

ENJEUX

Les enjeux se situent à trois niveaux :

- **Populationnel** : 1 usager sur 5 est pauvre ;
- **Stratégique** : sans attention particulière les renonçants seront plus nombreux, ce qui implique à terme un coût humain, social, sociétal et financier, aujourd'hui et demain ;
- **Pour l'usager** : il s'agit de l'amélioration de la qualité et la sécurité de vie par une diminution des points de rupture et de leurs impacts sur le parcours de vie.

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

Les personnes précaires connaissent un isolement social et géographique.

La complexité des informations et démarches, conjuguée à la diminution des accueils et accompagnements physiques, conduisent à un non-recours / renoncement.

Le manque de disponibilité et d'adaptation des dispositifs de droit commun santé-sociaux, aux spécificités et/ou contraintes de ces publics, constitue un sujet majeur.

Enfin, ces publics rencontrent des difficultés de mobilité.

RESULTATS ATTENDUS

L'intégralité des droits à la santé, y compris pour la complémentaire santé solidaire et l'aide médicale d'Etat, **doit être ouverte** aux usagers éligibles.

Un **accès réel à des informations adaptées** aux capacités de l'usager et aux professionnels en santé-social nécessaires, **doit être assuré dans des délais n'induisant pas une perte de chance** : à distance ou en mobilité (celle de l'usager ou celle des professionnels de santé) en tout point du territoire.

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
Les usagers précaires, notamment les plus isolés du système santé-social, sont repérés (« aller vers ») et inclus durablement (« ramener vers ») dans un parcours attentionné.	1. **Accompagner** la consolidation, la professionnalisation et l'articulation des **dispositifs de repérage de proximité** 2. Contribuer à la **stratégie proactive d'accompagnement** à l'accès aux droits à la santé par les CPAM dans les territoires de projet 3. **Systématiser le repérage** de la précarité en soins primaires (Score PRECAR ou EPICES)	1. Nombre d'usagers sans médecin traitant par territoire de projet, dont patients ALD 2.1. Evolution de la part de complémentaires santé solidaire dans la population totale et nombre de bénéficiaires d'aide médicale d'Etat par territoire de projet 2.2. File active des Mission accompagnement santé (MisAS) de la CPAM par territoire de projet 2.3. Taux de pauvreté et de complémentaires santé solidaire, taux de pauvreté au regard de la consommation de soins 3. Nombre d'acteurs utilisant un score précarité

OBJECTIF GENERAL N°2	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
La distance sociale et géographique est réduite entre les usagers précaires et le système santé-social, au regard de la littératie en santé, des fractures administrative et numérique, ainsi que des difficultés de mobilité.	1. **Adapter la communication** aux cibles (stratégie ; supports ; vecteurs ; langues) 2. **Compléter la formation** santé-précarité des professionnels 3. Accompagner le **développement de relais** (médiation en santé ; dispositifs santé-sociaux mobiles ; permanences décentralisées ; services à distance ; …) et de solutions de mobilité pour l'usager 4. Accompagner le développement des **usages du numérique**	1. Obtention d'une ressource Facile à lire et à comprendre (FALC) 2.1. Coconstruction entre l'ARS, la Collectivité de Corse, et du commissaire à la lutte contre la pauvreté, d'un programme de formation santé-précarité 2.2. Nombre de jours de formation par personne et par territoire de projet 3. Cartographie des territoires de projet couverts par des médiateurs santé, Bus Santé Sociaux, équipes mobiles, permanences ou relais du Centre d'examen de santé, des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; des Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et des solutions de mobilité 4.1. Indice de fragilité numérique par Etablissement public de coopération intercommunale (EPCI) 4.2. Cartographie des territoires de projet couverts par une offre d'accompagnement aux usages du numérique

OBJECTIF GENERAL N°3

L'offre de santé-social est cordonnée sur les 9 territoires de projet, en garantissant :

- **L'articulation entre la santé et le social ;**
- **Les dispositifs spécifiques et les dispositifs de droit commun ;**
- **L'articulation entre la ville et l'hôpital ;**
- **L'articulation entre le rural et l'urbain.**

ACTIONS

1. **Intégrer la prise en charge des usagers précaires et son évaluation dans les projets** des contrats locaux de santé et projets territoriaux de santé, des hôpitaux de proximité, et des différentes formes d'exercice coordonné
2. Accompagner l'appropriation par les acteurs de **systèmes d'information intégrés santé-social** (e-parcours), identifiant le niveau de précarité de l'usager
3. Mettre en place une **organisation pour l'accompagnement des situations** santé-sociale **complexes** des usagers précaires
4. **Consolider les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP),** en accord avec les référentiels actualisés et dans leur stratégie « d'aller vers »

INDICATEURS DE RESULTAT

1.1. Nombre de projets des contrats locaux de santé et projets territoriaux de santé, d'hôpitaux de proximité, et des différentes formes d'exercice coordonné, incluant un volet santé précarité
1.2. Nombre de projets contrats locaux de santé et projets territoriaux de santé, d'hôpitaux de proximité et des différentes formes d'exercice coordonné, évalués sur le volet santé-précarité
2. Part des systèmes d'information de santé intégrant et utilisant un dossier social
3. Nombre de situations complexes accompagnées
4. Respect des référentiels actualisés par les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clé de la stratégie sont :

- La **co-construction** (entre l'ARS, la Collectivité de Corse, la DDETSPP, la DREETS et le commissaire à la lutte contre la pauvreté) **du premier programme unique pluriannuel régional et territorialisé sur la pauvreté et la précarité**, et mis en œuvre par un **pilotage opérationnel** composé d'une équipe pluridisciplinaire et interinstitutionnelle dédiée (disposant d'un espace virtuel et de bureaux partagés, d'agendas partagés et de budgets mutualisés). Dans l'attente des validations nécessaires, **l'articulation et la mise en cohérence sont recherchées avec les différents plans et programmes** notamment le Pacte des solidarités (géré par le délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté) ; le Plan de lutte contre la Précarité (géré par la Collectivité de Corse) ; le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (géré par la DDETSPP et la DREETS) ; ainsi que la prévention et la lutte contre les discriminations ; l'illettrisme ; …
- **Une articulation plus étroite entre les dispositifs spécifiques** (Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ; équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ; associations ; établissements sociaux et médico-sociaux « précarité ») **et les dispositifs de droit commun** (gérés par l'assurance maladie, les assistantes sociales de la Collectivité de Corse, des centres communaux d'action sociale, et des centres intercommunaux d'action sociale ; des professionnels de santé libéraux et des différentes formes d'exercice coordonné).

6.8 - PARCOURS DE SOINS CORSE-CONTINENT

PERIMETRE DU PARCOURS

La notion de « Parcours de santé / soins Corse Continent » renvoie à une problématique spécifique à la Corse et à la nécessité d'améliorer l'accompagnement des patients, notamment les plus fragiles, afin de prévenir le risque de rupture et de renoncement au soin.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Filière cancer, Chirurgie, Filière cardiovasculaire y compris interventionnelle, Maladies et handicaps rares, Filière urgence (transports semi-urgents), Soins médicaux et de réadaptation, les 8 parcours de santé (Parcours Cancer en particulier).

CONTEXTE

Dans le parcours de santé, le recours aux soins sur le continent doit faire l'objet d'une attention particulière s'agissant de l'accompagnement des patients insulaires.

Chaque année, en Corse, l'assurance maladie prend en effet en charge **environ 27 000 déplacements** sur le continent pour raison médicale, en vue d'une consultation (soit en établissement de santé, soit en ambulatoire) ou d'une hospitalisation, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Ces déplacements médicaux sur le continent sont liés à la nécessité pour les patients insulaires d'accéder **pour diagnostic, traitement ou suivi thérapeutique**, à des activités de soins spécialisées et aux plateaux techniques afférents de niveau 3 qui n'existent pas en Corse.

Le **taux de fuite interrégional** (soit le nombre de séjours hospitaliers « consommés » par les patients résidant en Corse, dans d'autres régions) s'établit en 2022 à 14,2% pour l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique, hors séances et à 12,7% pour l'activité soins de suite et de réadaptation. Ces flux sont orientés majoritairement vers la région PACA, puis vers l'Île de France et de manière très minoritaire vers d'autres régions. Leur analyse conduite en 2020 par l'ARS a été partagée avec les établissements de santé insulaires publics et privés, aux fins de renforcement des filières régionales et d'identification de l'opportunité et de la faisabilité des mesures de renforcement de l'offre de soins locale. Depuis, l'offre a progressé et le présent schéma porte de nouvelles ambitions de nature à réduire les fuites.

De manière schématique, les fuites interrégionales de médecine, chirurgie et obstétrique peuvent se répartir majoritairement en **trois catégories** : les activités de soins nécessitant des plateaux techniques hautement spécialisés, les activités de soins pour lesquelles la Corse dispose à la fois de plateaux techniques et d'opérateurs en nombre suffisant mais pour lesquels les fuites interrégionales demeurent élevées (notamment en chirurgie, séances de chimiothérapie et radiothérapie anti-tumorales), enfin les activités de soins pour lesquelles la Corse aurait les plateaux techniques et la possibilité de réaliser des prises en charge locales, mais les opérateurs sont en nombre insuffisant sur le territoire.

Les déplacements médicaux sur le continent (par avion ou bateau sur des lignes régulières) correspondent à un **parcours de soins programmé ou semi-urgent** et se distinguent des évacuations sanitaires (EVASAN), qui sont des transports médicalisés de patients hospitalisés (organisés par les centres hospitaliers de recours d'Ajaccio et de Bastia), permettant l'accès en urgence (par avion sanitaire ou hélicoptère dédié) sur le continent, à une prise en charge médicale non disponible sur le territoire Corse.

PARCOURS DE SOINS CORSE-CONTINENT

CONTEXTE (suite)

La problématique des déplacements médicaux sur le continent doit être appréhendée sous deux angles :

- D'une part, par une **approche globale du parcours, sous toutes ses dimensions, à la fois sociale, sanitaire et économique**, avec comme guide dans l'action, la réduction des inégalités territoriales de santé inscrite dans la stratégie nationale de santé. En effet, les déplacements médicaux sur le continent sont souvent générateurs de difficultés administratives, logistiques et financières pour les patients (absences de places dans les transports, attente dans les aéroports, problèmes aux postes de contrôles, restes à charge financiers importants pour les frais d'hébergement et frais de transports non pris en charge pour certains accompagnants, manque d'hébergements proches des lieux de soins sur le continent).
  Ces déplacements qui peuvent concerner des séjours itératifs ou longs sont également facteurs de stress du fait de l'éloignement du malade de son cercle familial, et peuvent conduire à l'isolement de personnes âgées et de personnes en situation de handicap, voire au renoncement aux soins.
  Cette approche globale ne peut être appréhendée uniquement dans le périmètre du champ de compétences de l'ARS et dans le seul cadre du projet régional de santé. Compte tenu de sa dimension sociale et territoriale, elle nécessite une synergie d'acteurs et de compétences dans les domaines institutionnels, politiques, administratifs, associatifs et professionnels, ainsi que leur engagement pour garantir les droits des patients corses à toutes les étapes de ce parcours spécifique à l'insularité ;
- D'autre part par une **approche parcours de soins au sens intervention coordonnée des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale** permettant d'offrir aux patients concernés et à leurs familles un parcours fluide, un accès facilité aux soins et une qualité de vie optimisée.

AVANCEES MAJEURES

Les actions et dispositifs existants sont les suivants :

- Le secteur associatif a mis en place des **dispositifs d'accompagnement** (information et démarches administratives) ;
- Le conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC) de la Collectivité de Corse a publié en 2018 un rapport consacré aux « Déplacements médicaux vers le continent : innover pour réduire les inégalités territoriales » ;
- La **prise en charge du transport du second accompagnateur d'un mineur** de moins de 16 ans, avec tiers payant, a été acté en juillet 2021. Une charte d'engagements pluriannuels et partagés a été conclue pour accompagner ce dispositif ;
- Un **parcours dit « attentionné »** a été mis en place par les organismes d'assurance maladie ;
- Le **réseau** de professionnels relatif aux **Déplacements médicaux sur le continent (DMC)** a été instauré par la Collectivité de Corse et est animé par l'association INSEME ;
- Un **dispositif de gestion des départs urgents** a été créé par la Collectivité de Corse, avec l'association INSEME et les compagnies délégataires de service public ;
- Un **dispositif de prise en charge des frais d'hébergement** des parents d'enfants hospitalisés a été créé par la Collectivité de Corse dans les structures conventionnées ;
- Enfin, l'**aéroport de Marseille** a mis à disposition des patients une salle d'attente et établit une procédure de contrôle spécifique à leur égard.

AVANCEES MAJEURES (suite)

Ces actions et évolutions notables permettent aujourd'hui de jalonner l'accompagnement du parcours de soins Corse-Continent, mais nécessitent un engagement plus marqué des différents acteurs, afin de consolider les acquis, d'innover dans les actions et d'assurer une meilleure visibilité aux usagers et aux professionnels de santé.
Si la coordination autour du soin est effective, il n'en demeure pas moins que son optimisation est indispensable pour assurer une réponse graduée de qualité et un parcours encore plus fluide.

ENJEUX

Les enjeux sont :

- D'**identifier clairement le parcours de santé / soins Corse-continent** dans le cadre de la spécificité du territoire Corse, dans le domaine de la santé (au travers du statut d'Ile-montagne et du volet spécifique de la stratégie nationale de santé) ;
- De **concourir à l'équité territoriale et de garantir la sécurité, la qualité et l'efficience de la prise en charge** de la population Corse dans le cadre d'une coordination territoriale et extraterritoriale des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers, les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les associations.

POINTS DE RUPTURE PRINCIPAUX

Les déplacements médicaux vers le continent entraînent de nombreuses difficultés administratives, logistiques et financières pour les patients et leurs familles.

Une attention particulière doit être apportée à cette problématique, tant sur le volet accompagnement (information, transport, hébergement, retour à domicile), que sur le volet coordination de la prise en charge médicale aux niveaux territorial et extra-territorial, pour prévenir le renoncement au soin.

RESULTATS ATTENDUS

Le parcours Corse-continent doit se doter d'outils permettant de consolider et de développer les dispositifs d'accompagnement du patient et de sa famille.

La mobilisation des acteurs de santé et des outils de coordination doit s'améliorer autour du soin et de la qualité de vie.

PARCOURS DE SOINS CORSE-CONTINENT

OBJECTIF GENERAL N°1	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
L'observation des flux interrégionaux au regard du développement des filières de soins insulaires et l'observation du parcours de santé/soins des patients entre la Corse et le continent doivent être organisées.	1. Mettre en place entre l'ARS et l'assurance maladie, à mi-parcours du Schéma régional de santé (SRS), **une observation et une analyse partagées des flux interrégionaux** 2. Confier au **réseau déplacements médicaux sur le continent (DMC) un rôle d'observatoire** au profit de la Commission spécialisée des droits des usagers (CSDU), en : • Organisant annuellement un échange entre la CSDU et le réseau DMC pour une identification des points de rupture et des axes d'amélioration • Intégrant dans le rapport annuel relatif à l'exercice des droits des usagers du système de santé, un chapitre relatif au parcours Corse-Continent	1. Réunion à mi-parcours du SRS entre l'ARS et l'assurance maladie sur les flux interrégionaux 2.1. Réunion annuelle entre le réseau DMC et la CDSU 2.2 Intégration du parcours dans le rapport annuel relatif aux droits des usagers

OBJECTIF GENERAL N°2	ACTIONS	INDICATEURS DE RESULTAT
L'accès aux soins est facilité et le parcours de soins plus fluide pour chaque patient ayant recours à une offre sur le continent, grâce à un engagement fort de chaque acteur en vue d'optimiser la coordination territoriale et extraterritoriale.	1. **Accompagner le médecin traitant**, au-delà de son rôle de prescripteur, dans son rôle de pivot du parcours de soins coordonné, aux niveaux territorial et extra-territorial, pour lui permettre de répondre à ses missions de : veille sur l'application individualisée des protocoles, de suivi de la continuité de la prise en charge en coopération avec les autres professionnels de santé médicaux (spécialistes) et paramédicaux, ainsi que de garant de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé 2. **Identifier et optimiser** dans le parcours de santé Corse-continent le déploiement des **ressources et outils de coordination** (dossier médical partagé, messagerie sécurisée, lettre de liaison dans le cadre du programme e-parcours), ainsi que par la **téléexpertise** 3. **Développer les métiers de la coordination et leur rôle** dans le parcours Corse-continent (référent parcours, infirmier de coordination) au sein des structures d'exercice coordonné et dans les établissements de santé 4. Travailler avec le **Dispositif d'appui à la coordination (DAC)** pour renforcer son rôle de **facilitateur** de la prise en charge des patients complexes dans le parcours Corse-continent, en appui des professionnels de santé (ex : Parcours Cancer), pour développer ses actions dans le retour au domicile de certains patients pris en charge sur le continent, ainsi que dans la mise en relation entre les niveaux de prise en charge territorial et extra-territorial	1 et 2. Taux d'utilisation de la solution e-parcours 3. Nombre de projets de structures d'exercice coordonné et d'établissements intégrant la mission de coordination Corse-continent 4. Nombre de situations pour lesquelles le DAC aura été saisi par les professionnels de santé

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont :

- L'existence du réseau Déplacements médicaux sur le continent (DMC) ;
- Le parcours attentionné mis en place par les organismes d'assurance maladie ;
- L'appui du Dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour les parcours complexes en cancérologie ;
- **Une problématique qui fédère les acteurs institutionnels, politiques, administratifs, associatifs et les professionnels de la santé.**

Titre 7 : S’adapter aux situations exceptionnelles

S'adapter aux situations exceptionnelles en santé implique la capacité du système de santé, des professionnels de santé et des individus à ajuster leurs pratiques et leurs réponses face à des événements imprévus ou des circonstances extraordinaires.

La crise sanitaire a montré combien l’exercice était exigeant.
Les risques de crises exceptionnelles telles que des épidémies et des catastrophes naturelles (dont la fréquence est amenée à augmenter significativement en raison du dérèglement climatique) ou d'autres événements majeurs affectant la santé publique, sont prendre en considération par le système de santé.

REPONSE EN VEILLE SANITAIRE AUX ALERTES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

PERIMETRE DE LA THEMATIQUE

La veille sanitaire consiste en la réception de signaux sanitaires ayant un impact sur la santé des populations, leur qualification en alerte, la quantification du risque sanitaire effectif ou potentiel et leur gestion coordonnée pour en limiter les conséquences. Le traitement des signaux sanitaires et la gestion des alertes, des situations sanitaires exceptionnelles et des crises sanitaires constituent un continuum.

THEMATIQUES ASSOCIEES DANS LE SRS

Biologie médicale (plateforme régionale de biologie infectieuse, experte et réactive ; et partenariat) ; Infectiologie (en particulier sur le risque épidémique et biologique), Qualité et sécurité (circuit de signalement et sécurité sanitaire -vigilance et structures régionales d'appui-)

CONTEXTE

Des risques sanitaires (maladies à déclaration obligatoire, autres situations à potentiel épidémique) et des menaces à impact sanitaire (catastrophe, évènement climatique) peuvent compromettre la santé des populations et déstabiliser l'organisation du système de santé en Corse. Une **augmentation de la fréquence de survenue des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles ou complexes** a été observée ces dernières années. On note ainsi durant le second semestre 2022, l'émergence ou l'augmentation des pathologies infectieuses à risque épidémique (reprises de la COVID-19, Monkeypox, infection invasive à méningocoque avec multiples contacts, dengue autochtone, infections invasives à streptocoques du groupe A, concomitance d'épidémies de virus hivernaux) et des phénomènes climatiques (tempêtes, vigilances météorologiques de niveau orange). A ce titre, l'ARS a réalisé des actions de sensibilisation des professionnels de santé, concernant le risque vectoriel, en particulier avant la période estivale, et les moyens de le prévenir.

Ce constat oblige à la **consolidation des organisations de gestion des évènements sanitaires** au quotidien. Un continuum existe depuis le signalement d'un évènement sanitaire de survenue courante, jusqu'à la gestion d'une crise sanitaire, qui reste l'exception. La mise en œuvre opérationnelle de mesures de gestion efficaces doit être précoce pour garantir une maîtrise des risques sanitaires et en limiter les conséquences. Cela est particulièrement vrai pour les évènements graves. Mais il est capital que les organisations, internes et partenariales, soient robustes et opérantes au quotidien pour en assurer la réactivité. A ce titre, la mobilisation de tous doit être obtenue, dans une optique d'amélioration continue du système et de mise en œuvre des missions de chacun.

Au sein de l'ARS, il existe un **Point focal régional (PFR)** qui constitue un **guichet unique de tout signalement** (entrant et sortant) **à impact sanitaire**. Il est un élément central de la réactivité de l'ARS, et du système de santé, dans la bonne gestion des évènements sanitaires. Pour faire face aux alertes et aux situations exceptionnelles, la Corse dispose de moyens propres, qu'il s'agisse de ressources ordinaires, d'organisations spécifiques ou d'équipements exceptionnels. Malgré tout, du fait des particularités de la Corse (insularité, flux touristiques), un renfort extérieur peut s'avérer nécessaire en fonction de l'ampleur de l'évènement et/ou de la nature des prises en charge à réaliser. Une planification de la mise en œuvre de ces moyens est fondamentale.

REPONSE EN VEILLE SANITAIRE AUX ALERTES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

CONTEXTE (suite)

La crise de la COVID-19, que la Corse connaît depuis 2020, a montré la **capacité d'adaptation du système de santé** pour faire face à une Situation sanitaire exceptionnelle (SSE), y compris dans la durée. Le rôle pivot de l'ARS dans la coordination de la gestion de la situation sanitaire a ainsi été particulièrement bien identifié. Les actions de santé publique et de maintien du bon fonctionnement du système de santé, ont été menées avec l'ensemble des partenaires et la population dans une mobilisation sociétale inédite. La crise de la COVID-19 et la structuration mise en place par l'ARS, ont ainsi permis de fédérer autour de la gestion des alertes et des SSE. La réalisation de retours d'expérience est un élément important de capitalisation, pour l'optimisation de la gestion des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles et la préparation du système de santé à y faire face, de façon réactive sur des temps courts et dans la durée. Ainsi, la sensibilisation et l'implication de l'ensemble des acteurs de santé est un levier important pour la co-construction de la **planification ORSAN** (Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), dont les derniers éléments réglementaires d'actualisation et de cadrage sont notamment attendus en 2023.

De manière moins exceptionnelle, l'afflux de touristes l'été appelle un renforcement significatif de l'offre sanitaire sur certains segments d'activité et des organisations adaptées. Un **plan estival** est désormais formalisé depuis 2019.

La préparation et la réponse du système de santé en Corse aux alertes et situations sanitaires exceptionnelles est un enjeu majeur pour l'ARS Corse, dans un objectif commun de protection de la santé de chacun et de préservation de l'organisation du système de santé.

ENJEUX

L'augmentation de la fréquence des situations sanitaires exceptionnelles et des alertes sanitaires oblige à davantage de préparation et de mobilisation opérationnelle de tous, avec transmission de la bonne information au bon moment, afin de permettre de garantir le bon niveau de gestion pour **assurer la santé des populations et préserver le système de santé de toute désorganisation.**

CONSTAT SYNTHETIQUE

Le système de santé a montré sa capacité à s'adapter à une crise majeure dans la durée (augmentation du capacitaire hospitalier ; coopérations public-privé ; mobilisation des professionnels des secteurs médico-social et ambulatoire/premier recours ; déploiement de dispositifs innovants de prévention).

La communication préventive et la mobilisation sociale des patients et de l'ensemble des citoyens sont cruciales.

Les coopérations institutionnelles se sont révélées efficientes, avec une réelle montée en compétence dans la durée. Cependant, la capacité de réponse sur des évènements à cinétique rapide reste à évaluer. De plus les référents sur chaque territoire de projet sont à identifier et la planification, notamment ORSAN, à co-construire.

RESULTATS ATTENDUS

Au niveau territorial, un **réseau structuré de correspondants** en veille sanitaire et en gestion de crise sera mobilisable dans le cadre de toute alerte sanitaire et de toute crise.

Ces correspondants **formé**s seront répartis **sur tout le territoire** où ils pourront intervenir selon les caractéristiques de l'évènement dans les différents secteurs de la santé et les communautés professionnelles.

REPONSE EN VEILLE SANITAIRE AUX ALERTES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

OBJECTIF GENERAL N°1

Les acteurs pluriprofessionnels contribuant à la réponse en veille sanitaire poursuivent le développement de leur structuration en réseau, en renforçant la réactivité et l'efficience des actions sur l'ensemble des territoires et la pérennisation du travail engagé avec élargissement à l'ensemble du domaine de la veille sanitaire.

TERRITOIRE CONCERNE

Région, avec déclinaison par département et territoire de projet

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Promouvoir les signalements pertinents** en communicant sur le bon circuit d'alerte et en formant aux premiers éléments de gestion permettant de circonscrire la situation

2. **Etablir dans les territoires de projet un maillage d'acteurs formés** à la veille sanitaire et favorisant la mobilisation sociale en interaction régulière avec les représentants institutionnels et usagers

3. **Systématiser la communication et le partage** d'informations pertinentes et de façon sécurisée (réception-gestion ; stockage ; Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD))

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Rédaction et partage de fiches *ad-hoc* avec les professionnels des santés humaine, animale et environnementale

2. Nombre d'actions de sensibilisation à la veille sanitaire dans chaque territoire de projet

3. Existence d'une charte de partage d'informations sécurisées en veille sanitaire entre les partenaires

OBJECTIF GENERAL N°2

L'ARS et ses partenaires consolident la structuration de l'organisation de la réponse sanitaire régionale pour faire face à toute situation sanitaire exceptionnelle, assurant une capacité de montée en charge opérationnelle, rapide et dans la durée, en interne et entre les partenaires.

TERRITOIRE CONCERNE

Région, avec déclinaison par département

OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. **Disposer d'une planification ORSAN** opérationnalisée et **articulée avec les autres plans** et avec la planification ORSEC

2. **Accompagner le secteur ambulatoire** dans l'exercice d'une **nouvelle mission** (rôle exercé pendant la crise épidémique de la COVID-19) de **gestion de situations sanitaires exceptionnelles**

3. **Former et entraîner** à la gestion de crise par des exercices et en systématisant les retours d'expérience

INDICATEURS DE RESULTAT (OPERATIONNELS)

1. Nombre de volets (et dispositions spécifiques transversales) ORSAN co-construits et actualisés et de fiches opérationnelles (internes, opérateurs, partenaires) partagées

2. Nombre de plans écrits et testés

3. Nombre d'exercices impliquant un volet sanitaire effectués et intégrant un retour d'expérience (avec identification de l'ensemble des territoires de projet impliqués)

ARGUMENTAIRE SYNTHETIQUE

La protection de la santé de la population (citoyens/usagers/patients) et du système de santé est conditionné par :

- **La robustesse au quotidien de l'organisation** de la veille, l'alerte et la gestion des signaux sanitaires impactant la santé des populations ;
- **La préparation et la coordination du système de santé** pour faire face à toute situation sanitaire exceptionnelle et à toute crise.

LEVIERS EXISTANTS

Il s'agira de capitaliser sur la visibilité du rôle pivot de l'ARS sur ses missions de veille, de sécurité sanitaire et de gestion de crise, dans un objectif commun pour la santé des populations.

La collaboration (en termes de co-construction et de partage) de l'ARS avec l'ensemble des partenaires institutionnels, de terrain, de santé et les experts sur le territoire, est à poursuivre.

La mobilisation de la population et des représentants des patients et des usagers est primordiale.

FACTEURS DE REUSSITE

Les éléments clés de la stratégie sont d'abord la **co-construction du cadre** de gestion des alertes, des situations sanitaires exceptionnelles et des crises, partagé avec l'ensemble des partenaires et en lien avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

D'autre part, le renforcement de l'implication de tous est un facteur majeur, en tant qu'il permet :

- Le partage de l'**organisation** interne et la **priorisation** transversale de la thématique ;
- Le partage du **rôle** de chacun dans la gestion et la complémentarité dans la réponse ;
- La **prise de conscience de tout type de risque** par l'ensemble des acteurs (signalement, plan opérateur, reflexe professionnel, communication) et auprès de la population à chaque étape de la vie (mobilisation sociale).

TITRE 8 : PILOTER ET EVALUER LE SCHEMA

Afin de permettre une visibilité claire de l'offre existante et déployée dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé, une cartographie est incontournable. Déclinée par territoire de projet, territoire de la démocratie sanitaire (« correspondant » aux ex-départements) ou sur l'ensemble de la région, elle permet à chaque usager, acteur ou élu, d'identifier les ressources et leurs évolutions à l'échelle de son environnement.

Le pilotage et l'évaluation du schéma doit fournir la visibilité sur l'atteinte des objectifs, en s'appuyant sur une démarche qualité de suivi de projet.

8.1 Animation territoriale

L'animation territoriale est co-construite par l'ensemble des acteurs en santé et s'appuie sur différents outils, notamment les contrats locaux de santé (CLS), les contrats territoriaux de sante (CTS).

Elle s'exerce suivant un maillage territorial défini comme suit dans le cadre du présent schéma régional de santé :

- La **région** ;
- Les **territoires de la démocratie sanitaire** :
    - Le CISMONTE regroupant le nord et le centre est de l'île ;
    - Le PUMONTE regroupant le sud et l'ouest ;
- Les **territoires de projet**, tels qu'arrêtés par la Collectivité de Corse : le Centre Corse ; la Castagniccia-Mare e Monti ; l'Extrême Sud / Alta-Rocca ; l'Ouest Corse ; le Pays ajaccien ; le Pays bastiais ; le Pays de Balagne ; la Plaine orientale ; le Taravo / Valinco / Sartenais.

Dans le cadre du présent schéma et par convention :

- **Le terme région renvoie à la collectivité territoriale, soit l'ensemble de l'île ;**
- **Le terme Haute-Corse est entendu comme l'ensemble des communes rattachées au Cismonte ;**
- **Le terme Corse-du-Sud est entendu comme l'ensemble des communes rattachées au Pumonte.**

Les communes rattachées au Cismonte et Pumonte sont rappelées dans l'arrêté ARS n°2023-616 en date du 30/10/2023 relatif à la définition des zones du schéma régional de santé en Corse en application de l'article R1434-30 du code de la santé publique.

