

Évaluation à mi-parcours du PRS 2 de la Corse

Rapport synthétique



Octobre 2022



Table des matières

Synthèse exécutive	3
Objectifs et méthodologie.....	3
Constats et perspectives	4
Recommandations.....	5
Liste des recommandations	6
Partie 1 - Le dépistage organisé des cancers	6
Partie 1 - Le réseau des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).....	6
Partie 2 - L'effectivité de la présence des usagers au sein des CDU (et par extension les CVS).....	7
Partie 2 - Les processus de concertation récurrents et la perception par les élus	7
Partie 3 - Le parcours bien vieillir	8
Partie 3 - Le parcours santé mentale (dont addictions) centré sur les 11-25 ans	8
Partie 4 - L'exercice coordonné	8
Partie 4 - La filière régionale des urgences AVC.....	9
Partie 4 - Les filières gériatriques départementales	9
Partie 4 - L'imagerie médicale	10
Partie 4 - Les diagnostics des TND	10
Partie 4 - Les diagnostics des MND	11
Partie 4 - La contractualisation territoriale en santé	12
Partie 5 - Le dispositif Qualitair	12
Partie 5 - La gestion des signalements	12
Partie 6 - La télémédecine	12
Partie 6 - Innovation et AFM Téléthon	13
Partie 7 - Le programme IPI-MED	13
Introduction	15
Objectif du rapport d'évaluation	15
Méthodologie d'évaluation	16
Partie 1 : Dans quelle mesure, les actions de prévention et promotion de la santé ont-elles contribué à prévenir les risques de maladie et réduire les inégalités de santé dans la population corse ?	19



Partie 2 : Dans quelle mesure les actions à l’initiative de l’ARS ont permis de positionner l’usager comme un acteur éclairé et actif du système de santé ? ..	25
Partie 3 : Les parcours santé des plus fragiles (personnes âgées et les publics jeunes), en particulier lors des phases d’amont, ont-ils pu être renforcés ?	31
Partie 4 : Le PRS n°2 a-t-il permis de renforcer l’accès en proximité à un système de santé gradué et de qualité sur le territoire et d’une manière homogène ?	37
Partie 5 : Le PRS a-t-il consolidé les capacités d’anticipation et de réponses appropriées en matière de risque sanitaire ?	46
Partie 6 : Comment les acteurs de santé en Corse ont-ils contribué au renforcement des pratiques innovantes en santé et ainsi à l’amélioration de la qualité et à l’accessibilité à la santé ?	50
Partie 7 : L’action de l’ARS et de ses partenaires a-t-elle développé une politique de ressources humaines favorisant l’accès à des soins de qualité et à une offre innovante ?	57
Annexes.....	62
Annexe 1 : Tableaux des interlocuteurs rencontrés.....	62
Pendant la phase de cadrage :	62
Pendant la phase d’évaluation :	63



Synthèse exécutive

Objectifs et méthodologie

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

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

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

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

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

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



Constats et perspectives

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

Défis majeurs

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

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

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

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

Facteurs clés de réussite

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

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



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

Recommandations

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

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

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



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

Liste des recommandations

Partie 1 - Le dépistage organisé des cancers

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



Partie 3 - Le parcours bien vieillir

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

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

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

Partie 4 - L'exercice coordonné

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

² Entretien avec le Dr GRISONI (URPS-ML)



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

Partie 4 - La filière régionale des urgences AVC

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

Partie 4 - Les filières gériatriques départementales

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



logique de parcours sanitaire, social et médico-social, et non plus seulement de filière sanitaire.

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

Partie 4 - L'imagerie médicale

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

Partie 4 - Les diagnostics des TND

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

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



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

Partie 4 - Les diagnostics des MND

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

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



Partie 4 - La contractualisation territoriale en santé

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

Partie 5 - Le dispositif Qualitair

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

Partie 5 - La gestion des signalements

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

Partie 6 - La télémédecine

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

⁵ Contrat de Plan Etat-Région



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

Partie 6 - Innovation et AFM Téléthon

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

Partie 7 - Le programme IPI-MED

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



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



Introduction

Objectif du rapport d'évaluation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Méthodologie d'évaluation

La méthode d'évaluation a été la suivante :

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

Acteurs rencontrés dans le cadre de l'évaluation

ACTEURS RENCONTRÉS POUR L'ÉVALUATION DU PRS





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

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

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



Partie 1

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



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

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

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

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

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

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

[2] En Corse, la mise en œuvre des programmes de promotion et de prévention de la santé passe par une déclinaison territoriale (rappelée dans le SRS) en tenant compte des disparités en matière d'accès aux soins et de réduction du taux de mortalité avancée. D'autre part, les actions engagées visent à améliorer l'accès aux soins des publics les plus démunis. Plus largement, les programmes engagés visent à poursuivre la baisse de la mortalité prématurée avant 65 ans, estimée à 500 décès

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰ COS de la Corse



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

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

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

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

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

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

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

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

Recommandation 1 :

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

¹² Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)

¹³ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)

¹⁴ Entretien avec le Dr LE DUFF (CRCDC)



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

Recommandation 2 :

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

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

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

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

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

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



- Enfin, les PASS et les établissements pourraient renforcer les actions d'aller vers, en particulier dans les zones rurales dans lesquelles l'offre est encore insuffisante malgré les efforts entrepris.

Recommandation 3 :

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

Recommandation 4 :

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

Recommandation 5 :

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



Partie 2

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



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

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

En santé, l'engagement des usagers désigne « *toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de ceux de leurs pairs. Cet engagement nécessite en regard l'engagement des professionnels et des décideurs, afin que l'expérience, les besoins et préférences des personnes concernées soient prises en compte, tant dans le soin et l'accompagnement social et médico-social que dans l'amélioration des pratiques et des organisations que l'enseignement et la recherche.* »¹⁷

La démocratie en santé est le terrain privilégié de l'engagement des usagers. Elle consiste en une démarche **qui associe l'ensemble des acteurs du système de santé à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé**.¹⁸ Elle nécessite le développement de processus de concertation et de débat public, de même qu'une information aussi complète et claire que possible entre les soignants et l'administration d'une part et les usagers et leurs aidants, ainsi que les associations et les élus d'autre part. Cette information devant se faire dans les deux sens :

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

En France, l'animation au niveau local de la démocratie en santé est dévolue aux ARS.¹⁹ Elle se déploie sur trois échelles : celle de l'individu, de l'établissement et du territoire. Nous les aborderons à travers les trois dispositifs couverts.

[2] La thématique de l'évaluation est caractérisée par un **écosystème large** marqué par **l'action d'acteurs divers que l'ARS soutient et coordonne** : les organes ou plateformes tels que l'IREPS et la Plateforme Régionale d'Accompagnement du

¹⁷ HAS, *Évaluation de l'engagement patients et usagers selon le référentiel de certification*, 2020

¹⁸ Ministère de la Santé et de la Prévention ; Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁹ Ministère de la Santé et de la Prévention, ARS, *Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé*



Malade Chronique vers l'Autonomie (PRAMCA); les associations (membres de France Assos Santé ou non, telles que l'UNAFAM, les Diabétiques de Corse, la Ligue contre le Cancer, Médecins du monde, etc.) ; les établissements de santé et leurs commissions des usagers (CDU)²⁰ ; les structures d'exercice coordonné et les représentants de la médecine de ville. Enfin, les élus jouent un important en tant que relais privilégiés dans les territoires. C'est en particulier vrai en milieu rural, pour remonter les informations quant aux lacunes de l'offre de soins et proposer des évolutions locales. 96,7 % des communes de l'île sont dites rurales, contre 88 % à l'échelle nationale, ce qui fait de la Corse la région la plus rurale de France métropolitaine.²¹

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

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

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

²⁰ La Commission des usagers (CDU) d'un établissement de santé (public ou privé) a pour principale mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches. Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'établissement par les usagers. Elle est également consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle est notamment composée du représentant légal de l'hôpital, de deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement et de deux représentants des usagers (RU) et leurs suppléants, désignés par l'ARS. Les RU doivent être membres d'associations agréées par l'Etat.

²¹ INSEE



- Au niveau individuel, l'étude s'est concentrée **sur l'action d'« empowerment » (pouvoir d'agir) des usagers portée par les associations d'usagers** (et donc en dehors des actions d'ETP pouvant être déployées dans les établissements) **dans le cadre de la PRAMCA²² et des enseignements à en tirer plus globalement sur les thèmes de la prévention et le rétablissement.**
- Au niveau de l'établissement, **l'étude s'est concentrée sur la présence des représentants des usagers (RU) dans les CDU** et sur les actions mises en place de façon proactive par les établissements permettant de la renforcer.
- Au niveau territorial, l'analyse s'est focalisée **sur la façon dont les élus ont perçu le changement de méthode dans la concertation**, qui est désormais ascendante et qui donne plus de place aux acteurs locaux.

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

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

Les établissements avec des taux de participation faibles peuvent donc s'inspirer des **actions proactives** mises en place par certains établissements tels que les groupes de travail qu'a par exemple établis l'hôpital d'Ajaccio. Il apparaît également nécessaire de **repérer les établissements** dans lesquels les professionnels de santé et les membres de l'administration ne sont pas convaincus du bien-fondé de la participation des RU afin d'y remédier. Il semblerait aussi utile de réfléchir à une modification du **mode de désignation des RU**, en communiquant plus et en

²² La PRAMCA est une plateforme de ressources à destination des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social qui interviennent auprès des malades chroniques et des aidants autour des cinq affections de longue : maladies cardio-vasculaires, broncho pneumopathies chroniques obstructives, diabète de type 1 et 2, affections psychiatriques de longue durée et cancers. L'ensemble des acteurs du territoire peut s'associer à la plateforme afin de participer à la stratégie régionale d'intervention autour des maladies chroniques. Ceux-ci peuvent également bénéficier de ressources pour intervenir auprès du public (documentation, méthodologie, formation), ainsi que de financement pour mener des actions. (IREPS)



impliquant les associations ; ainsi qu'à un **défraiement des RU** pour leur participation.