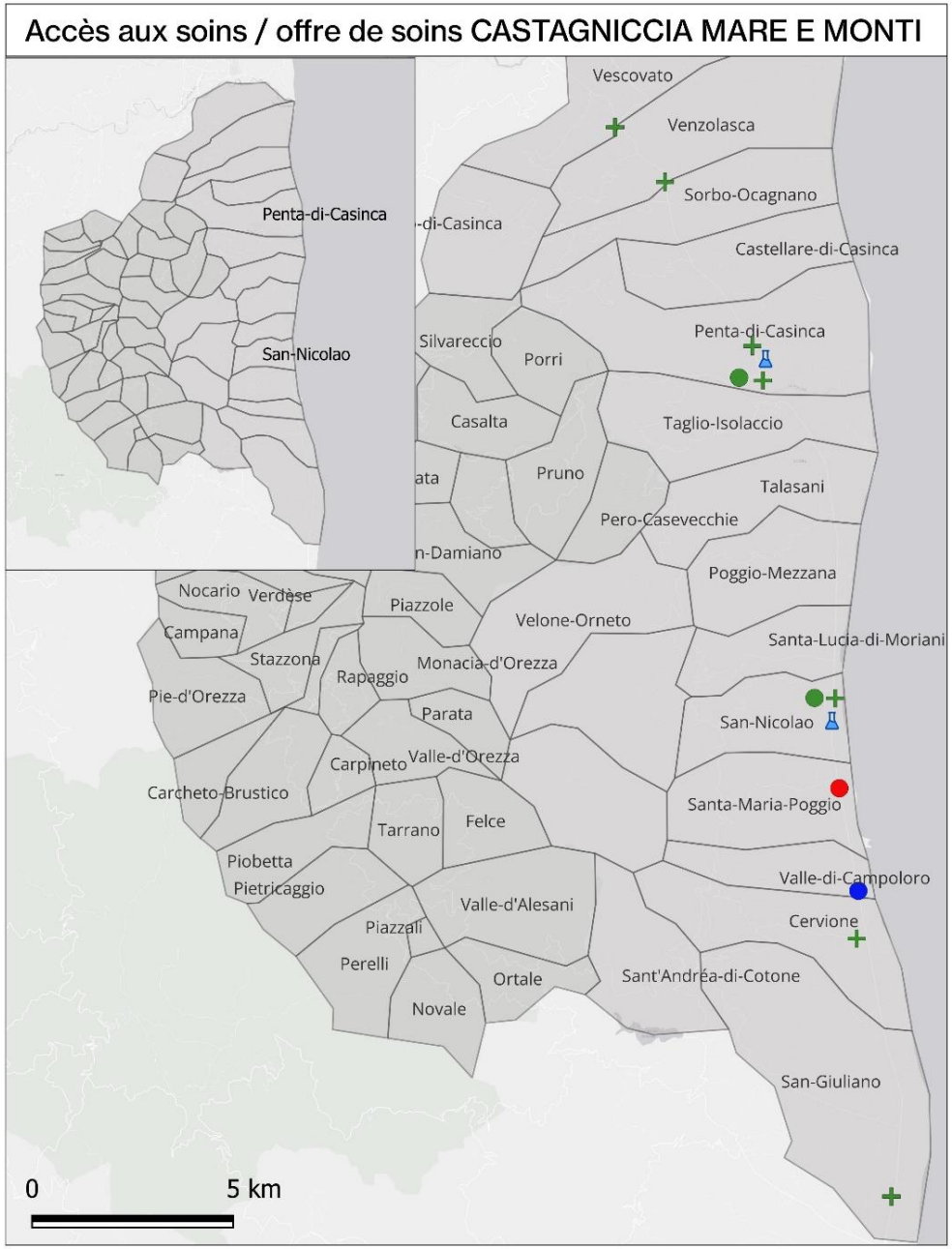
Les ressources majeures du territoire sont rappelées dans la **cartographie** qui suit.
Elle présente :

- Par territoire de projet, les ressources existantes et futures concernant :
    - L'accès aux soins et l'offre de soins (premier recours -Equipes de soins primaires (ESP) ; Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ; Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ; Centres de santé (CS), officines de pharmacie, laboratoires ; radiologie-; offre hospitalière) ;
    - La prévention, dont le rétablissement ;
    - Le médico-social concernant les personnes en situation de handicap ;
    - Le médico-social concernant les personnes âgées ;
    - Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins ;

- Sur l'ensemble de la Corse, les ressources existantes et futures « départementales » et régionales concernant :
    - L'offre sanitaire des établissements de santé publics et privés dans leur fonction régionale d'expertise ou de desserte de la totalité du territoire insulaire (filières d'hyperspécialités) ou dans leur organisation dans chacun des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui correspondent au Pumonte et au Cismonte ;
    - L'offre médico-sociale, aux mêmes mailles géographiques.

Les dispositifs choisis dans cette cartographie sont multiples. Ils incluent des **structures qui sont financées directement et sur le long terme par l'ARS**.
A ce titre, les centres experts (encore appelés centres de référence) sont mis en évidence.
Constitués d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, hautement spécialisés, ces centres possèdent une expertise complète sur le problème de santé pour lequel ils sont constitués. **Ces centres experts ne sont accessibles que par le biais d'un médecin de premier ou de second recours.**

8.1.1 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS LA CASTAGNICCIA ET LE MARE E MONTI



Offre existante :

Premier recours :

- ESP Cervione
- MSP CASINCA-CASTAGNICCIA
- MSP SAN NICOLAO
- CENTRE DE SANTE DENTAIRE MUTUALISTE

Officines de pharmacie :

- SNC PHARMACIE DE QUERCIOLO
- PHARMACIE SIMONPAOLI
- SELARL PHARMACIE DU PHARE
- PHARMACIE FILIPPI - GAZIELLO
- SELAS PHARMACIE DU FIUMALTO
- SELEURL PHARMACIE SIMONI
- PHARMACIE STEFANI - PAPI

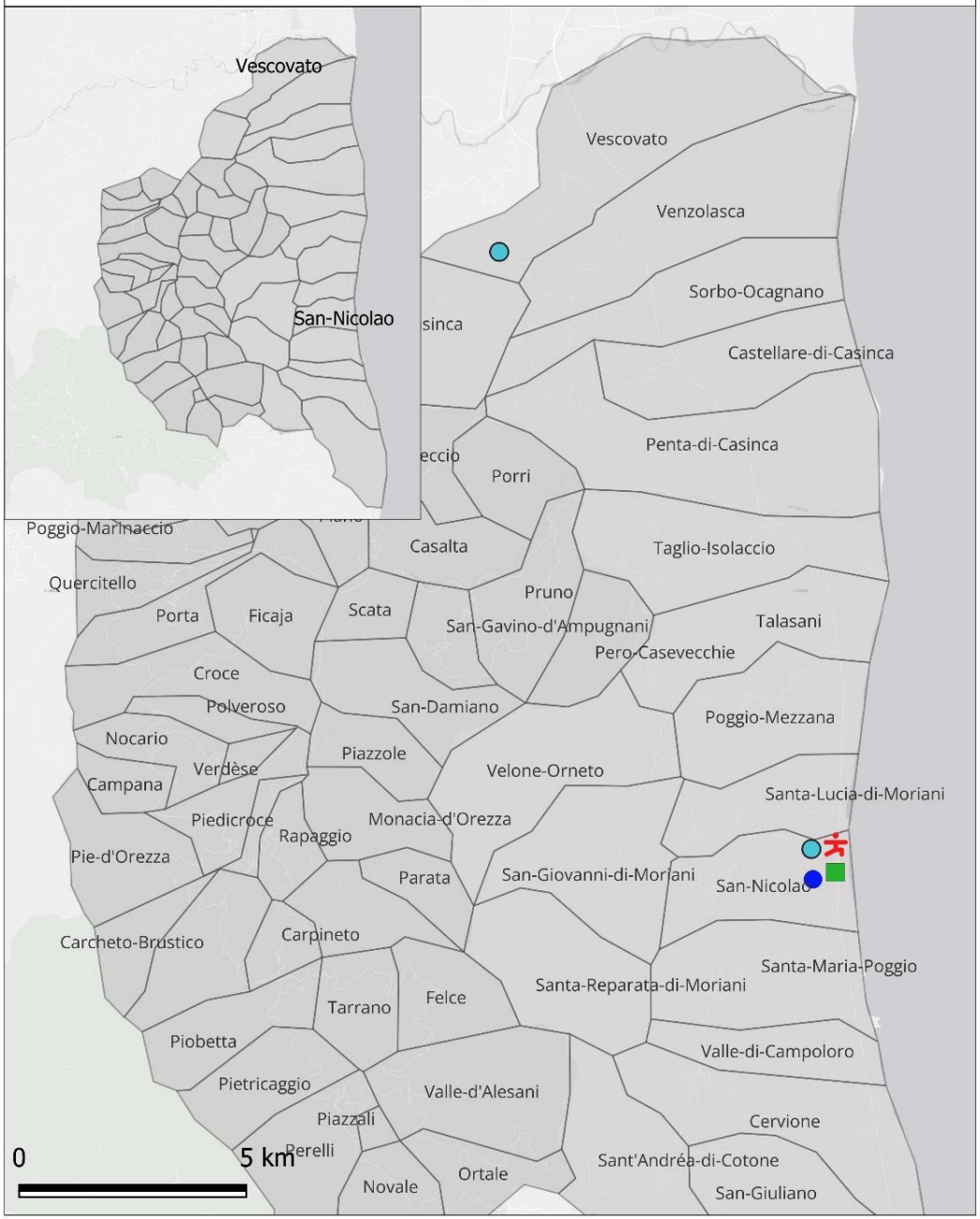
Laboratoires de biologie médicale :

- LBM 2A-2B / SITE DE FOLELLI
- LBM 2A-2B / SITE DE MORIANI

Offre hospitalière :

- HAD DE CORSE (Bastia)

Prévention - Castagniccia Mare e Monti



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs.

Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.

D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.
Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Santé femmes, enfants et jeunes :

- C2S (Centre de santé sexuelle)
- Mission Locale Rurale Haute Corse - Antenne de Vescovato
- Mission Locale Rurale Haute Corse - Antenne de Moriani

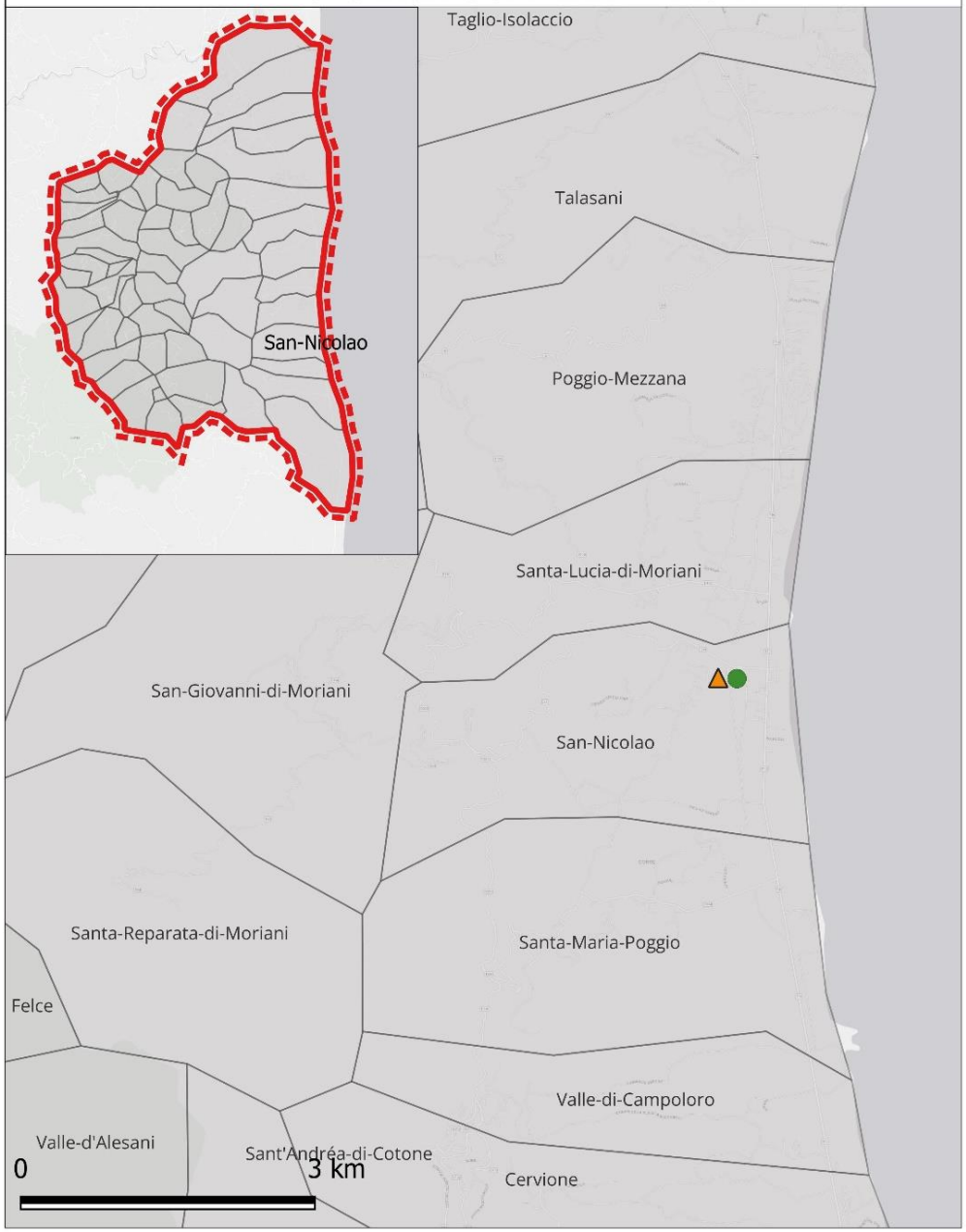
Addictologie :

- CSAPA - consultations avancées de Moriani

Sport santé :

- Permanences itinérantes du minibus sport santé

Offre médico-sociale : adulte et enfant en situation de handicap
CASTAGNICCIA MARE E MONTI



Offre existante :

Le territoire dispose de l'accès à l'ensemble des ressources départementales et régionales (FAM, MAS, SAMSAH, ESAT, IME, DITEP, Centres de ressources, SESSAD, PCO...) conformément aux agréments délivrés

SSIAD et Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation
Zone de couverture du territoire

SSIAD AVEC PH :
14 places sur l'ensemble des territoires d'intervention
dont celui du Centre Corse

Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation (DITEP ADPS)
Zone de couverture de l'ensemble du territoire
Castagniccia Mare E Monti - File active

DITEP A Stradella :
52 places dont 8 places internat (Pays Bastiais) -
15 places de SESSAD sur Moriani

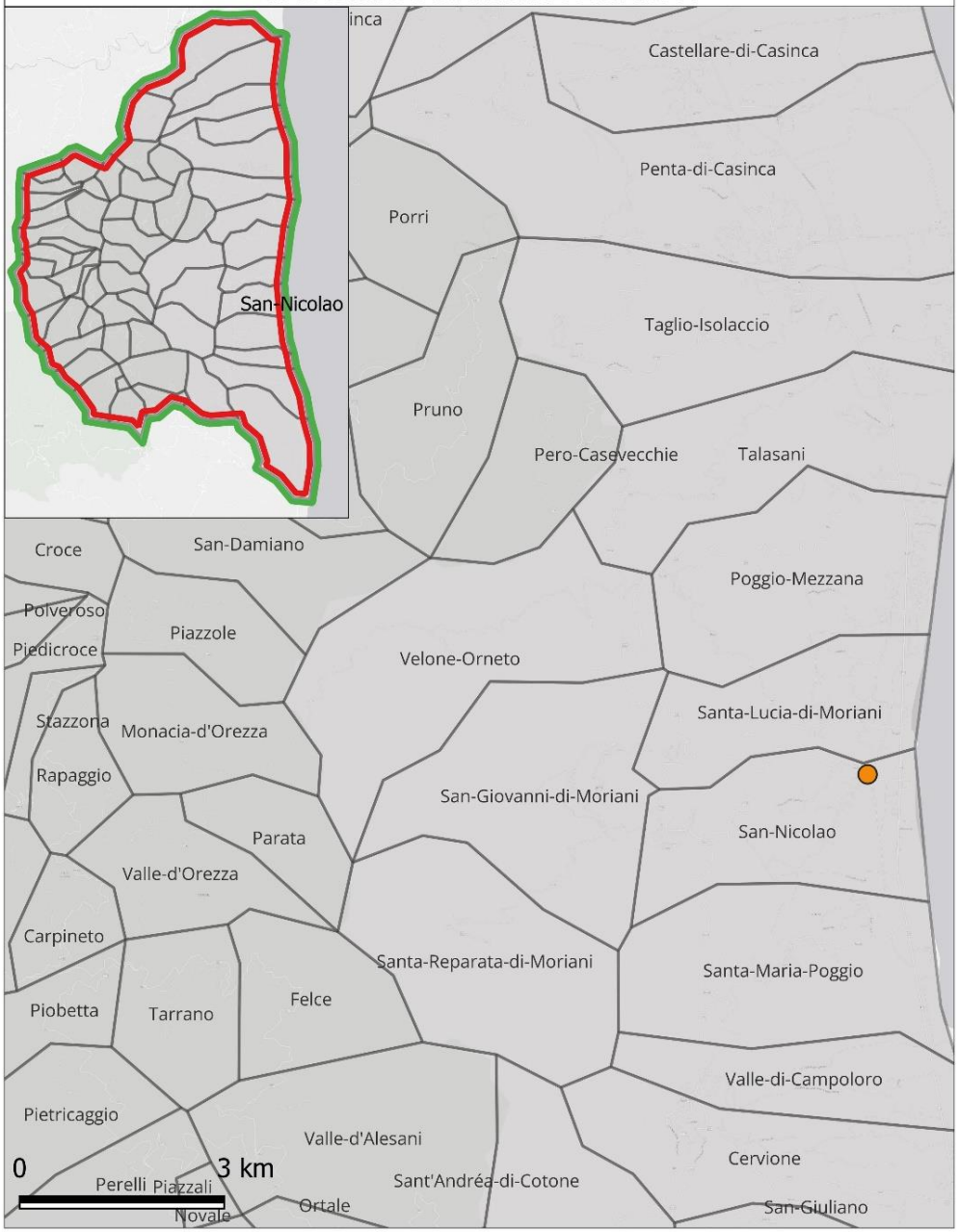
CAMSP-EDAP-CMPP
(ADPEP de Haute Corse, Antenne CAMSP et CMPP de Bastia) :
File active

Offre en plus dans les 5 ans :

- Pôle territorial d'aide aux aidants (14 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Castagniccia/Plaine orientale : AAP engagé en mai 2023

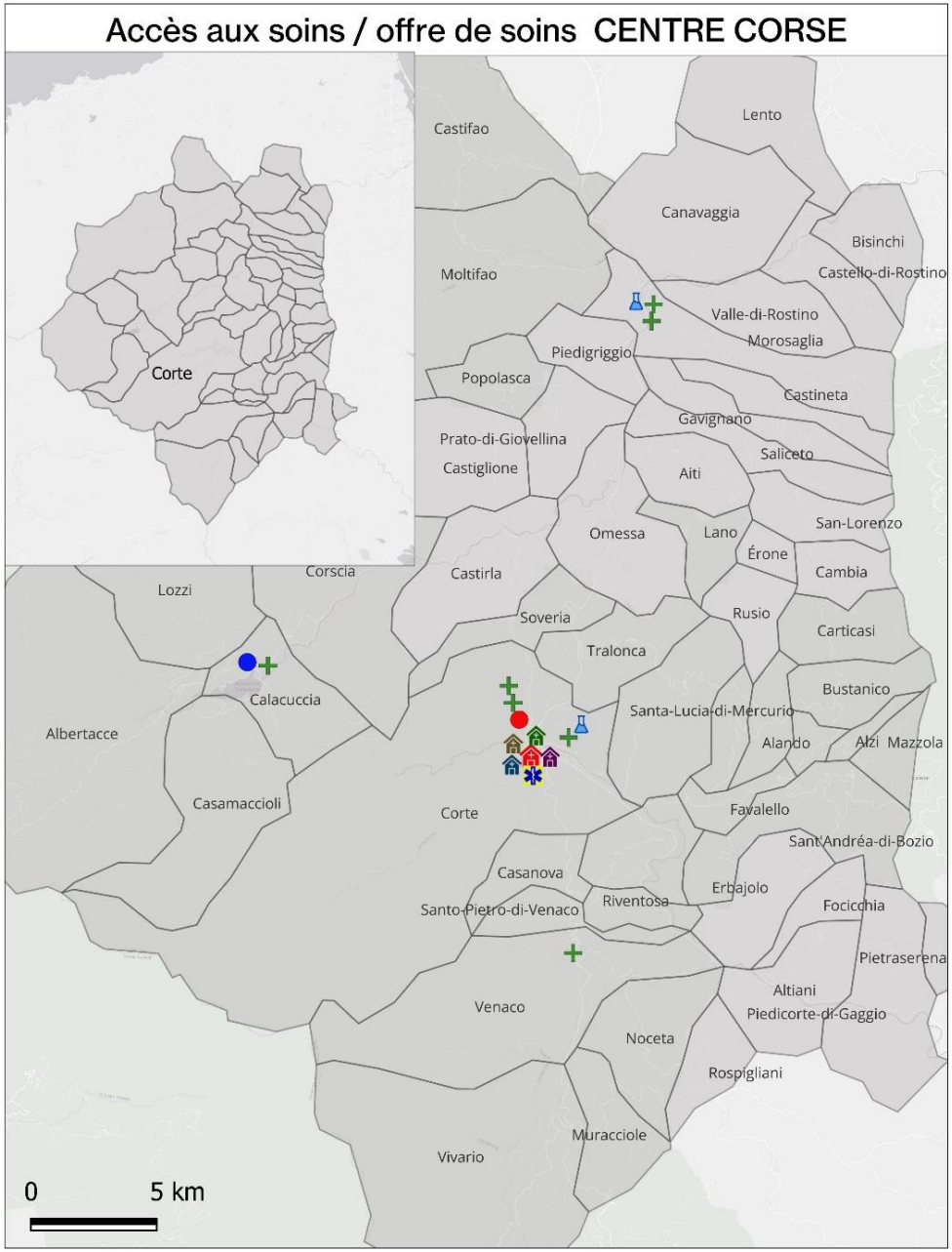
- Unité d'enseignement maternelle autisme (UEMA) - Ecole Folelli
AAP en cours - installation année scolaire 2023-2024 - 7 places

Offre médico-sociale : personnes âgées
CASTAGNICCIA MARE E MONTI



Offre existante :	Offre en plus dans les 5 ans :
Le territoire a en outre accès à l'offre d'UHR conformément aux agréments délivrés	
SSIAD et ESA zone de couverture du territoire	
SSIAD AVEC PA : 107 places autorisées pour lesquelles le territoire d'intervention concerne le Centre Corse	Capacitaire de SSIAD renforcé : Appel à candidature en cours
Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives (ADMR 2B) : 20 places pour un territoire d'intervention départemental + expérimentation malades jeunes	
EHPAD RESIDENCE EUGENIA : 83 Hébergements Permanents et 2 Hébergements Temporaires	Pôle d'activité et de soins adaptés + unité de vie protégée

8.1.2 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS LE CENTRE CORSE



Offre existante :

Premier recours :

- ESP Niolu
- CENTRE DE SOINS DENTAIRE MUTUALISTE

Officines de pharmacie :

- EURL PHARMACIE DU VENACAIS
- PHARMACIE PLACE PADOUE
- SELARL PHARMACIE ALFONSI CORTE
- SELAS PHARMACIE MANZI
- SELEURL PHARMACIE DE CALACUCCIA
- SELARL PHARMACIE LEON
- PHARMACIE REMY-VINCENSINI

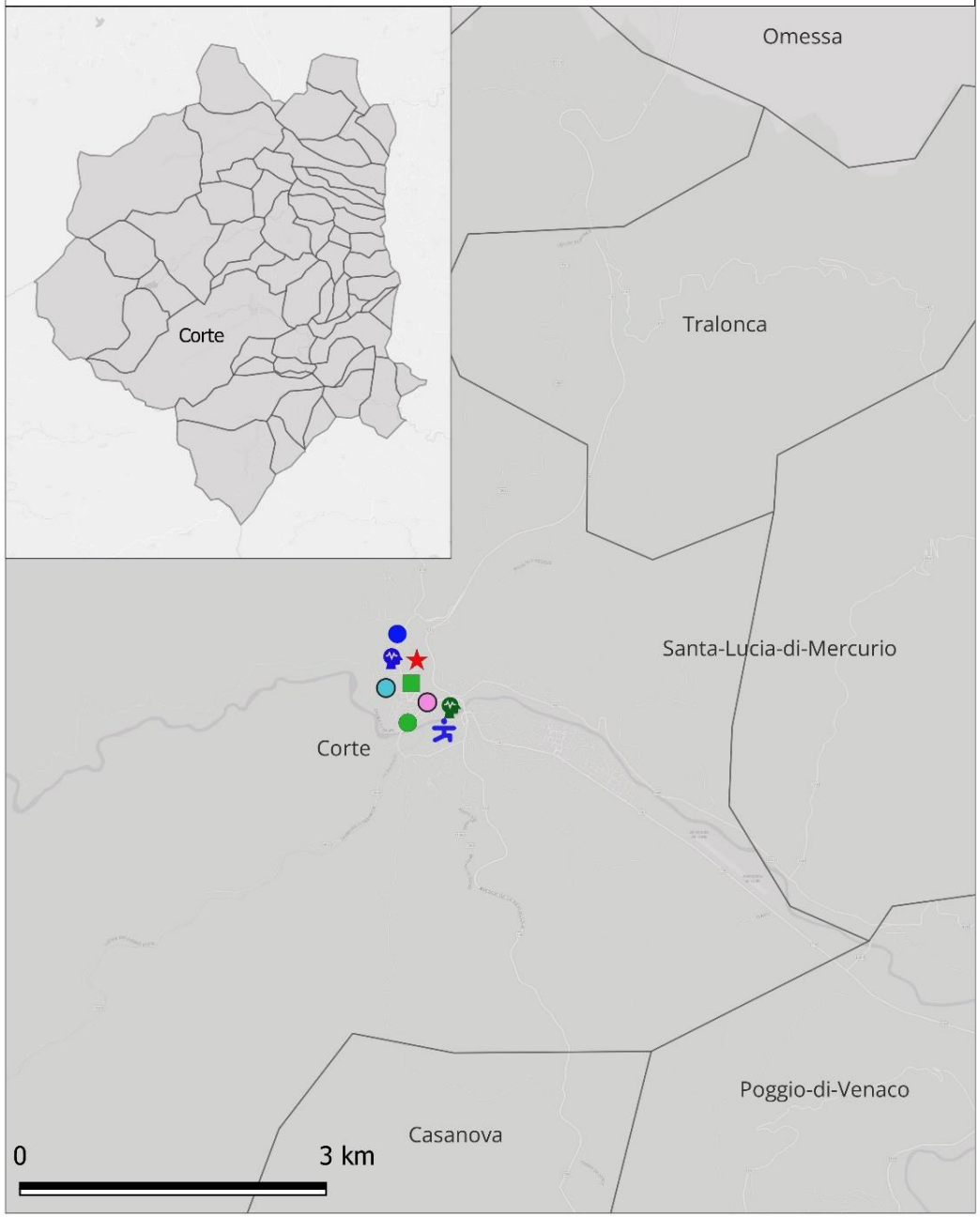
Laboratoires de biologie médicale :

- LBM 2A-2B / SITE DE CORTE
- LBM CCF - SITE DE PONTE LECCIA

Offre hospitalière :

- CHICT CORTE : 53 places
- ANTENNE SMUR DE CORTE
- CHICT CORTE (AMNP)
- CHICT CORTE (HAD)
- GHT 2B (Bastia)
- CHICT CORTE (SMR) : 20 places
- USLD DE CORTE : 10 places

Prévention - Centre Corse



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs.

Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.