Recommandation 6 :

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

Recommandation 7 :

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

Recommandation 8 :

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

Recommandation 9 :

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

Recommandation 10 :

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

[7] La mission observe, à la lumière des entretiens réalisés,²³ que la relation entre l'ARS et les élus locaux (qui sont dans les territoires ruraux un des principaux relais entre la population et les instances de santé) semble être satisfaisante. Pour les acteurs rencontrés, **l'ARS contribue avec efficacité à la construction des CTS et des CLS**. Par ailleurs, les conseils territoriaux de santé, soutenus par l'ARS sont amenés à prendre une place majeure dans le fonctionnement de la démocratie en santé en coordonnant les échelles locales et régionales.

²³ Deux entretiens menés : M. GIUDICI (Maire de Ghisonaccia) et Mme GIRASCHI (Adjointe au maire de Porto-Vecchio)



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



Recommandation 10 :

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

Recommandation 11 :

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

Recommandation 12 :

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



Partie 3

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



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

[1] L'objectif stratégique n°3 du PRS est d'accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu. Cette ambition appelle le développement de parcours soins coordonnés et gradués²⁴ permettant de faire en sorte que « les usagers reçoivent les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment »²⁵. Cette étude se concentre sur le **parcours bien vieillir** et le **parcours santé mentale, dont l'addictologie (centré sur les 11-25 ans)**.

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

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

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

²⁴ Un parcours de soin permet l'accès aux consultations de premier recours ainsi qu'aux les autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non, hospitalisation à domicile, soins de suite et réadaptation, unité de soins de longue durée, EHPAD etc.

²⁵ Site du ministère des solidarités et de la santé



constitue donc une évolution majeure du système de santé afin de réunir prévention, soins et suivi médico-social voire social.²⁶

Cela nécessite **l'intervention coordonnée des professionnels de la santé et du social** (à la fois en ville, en établissement de santé, en cabinet libéral, en maison de santé, etc.). Cette démarche requiert pour chaque patient la prise en compte, **de facteurs périphériques déterminants tels que l'hygiène, le mode de vie, l'environnement, l'éducation ou le milieu professionnel.**²⁷

Afin qu'elle soit effective pour chacun, cette démarche implique de garantir un **égal accès à la santé**, des prises en charge **lisibles, complètes et accessibles** et une **adaptation aux besoins des patients** et de leur entourage.²⁸

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

La part des personnes âgées de 65 ans et plus était en 2018 de 23,3 % en Corse contre 19,8 % au niveau national. Cette part a augmenté plus vite que dans le reste du pays avec un taux d'évolution annuel de 3,16 % entre 2013-2018 (contre 2,58 %)²⁹ et pourrait atteindre 33 % en 2040.³⁰ En Corse, les personnes âgées sont par ailleurs plus touchées par la pauvreté que dans le reste du pays : la moitié des personnes vivant dans un ménage où le référent fiscal a 75 ans ou plus possède un revenu disponible annuel inférieur à 19 632 euros contre 20 718 euros en France métropolitaine. Leur taux de pauvreté est de 17,5 % contre 8,4 % en métropole.³¹

Les adolescents et jeunes adultes sont quant à eux particulièrement fragiles face aux troubles psychiques : 75 % des affections psychiatriques débutent avant 25 ans, la moitié avant 15 ans et l'entrée dans la vie active est une période sensible à cet égard.³² Sur l'île, 4,3 % des décès chez les 15-24 ans sont dus au suicide et cette proportion tend à s'aggraver depuis la crise sanitaire.³³ Or, un repérage précoce accompagné d'une prise en charge adaptée réduit les risques de développement et de chronicisation des troubles psychiques et d'apparition de tendances suicidaires.³⁴

Enfin, les jeunes Corses sont plus fortement touchés par des alcoolisations ponctuelles importantes (API), de plus de trois points par rapport à la moyenne nationale.³⁵ L'île est par ailleurs la région où le niveau d'expérimentation de l'alcool

²⁶ Ministère de la Santé et de la Prévention, « Parcours de santé, de soins et de vie - Une approche globale au plus près des patients »

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*

²⁹ INED, Taux d'évolution annuel des 65 ans et plus

³⁰ INSEE, modèle Omphale - scénario central

³¹ *Ibid.*

³² Assurance Maladie

³³ INSEE

³⁴ Assurance Maladie

³⁵ Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 2018



à 17 ans pour l'année 2017 est le plus haut, avec 94 % des personnes questionnées contre 85,7 % dans l'ensemble du pays. Les jeunes sont également fortement touchés la dépendance au tabac, plus de 31% fument quotidiennement contre 25,1% à l'échelle nationale.³⁶

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

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

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

- Les acteurs de santé Corse ont collectivement gagné en visibilité sur les ruptures rencontrées par les personnes âgées sur leur parcours de soin, à la fois sur l'aspect sanitaire, social, ou médico-social, pour la personne prise en charge comme pour les aidants³⁷ ;
- La nécessité d'une approche parcours, c'est-à-dire globale, couvrant toutes les étapes du soin (du repérage de la fragilité, voire en amont, la prévention, jusqu'à la fin de vie) est comprise et reconnue par tous les acteurs. Cette approche doit permettre de consolider la filière gériatrique, mais surtout, la coordination et le renforcement des liens ville-hôpital-EHPAD.
- Le parcours a connu une accélération récente, notée sur les deux dernières années, avec des expérimentations et des dispositifs qui ont permis de franchir de premières étapes, notamment induite par la crise COVID,³⁸ et qui se parachève dans la co-construction du Schéma Directeur de l'Autonomie.
- La période passée est également jugée comme plus positive au titre de la collaboration et à la co-construction, avec une collaboration Collectivité-ARS appréciée par les acteurs³⁹ notamment lors des travaux de préfiguration du DAC, du Schéma Directeur de l'Autonomie, ou pendant la crise COVID. Il a été

³⁶ Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 2018

³⁷ Présentation à la CRSA, page 5

³⁸ Expérimentations sur l'hébergement temporaire, sur l'astreinte gériatrique, mais aussi les plans canicules

³⁹ Entretien Direction de l'Autonomie à la Collectivité de Corse



noté, dans un entretien avec la Direction de l'Autonomie, une amélioration de la coopération avec l'Agence, à travers l'exemple du programme coordonné de la conférence des financeurs, ou l'organisation du Tour de France de la Silver Economie.⁴⁰

Recommandation 13 :

Dans la logique promue par les rapports Libault, en lien avec **la médecine de ville**, concentrer les actions sur le **soutien à domicile** et **l'organisation de l'admission directe** à l'hôpital (par exemple avec l'organisation de hotlines gériatriques).⁴¹

Recommandation 14 :

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

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

Recommandation 15 :

⁴⁰ L'implication de l'ARS dans les travaux sur le Schéma Directeur de l'Autonomie a également été notée comme un point positif permettant de renforcer les liens Agence-Collectivité sur le sujet complexe de la prise en charge de la personne âgée.

⁴¹ Entretien avec le Dr GRISONI (URPS-ML)



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

Recommandation 16 :

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

Recommandation 17 :

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

Recommandation 18 :

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



Partie 4

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

Recommandation 19 :

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

Recommandation 20 :

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

Recommandation 21 :

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

Recommandation 22 :

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



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

Recommandation 23 :

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

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

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

Recommandation 24 :

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

Recommandation 25 :

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

Recommandation 26 :

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

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

**Recommandation 27 :**

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

Recommandation 28 :

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

Recommandation 29 :

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

Recommandation 30 :

Sensibiliser et former les professionnels, y compris dans les structures d'exercice coordonné, comme les aidants familiaux⁴², pour **identifier les personnes à risque** et les orienter rapidement.

Recommandation 31 :

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

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

⁴² Près de 28 000 aidants familiaux estimés en Corse, selon l'UNAFAM.

**Recommandation 32 :**

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

Recommandation 33 :

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

Recommandation 34 :

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

Recommandation 35 :

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

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

Recommandation 36 :

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

Recommandation 37 :

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



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

Recommandation 38 :

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

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

Recommandation 39 :

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

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

Recommandation 40 :

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

Recommandation 41 :

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

Recommandation 42 :

Instruire les sujets de **renforcement de l'offre** de diagnostic (**Opportunité de créer un centre de ressource et d'expertise** spécialisé sur la maladie de Parkinson, mise en place des **consultations mémoires délocalisées** à Corte, Bonifacio et en Balagne pour renforcer le diagnostic de trouble neurocognitif) et de **renforcement de capacités (hôpital de jour, développement d'unités**



Alzheimer dédiées, nombre de **PASA**, mise en place **de centres de répit** en Balagne, à Bastia, dans le Sud et en Plaine orientale).

Recommandation 43 :

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

Recommandation 44 :

Créer une **dynamique de travail entre le CMRR et les acteurs du domicile**. Adapter à ce type de profils l'outil d'amélioration des pratiques professionnelles créé par la HAS consistant au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation⁴³.

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

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

Recommandation 45 :

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

Recommandation 46 :

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

⁴³ Haute Autorité de Santé (HAS), L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation.