D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.
Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Santé femmes, enfants et jeunes :

- C2S (Centre de santé sexuelle)
- Mission Locale Rurale de Haute Corse
- Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
- Service de médecine préventive de l'université de Corse

Prévention de la violence :

- Centre de prise en charge des auteurs de violence conjugale

Addictologie :

- CSAPA ADPS - consultations avancées de Corte

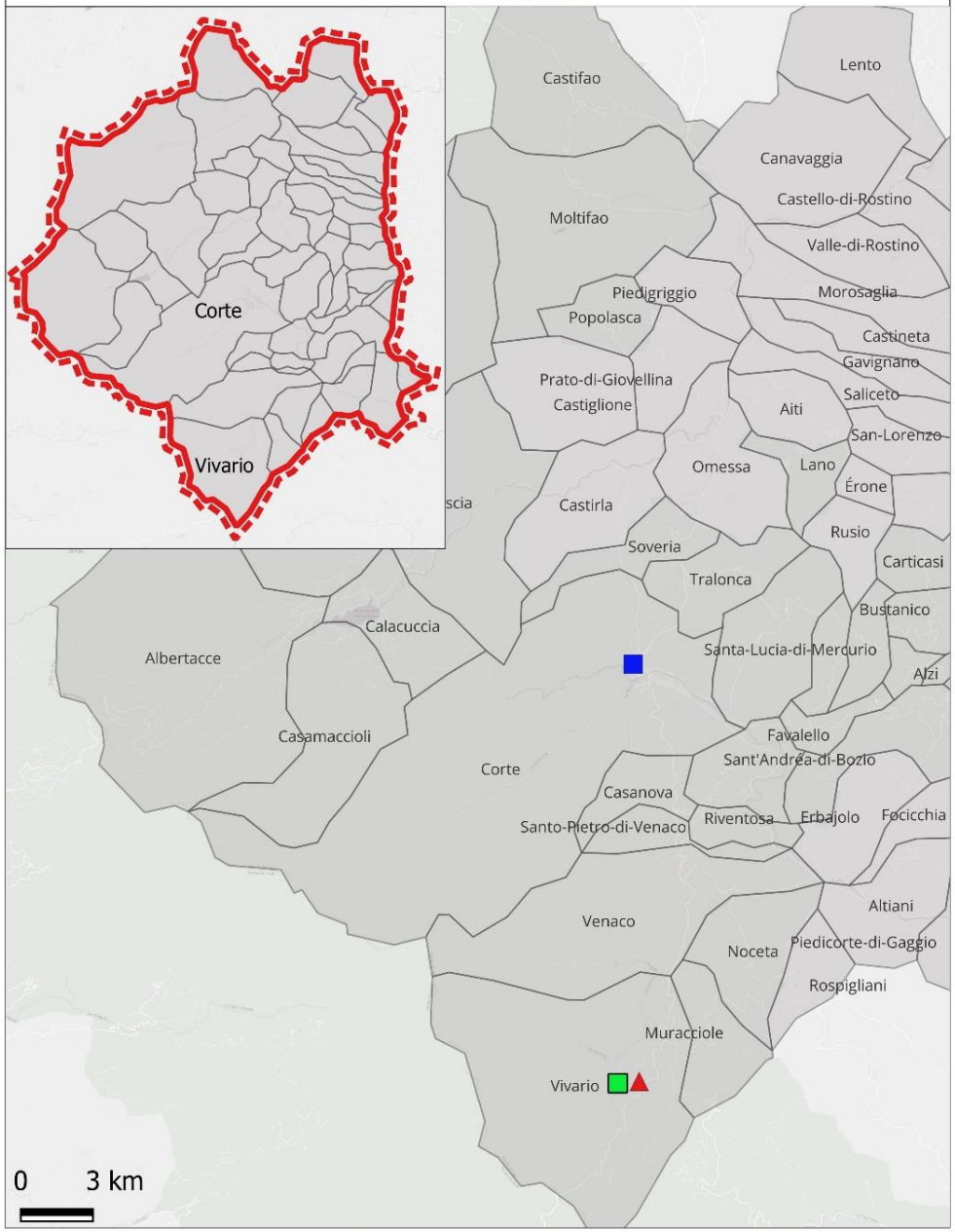
Sport santé :

- Permanence de la Maison Sport-Santé de Haute Corse

Santé mentale :

- CMP DE CORTE
- CMP Enfants (Corte)

Offre médico-sociale : adulte et enfant en situation de handicap
CENTRE CORSE



Offre existante :

Le territoire dispose de l'accès à l'ensemble des ressources départementales et régionales (FAM, MAS, SAMSAH, ESAT, IME, DITEP, centres ressources, SESSAD, PCO...) conformément aux agréments délivrés

SSIAD Zone de couverture du territoire

SSIAD AVEC PH :
14 places en file active sur l'ensemble des territoires d'intervention dont celui du Centre Corse

FAM : 20 places

MAS : 36 places

Bureau d'aide psychologique universitaire : File active

Zone de couverture de l'ensemble du territoire par les ressources suivantes:

- SESSAD toutes déficiences : 10 places en file active (territoire d'intervention Balagne et Centre Corse)

- SESSAD DYS/TDAH : 10 places en file active (territoire d'intervention Balagne et Centre Corse)

- CAMSP-EDAP-CMPP : Le CMS est une extension du CAMSP-CMPP de Bastia. Il dispose d'un territoire d'intervention Pays de Balagne-Centre Corse

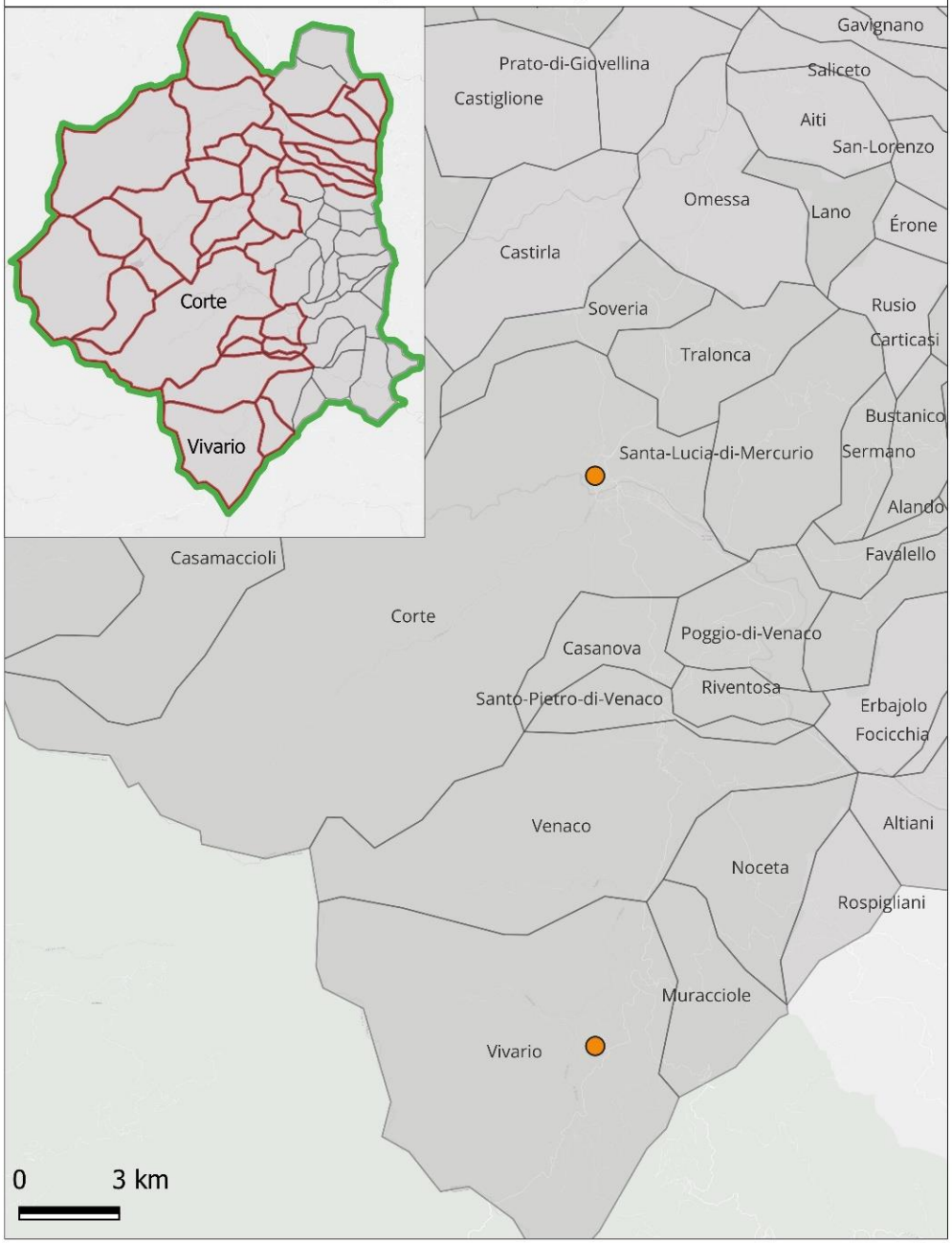
- Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation (CMS) : Le CMS est une extension du CAMSP-CMPP de Bastia. Il dispose d'un territoire d'intervention Pays de Balagne-Centre Corse

Offre en plus dans les 5 ans :

Pôle territorial d'aide aux aidants (9 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Balagne/Centre Corse :
AAP engagé en mai 2023

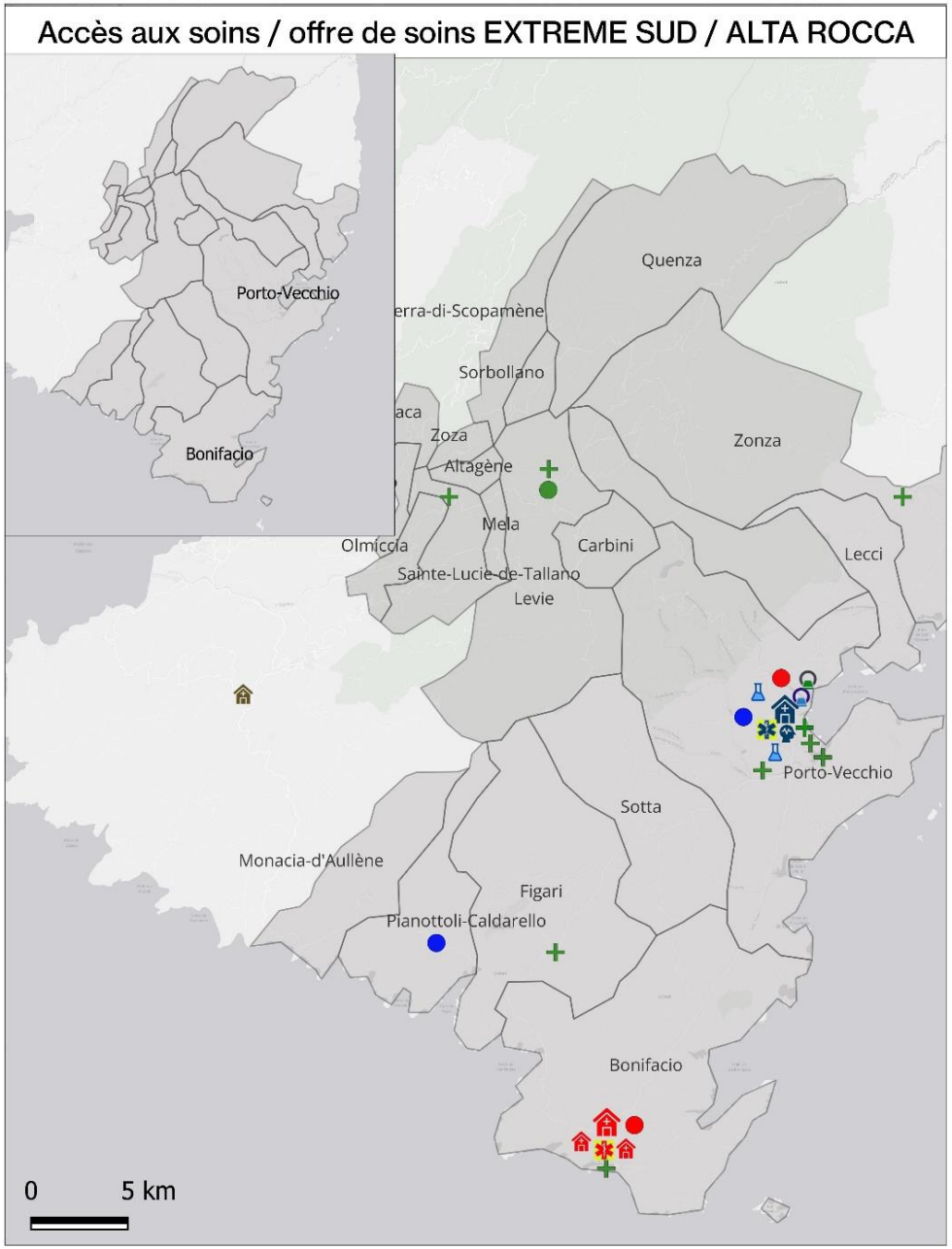
SAMSAH TND : Extension 10 places sur territoires Balagne/Centre Corse (par extension du SAMSAH TND déjà implanté et disposant d'une compétence régionale)

Offre médico-sociale : personnes âgées CENTRE CORSE



Offre existante :	Offre en plus dans les 5 ans :
Le territoire a un accès à l'offre d'UHR conformément aux agréments délivrés	
SSIAD et ESA Zone de couverture du territoire	
SSIAD AVEC PA : 107 places autorisées en file active pour lesquelles le territoire d'intervention concerne notamment le Centre Corse	
Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives (ADMR 2B) : 20 places en file active - équipe mobile à compétence départementale + Expérimentation malades jeunes	Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives : AAC à engager (Balagne/Centre Corse) - 10 places
EHPAD DE TATTONE : 60 Hébergement Permanents dont 14 places de PASA	Unité d'hébergement renforcé (UHR) et équipe mobile UHR + Hébergement temporaire + unité de vie protégée
EHPAD U SERENU : 104 Hébergements Permanents et 2 Hébergements Temporaires	PASA + unité de vie protégée
	Pôle territorial d'aide aux aidants (9 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Balagne/Centre Corse : AAP engagé en mai 2023

8.1.3 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES L'EXTREME SUD ET L'ALTA-ROCCA



Offre existante :

Premier recours :

- ESP Pianottoli
- ESP 4 chemins - Porto-vecchio
- MAISON DE SANTE RURALE PLURIDISCIPLINAIRE
- CENTRE DE SANTE MUTUALISTE DE PORTO VECCHIO
- AMNP (HOPITAL DE PROXIMITE DE BONIFACIO)

Officines de pharmacie :

- SELAS PHARMACIE DE BONIFACIO
- PHARMACIE DE TALLANO
- SELARL PHARMACIE DES QUATRE CHEMINS
- SELARL PHARMACIE DE LA MARINE
- SELARL PHARMACIE BARTOLI
- SELAS PHARMASUD
- SELAS PHARMACIE NOUVELLE
- SELARL PHARMACIE U PIRATU
- PHARMACIE ROUX

Laboratoires de biologie médicale :

- LBM 2A-2B / SITE PV LES QUATRE PORTES
- LBM 2A-2B / SITE DE PV ST ANTOINE

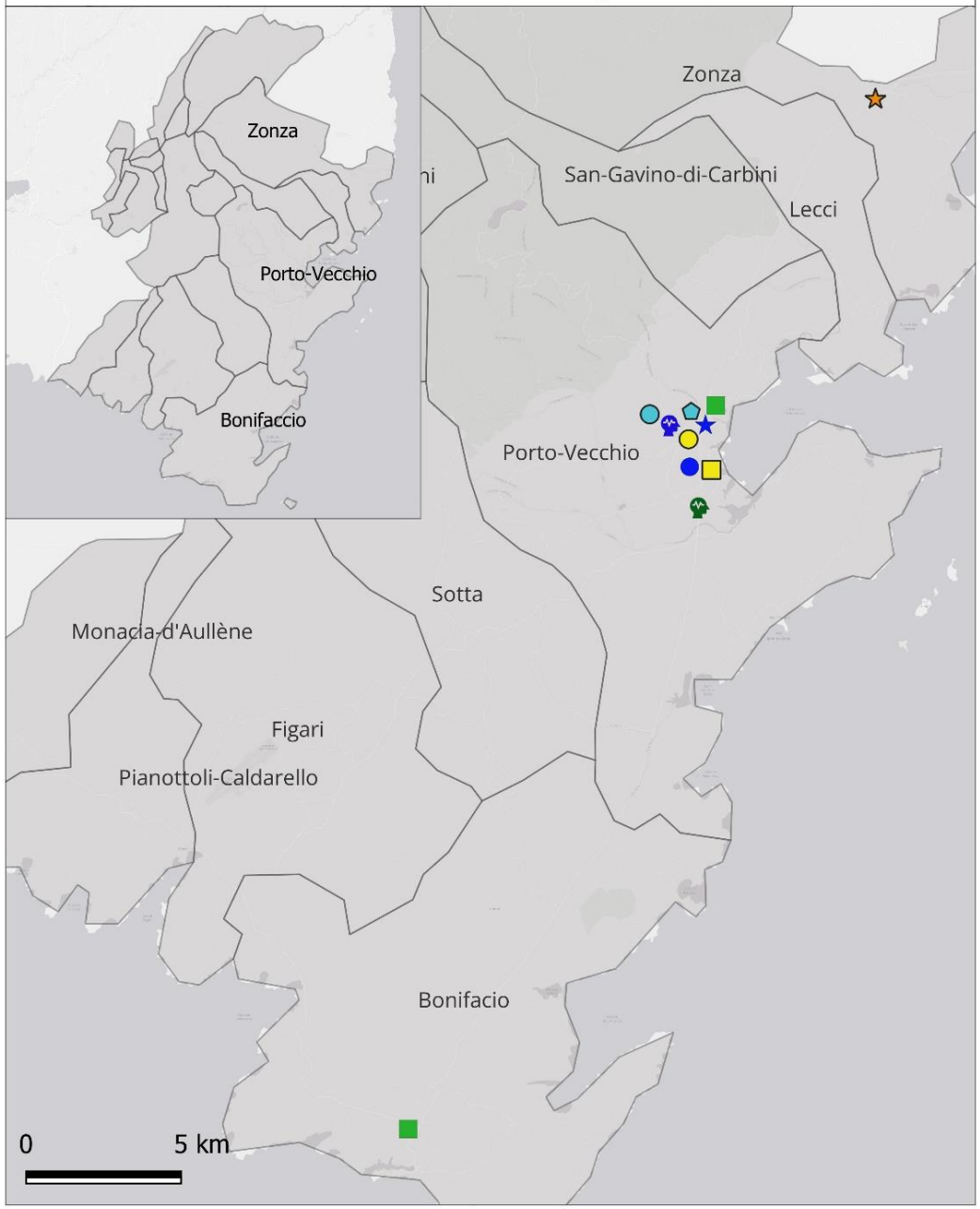
Centres d'imagerie et de radiologie :

- Centre d'imagerie médicale Clinique du Sud de la Corse
- Centre radiologie et imagerie médicale les Albizzias

Offre hospitalière :

- HOPITAL DE PROXIMITE DE BONIFACIO : 56 places
- ANTENNE DU SMUR BONIFACIO
- SMR - HOPITAL DE PROXIMITE DE BONIFACIO : 18 places
- USLD DE BONIFACIO : 30 places
- CLINIQUE DU SUD DE LA CORSE : 40 places
- ANTENNE DU SMUR PORTO VECCHIO
- HDJ ADULTES-PORTO VECCHIO
- HAD SUD CORSE

Prévention - Extreme Sud / Alta Rocca



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs.

Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.

D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.
Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Santé femmes, enfants et jeunes :

- C2S (Centre de santé sexuelle)
- Maison des Adolescents (en cours d'ouverture)
- Mission Locale Sud Corse

Prévention de la violence :

- Women Safe and Children
- Antenne de l'Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger

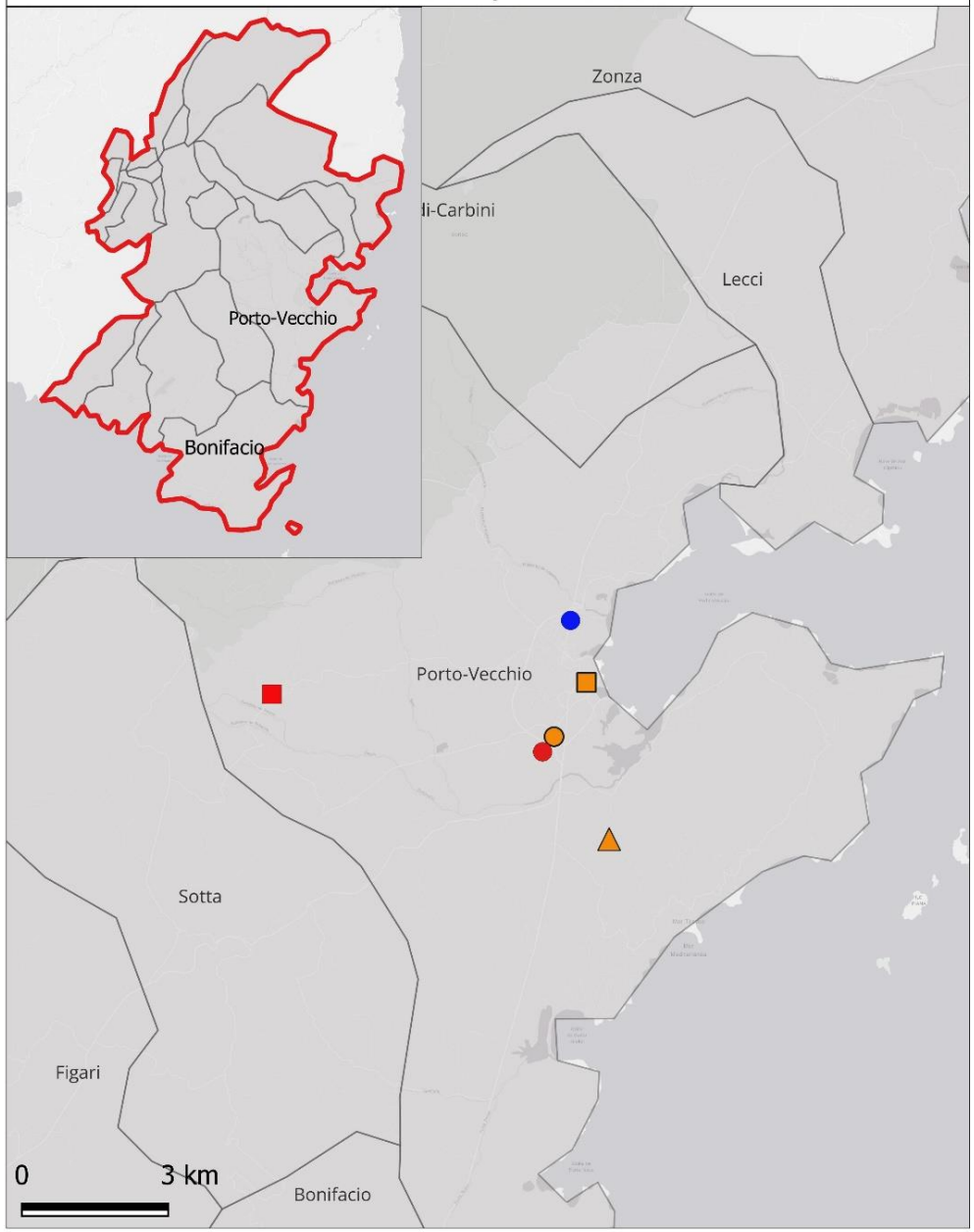
Addictologie :

- CSAPA - consultations avancées de Porto-Vecchio
- CSAPA - consultations avancées de Bonifacio
- CAARUD régional - antenne de Porto-Vecchio

Santé mentale - Réhabilitation :

- CMP-CATTP Pifano (Porto-Vecchio)
- CMP-CATTP ENFANTS "L'orizonti" (Porto Vecchio)
- GEM troubles psychiques Casa di Isula

Offre médico-sociale : adulte et enfant en situation de handicap
EXTREME SUD / ALTA ROCCA



Offre existante :

Le territoire dispose en outre de l'accès à l'ensemble des ressources départementales régionales (FAM, MAS, SAMSAH, ESAT, IME, DITEP, centres de ressources, SESSAD, PCO...) conformément aux agréments délivrés

▲ ESAT JARDINS DU GOLFE PORTO VECCHIO :
(établissement secondaire de l'ESAT implanté sur Ajaccio
- Agrément régional avec préférence départementale. 24 places sur Extrême sud)

● SAMSAH ISATIS PORTO-VECCHIO :
(établissement secondaire du SAMSAH.
Agrément départemental avec implantation infra-territoriale
sur Extrême Sud de 6 places.)

▭ Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation (DITEP ARSEA) :
Zone de couverture de l'ensemble du territoire Extreme Sud / Alta Rocca

● SESSAD - UPPSI DE PORTO VECCHIO

● IME - UPSSI DE PORTO VECCHIO

l'UPSSI de Porto Vecchio dispose d'un agrément global de 33 places
(fonctionnement en file active)

■ UEMA (Unité d'enseignement maternelle autisme : 7 places)

■ UEEA (Unité d'enseignement élémentaire autisme : 8 places)

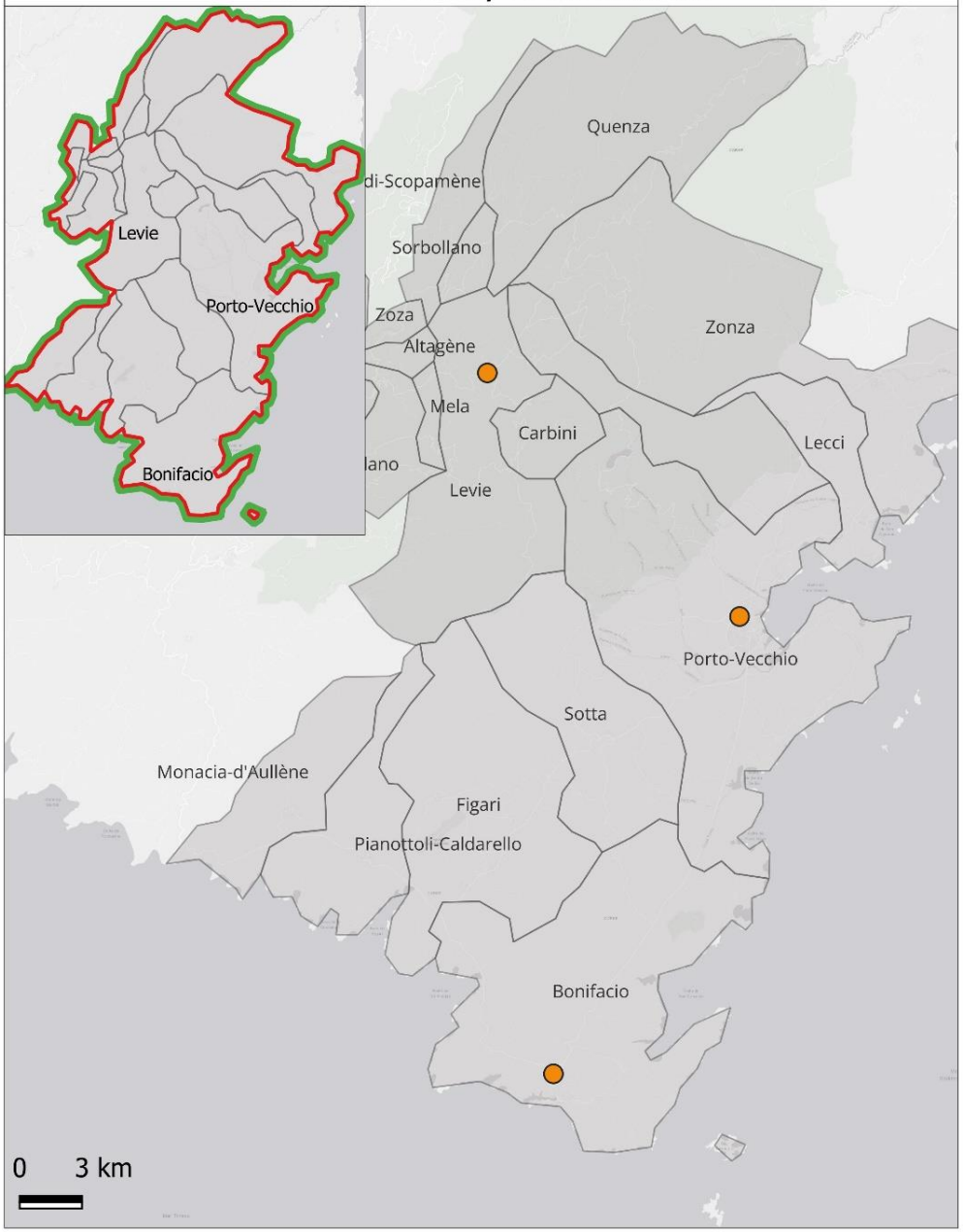
Offre en plus dans les 5 ans :

- Pôle territorial d'aide aux aidants (12 places d'accueil de jour PA/PH + plateformes de répit avec équipe mobile) Extrême Sud-SVT /
AAP engagé en mai 2023

- Plateforme d'Accompagnement Médico-social Extrême Sud (PAMES) - Espoir Autisme Corse - Agrément 0- 25 ans - Correspondant PCO / prestations de repérage, diagnostic et interventions précoces, offre SESSAD-IME-DITEP : Porto Vecchio

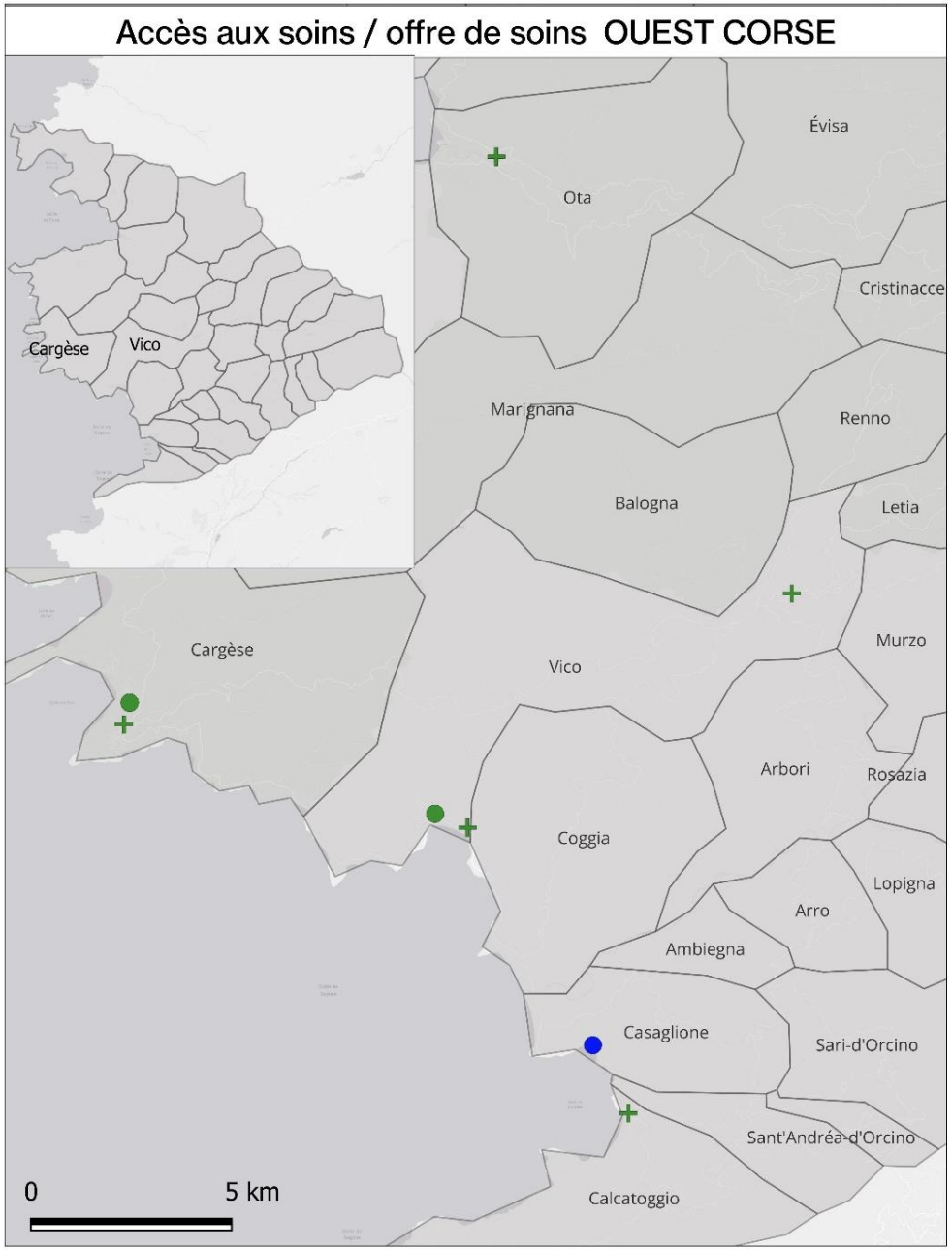
- Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation - Plateforme d'Accompagnement médico-social Extrême Sud (PAMES) - Espoir Autisme Corse : Porto Vecchio

Offre médico-sociale : personnes âgées
EXTREME SUD / ALTA ROCCA



Offre existante :	Offre en plus dans les 5 ans :
Le territoire a accès à l'offre d'UHR conformément aux agréments délivrés	
SSIAD et ESA Zone de couverture du territoire	
ADMR 2A : Implantation territoriale de l'offre globale ADMR 2A sur le département (154 places en file active) intégrant également une offre de SSIAD renforcé	
Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives (SSIAD ADMR 2B) : 10 places en file active	
EHPAD DE PORTO VECCHIO : 42 lits d'hébergement permanent	Pôle d'Activité et de soins adaptés + unité de vie Personnes handicapées vieillissantes
EHPAD DE BONIFACIO : 44 lits d'hébergement permanent	Unité de vie protégée + hébergement temporaire
EHPAD VALLE LONGA ALTA ROCCA : 33 lits d'hébergement permanent	Pôle d'Activité et de soins adaptés + unité de vie protégée + hébergement temporaire
	Pôle territorial d'aide aux aidants (12 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Extrême Sud-SVT : AAP engagé en mai 2023

8.1.4 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS L'OUEST CORSE



Offre existante :

Premier recours :

- ESP de Tiuccia
- MSP DES DEUX SORRU
- MSP DE CARGESE

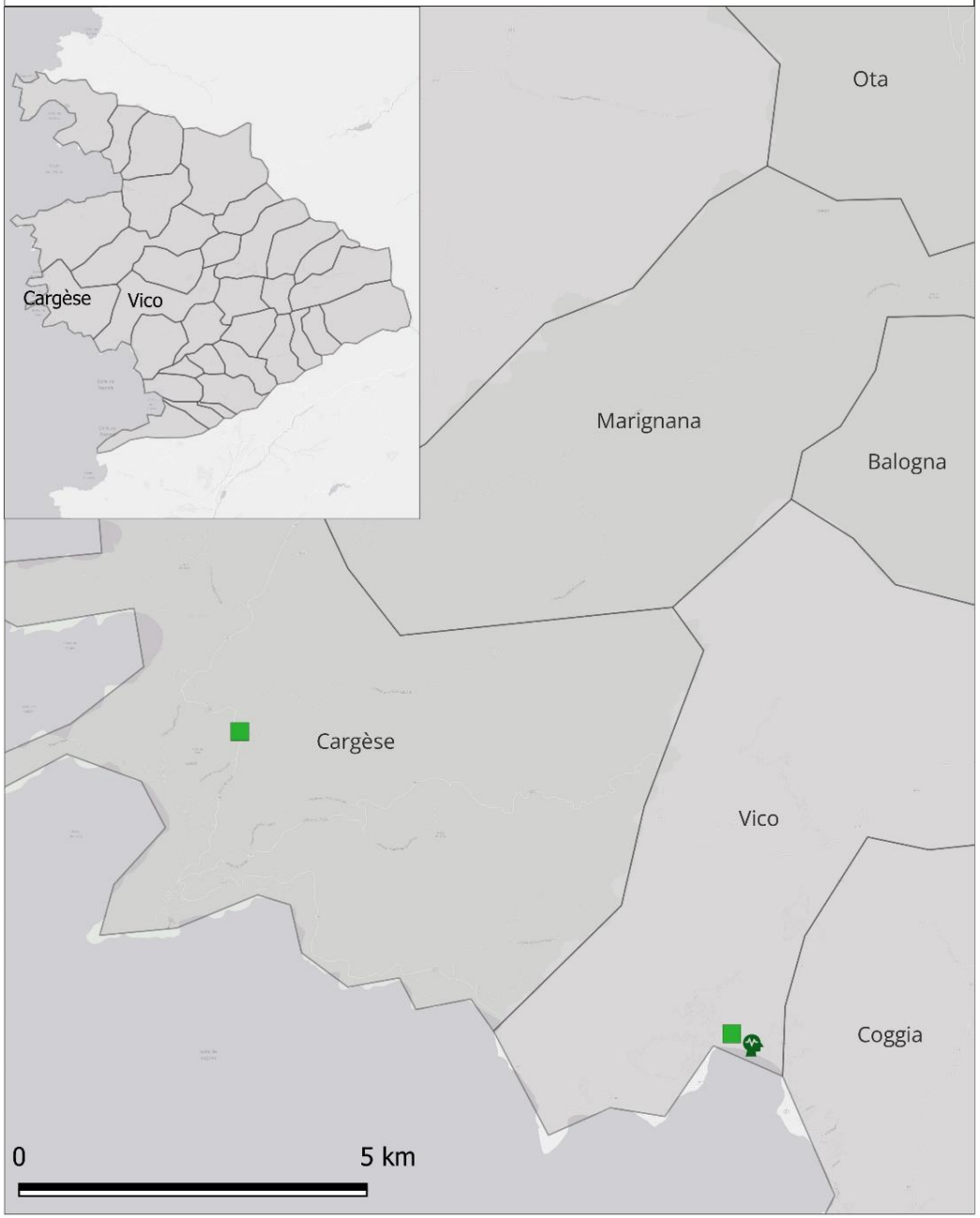
Officines de pharmacie :

- PHARMACIE DE LA LISCIA
- SELAS PHARMACIE DE CARGESE
- SARL PHARMACIE DE PORTO
- SELARL PHARMACIE DE VICO
- SELARL PHARMACIE MARCAGGI

Offre hospitalière :

- HAD AJACCIO ET GRAND AJACCIO

Prévention - Ouest Corse



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs.

Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.

D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.
Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

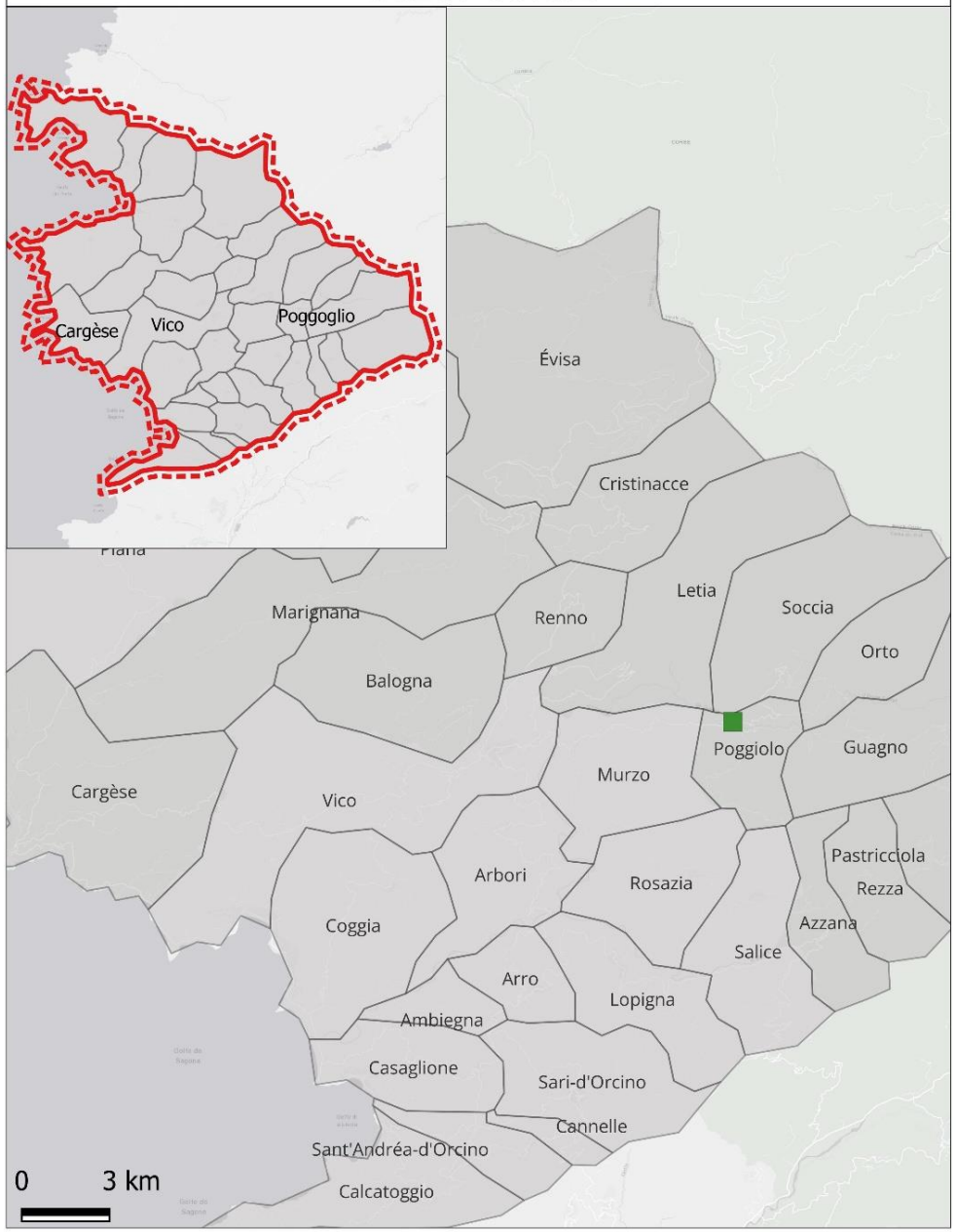
Santé mentale :

- CMP-CATTP Sagone

Addictologie :

- CSAPA Loretto - Consultations avancées à Cargèse
- CSAPA Loretto - Consultations avancées à Sagone

Offre médico-sociale : adulte et enfant en situation de handicap
OUEST CORSE



Offre existante :

Le territoire dispose de l'accès à l'ensemble des ressources départementales et régionales (FAM, MAS, SAMSAH, ESAT, IME, DITEP, centres ressources, SESSAD, PCO...) conformément aux agréments délivrés

SSIAD Zone de couverture du territoire

SSIAD (UMCS) PH /
16 places en file active pour un territoire d'intervention incluant l'ouest Corse

FAM : 40 places

DIME Les Salines / DITEP ARSEA :

- Dispositif intégré médico-éducatif :
DIME de 149 places à compétence départementale
et régionale pour la partie IME

Offre SESSAD sur territoire (50 places en file active)

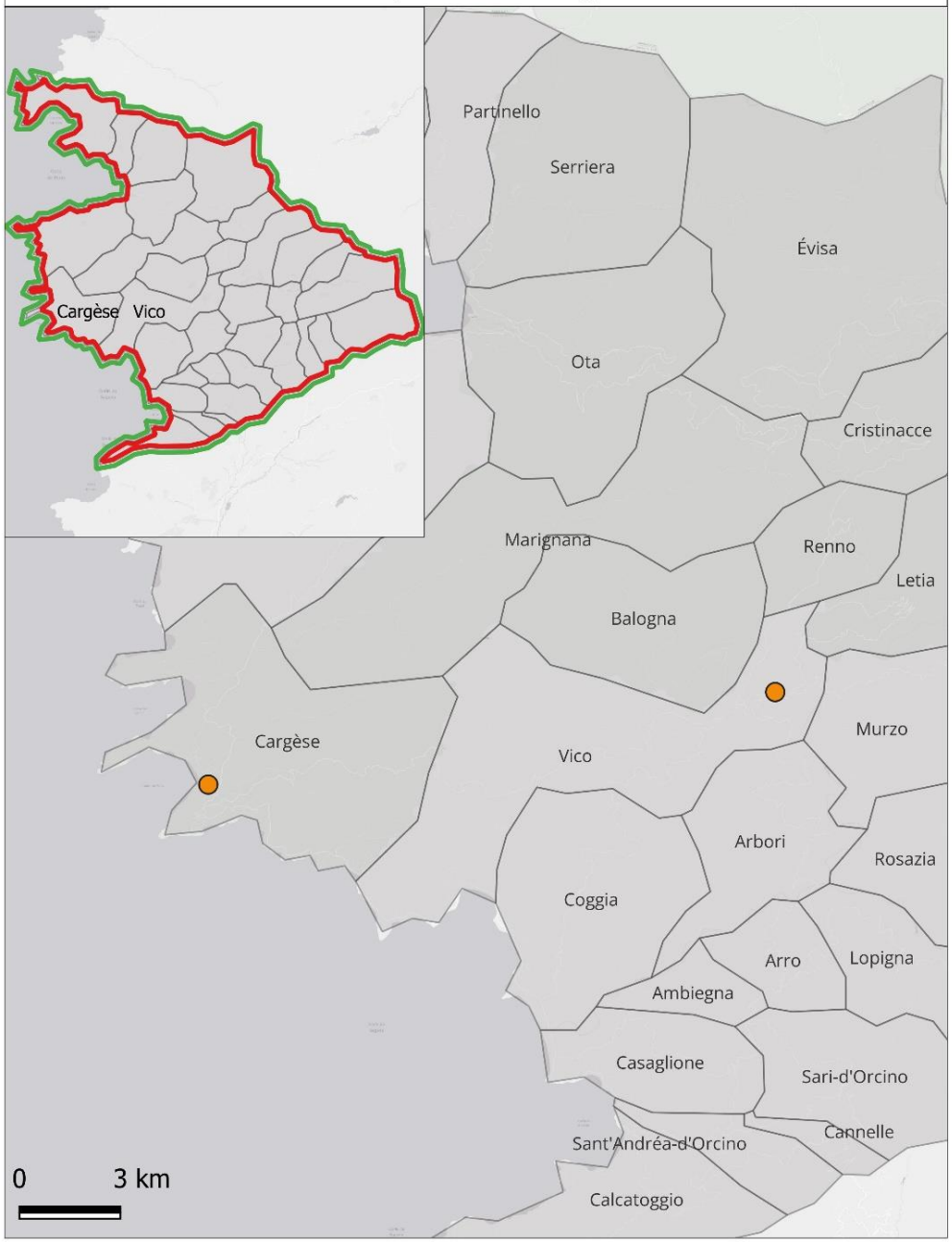
- Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation (DITEP ARSEA) :
File active

Offre en plus dans les 5 ans :

Pôle territorial d'aide aux aidants (7 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Ouest Corse/Pays Ajaccien :
AAP engagé en mai 2023

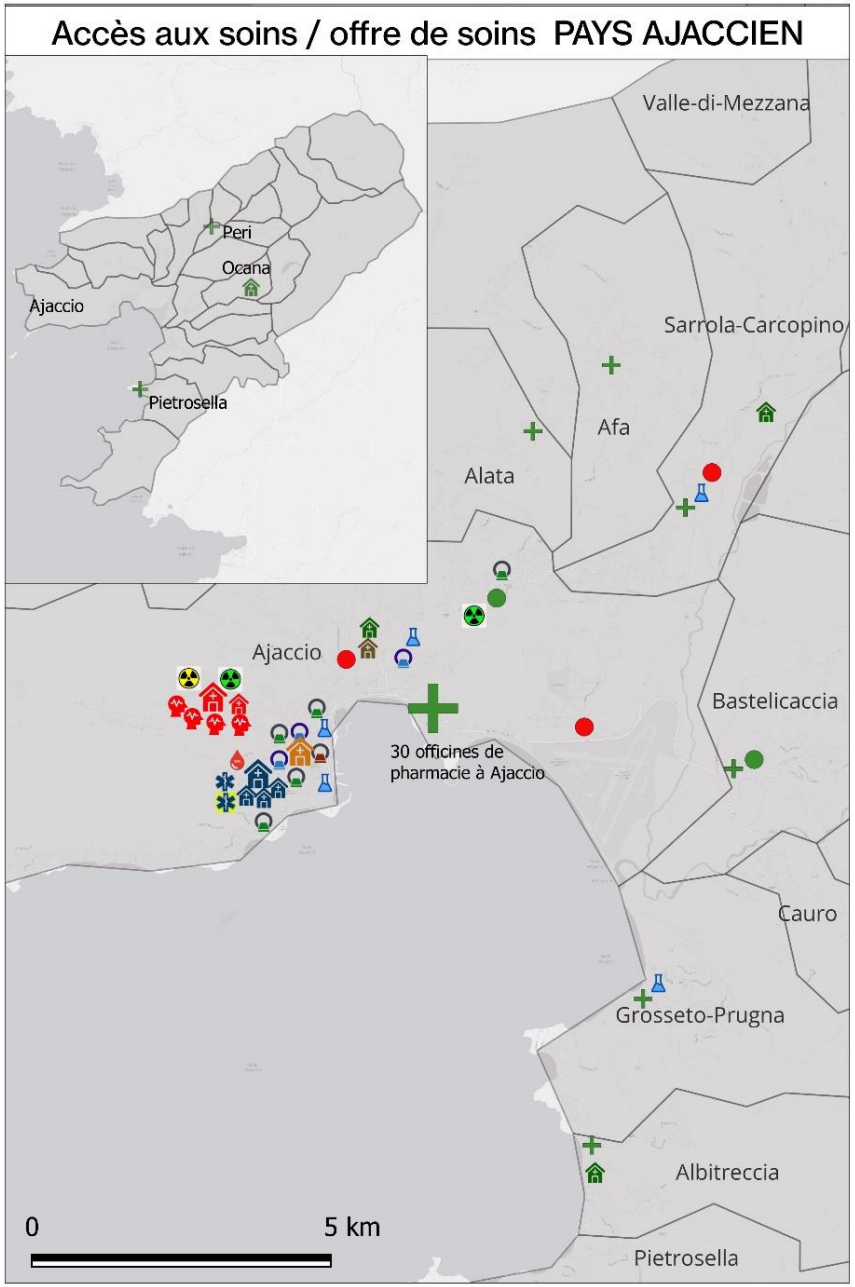
SESSAD DYS-TDAH : 9 places (dont 5 16-25 ans) sur un territoire d'intervention Ouest Corse/Pays Ajaccien.

Offre médico-sociale : personnes âgées OUEST CORSE



Offre existante :	Offre en plus dans les 5 ans :
Le territoire a accès à l'offre d'UHR conformément aux agréments délivrés SSIAD et ESA Zone de couverture du territoire	
SSIAD (UMCS) PA : 77 places en file active pour un territoire d'intervention incluant l'Ouest Corse	
Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives (ADMR 2B) : 10 places en file active pour un territoire d'intervention incluant l'ouest Corse	
EHPAD VALLE LONGA - CARGESE : 24 Hébergements Permanents	Hébergement Temporaire + unité de vie protégée
EHPAD MAISON JEANNE D'ARC : 24 Hébergements Permanents	Hébergement Temporaire + unité de vie protégée + pôle d'activité et de soins adaptés + places personnes handicapées vieillissantes
	Pôle territorial d'aide aux aidants (7 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Ouest Corse/Pays Ajaccien : AAP engagé en mai 2023
	Centre ressources territorial personnes âgées : AAC à engager
	ESA - MND : 10 places sur territoires de Corse du Sud (en particulier Ouest Corse)

8.1.5 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS LE PAYS AJACCIEN



Offre existante :

Premier recours :

- MSP BASTELICACCIA-PRUNELLI
- MSP STILETTO
- CENTRE DE SANTE POLYVALENT
- CENTRE DE SANTE SAGEO AJACCIO
- CENTRE DE SANTE DE BALEONE

Officines de pharmacie :

- 38 officines de pharmacie dont 30 à Ajaccio (voir détail en annexe)

Laboratoires de biologie médicale :

- LBM CCF-SITE CANARELLI FERNANDEZ
- LBM CCF-SITE CANDIA MADONUCCIA
- LBM CCF-SITE COLONNA DE CINARCA
- LBM CCF-SITE RIVE SUD
- LBM CCF - SITE LA GRAVONA SARROLA CARC

Centres d'imagerie et de radiologie :

Corse Imagerie regroupe :

- Corse Imagerie - IRM
- Corse Imagerie - Scanner
- Corse Imagerie - IM de la Madonuccia

Imagerie Médicale KALLISTE regroupe :

- Site - IMAGERIE MÉDICALE DE PAOLI
- Site - IMAGERIE MÉDICALE, DE MEZZAVIA
- Site - IMAGERIE MÉDICALE DU CASONE
- Site - SCANNER CLINISUD
- Site - IRM 2 - HÔPITAL DE LA MISÉRICORDE

Clinisud regroupe :

- Clinisud

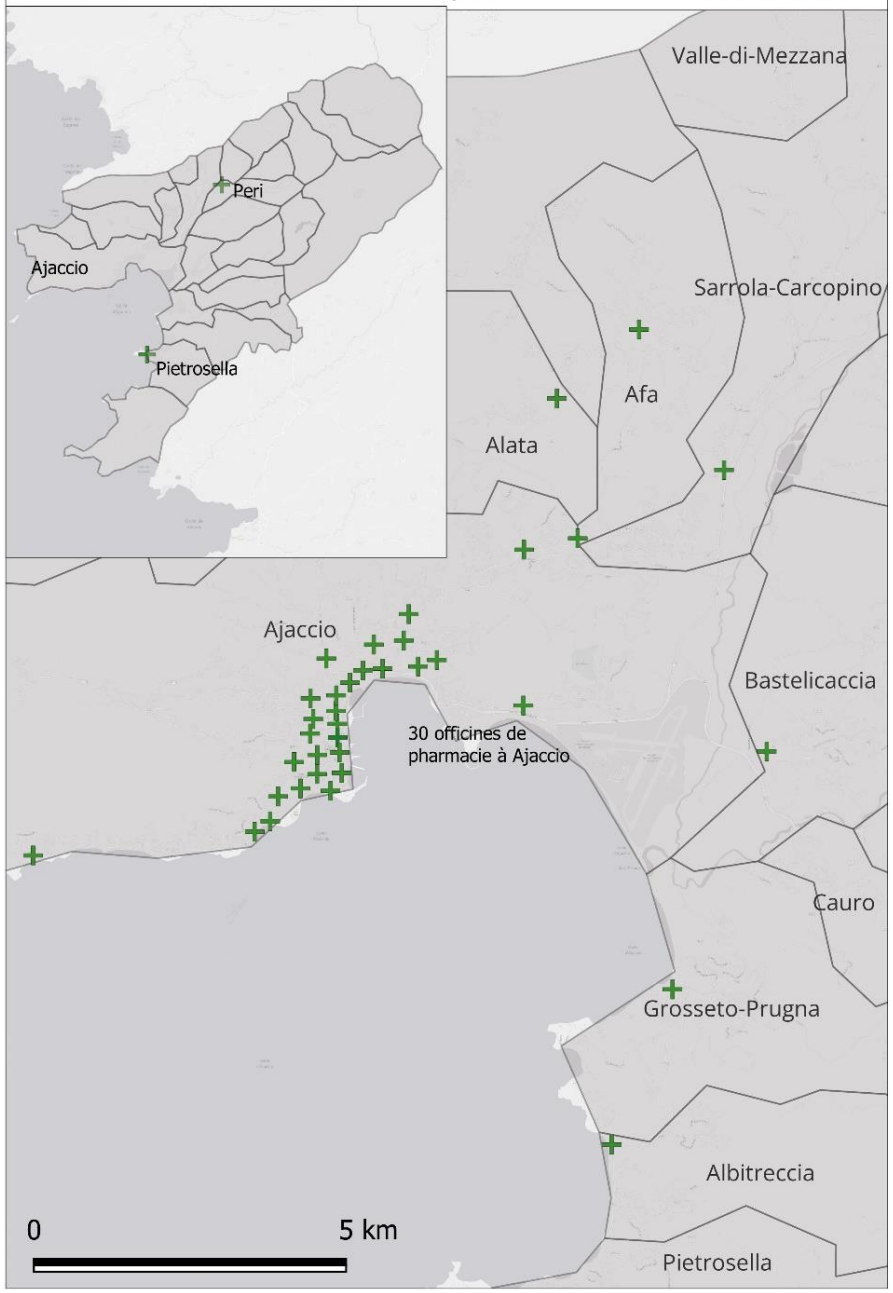
Etablissement de transfusion sanguine :

- Etablissement de Transfusion Sanguine

Offre hospitalière :

- Centre de radiothérapie
- Centre de radiothérapie en cours de création
- Médecine nucléaire
- CH ND LA MISERICORDE : 452 places
- SAMU 2A
- Antenne SMUR Ajaccio
- SMR CH Ajaccio : 40 places
- USLD D' AJACCIO
- CENTRE D'AUTO DIALYSE CH AJACCIO
- CH DE CASTELLUCCIO : 214 places
- SMR CH CASTELLUCCIO : 20 places
- Psychiatrie Enfants - CH CASTELLUCCIO - L'ALBA
- Psychiatrie Enfants -CH CASTELLUCCIO - HDJ ENFANTS-A PAMANA
- HDJ/ Psychiatrie Adultes - HDJ ADULTES - A LECCIA
- HDJ/ Psychiatrie Adultes - HDJ ADULTES - AMANDULI
- CLINISUD : 73 places
- SMR - CRF ET MAISON DE REPOS DU FINOSELLO : 153 places
- SMR - VALICELLI : 70 places
- SMR - CENTRE REPOS CONVALESCENCE ILE DE BEAUTE : 84 places
- SMR - CRF LES MOLINI : 129 places
- HAD AJACCIO ET GRAND AJACCIO

Annexe : Détail Officines de pharmacie PAYS AJACCIEN

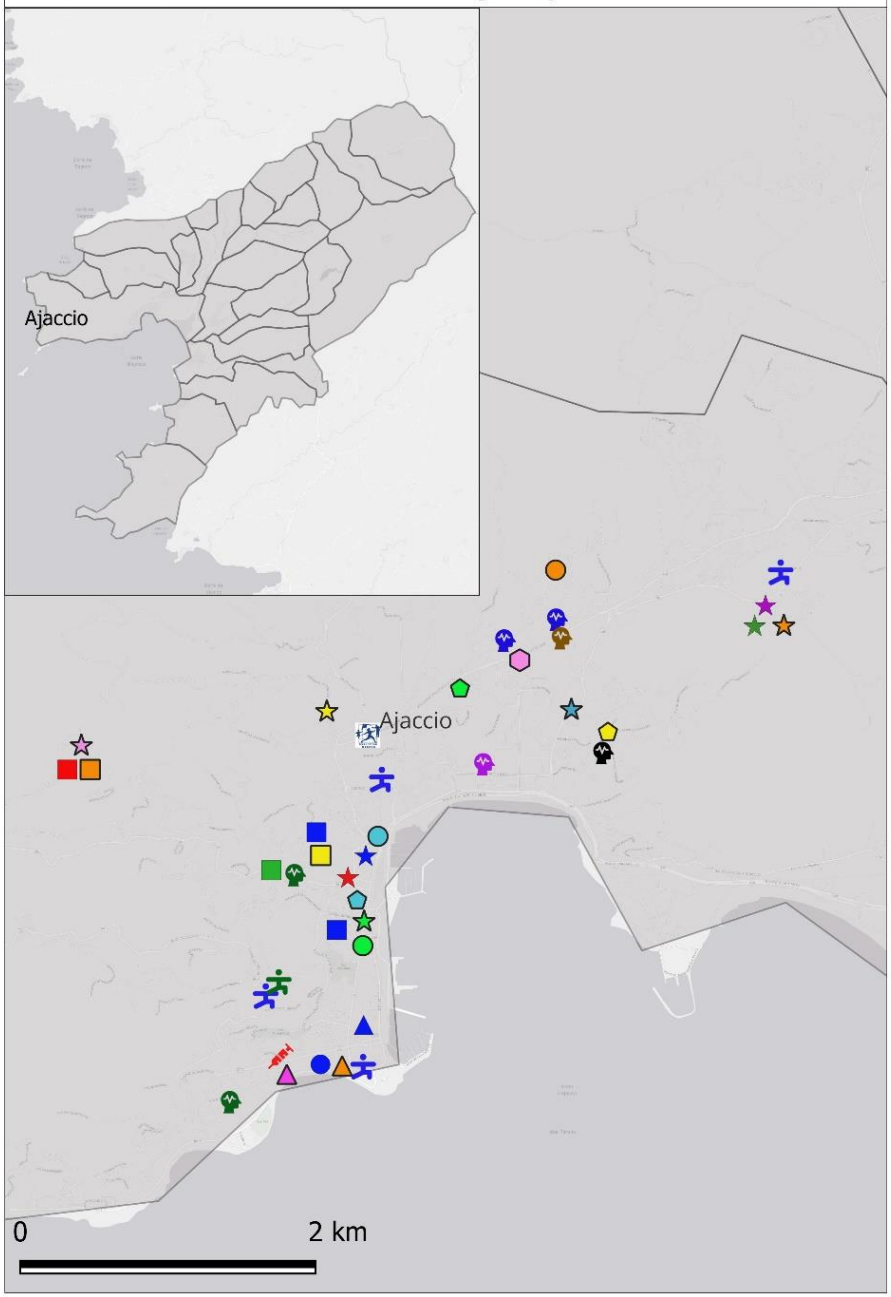


Offre existante :

Officines de pharmacie : (x 38)

- LA PHARMACIE NOUVELLE
- PHARMACIE BARBAZZA
- PHARMACIE CARREGA
- PHARMACIE DES PALMIERS
- PHARMACIE DES PLAGES
- PHARMACIE DU COURS
- PHARMACIE IMPERIALE
- PHARMACIE MARCAGGI
- PHARMACIE PAOLETTI-PANTALACCI
- PHARMACIE PARAVISINI-PINELLI
- PHARMACIE PRINCIPALE
- SELARL PHARMACIE ALBERT 1ER
- SELARL PHARMACIE CASABIANCA ET FILS
- SELARL PHARMACIE DE PREMONT
- SELARL PHARMACIE OTTAVI
- SELARL PHARMACIE SAINT-JEAN
- SELASU PHARMACIE LANFRANCHI
- PHARMACIE DES ALIZES
- PHARMACIE LEHMANN
- PHARMACIE PIETRI
- PHARMACIE POLI
- PHARMACIE RENOUX - BARGETON
- PH COLONNA D'ISTRIA DE C - DE PERETTI
- SELARL PHARMACIE DES SALINES
- SELARL PHARMACIE DU SOLEIL
- SELAS PHARMACIE DU FINOSELLO
- SELAS PHARMACIE DU VAZZIO
- SELARL PHARMACIE GAZANO
- PHARMACIE DU RUPPIONE
- SARL PHARMACIE D'AGOSTA PLAGE
- SARL PHARMACIE NERI
- PHARMACIE CASABIANCA
- PHARMACIE D'AFA
- SELARL PHARMACIE BELLILCHI - BRANCA
- SELARL PHARMACIE DE L'AQUEDUC
- SELAS PHARMACIE DU STADE
- SELAS PHARMACIE OTTAVY SYLVAIN
- PHARMACIE DE LA POSTE

Prévention - Pays Ajaccien



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs. Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.
D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale. Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Prévention (générale) :

- CPAM 2A

Santé femmes, enfants et jeunes :

- C2S (Centre de santé sexuelle)
- Mission locale d'Ajaccio
- FALEP - Espace santé jeunes + Maison des adolescents en cours d'ouverture à Ajaccio et ses antennes
- CIDFF

Prévention de la violence :

- CORSAVEM
- Centre d'accueil de jour Stella Maris de la FALEP
- Fraternité du partage (accueil de femmes victimes de violence)
- CHRS de la FALEP
- Femmes Solidaires
- Antenne de l'Unité Médico Judiciaire du CH d'Ajaccio (accueil de femmes victimes de violence)
- UAPED - CH d'Ajaccio
- 3114 - CH d'Ajaccio
- VigilanS - CH de Castellucio

Addictologie :

- CSAPA Loretto (CH Castellucio)
- CSAPA AAF (référent pénitentiaire)
- CSAPA AAF - Consultations en maison d'arrêt d'Ajaccio
- CAARUD
- *Offre de soins : Equipe de liaisons et de soins en addictologie - CH de Castelluccio*
- *Offre de soins : Structure de sevrage - CH de Castelluccio*

Sport santé :

- Permanence Sport Santé - CROS Corse
- Permanence Sport Santé - Maison de Santé du Stiletto
- Permanence Sport Santé - Maison de quartiers des Cannes
- Permanence Sport Santé - CIAS Ajaccio
- MOVA-Maison d'Orientation Vers l'Activité physique (Maison Sport Santé)

Santé mentale :

- CMP - CATTP Nord "Loretto- Ornano"
- CMP - CATTP Sud "Fred Scamaroni"
- CMP ENFANTS I TESORI
- CMP ENFANTS CISE "A Rundinella"
- CMP-CATTP ENFANTS CISA U LARICCIU
- CATTP ENFANTS-A PAMPANA
- Centre de Réhabilitation psychosociale de la Région Corse (C2R2)

Prévention - Réhabilitation :

- Groupe d'entraide mutuelle Trauma Cranien U Scontru
- Groupe d'entraide mutuelle troubles psychiques U Passagiu
- CISA - CH de Castelluccio

Prévention, information et dépistages des infections, Vaccination :