Partie 5

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



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

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

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

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

- « le risque environnemental au sens strict d'« écosystèmes », qui porte atteinte au milieu naturel (faune et flore) et à la biodiversité du fait de la présence de substances dangereuses dans l'air, l'eau ou le sol ;
- le risque pour la santé des populations humaines, potentiellement exposées à la présence de polluants dans leur environnement quotidien. »⁴⁴

Concernant les risques environnementaux, **cette étude se concentrera sur le second aspect, elle abordera pour cela le dispositif Qualitair Corse**. Il est désormais établi, non seulement que les pesticides constituent des facteurs de risques (une caractéristique liée à une personne, à son environnement, sa culture ou son mode de vie et qui entraîne pour elle une probabilité plus élevée de développer une maladie). Ils sont responsables de pathologies telles que la maladie de Parkinson, le cancer de la prostate et certains cancers hématopoïétiques dans les cas d'exposition professionnelle ; mais également que des expositions au cours des périodes prénatale à la petite enfance semblent être à risque pour le développement de l'enfant.⁴⁵ La Corse étant une région où l'activité agricole (en particulier viticole) est importante avec 167 644 ha de surface utile,⁴⁶ une surveillance des pesticides dans une perspective de prévention des risques sanitaires et de promotion de la santé publique a toute sa pertinence.

En matière de **risque sanitaire**, l'étude se concentrera sur **les actions de sensibilisation sur la déclarations des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)**. Un EIGS est « un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale. »⁴⁷ **Leur**

⁴⁴ INERIS

⁴⁵ INSERM, rapport "Pesticides : Effets sur la santé », 2013

⁴⁶ Chambres d'Agriculture de Corse

⁴⁷ HAS, d'après art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016



déclaration est vitale afin de comprendre les raisons de leur survenue et construire les solutions pour éviter qu'ils ne se reproduisent. La déclaration permet également un partage d'expérience entre les professionnels aux niveaux régional et national.⁴⁸ Les EIGS doivent être déclarés à l'ARS par les professionnels. Ceux-ci sont ensuite transmis à la HAS qui élabore un bilan annuel accompagné de recommandations.⁴⁹

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

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

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

Il est probable que ces concentrations augmentent à l'avenir du fait du changement climatique.⁵⁰ Il est donc nécessaire de poursuivre ces campagnes d'analyse.

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

Recommandation 47 :

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

Recommandation 48 :

⁴⁸ HAS

⁴⁹ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

⁵⁰ Qualitair Corse, Rapport d'étude – La surveillance des résidus de pesticides dans l'air, 2021



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

[4] Depuis 2016, **le signalement des événements indésirables graves liés aux soins EIGS est obligatoire et témoigne d'une attention à la qualité des soins et des prises en charge.**⁵¹ En 2020, 5 signalements ont été initiés en Corse, mais aucun n'est parvenu à la fin de la procédure. Le taux de signalement d'EIGS en Corse est donc nul alors que le nombre de signalement en France est passé de 288 en 2017 à 1081 en 2020 (soit 1,6 signalement pour 100 000 habitants),⁵² la Corse accuse donc un retard en la matière comparé aux autres régions de France. **Ce constat pose la question des freins associés au signalement des EIGS.**

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

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

Une seconde explication apparaît être la crainte des établissements d'être pointés du doigt.⁵³

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

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

Recommandation 49 :

⁵¹ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

⁵² HAS, Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS), Rapport annuel 2019, p.12

⁵³ Entretien SRA PASQUAL



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

Recommandation 50 :

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



Partie 6

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



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

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

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

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

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

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

Cette distinction nous rappelle que les **actions permettant le renforcement des pratiques innovantes seront différentes** fonctions de la nature, de l'impact et de la maturité à T0 de la dite pratique innovante observée, que le franchissement de



seuils en termes soit d'impact soit de maturité nécessite parfois des investissements majeurs (notamment pour les innovations fortement consommatrices en investissements) ou parfois simplement une communication plus large (pour les innovations frugales). Dans le même esprit, on voit aussi nettement se dégager les enjeux de pérennisation, de passage à l'échelle.

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

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

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

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

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

- Pratique innovante n°1 : La télémédecine, au titre d'une technologie innovante, qui permet, lorsqu'elle est encadrée et régulée, de faciliter l'accès au soin sur tout le territoire, pour les patients comme pour les médecins en recherche d'un avis spécialisé.



- Pratique innovante n°2 : L'expérimentation d'une nouvelle organisation de la prise en charge, au travers d'une expérimentation article 51, qui permet à des acteurs associatifs ou de médecine de ville de tester et de faire la preuve d'un concept pour résoudre des problématiques propres à la Corse.⁵⁴ L'étude se focalise sur le dispositif AFM Téléthon, répondant principalement à la problématique de l'éloignement des centres de ressources ou centres de compétences maladies rares.