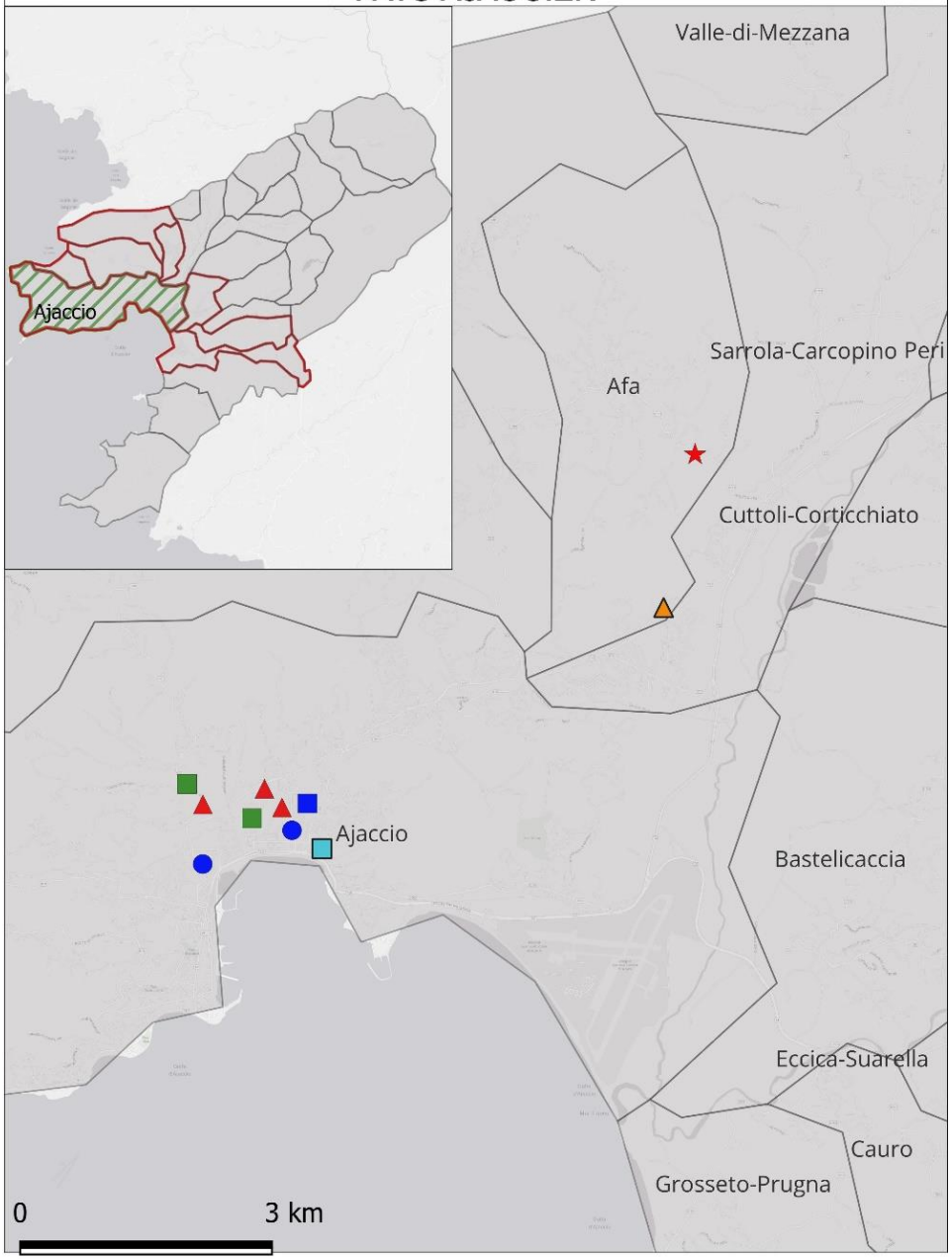
- CRCDC
- Centre de vaccination
- CLAT
- CeGIDD

Autre ressource : IREPS

Offre future :

- HDJ CISA (offre future)
- HDN (offre future)

Offre médico-sociale : adulte en situation de handicap
PAYS AJACCIEN



Offre existante :

SSIAD : zone de couverture de territoire

- SSIAD PH UMCS : 16 places en file active pour un territoire incluant le Pays Ajaccien
- SSIAD PH ADMR : 16 places en file active
- SAMSAH ISATIS AJACCIO : 13 places en file active dont 6 places sur l'Extrême Sud (territoire d'intervention départementale)
- SAMSAH A LEIA : 37 places en file active avec compétence départementale
- SAMSAH TND : 10 places en file active implantées sur le Pays Ajaccien avec compétence départementale (SAMSAH régional d'une capacité totale de 20 places)

ESAT / MAS / FAM :
Agrément régional avec préférence départementale

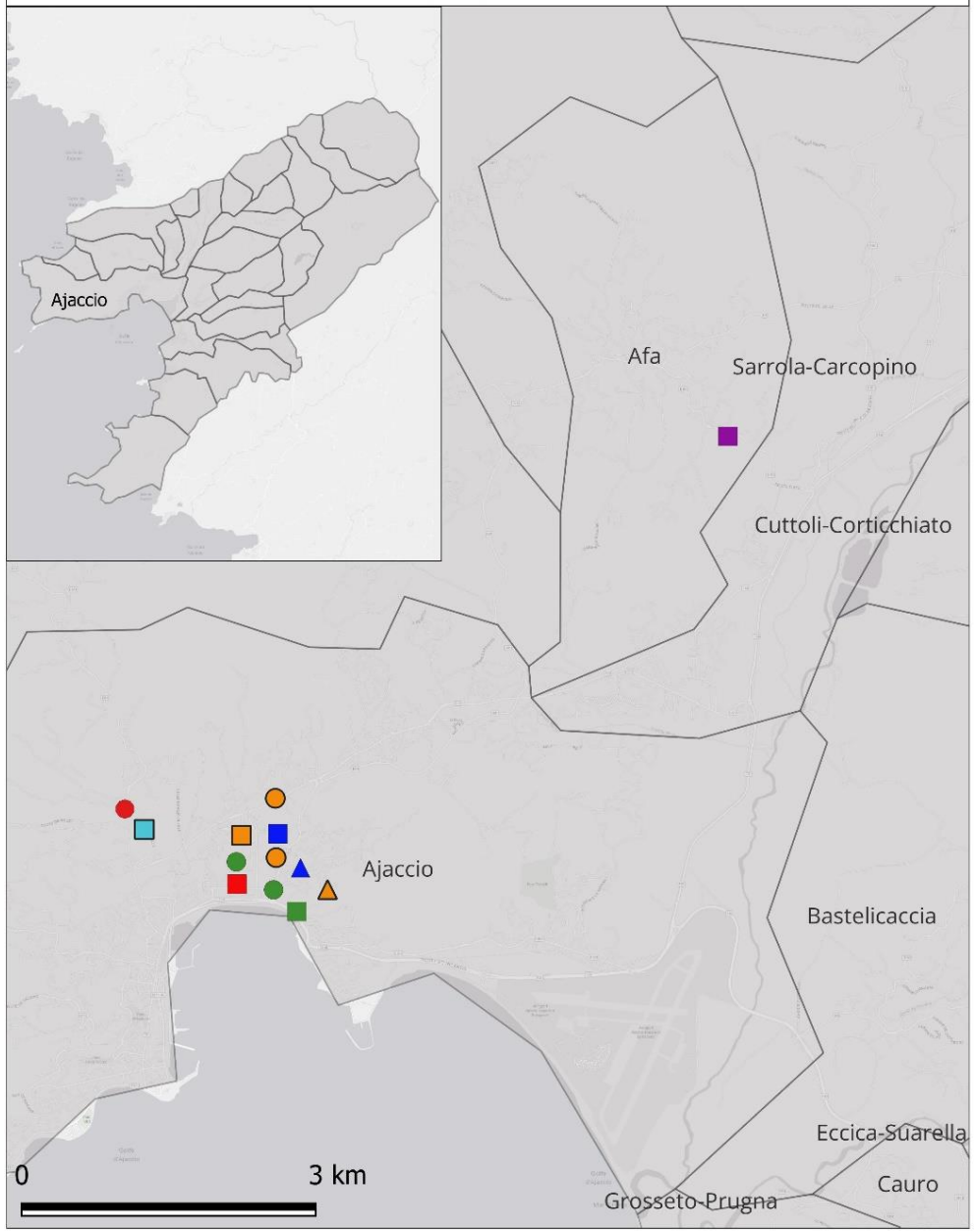
- ESAT U Licettu / Les jardins du Golfe : 219 places dont 24 sur l'Extrême sud
- MAS ALBIZZIA : 33 Hébergements Permanents (HP)
- MAS LES MAGNOLIAS : 10 HP + 2 HT
- MAS DMTC : 8 HP
- FAM PETRA DI MARE AJACCIO : 5HP
- FAM A FUNTANELLA : 35 HP
- MDPH 2A
- CRA (Pôle Ajaccio) : File active
- CENTRE DE RESSOURCES PDR - TSA : File active - Compétence départementale

Offre en plus dans les 5 ans :

- MAS Albizzia: augmentation de 8 places soit 41 places

- Pôle territorial d'aide aux aidants (7 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Ouest Corse/Pays Ajaccien -AAP engagé en mai 2023
- SAMSAH réhabilitation psychosociale - 8 places (compétence départementale)

Offre médico-sociale : enfant en situation de handicap
PAYS AJACCIEN



Offre existante :

- SESSAD "A SCALINA" - APF :
  Compétence départementale - 12 places (file active)
- SESSAD DYS :
  Compétence départementale - 26 places (file active)
- DIME LES SALINES :
  159 places (56 IME dont 10 internat et 93 places de SESSAD dont 71 toutes déficiences et 22 TSA) -
  Compétence régionale avec préférence départementale
- IME LES MOULINS BLANCS : 40 places -
  Compétence régionale avec préférence départementale
- CAMPS-EDAP 2A : Compétence départementale - File active
- CMPP 2A : Compétence départementale - File active
- DITEP A SPERENZA : 52 places - compétence régionale avec préférence départementale (dont 6 places d'internat)
- CRA (Pôle Ajaccio) : File active
- UEMA (DIME Les Salines) : 7 places (Ecole Saint Jean)
- UEEA (DIME Les Salines) : 8 places (Ecole élémentaire Jardins de l'Empereur)
- EMAS (DITEP A SPERENZA) : compétence départementale - File active
- INSTITUT EDUCATION MOTRICE A CASARELLA :
  35 places à compétence régionale avec préférence départementale
  - IEM : réduction capacitaire de 8 places (transformation en places de MAS) => 27 places
- Plateforme de répit TSA : File active - Compétence départementale

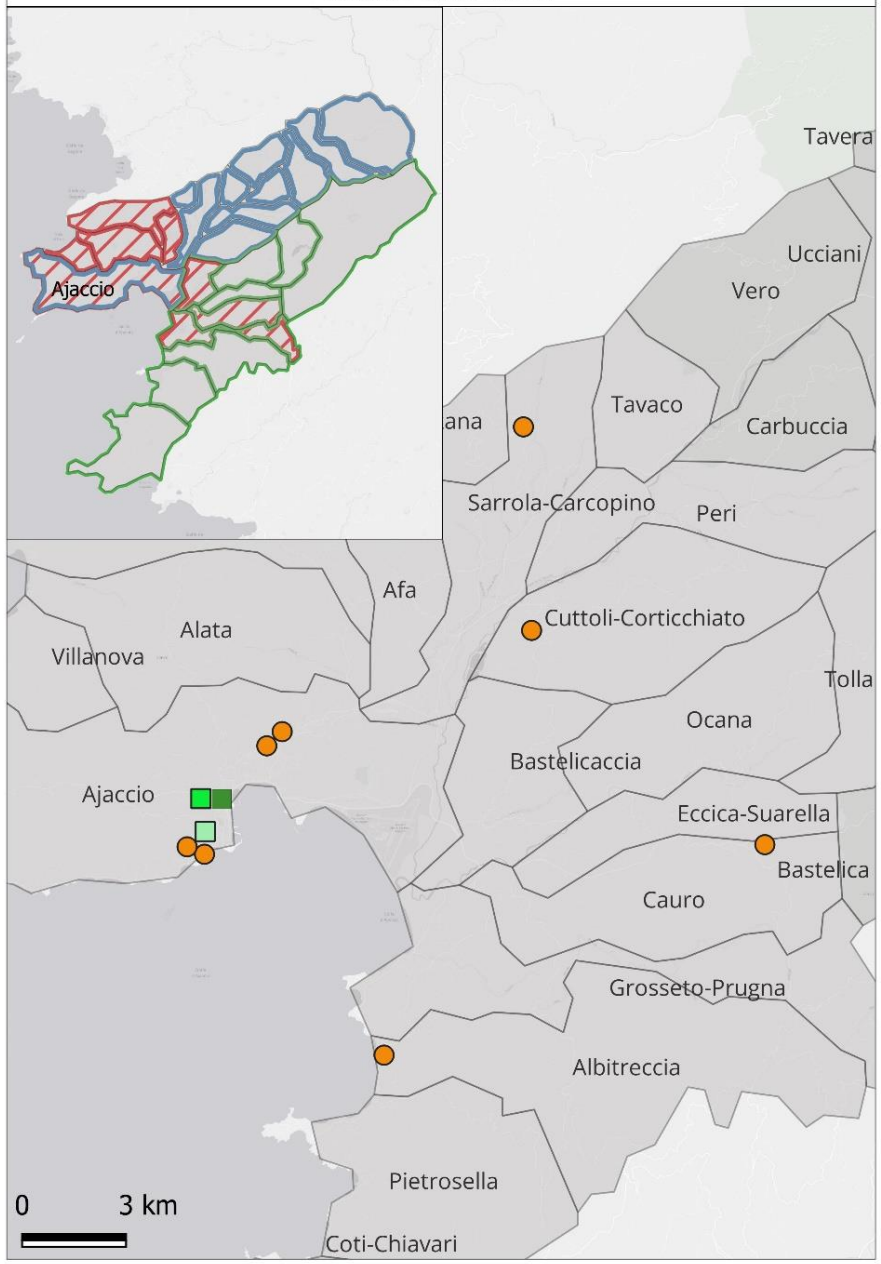
Offre en plus dans les 5 ans :

- Equipe médico-sociale de soutien aux professionnels de l'ASE - File active - compétence départementale - DITEP A SPERENZA

- Unité enseignement maternelle autisme (UEMA) - 7 places : AAC en cours - Année scolaire 2023-2024

- Unité enseignement polyhandicap (UEEP) - 5 places : AAC à engager

Offre médico-sociale : personnes âgées
PAYS AJACCIEN



Offre existante :	Offre en plus dans les 5 ans :
SSIAD ET ESA zone de couverture du territoire	
SSIAD PA (ACPA) : 76 places en file active avec territoire d'intervention incluant une partie du pays ajaccien	
SSIAD PA (Union des Mutuelles) : 77 places en file active avec territoire d'intervention incluant une partie du pays ajaccien + SSIAD renforcé	
SSIAD PA (ADMR 2A) : 154 places en file active avec territoires d'intervention départementale incluant une partie du pays ajaccien + SSIAD renforcé	
Equipe Spécialisé Alzheimer (ADMR 2A) : 10 places en file active sur territoire d'intervention hors Extrême Sud	
EHPAD DE SAINTE CECILE : 118 HP dont 12 places de PASA - 6 HT	Renforcement hébergement permanent (HP)
EHPAD DU CH AJACCIO : 70 HP	HT - unité de vie protégée - Pôle activités et de soins adaptés
EHPAD LE CISTE : 76 HP	Renforcement HP - HT - unité de vie protégée
EHPAD L'OLIVIER BLEU : 98 HP	HT - unité de vie protégée - pôle activité et de soins adaptés
EHPAD VALLE LONGA CAURO : 70 HP dont 12 PASA - 5 HT	Unité de vie protégée
EHPAD NOEL SARROLA : 92 HP et 12 HT	Rééquilibrage HPt/HT - unité de vie protégée - Pôle d'activités et de soins adaptés
MAISON DE RETRAITE SAINTE MARIE : 24 HP	
EHPAD AGOSTA : 71 HP	Renforcement capacitaire HP - HT + Pôles d'activité et de soins adaptés + unité de vie protégée
ACCUEIL DE JOUR - A SERENITA : 15 places en file active	
Plateforme de répit et d'accompagnement - file active à compétence départementale	
ACCUEIL DE JOUR PERSONNES AGEES - ADMR : 12 places en file active	

- Unité Hébergement Renforcé + équipe mobile UHR - 12 places - AAC à engager

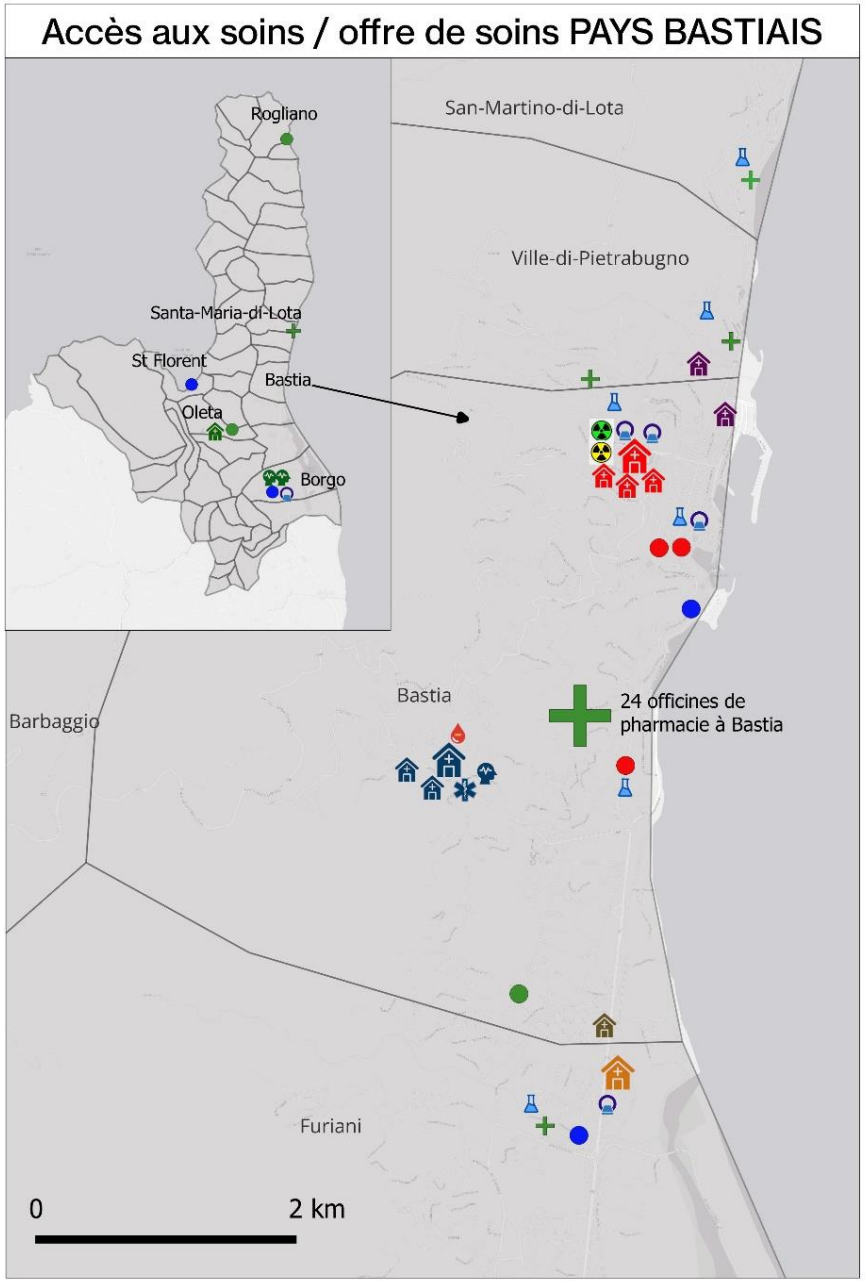
- Pôle territorial d'aide aux aidants (7 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Ouest Corse/Pays Ajaccien - AAP engagé en mai 2023

- Unité de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes - 10 places - AAC à engager

- Equipe spécialisée médico-sociale géronto-psychiatrique - 10 places en file active - AAC à engager

- ESA-MND ADMR 2A - prise en charge des malades jeunes - 8 places

8.1.6 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS LE PAYS BASTIAIS



Offre existante :

Premier recours :

- ESP BASTIA CITADELLE
- ESP FURIANI
- ESP St Florent
- ESP Borgo en cours de conversion MSP
- MSP BASTIA ERBALOJU + AMNP
- MSP Cap Corse
- MSP OLETTA
- CENTRE DE SANTÉ DENTAIRE MUTUALISTE
- CENTRE DE SANTE POLYVALENT MUTUALISTE
- CMSD CENTRE PREV SANITAIRE

Officines de pharmacie :

- 29 Officines de pharmacie dont 24 à Bastia (voir détail en annexe)

Laboratoires de biologie médicale :

- LBM VIALLE - SITE ANNONCIADE
- LBM VIALLE - SITE DE LUPINO
- LBM VIALLE - SITE DU CAP
- LBM VIALLE - SITE SAINT FRANCOIS
- LBM VIALLE - SITE TOGA
- LBM VIALLE - SITE DU BASTIO II

Etablissement de transfusion sanguine :

- Etablissement de Transfusion Sanguine

Centres d'imagerie et de radiologie :

Radiologues Libéraux de Haute-Corse regroupe :

1. CIPHC IRM de la clinique Maymard
2. Groupement d'Imagerie Médicale Cabinet du Centre, Bastia
3. Centre Radiologie & Scanner Clinique Maymard La Résidence
4. Scanner et centre radiologique de la Polyclinique de Furiani
5. Cabinet radiologique de Borgo

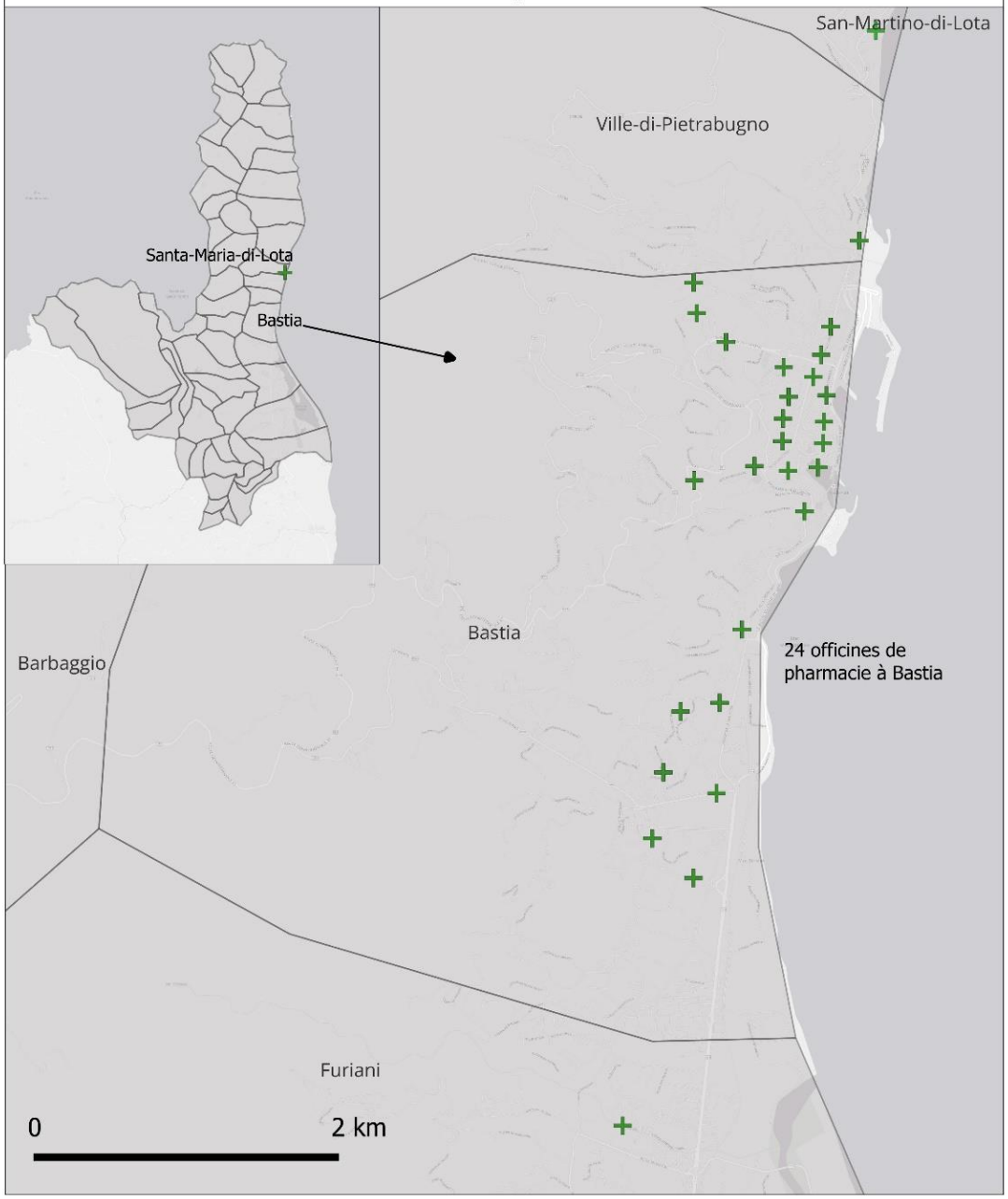
Offre hospitalière :

- Centre de radiothérapie Cap Santé
- CORSCINTIGRAPHIE
- CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA : 479 places
- SAMU DE HAUTE CORSE
- SMR - CH DE BASTIA : 88 places
- Psychiatrie Enfants - HOPITAL DE JOUR DE PEDO PSY
- CENTRE DE DIALYSE CHB
- POLYCLINIQUE LA RESIDENCE MAYMARD
- CLINIQUE DU DR FILIPPI : 10 places
- HAD CENTRE RAOUL FRANCOIS MAYMARD
- SMR - CLINIQUE DE TOGA : 20 places
- POLYCLINIQUE DE FURIANI : 58 places
- HAD DE CORSE
- SMR - LA PALMOLA : 80 places
- SMR autorisé mais non installé : SMR - SAINTE CAMILLE : 70 places
- Psychiatrie Adultes - CLINIQUE SAN ORNELLU : 92 places
- Psychiatrie Adultes - Villa SAN ORNELLU
- CENTRE DE DIALYSE SAINTE CATHERINE
- CENTRE DE COORDINATION DE CANCEROLOGIE HAUTE CORSE 3C2B

Offre en plus dans les 5 ans :

1 ESP à Lucciana
1 SEC à Biguglia porté par la collectivité locale

Annexe : Détail Officines de pharmacie PAYS BASTIAIS

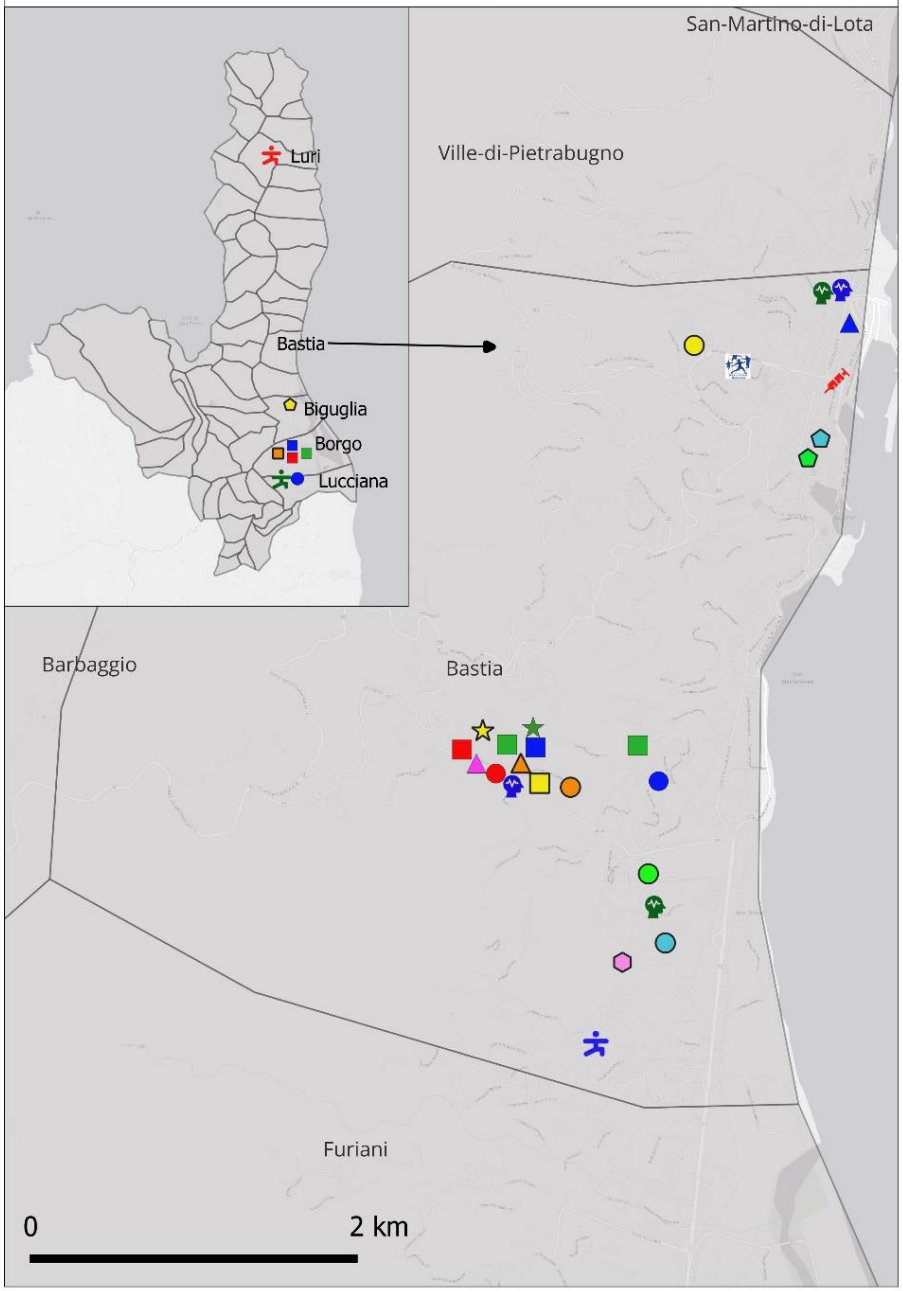


Offre existante :

Officines de pharmacie : (x 29)

- EURL LA PHARMACIE DU MARCHE
- EURL PHARMACIE GHILINI
- PHARMACIE BALESI
- PHARMACIE DE L'OPERA
- PHARMACIE DUSSOL
- PHARMACIE GIANVITI
- PHARMACIE MAROSELLI
- PHARMACIE NOTRE-DAME DE LOURDES
- PHARMACIE PRINCIPALE
- PHARMACIE RICCI
- PHARMACIE ROUSSEAU
- PHARMACIE SALGUES-LEVY
- SELARL PHARMACIE DE LA TOUR
- SELARL PHARMACIE DE PIETRANERA
- SELARL PHARMACIE PETRI-GUASCO
- SELAS PHARMACIE DE LA PLACE D'ARMES
- SELAS PHARMACIE DU PALAIS
- SELASU PHARMACIE DU FANGO
- SELEURL PHARMACIE PORT TOGA
- PHARMACIE DE LA ROCADE
- PHARMACIE GAZIELLO
- SELARL PHARMACIE ALFONSI - BASTIA SUD
- SELARL PHARMACIE AURORE
- SELARL PHARMACIE SAINT-PIERRE
- SELARL PHARMACIE SANTA MARIA
- SELARL SOCIETE LUCCIONI DON PETRU
- SELAS PHARMACIE DOMINICI
- SELAS PHARMACIE DU POLYGONE
- PHARMACIE FIESCHI-GRAZIANI

Prévention - Pays Bastiais



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs. Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention. D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Prévention (générale) :

- CPAM 2B - Centre d'examens de santé

Santé femmes, enfants et jeunes :

- C2S (Centre de santé sexuelle)
- MDA
- FALEP - Espace santé jeunes
- Mission Locale de Bastia
- CIDFF
- CRIAVS

Prévention de la violence :

- Unité Médico Judiciaire du CH de Bastia (accueil des femmes victimes de violence)
- Antenne de l'Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger

Sport santé :

- Permanence Sport Santé
- Maison Sport Santé
- Permanence itinérante Sport Santé (minibus sport santé)

Prévention, information et dépistage des infections, Vaccination :

- CRCDC
- Centre de vaccination
- CLAT
- GeGIDD

Addictologie :

- CSAPA AAF - Antenne de Bastia
- CSAPA AAF - Consultations au centre pénitentiaire de Borgo
- CSAPA ADPS
- CSAPA ADPS - Consultations au centre pénitentiaire de Borgo
- CSAPA ADPS - Consultations avancées au CH de Bastia
- CAARUD régional - antenne de Bastia
- *Offre de soins : Equipe de liaisons et de soins en addictologie - Clinique San Ornello*
- *Offre de soins : Structure de sevrage simple - CH Bastia*
- *Offre de soins : Structure de sevrage simple - Clinique San Ornello*

Prévention - Réhabilitation :

- GEM Troubles psychiques
- GEM Trauma Cranien "U Scontru" Antenne de Bastia
- GEM Trouble Spectre Autistique GEM ZEE OFFICE

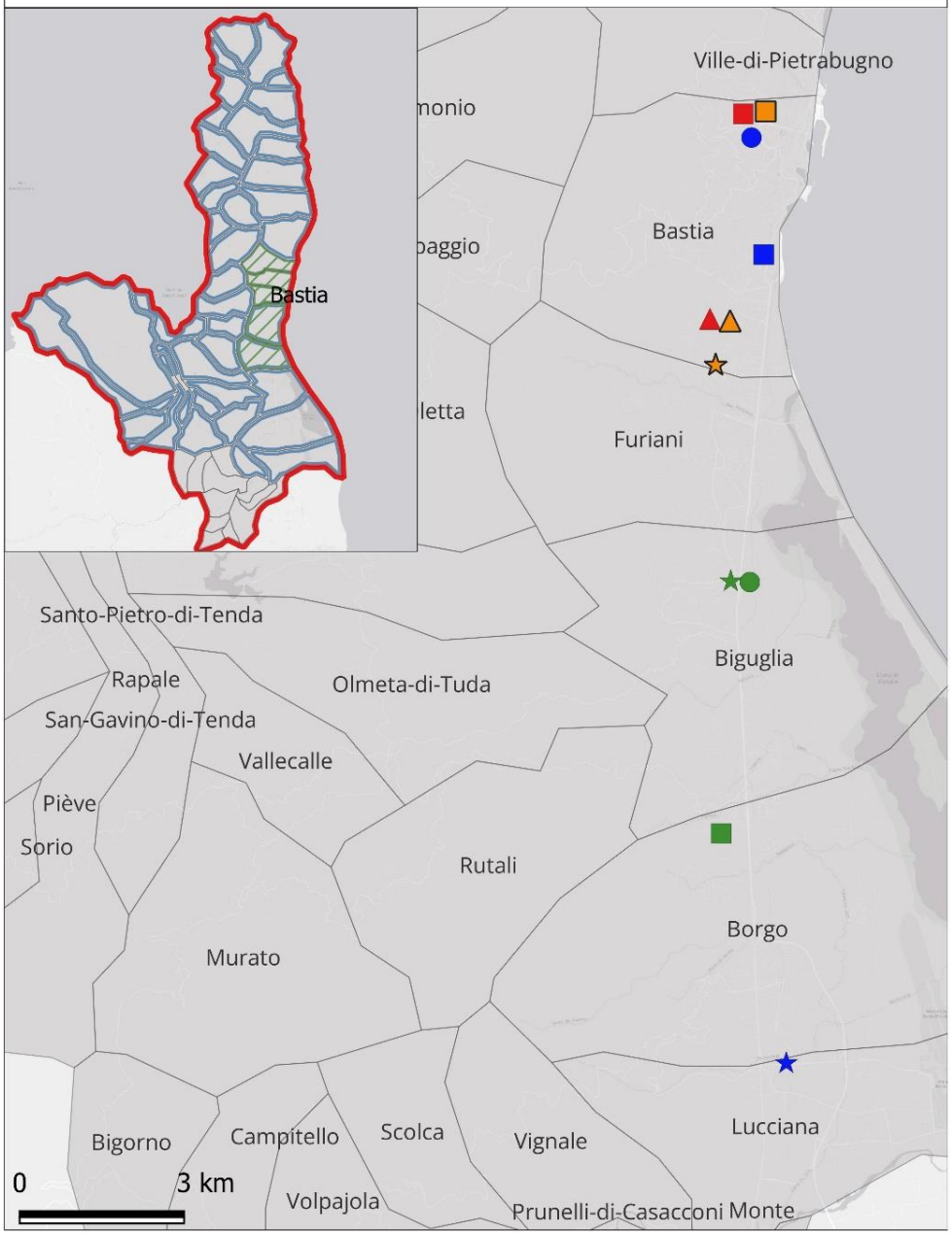
Santé mentale :

- CMP TOGA G01 (Bastia)
- CMP Montesoro G02 (Bastia)
- CMP Enfant Toga (Bastia)
- CMP Ados (Bastia)

Autre ressource :

- IREPS

Offre médico-sociale : adulte en situation de handicap
PAYS BASTIAIS



Offre existante :

SSIAD Zone de couverture du territoire :

- SSIAD PH AIUTU E SULIDARITA : 15 places en file active intervenant notamment sur le Pays Bastiais
- SSIAD PH ADMR BASTIA : 25 places en file active intervenant notamment sur une partie du Grand bastia (Cf. carto SSIAD)
- SSIAD AVEC PH : 14 places en file active intervenant notamment sur le Pays Bastiais (Cf. carto SSIAD)

- SAMSAH ISATIS : 9 places en file active (compétence départementale)
- SAMSAH TND : 10 places en file active en compétence départementale (agrément de 20 places au niveau régional)
- ESAT Atelier : 140 places compétence régionale avec préférence départementale
- MAS Autisme et Polyhandicap : 25 places compétence régionale avec préférence départementale
- CRA : File active - compétence régionale
- Centre pré orientation : 12 places en file active (compétence départementale)
- Unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation socio-professionnelle : 3 places en file active (compétence départementale)
- FAM Carlina ADAPEI Haute Corse : 34 places (compétence régionale avec préférence départementale)
- Plateforme de répit /TSA (SAMSAH TND) : File active - Compétence départementale
- Faciliteur (Trisomie 21) : File active
- Service appui à la parentalité des PH et centre ressources sexualité et vie affective (SAPPH - CRSVAPH) ; Compétence régionale

Offre en plus dans les 5 ans :

- Pôle territorial d'aide aux aidants (21 places d'accueil de jour + 2 plateformes de répit) : AAP engagé en mai 2023

- SAMSAH toutes déficiences - 10 places en file active -compétence départementale : AAC à engager

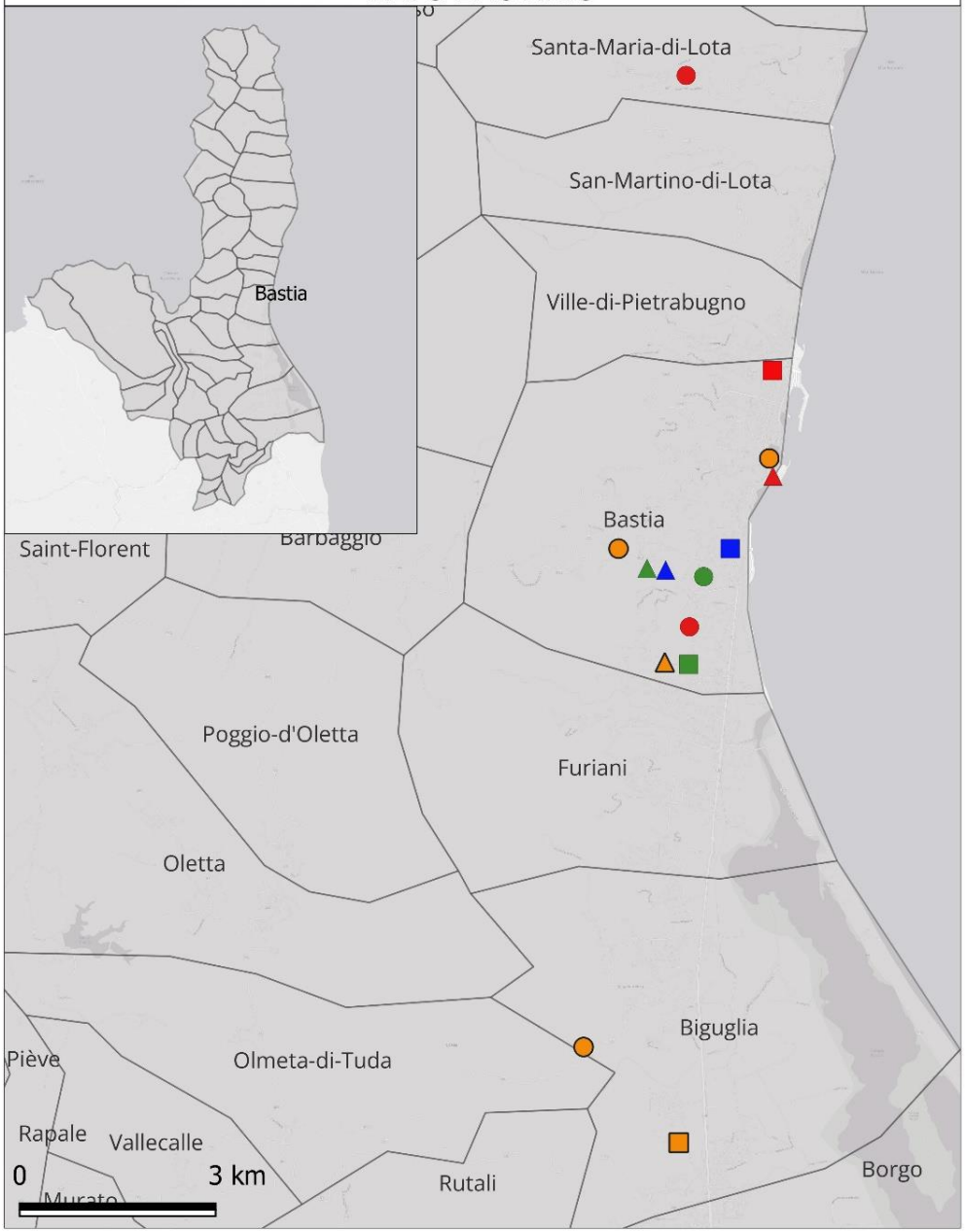
- SAMSAH réhabilitation psychosociale - places en file active - compétence départementale : AAC à engager

- Etablissement adultes médicalisé - 20 places (opération de transformation) - compétence régionale avec préférence départementale : opération de fongibilité

- Unité de vie résidentielle TSA - 6 places - compétence régionale avec préférence départementale : EAM

- Renforcement du nombre de faciliteur

Offre médico-sociale : enfant en situation de handicap
PAYS BASTIAIS



Offre existante :

- SESSAD DYS TDAH :
  30 places en file active - compétence départementale
- SESSAD LES TILLEULS :
  40 places en file active - compétence départementale
- SESSAD Polyhandicap ADAPEI 2B :
  10 places en file active - compétence départementale
- IME les tilleuls :
  47 places - compétence régionale avec préférence départementale
- IME Eveil (ADAPEI 2B) : 56 places
- CAMSP de Bastia :
  File active - compétence départementale
- Equipe diagnostic proximité autisme (CAMSP de Bastia)
- CMPP : File active - compétence départementale
- DITEP A STRADELLA :
  45 lits et places (dont 8 places d'internat) -
  compétence régionale avec préférence départementale

- Equipe médico-sociale de soutien aux professionnels de l'ASE - File active - compétence départementale - ITEP - DISPOSITIF " A STRADELLA "

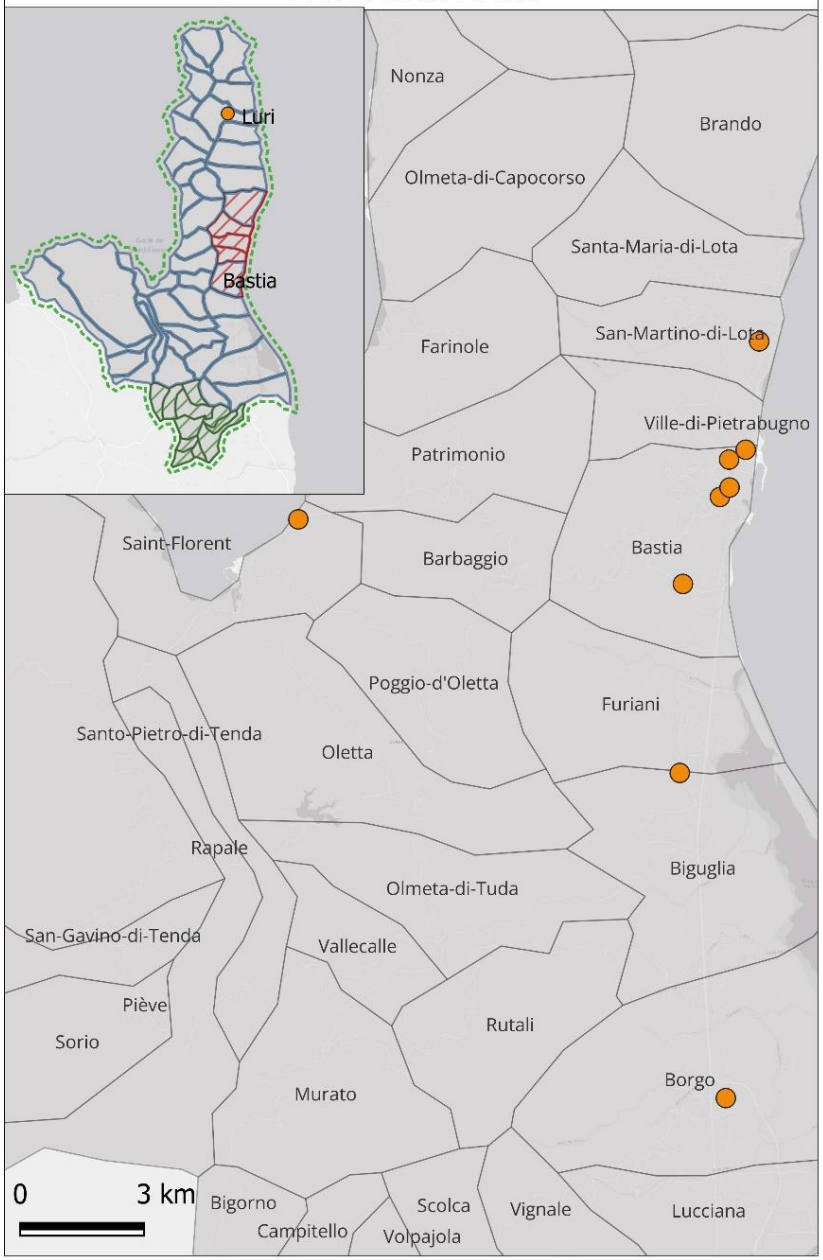
- Centre pour enfants Déficients Auditifs et Visuel (PEP 2B)
- CRA CORSICA : File active - compétence régionale
- UEMA (SESSAD EAC) : 7 places
- UEEA (IME ADAPEI 2B) : 8 places
- EMAS (ITEP - DISPOSITIF " A STRADELLA ") : File active

Offre en plus dans les 5 ans :

- Unité enseignement polyhandicap UEEP - 5 places - compétence départementale - AAC à engager

- SESSAD DYS-TDAH - 5 places en file active - compétence départementale

Offre médico-sociale : personnes âgées
PAYS BASTIAIS



Offre existante :

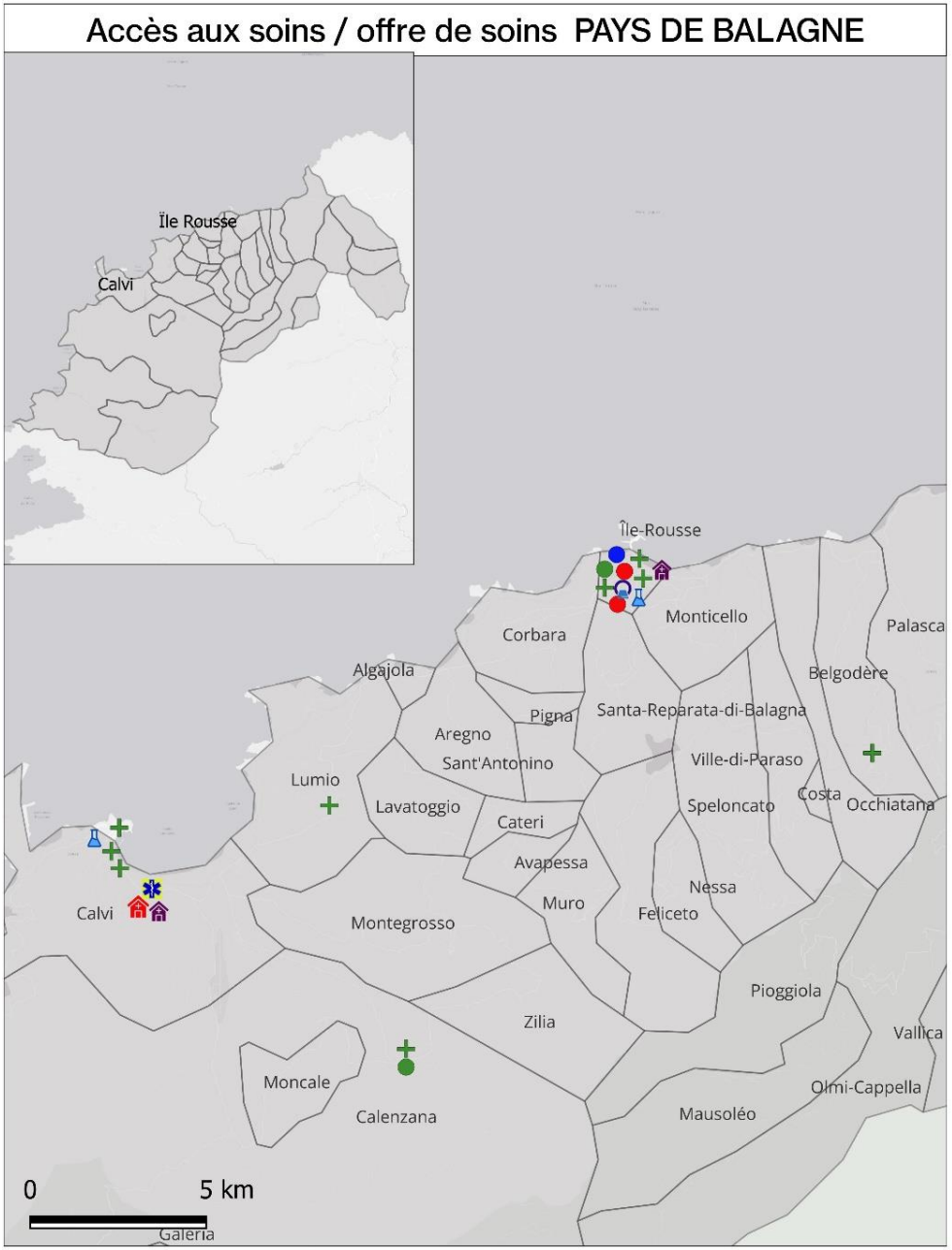
SSIAD et ESA Zone de couverture du territoire

- SSIAD AVEC PA : 107 places en file active avec intervention sur Grand Bastia
- SSIAD PA AIUTU E SULIDARITA : 70 places en file active avec compétence sur Pays Bastiais + SSIAD renforcé
- SSIAD PA ADMR 2B : 52 places en file active avec compétence notamment sur une partie du pays Bastiais + SSIAD renforcé
- Equipe Spécialisé Alzheimer (ADMR 2B) : 20 places en file active avec compétence départementale

EHPAD CASA SERENA 2B : 83 Hébergements Permanents	HT - Pôle d'activités et de soins adaptés - unité de vie protégée
EHPAD DU CH BASTIA : 38 Hébergements Permanents	HT - Pôle d'activités et de soins adaptés - unité de vie protégée
EHPAD LA CHENAIE : 20 Hébergements Permanents	HT - Pôle d'activités et de soins adaptés - unité de vie protégée
EHPAD MAISON NOTRE DAME : 83 Hébergements Permanents	HT - unité de vie protégée
EHPAD Maris Stella : 24 Hébergements Permanents	Renforcement HP - HT - pôle d'activité et de soins adaptés - unité de vie protégée
EHPAD RESIDENCE PIERRE BOCOGNANO : 91 Hébergements Permanents - 5 Hébergements Temporaires	Pôle d'activités et de soins adaptés unité de vie protégée
EHPAD SAINT ANDRE : 109 Hébergements Permanents dont 12 unités d'hébergement renforcé 6 Hébergements Temporaires - 6 accueils de jour et 12 PASA	Unité de vie protégée
EHPAD SAINTE THERESE : 100 Hébergements Permanents	Pôle d'activités et de soins adaptés unité de vie protégée
EHPAD Ste DEVOTE : 88 Hébergements Permanents - 1 Hébergement Temporaire	Pôle d'activités et de soins adaptés unité de vie protégée
EHPAD STE FAMILLE : 50 Hébergements Permanents - 6 Hébergements Temporaires	Pôle d'activités et de soins adaptés unité de vie protégée
	- ESA-MND malades jeunes (ADMR 2A)
	- Pôle territorial d'aide aux aidants (21 places d'accueil de jour + 2 plateformes de répit) - AAP engagé en mai 2023
	- Unité de vie pour personnes en situation de handicap vieillissantes - 10 places - AAC à engager
	- Equipe spécialisée médico-sociale géronto-psychiatrique - 10 places en file active - AAC à engager

Offre en plus dans les 5 ans :

8.1.7 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS LE PAYS DE BALAGNE



Offre existante :

Premier recours :

- ESP L'ISULANI
- MSP CASA MEDICALE DI CALINZANA
- MSP ILE ROUSSE
- CENTRE DE SANTE DENTAIRE MUTUALISTE
- CPTS de Balagne

Officines de pharmacie :

- PHARMACIE ALBANO MORETTI
- PHARMACIE BROCHE-ROSELLINI
- PHARMACIE DU MARCHE
- PHARMACIE SAVELLI
- PHARMACIE CACHARD
- PHARMACIE SALI-MARCHETTI
- SELARL LANIELLA PHARMA
- SELARL PHARMACIE CENTRALE
- SELARL PHARMACIE DU GOLFE

Laboratoires de biologie médicale :

- LBM CCF - SITE ILE ROUSSE
- LBM CCF - SITE DE CALVI

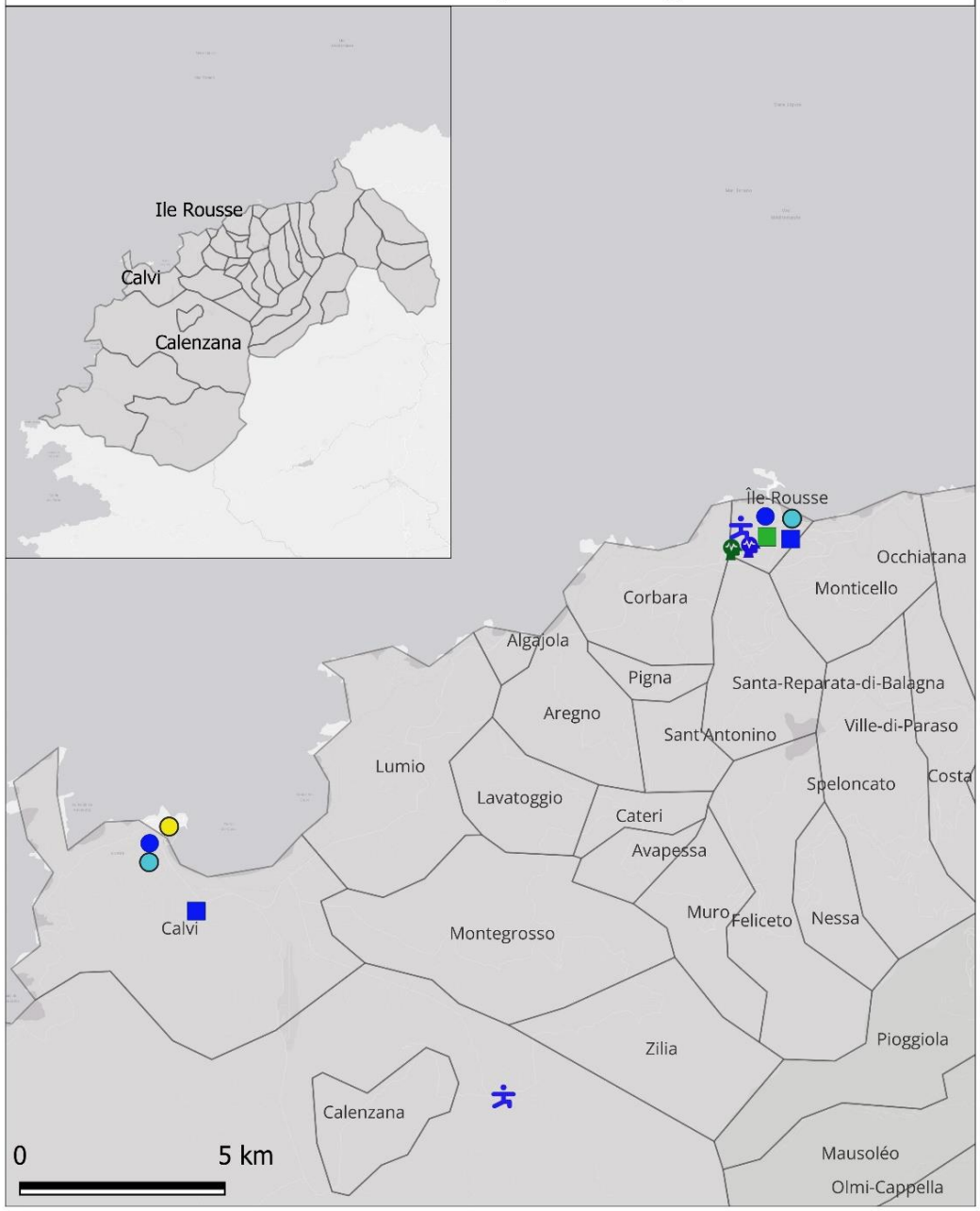
Centre d'imagerie et de radiologie :

- Radiologues libéraux Haute-Corse - Imagerie médicale Balagne

Offre hospitalière :

- HOPITAL DE PROXIMITE CALVI : 32 places
- ANTENNE SMUR DE CALVI
- CHICT CORTE (HAD)
- HAD DE CORSE (Bastia)
- UNITE D'AUTODIALYSE ILE ROUSSE
- USLD : 20 places

Prévention - Pays de Balagne



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs.

Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.