[6] Le focus sur la **pratique de la télémédecine en Corse permet d'éclairer une innovation dont s'est largement saisie tout un territoire**, notamment à la faveur de la crise et **dont l'intégration dans les fonctionnements nominaux mérite à la fois un travail de régulation et à nouveau de promotion. En effet l'usage s'est accéléré ces 5 dernières années portée par deux dynamiques** : la hausse naturelle, accélérée par la pandémie du COVID-19, des actes de téléconsultations d'une part⁵⁵, puis la hausse des actes de téléconsultations ou de téléexpertises dans le cadre d'expérimentations ou d'initiatives de médecins⁵⁶ ou d'infirmiers⁵⁷, dans un cadre privé ou d'exercice coordonné. Ces initiatives peuvent apparaître comme un palliatif intéressant à la problématique de démographie médicale sur le territoire⁵⁸. En effet en Corse, l'inégale répartition des professionnels de santé (ou leur absence), avec des zones sous-dotées où les déplacements de médecins au domicile du patient sont rares, peut entraîner des retards de prise en charge, d'orientation, voire un renoncement aux soins.⁵⁹

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

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

⁵⁴ La Corse compte en 2022 6 expérimentations article 51 : CICA'CORSE, ICOPE, ONCOLink, EVA CORSE, AFM Téléthon, et EqLAAT.

⁵⁵ L'évolution du nombre d'actes de téléconsultation n'a pas pu être mesurée par des chiffres. La hausse a été confirmée par le Dr Vallet (GRADeS et URPS-ML) et M. GIUSTI (FCCIS) en entretien.

⁵⁶ Projet de téléexpertise du Centre de Valicelli, Projet de teleexpertise en oncodermatologie.

⁵⁷ La téléconsultation pour les patients atteints de plaie chronique complexe dans le cadre de l'expérimentation CICA'CORSE

⁵⁸ Manque de dermatologue pour Corsicaderm, manque de diabéto-endocrinologues pour la télédiabétologie, absence d'un centre de cicatrisation pour CICA'Corse.

⁵⁹ A dire d'expert, entretien avec le Dr Vallet du GRADeS et URPS-ML et M. GIUSTI de la FCCIS ;



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

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

Pour répondre à ces deux enjeux, il apparaît nécessaire que l'Agence, en lien avec le GRADeS, la Collectivité de Corse, l'Assurance Maladie ainsi que les acteurs de santé du territoire veillent à ce que les outils de télémédecine soient des outils complémentaires, pensés dans le cadre d'un parcours de soin coordonné et non une substitution à celui-ci. Cet ancrage dans un parcours de soin passe nécessairement par une réflexion territoriale de la télémédecine, avec un rôle majeur des 9 territoires de projet de Corse⁶⁰. Par ailleurs, le pilotage des risques liés à la téléconsultation et la vigilance accrue des acteurs de santé Corse s'inscriraient en cohérence de la démarche d'encadrement souhaitée par la tutelle pour prévenir les abus de ce mode d'exercice accéléré par la crise sanitaire.⁶¹

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

Recommandation 51 :

Construire **et piloter une feuille de route concertée de la télémédecine en Corse**, à partir d'un **diagnostic territorial sur les 9 territoires de projet de la Corse**, et en lien avec les acteurs de santé des territoires, et dans le sillage du CPER⁶² (et des crédits de télémédecine)

⁶⁰ Pays Bastiais, Castagniccia / Mare e Monti, Plaine orientale, Extrême Sud / Alta Rocca, Taravo / Valinco / Sartenais, Pays Ajaccien, Ouest Corse, Centre Corse, Pays de Balagne.

⁶¹ Intégration d'une mesure dans le PLFSS 2022 pour dérembourser des arrêts de travail délivrés en téléconsultation par un médecin hors médecin traitant et volonté globale de la CNAM de réguler les actes de téléconsultations.

⁶² Contrat de Plan Etat-Région

**Recommandation 52 :**

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

Recommandation 53 :

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

Recommandation 54 :

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

[7] Le focus sur **le dispositif AFM Téléthon, expérimentation article 51, pose la question de la pérennisation voire de la répliquabilité** et sur une innovation non tirée par la technologie mais par une transformation des organisations. En effet, une nouvelle organisation de la prise en charge est proposée pour les personnes atteintes de maladies rares⁶³. Il s'agit de proposer une prise en charge au plus près du patient, en réduisant les déplacements vers le continent⁶⁴, et en renforçant la qualité de la prise en charge sur des maladies complexes. La preuve du concept est faite : accompagnement d'un nombre croissant de personnes, organisation d'une articulation entre les centres de maladies rares de Nice et de Marseille et les centres hospitaliers de Bastia et Ajaccio, lutte contre les ruptures de parcours pour les personnes malades et leurs proches, coordination et orientation des malades sur les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.⁶⁵ 3 éléments de perspectives ont été notés : La pérennisation du dispositif, au-delà de l'expérimentation Article 51, pour continuer d'apporter une prise en charge de qualité aux personnes atteintes de