D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.
Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Santé femmes, enfants et jeunes :

- Maison des Adolescents de Haute Corse - Antenne de Calvi
- Mission Locale Rurale Haute Corse - Antenne de Calvi
- Mission Locale Rurale Haute Corse - Antenne de l'Ile Rousse
- C2S (Centre de santé sexuelle)

Addictologie :

- CSAPA AAF - consultations avancées Calvi
- CSAPA AAF - consultations avancées Ile Rousse
- CSAPA ADPS - consultations avancées Ile Rousse

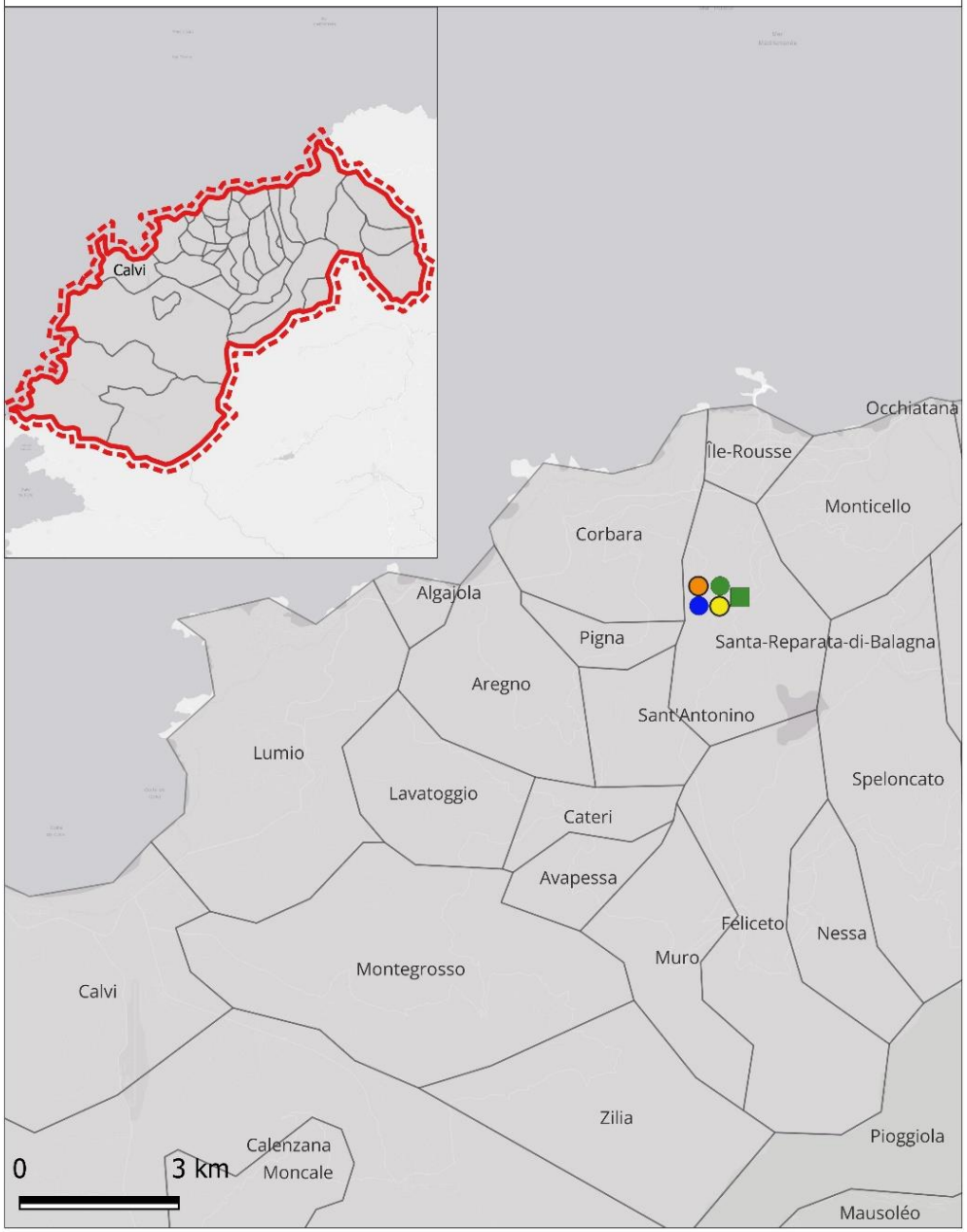
Santé mentale :

- CMP (Ile-Rousse)
- CMP enfant (Ile-Rousse)

Sport santé :

- Permanences hebdomadaires de la Maison Sport Santé de Haute Corse

Offre Médico-sociale : adulte et enfant en situation de handicap
PAYS DE BALAGNE



Offre existante :

Le territoire dispose de l'accès à l'ensemble des ressources départementales régionales (FAM, MAS, SAMSAH, ESAT, IME, DITEP, centres de ressources, SESSAD, PCO...) conformément aux agréments délivré

SSIAD Zone de couverture du territoire

SSIAD AVEC PH :
14 places en file active sur l'ensemble des territoires d'intervention dont celui du Pays de Balagne

Zone de couverture de l'ensemble du territoire par les ressources suivantes :

- SESSAD toutes déficiences :
  10 places en file active (territoire d'intervention Balagne et Centre Corse)
- SESSAD DYS/TDAH :
  11 places en file active (territoire d'intervention Balagne et Centre Corse)
- Centre Action Médico-Sociale Précoce- Equipe diagnostic autisme de proximité :
  File active
- Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation :
  File active
- CMPP :
  File active (territoire d'intervention pays de Balagne et Centre Corse)

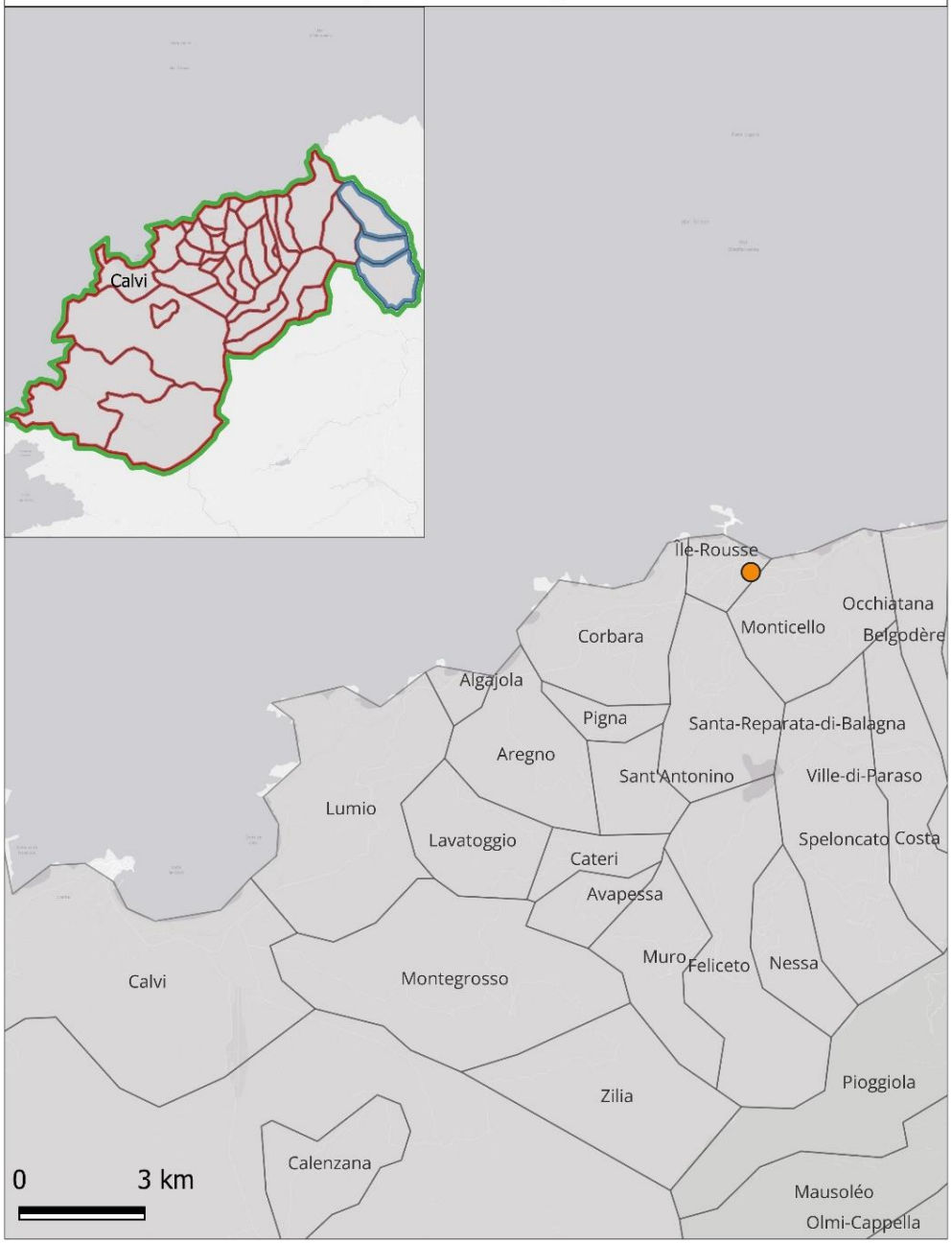
Offre en plus dans les 5 ans :

Pôle territorial d'aide aux aidants (9 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Balagne/Centre Corse :
AAP engagé en mai 2023

SAMSAH TND : Extension 10 places sur territoires Balagne/Centre Corse (par extension du SAMSAH TND déjà implanté et disposant d'une compétence régionale)

DIME hors les murs / 5 places en extension d'un IME de Haute Corse

Offre médico-sociale : personnes âgées PAYS DE BALAGNE



Offre existante :

Le territoire a accès à l'offre d'UHR conformément aux agréments délivrés

SSIAD et ESA Zone de couverture du territoire

- SSIAD AVEC PA : 107 places autorisées en file active pour lesquelles le territoire d'intervention concerne notamment le Pays de Balagne
- SSIAD AIUTU PA : 70 places autorisées en file active pour lesquelles le territoire d'intervention concerne notamment une partie du Pays de Balagne
- Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives (ADMR 2B) : 20 places en file active - équipe mobile à compétence départementale + expérimentation malades jeunes
- EHPAD L'AGE D'OR : 71 Hébergements Permanents

Offre en plus dans les 5 ans :

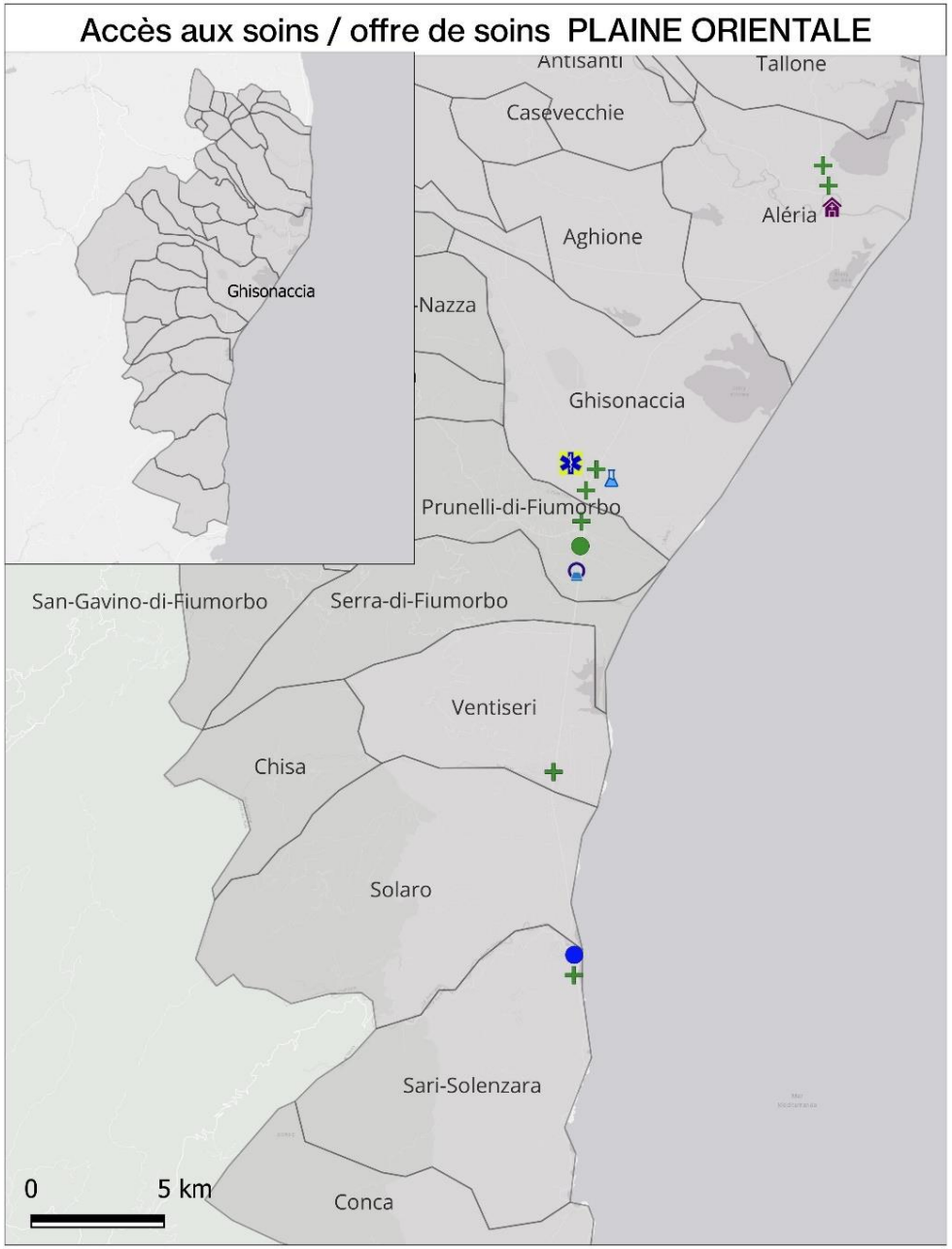
Hébergement temporaire + pôle d'activités et de soins adaptés + unité de vie résidentielle

Pôle territorial d'aide aux aidants (9 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Balagne/Centre Corse : AAP engagé en mai 2023

Centre ressources territorial personnes âgées : AAC à engager

Equipe spécialisée Alzheimer - Maladies neuro-dégénératives : AAC à engager : renforcement territoire de Balagne

8.1.8 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS LA PLAINE ORIENTALE



Offre existante :

Premier recours :

- ESP Solenzara
- MSP SAN DAMIANU MEDICA
- CENTRE DE SANTE DENTAIRE MUTUALISTE

Officines de pharmacie:

- SELARL PHARMACIE ORSINI
- PHARMACIE CASABIANCA-FAZI JACQUELINE
- PHARMACIE PARIGI-LUCIAN
- SELARL PHARMACIE ROSSI
- SELAS PHARMACIE BEISSY
- SELARL PHARMACIE SANTONI
- PHARMACIE DE MIGLIACCIARO

Laboratoire de biologie médicale :

- LBM 2A-2B / SITE DE GHISONACCIA

Centre d'imagerie et de radiologie:

- SCANNER LES ALBIZZIAS

Offre hospitalière :

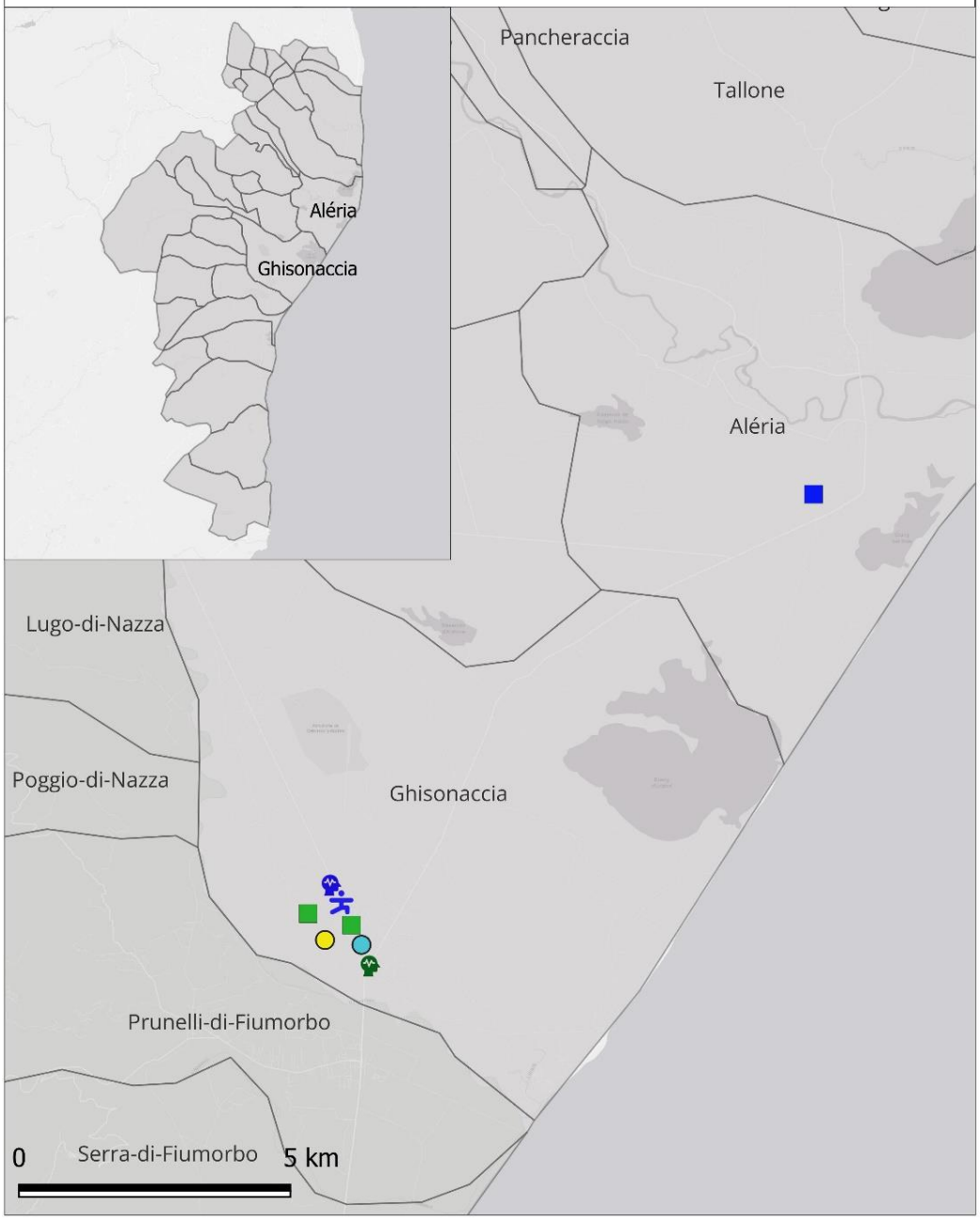
- ANTENNE SMUR GHISONACCIA
- CHICT (Corte)
- UNITE D'AUTODIALYSE DE CATERAGGIO

Offre en plus dans les 5 ans :

Projet de HDJ SMR : Etude en cours

Projet de HDJ Médecine : Etude en cours

Prévention - Plaine Orientale



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs.

Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.

D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.
Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Santé femmes, enfants et jeunes :

- Maison des adolescents de Haute Corse - Antenne de Plaine Orientale en cours pour 2023
- Mission locale Rurale de Haute Corse - Antenne de Ghisonaccia

Addictologie :

- CSAPA AAF - Consultations au centre de détention de Casabianda
- CSAPA ADPS - Consultations avancées à Ghisonaccia
- Consultations d'addictologie (permarnence CSAPA ADPS)

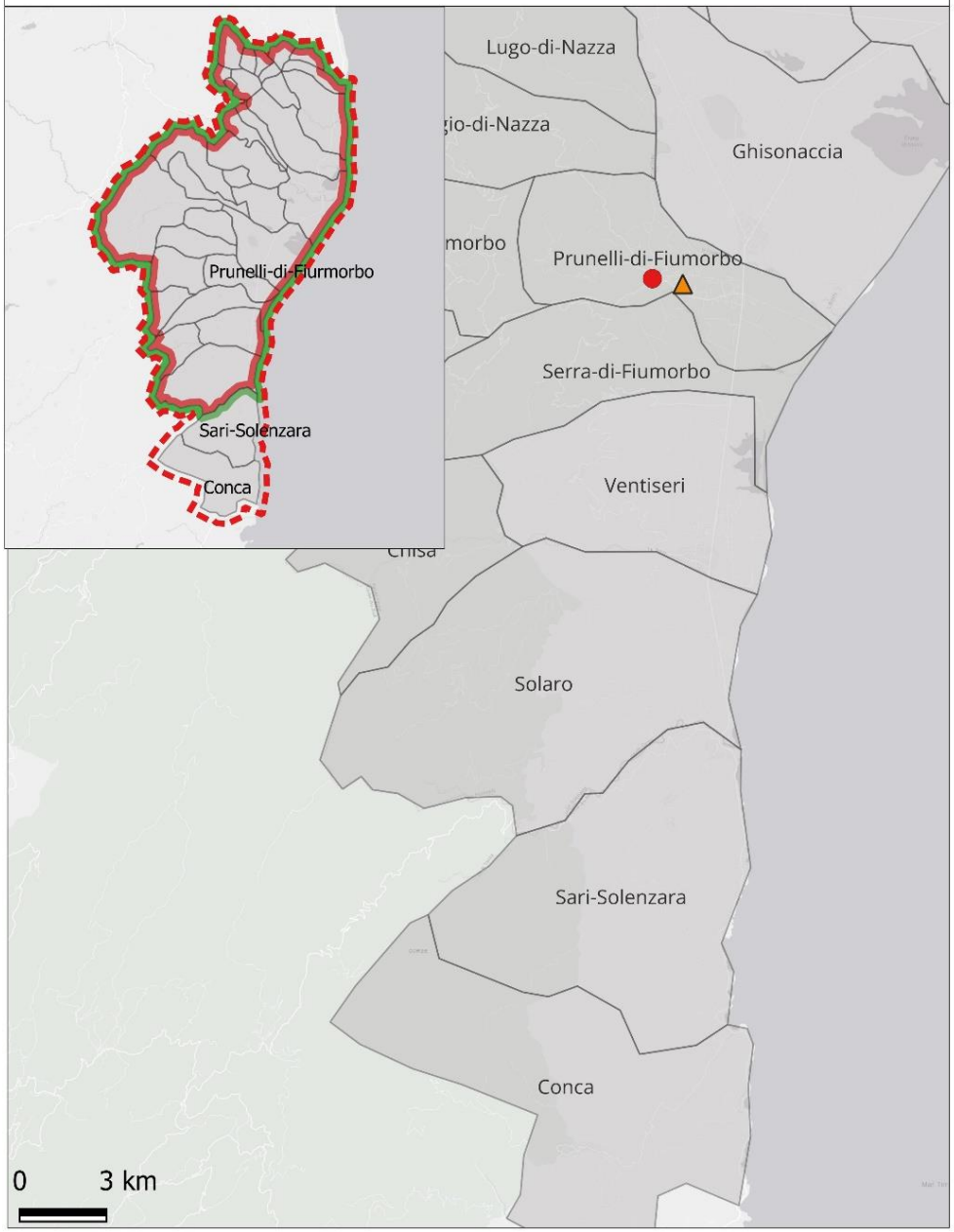
Sport santé :

- Permanence de la Maison Sport Santé de Haute Corse

Santé mentale :

- CMP (Ghisonaccia)
- CMP ENFANT DE GHISONACCIA

Offre médico-sociale : adulte et enfant en situation de handicap
PLAINE ORIENTALE



Offre existante :

Le territoire dispose de l'accès à l'ensemble des ressources départementales et régionales (FAM, MAS, SAMSAH, ESAT, IME, DITEP, centres ressources,SESSAD, PCO…) conformément aux agréments délivrés

SSIAD et EMAS Zone de couverture du territoire

SSIAD (ADMR 2B) PH : 18 places en file active

SSIAD (AVEC) PH :
14 places en file active sur l'ensemble des territoires d'intervention dont celui de la Plaine Orientale

Equipe médico-socicale de soutien à la scolarisation (EMAS) :
Equipe mobile (file active)

ESAT :
63 places (compétence régionale avec préférence départementale)

SESSAD :
22 places en file active (compétence départementale)

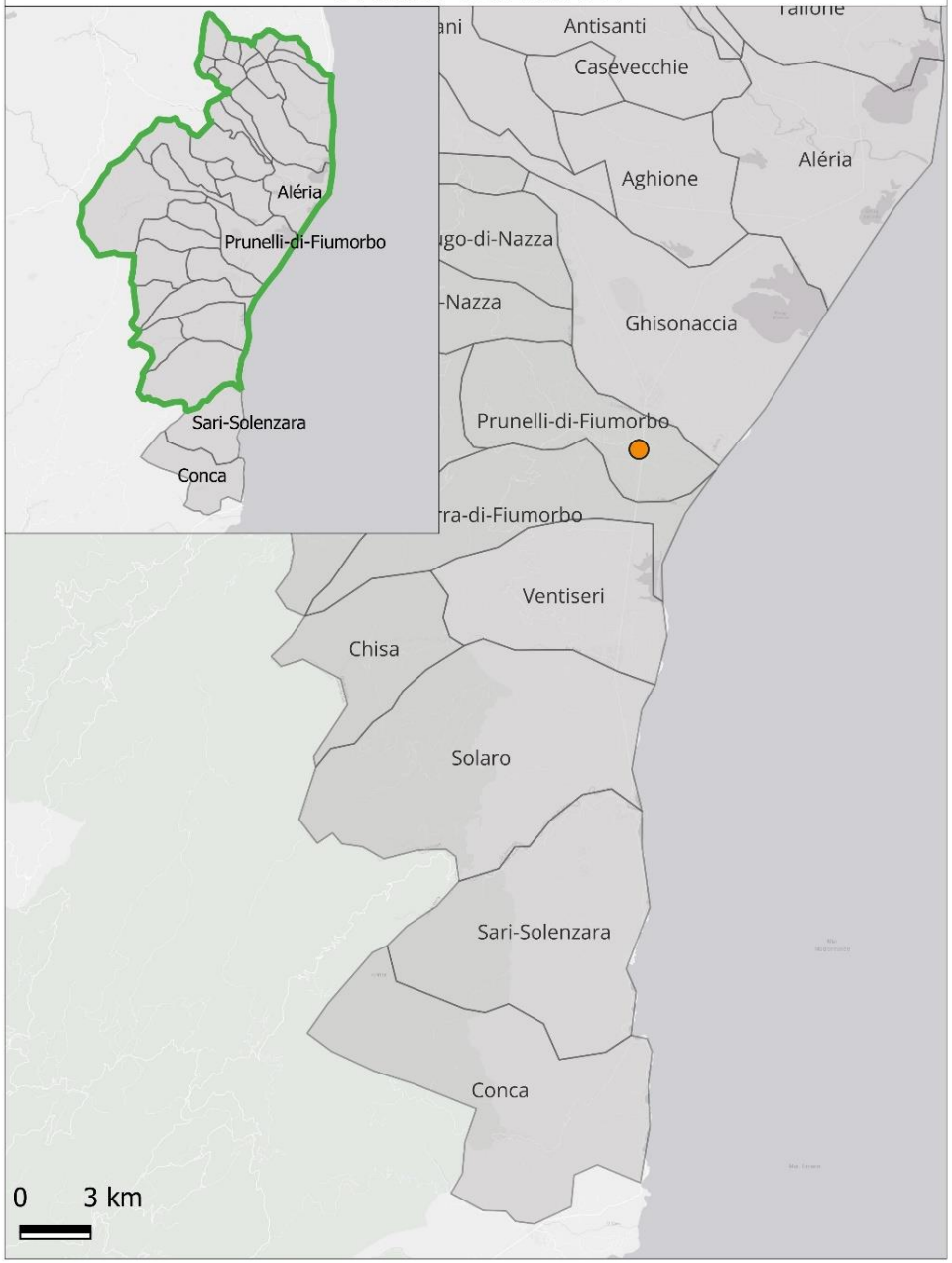
Offre en plus dans les 5 ans :

Plateforme d'Accompagnement Médico-social Extrême Sud (PAMES) - Espoir Autisme Corse - Agrément 0- 25 ans - Correspondant PCO / prestations de repérage, diagnostic et interventions précoces, offre SESSAD-IME-DITEP - compétence territoriale sur partie 2A de la Plaine orientale : Porto Vecchio

Pôle territorial d'aide aux aidants (14 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Castagniccia/Plaine orientale : AAP engagé en mai 2023

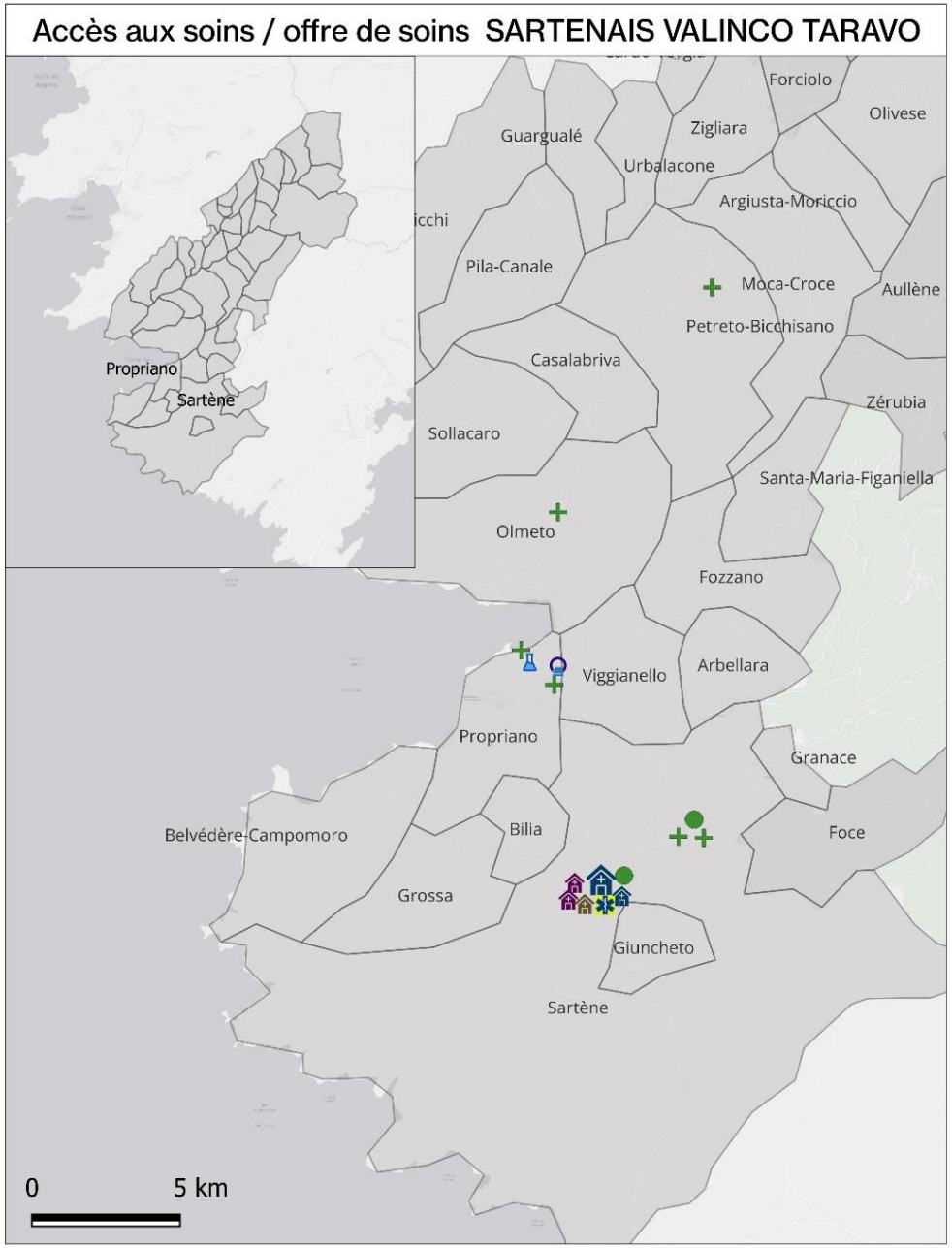
DIME hors les murs : 5 places en extension d'un IME de Haute Corse

Offre médico-sociale : personnes âgées
PLAINE ORIENTALE



Offre existante :	Offre en plus dans les 5 ans :
Le territoire a accès à l'offre d'UHR conformément aux agréments délivrés	
SSIAD et ESA zone de couverture du territoire	
SSIAD (ADMR 2B) PA : 52 places en file active sur l'ensemble des territoires d'intervention autorisés (dont Plaine orientale)	
Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives (ADMR 2B) : 20 places en file active pour un territoire d'intervention départemental + expérimentation malades jeunes	
EHPAD A ZIGLIA : 71 Hébergements Permanents dont 12 places de PASA	Unité de vie protégée - Hébergement Temporaire
	Centre ressources territorial personnes âgées : AAC à engager
	Pôle territorial d'aide aux aidants (14 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Castagniccia/Plaine orientale : AAP engagé en mai 2023

8.1.9 - CARTOGRAPHIES DES RESSOURCES DANS LE TARAVO, LE VALINCO ET LE SARTENAIS



Offre existante :

Premier recours :

- MSP de Sartène : Pas encore d'activité en tant que MSP, projet immobilier en cours
- AMNP - CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES DE SARTENE

Officines de pharmacie :

- PHARMACIE JEAN FRANCOIS GALLONI D ISTRIA
- SELAS PHARMACIE PASTINELLI
- PHARMACIE DU PORT
- SELAS PHARMACIE DU VALINCO
- SELARL PHARMACIE D'OLMETO
- SELAS PHARMACIE DU TARAVO

Laboratoire de biologie médicale :

- LBM 2A-2B / SITE DE PROPRIANO

Centre d'imagerie et de radiologie :

- Centre d'Imagerie Médicale L'Oddastru

Offre hospitalière :

- CH DE SARTENE : 40 places
- ANTENNE DU SMUR SARTENE
- Soins Médicaux et de Réadaptation : 5 places
- Equipe Pluridisciplinaire de Coordination en soins palliatifs et Douleurs (EPCSPD)
- Unité dialyse - Site du CH de Sartène (CLINIQUE DU SUD DE LA CORSE)
- HAD SUD CORSE

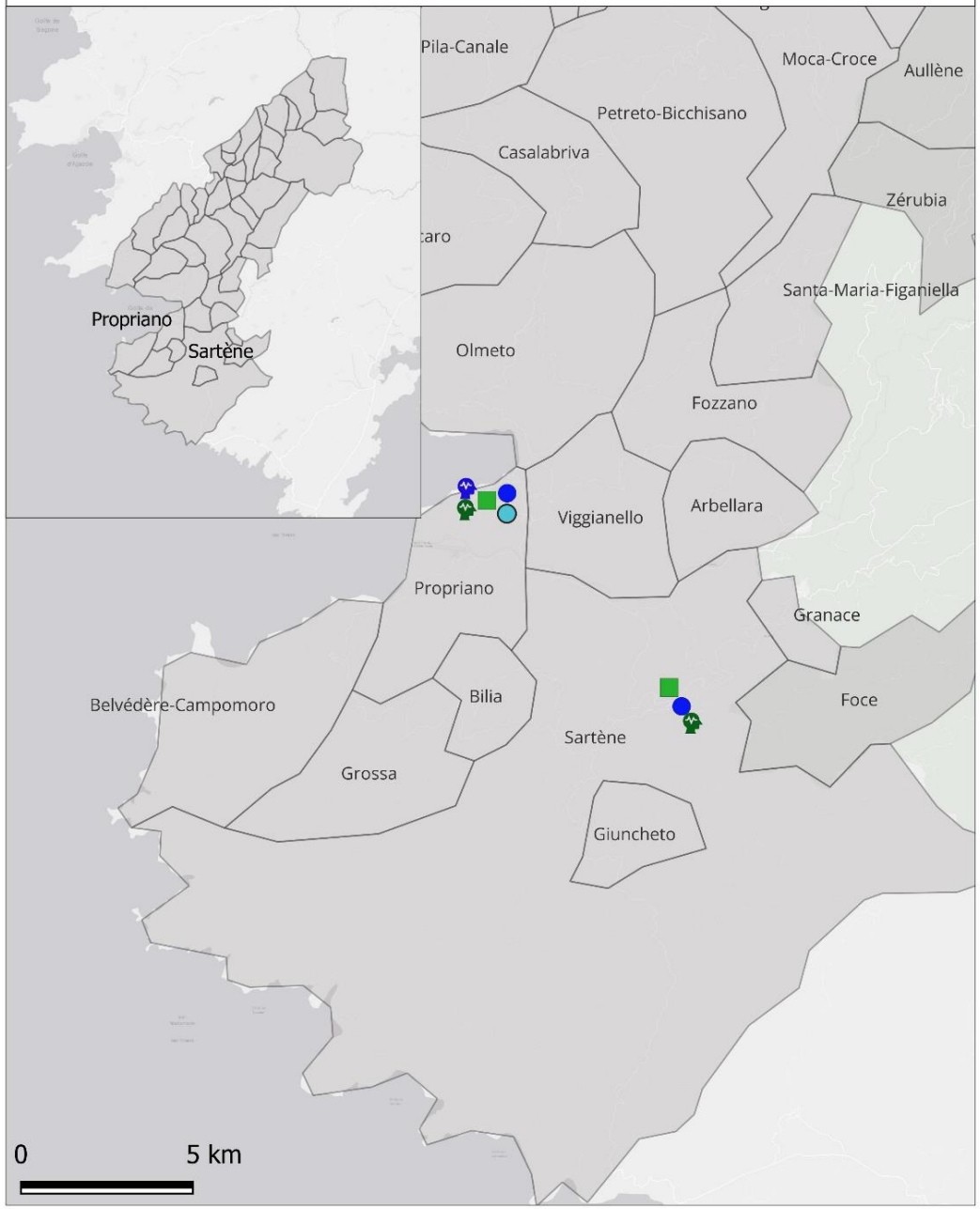
Offre en plus dans les 5 ans :

Service de radiologie, Centre Hospitalier de Sartène

Projet en cours pour évoluer vers une antenne territoriale de l'USP du CHA.