⁶³ L'AFM Téléthon cible des populations sur 4 filières de maladies rares : La filière FILNEMUS, avec les myopathies et les 300 maladies neuromusculaires (tous âges) et les filières FILSAN, FAI2R et Brainsteam, avec les pathologies rares neurodégénératives invalidantes : SLA (tous âges), Chorée de Huntington, et Ataxie de Friedreich (moins de 60 ans). Le dispositif s'est élargi par ailleurs à 2 pathologies neuro-dégénératives non rares, générant un handicap moteur pour des malades de moins de 60 ans : SEP et Parkinson.

⁶⁴ L'AFM Téléthon, comme d'autres dispositifs innovants, répond là encore à la question de l'insularité et de l'accessibilité aux soins : les centres de maladies rares les plus proches se trouvent à Marseille et Nice, obligeant les malades à se déplacer sur le continent.

⁶⁵ L'évaluation de l'expérimentation Article 51 n'est pas encore faite par les pouvoirs publics. Ces éléments de résultats ont été partagés lors d'entretien qualitatifs avec la direction de l'antenne régionale Corse de l'AFM Téléthon, et à partir de l'analyse des rapports d'activité.



maladies rares ; la capitalisation sur le réseau locale de l'association pour jouer un rôle de coordination et d'orientation sur le territoire, par exemple, en lien, ou dans le DAC ; enfin, le potentiel de répliquabilité de cette innovation et la création au niveau du territoire, d'une gouvernance de l'innovation.

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

Recommandation 55 :

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

Recommandation 56 :

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

Recommandation 57 :

Evaluer le dispositif AFM Téléthon, dans le cadre de l'Article 51 pour étudier l'opportunité de généraliser le dispositif (cf évaluation en cours)

Recommandation 58 :

Capitaliser sur le **réseau local de l'association AFM Téléthon** et sa **connaissance historique du tissu des acteurs** sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du **parcours complexe** des patients atteints de maladies rares pour en faire un acteur de la coordination et de l'orientation sur le territoire. **Envisager l'articulation avec le DAC.**



Partie 7

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



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

[1] Dans son objectif stratégique n°7, **le PRS n°2 a posé l'ambition de développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante, alors même que le territoire est confronté à un triple enjeu de vieillissement, de raréfaction des ressources médicales et de répartition inégale des ressources sur le territoire.**

[2] La Corse présente une démographie médicale limitée. **Les médecins (généralistes et spécialistes, libéraux et salariés) sont de moins en moins nombreux, et plus âgés que la moyenne nationale.** Entre 2010 et 2020, la Corse a été la région de France qui a enregistré la plus forte baisse de densité médicale (-11.6%). En 2020, l'âge moyen des médecins généralistes et spécialistes était en outre de 52,7 ans en Haute-Corse et de 52.2 ans en Corse-du-Sud, contre 50,3 ans au niveau national.⁶⁶

Concernant les spécialistes, la situation est encore plus préoccupante puisque l'île a connu au cours de la dernière décennie une diminution importante de la densité de médecins spécialistes (-11,2 % entre 2010 et 2020), particulièrement marquée en Haute-Corse (-13,40 %). De ce fait, la situation est critique pour certaines spécialités (la pneumologie ou la neurologie, par exemple), avec un solde départ et installation négatif.⁶⁷

Ce vieillissement des médecins installés sur l'île peut également être mis en lumière avec l'âge moyen de départ à la retraite au 31 décembre 2019. Il était de 70,9 ans en Corse-du-Sud et de 69,8 ans en Haute-Corse, soit largement au-dessus de la moyenne nationale se situant à 67 ans.⁶⁸

Enfin, comme on peut l'observer sur la carte ci-dessous présentant l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) par commune, l'offre de soins de premier recours **est inégalement répartie sur le territoire.** Si les centres urbains sont relativement bien couverts, des déserts médicaux existent dans les zones rurales qui présente un exercice médical particulièrement difficile.⁶⁹