UDM Mise en œuvre depuis 2018
UADA autorisée en 2020 et à mettre en œuvre par la PC Ospedale.

Prévention - Sartenais Valinco Taravo



Le champ de la prévention rassemble un nombre important d'acteurs.

Cette carte prend le parti de représenter les opérateurs de la prévention sur le territoire qui sont partenaires de l'ARS et dont la prévention est l'activité majoritaire ou qui ont une activité spécialisée en prévention.

D'autres effecteurs (Education Nationale, PJJ, secteur associatif, etc.) ont la prévention dans leur mandat mais il ne s'agit pas de leur mission principale.
Ces acteurs ne sont pas représentés ici.

Offre existante :

Santé femmes, enfants et jeunes :

- C2S (Centre de santé sexuelle)
- Mission Locale Sud Corse - Antenne de Propriano

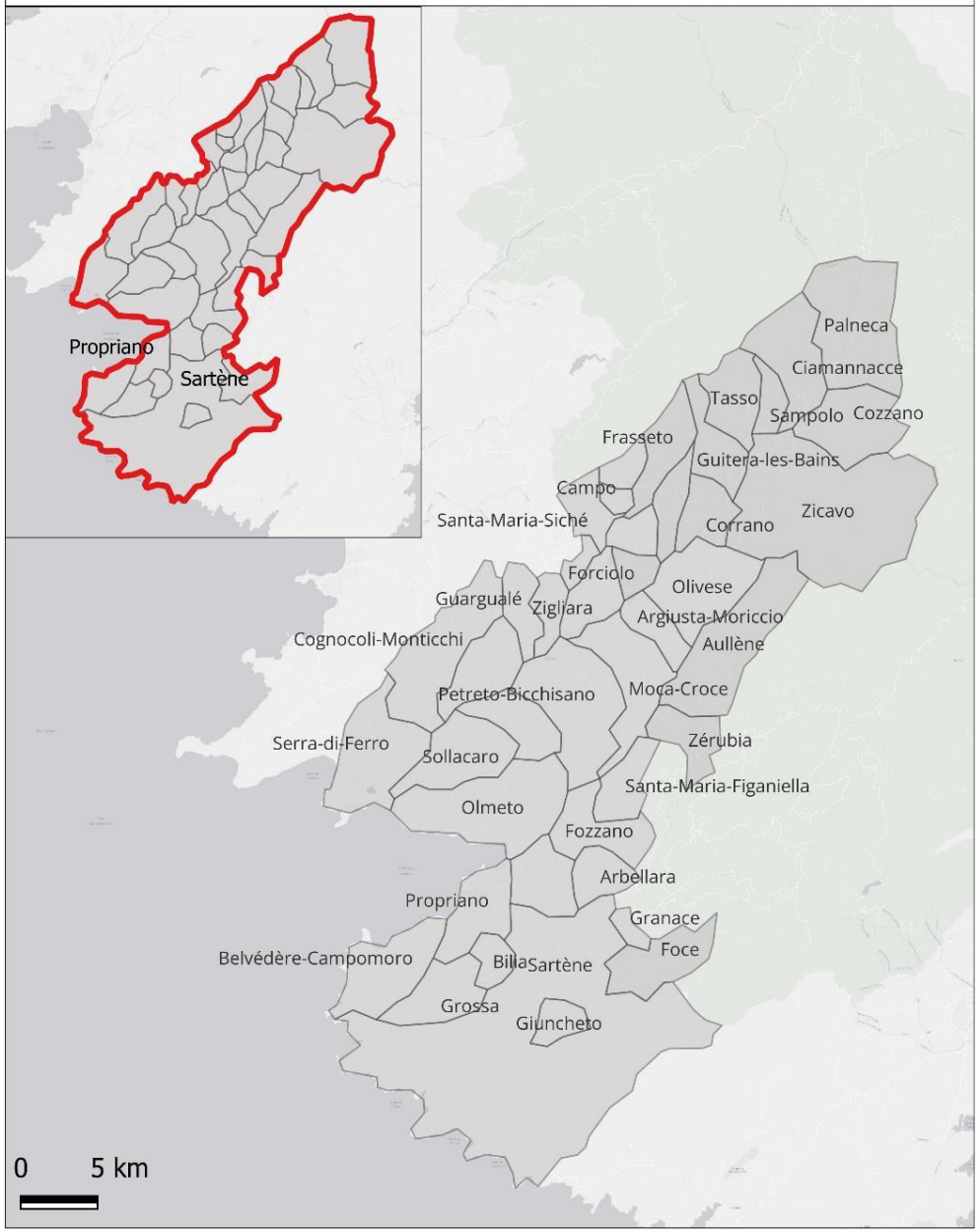
Santé mentale :

- CMP Pandolfi (Propriano)
- CMP AMELIE (Sartène)
- CMP enfants L'Acula Marina (Propriano)

Addictologie :

- CSAPA Loretto - consultation avancées de Sartène
- CSAPA Loretto - consultations avancées de Propriano

Offre médico-sociale : adulte et enfant en situation de handicap
SARTENAIS VALINCO TARAVO



Offre existante :

Le territoire dispose de l'accès à l'ensemble des ressources départementales régionales (FAM, MAS, SAMSAH, ESAT IME, DITEP, centres de ressources, SESSAD, PCO…) conformément aux agréments délivrés

DIME les Salines / DITEP ARSEA :
Zone de couverture de l'ensemble du territoire SVT

- Dispositif intégré médico-éducatif :
DIME de 149 places à compétence départementale
(et régionale pour la partie IME) - Offre SESSAD sur territoire
(21 places en file active)

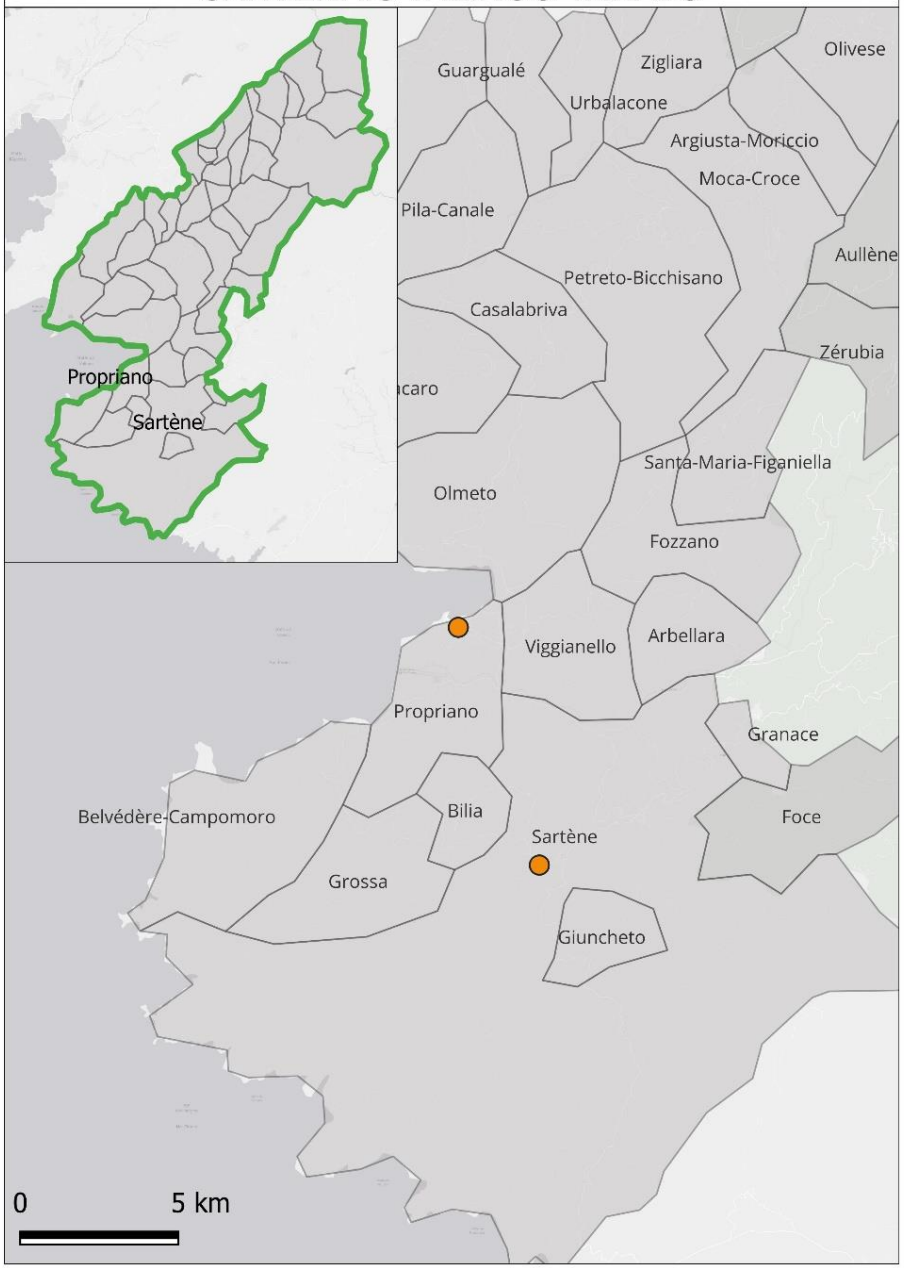
- Equipe médico-sociale de soutien à la scolarisation : File active

Offre en plus dans les 5 ans :

Pôle territorial d'aide aux aidants (12 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Extrême Sud-SVT -
AAP engagé en mai 2023

Plateforme d'Accompagnement Médico-social Extrême Sud (PAMES) - Espoir Autisme Corse - Agrément 0- 25 ans - Correspondant PCO / prestations de repérage, diagnostic et interventions précoces, offre SESSAD-IME-DITEP - compétence territoriale sur l'est limitrophe sur SVT : Porto Vecchio

Offre médico-sociale : personnes âgées
SARTENAIS VALINCO TARAVO



Offre existante :

Le territoire a accès à l'offre d'UHR conformément aux agréments délivrés

SSIAD et ESA zone de couverture du territoire

- SSIAD (ADMR 2A) : Implantation territoriale de l'offre globale ADMR 2A sur le département (154 places en file active) intégrant également une offre de SSIAD renforcé

- Equipe spécialisée Alzheimer - maladies neuro-dégénératives (ADMR 2A) : 10 places en file active pour un territoire d'intervention incluant le SVT

- EHPAD CASA SERENA : 63 Hébergements Permanents + 2 Hébergements Temporaires

- EHPAD CH SARTENE : 12 HP (unité d'hébergement renforcé) + 3 Hébergements Temporaires

Offre en plus dans les 5 ans :

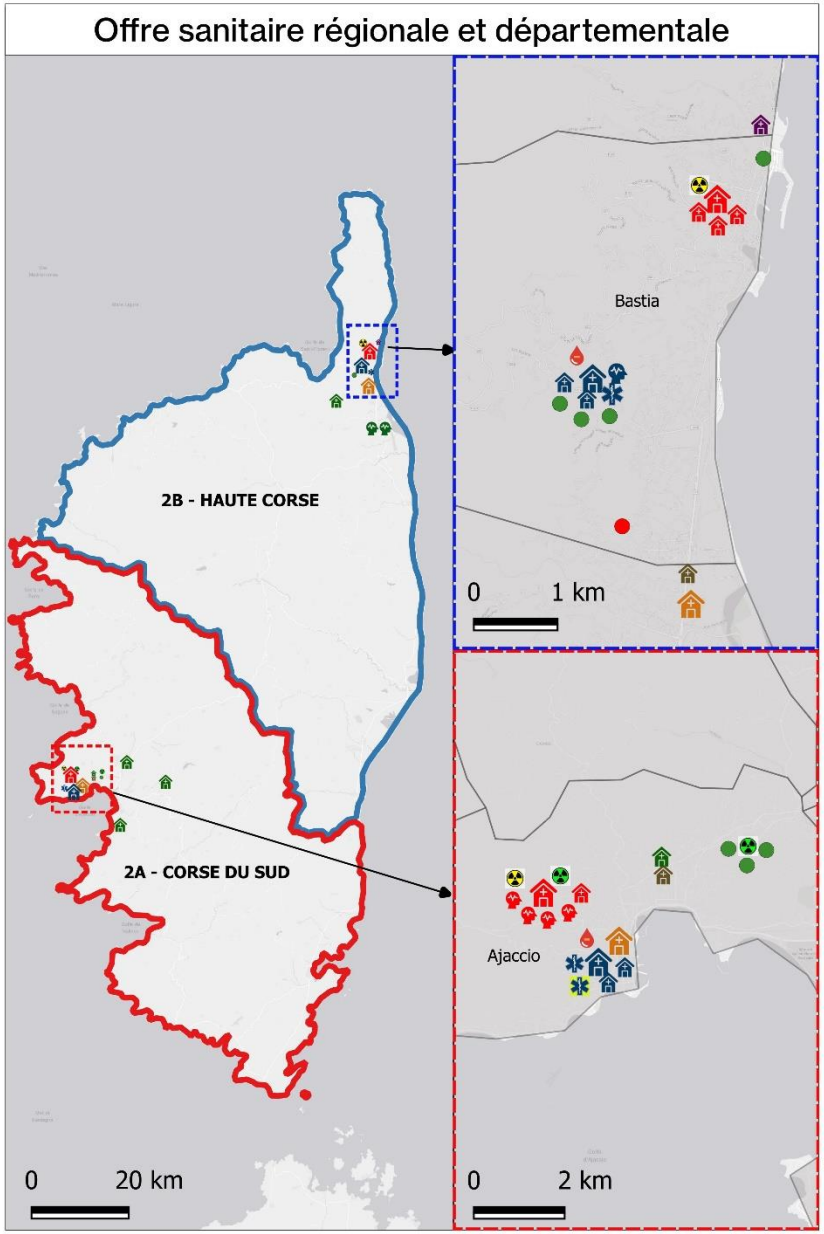
Pôle d'activités et de soins adaptés + Unité de vie protégée

Equipe mobile UHR

- Pôle territorial d'aide aux aidants (12 places accueil de jour PA/PH + 2 plateformes de répit avec équipe mobile) Extrême Sud-SVT : AAP engagé en mai 2023

- Centre ressources territorial personnes âgées : AAC à engager

8.1.10 - CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES DEPARTEMENTALES ET REGIONALES DE L'OFFRE HOSPITALIERE, DONT LES CENTRES EXPERTS



Haute Corse :

Offre existante :

Etablissement de transfusion sanguine :

- Etablissement de Transfusion Sanguine

Offre hospitalière :

- CORSCINTIGRAPHIE
- CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA : 479 places
- SAMU DE HAUTE CORSE
- SMR - CH DE BASTIA : 88 places
- Psychiatrie Enfants - HOPITAL DE JOUR DE PEDO PSY
- CENTRE DE DIALYSE CHB
- POLYCLINIQUE LA RESIDENCE MAYMARD
- CLINIQUE DU DR FILIPPI : 10 places
- HAD CENTRE RAOUL FRANCOIS MAYMARD
- SMR - CLINIQUE DE TOGA : 20 places
- POLYCLINIQUE DE FURIANI : 58 places
- HAD DE CORSE
- SMR - LA PALMOLA : 80 places
- SMR autorisé mais non installé: SMR - SAINTE CAMILLE : 70 places
- Psychiatrie Adultes CLINIQUE SAN ORNELLU : 92 places
- Psychiatrie Adultes - Villa SAN ORNELLU
- CENTRE DE DIALYSE SAINTE CATHERINE
- Accueil médical non programmé - MSP BASTIA ERBALOJU
- GHT de Haute Corse

Centres experts / Centres ressources :

- CENTRE DE COORDINATION DE CANCEROLOGIE HAUTE CORSE 3C2B
- Centre Mémoire Ressources Recherche + consultations mémoires territorialisées au CH de Bastia
- Activité de neuro radiologie interventionnelle
- Consultations avancées sur le Sclérose en Plaque au CH Bastia, en lien avec le Centre Ressource Compétence Sclérose En Plaque du CH Ajaccio

Offre en plus dans les 5 ans :

- Centre de Procréation Médicalement Assistée (CH Bastia)

Corse-du-Sud :

Offre existante :

Etablissement de transfusion sanguine :

- Etablissement de Transfusion Sanguine

Offre hospitalière :

- Centre de radiothérapie
- Centre de radiothérapie en cours de création
- Médecine nucléaire
- CH ND LA MISERICORDE : 452 places
- SAMU 2A
- Antenne SMUR Ajaccio
- SMR CH Ajaccio : 40 places
- CENTRE D'AUTO DIALYSE CH AJACCIO
- CENTRE HOSPITALIER DE CASTELLUCCIO : 214 places
- SMR CH CASTELLUCCIO : 20 places
- Psychiatrie Enfants - CH CASTELLUCCIO - L'ALBA
- Psychiatrie Enfants - CH CASTELLUCCIO - HDJ ENFANTS-A PAMANA
- HDJ/ Psychiatrie Adultes - HDJ ADULTES - A LECCIA
- HDJ/ Psychiatrie Adultes - HDJ ADULTES - AMANDULI
- CLINISUD : 73 places
- SMR - CRF ET MAISON DE REPOS DU FINOSELLO : 153 places
- SMR - VALICELLI : 70 plcaes
- SMR - CENTRE REPOS CONVALESCENCE ILE DE BEAUTE : 84 places
- SMR - CRF LES MOLINI : 129 places
- HAD AJACCIO ET GRAND AJACCIO
- GHT de Corse-du-Sud

Centres experts / Centres ressources :

- Consultations mémoires territorialisées du CH Ajaccio, en lien avec le Centre Mémoire Ressources Recherche du CH de Bastia
- Unité neuro vasculaire du CH d'Ajaccio, en lien avec l'activité de neuro radiologie interventionnelle implantée au CH Bastia
- Centre Ressource Compétence Sclérose En Plaque

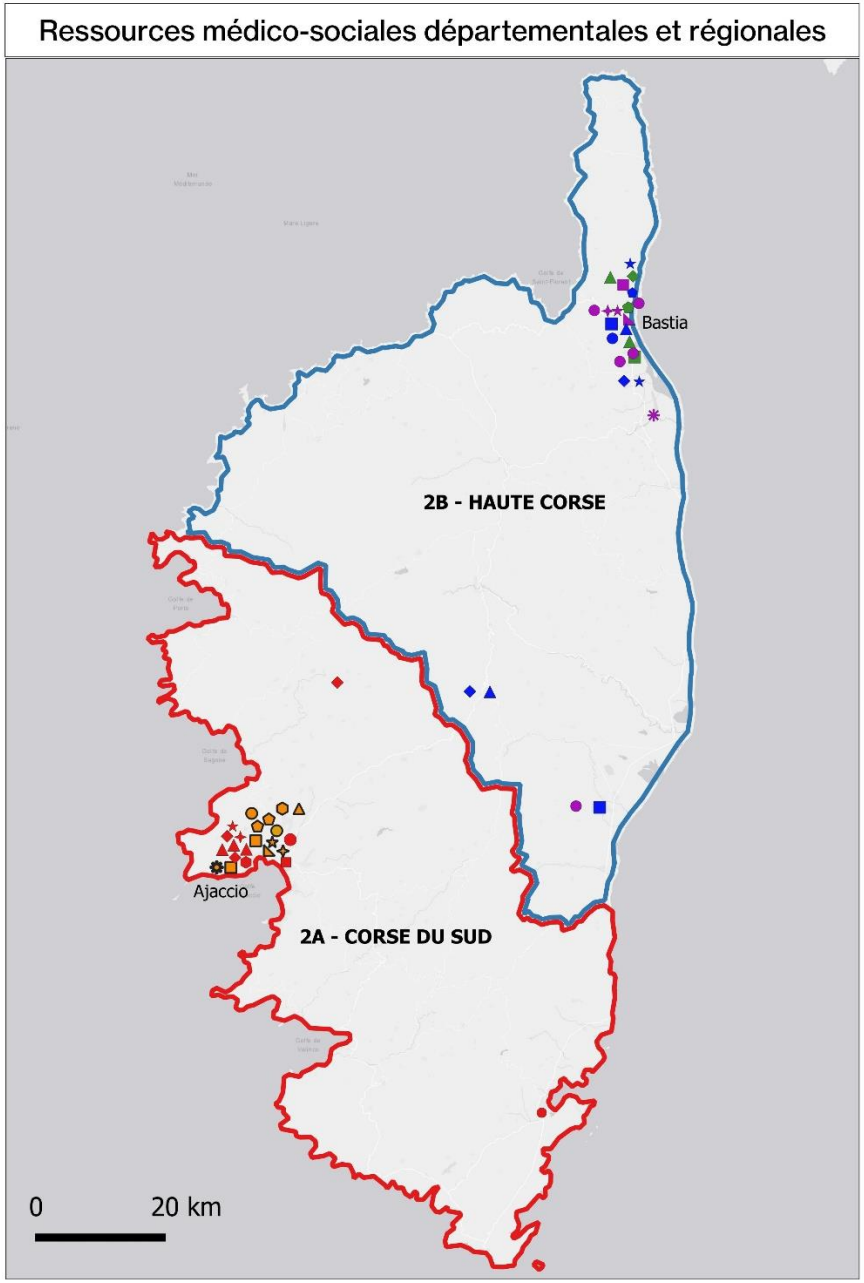
Offre en plus dans les 5 ans :

- Activité de médecine interne au sein du CH d'Ajaccio avec une expertise pour les maladies auto immunes et systémiques rares

Autres ressources régionale :

- Filière endométriose de niveau 2 dans chaque département et un niveau expert 3 portant le dispositif expert régional

8.1.11 - CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES DEPARTEMENTALES ET REGIONALES DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE



Ressources Régionales :

Adulte en situation de handicap :
- SAMSAH TND : Capacité totale de 20 places
- CRA CORSICA : File active
- Service appui à la parentalité des PH et centre ressources sexualité et vie affective (SAPPH - CRSVAPH)
- ESPO AVVENE : 12 places
- UEROS ORIZONTE: 3 places en file active

Enfant en situation de handicap :
- CRA CORSICA : File active

Ressources Régionales avec préférences départementales :

Adulte en situation de handicap :
- ESAT U LICETTU/Les Jardins du Golfe : 219 places
- MAS ALBIZZIA : 33 HP --> Offre en plus dans les 5 ans : Augmentation de 8 places soit 41 places
- MAS LES MAGNOLIAS : 10 HP + 2 HT
- MAS DMTC : 8 HP
- FAM PETRA DI MARE AJACCIO : 5 HP
- FAM A FUNTANELLA : 35 HP
- FAM GUAGNO LES BAINS : 40 lits

Enfant en situation de handicap :
- DIME LES SALINES : 159 places (56 IME dont 10 internat et 93 places de SESSAD dont 71 toutes déficiences et 22 TSA)
- IME LES MOULINS BLANCS : 40 places
- DITEP A SPERENZA : 52 places
- INSTITUT EDUCATION MOTRICE A CASARELLA : 35 places
- UPPSI DE PORTO VECCHIO : 33 places

Ressources Régionales avec préférences départementales :

Adulte en situation de handicap :
- ESAT L'ATELIER : 140 places
- ESAT STELLA MATUTINA : 63 places
- MAS "U Pampasgiolu - Le Coquelicot" : 25 places
- FAM Carlina ADAPEI Haute Corse : 34 places
- FAM TATTONE : 20 places
- MAS TATTONE : 36 places

Offre en plus dans les 5 ans :
Unité de vie résidentielle TSA- Etablissement Adulte Médicalié: 6 places

Enfant en situation de handicap :
- IME les Tilleuls : 47 places
- IME Eveil (ADAPEI 2B) : 56 places
- ITEP - DISPOSITIF " A STRADELLA " : 45 lits et places (dont 8 places d'internat)
- CDAV PEP 2B BASTIA : 28 places en file active

Ressources départementales 2A :

Adulte en situation de handicap :
- SAMSAH ISATIS AJACCIO : 13 places en fila active
- SAMSAH A LEIA : 37 places en file active
- SAMSAH TND : 10 places en file active
- CENTRE DE RESSOURCES Plateforme de répit TSA
- CRA (Pôle Ajaccio) : File active

Offre en plus dans les 5 ans :
SAMSAH réhabilitation psychosociale : 8 places

Enfant en situation de handicap :
- SESSAD "A SCALINA" - APF: 12 places (file active)
- SESSAD DYS : 26 places (file active)
- CAMPS-EDAP 2A : File active
- CMPP 2A : File active
- EMAS (DITEP A SPERENZA) : File active
- CENTRE DE RESSOURCES PDR - TSA : File active
- CRA (Pôle Ajaccio) : File active

Personnes âgées :
- Plateforme de répit et d'accompagnement - A Serenita : File active

Ressources départementales 2B :

Adulte en situation de handicap :
- SAMSAH ISATIS : 9 places en file active
- SAMSAH TND : 10 places en file active

Enfant en situation de handicap :
- SESSAD PRUNELLI : 22 places
- SESSAD AUTISME ET TED : 40 + 7 places UEMA
- SESSAD DYS TDAH : 30 places en file active
- SESSAD LES TILLEULS : 40 places en file active
- SESSAD Polyhandicap ADAPEI 2B : 10 places en file active
- CAMSP DE BASTIA : File active
- CAMSP DE BASTIA / équipe diagnostic proximité autisme : File active
- CMPP DE BASTIA : File active

Personnes âgées :
- Equipe Spécialisée Alzheimer (ADMR 2B) + expérimentation pour malades jeunes : 20 places en file active

8.2 Démarche d'évaluation

Le pilotage du schéma régional de santé nécessite une organisation en mode projet impliquant l'ensemble des directions métiers et délégations départementales de l'ARS et des partenaires externes. Sa gouvernance s'appuie autant que possible sur les instances existantes et sur des instances internes et externes dédiées (notamment les instances de démocratie en santé et les acteurs des politiques publiques).

Les objectifs inscrits au schéma régional de santé feront l'objet d'une planification pluriannuelle et territoriale des actions (plans d'actions) à mettre œuvre pour y répondre.

Afin de constater la progression de l'atteinte des objectifs, il sera réalisé :

- Un suivi annuel
- Un bilan à mi-parcours (fin 2025)
- Une évaluation finale (2028)

Les objectifs de l'évaluation seront les suivants :

- Apprécier la mise en œuvre effective des mesures et la cohérence des résultats avec les objectifs fixés
- Mesurer l'efficacité des différentes modalités d'actions mises en œuvre et identifier les leviers et facteurs clés de succès au regard notamment de la littérature (données probantes)
- Mettre en exergue les réussites, difficultés et questionnements liés à l'action dans les territoires et établir des recommandations facilitant l'élaboration du prochain projet régional de santé.

Liste des annexes

Les documents suivants constituent des annexes au schéma régional de santé :

- Annexe 1 : Bilan interne du SRS1
- Annexe 2 : Evaluation externe du SRS1
- Annexe 3 : Panorama de la santé
- Annexe 4 : Objectifs quantifiés de l'offre de soins, de l'offre d'accompagnement du médico-social et de la permanence de soins des établissements de santé
- Annexe 5 : Glossaire