⁶⁶ Atlas de la démographie médicale 2021

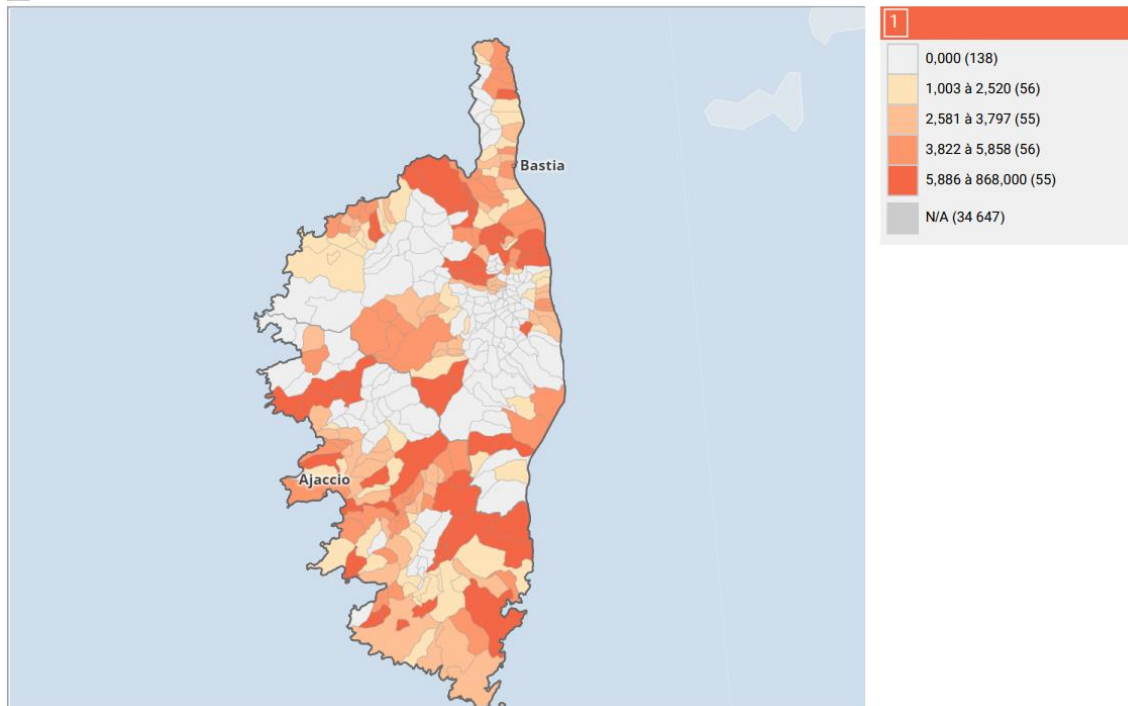
⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ DREES

⁶⁹ Mathieu PIAZZA, « L'exercice de la médecine générale dans la Corse rurale de 2017 »



1 APL2019



Accessibilité potentielle localisée⁷⁰ – DREES, 2019

[3] Dans ce contexte d'inadéquation territoriale entre offre et demande de soins de ville, une action pluriprofessionnelle a été engagée en Corse **pour renforcer la densité médicale en ciblant deux publics, les internes en médecine générales et les jeunes professionnels lors de l'installation**. Cela offrirait un double avantage : une offre de soins supplémentaire à part entière, et une facilitation des installations de nouveaux médecins.

Or, pour un étudiant en médecine, réaliser son stage d'internat en Corse n'est pas aisé du fait de l'insularité. Les internes sont en effet issus des facultés de médecine d'Aix-Marseille et Nice et des trajets entre le lieu de formation et le terrain de stage sont nécessaires.

L'enjeu est donc de renforcer l'attractivité du système de santé de l'île afin d'attirer les internes, dans le but d'augmenter à terme le nombre d'installations de jeunes médecins. Il s'agit donc d'aborder la question à la racine, en formant des cohortes de jeunes médecins aux spécificités du territoire, qui constitueront à terme une population importante de professionnels au fait de l'attractivité du système de santé de l'île.

⁷⁰ « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure locale de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes. Calculée au niveau de chaque commune, elle considère également l'offre de soins et la demande des communes environnantes. » IRDES, Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL), 2016



[4] Le programme IPI-MED lancé en 2019 a permis une avancée importante en **coordonnant les acteurs** (professionnels, universités, collectivités, ARS, syndicats d'internes, etc.), **en améliorant les conditions d'accueil des internes en médecine générale** (par un soutien financier, des aides au déplacement, etc.) et **favorisant une augmentation du nombre de stagiaires accueillis chaque semestre**. Ce programme s'inscrit dans la dynamique développée par l'ARS depuis plusieurs années, qui vise notamment à favoriser l'accueil d'internes spécialistes, et pour lequel les travaux se poursuivent.

S'il est **n'est pas possible d'établir de façon formelle la corrélation entre l'augmentation du nombre de stagiaires et les installations de jeunes professionnels**, les effets du programme sur l'offre de soins sont positifs. D'une part, parce que les internes représentent une offre de soins à part entière,⁷¹ d'autre part, parce qu'il est plus facile pour un jeune médecin de s'installer sur son terrain de stage qu'il a appris à connaître : **les médecins généralistes sont près de trois sur quatre à s'installer dans la région où ils ont soutenu leur thèse.**⁷²

Le programme IPIMED présente par ailleurs la caractéristique d'être pluriprofessionnel et multi-acteurs et de réunir largement l'écosystème de la formation en santé (ARS, la CDC, les universités de Corte, Nice et Aix-Marseille, les représentants des internes et des maîtres de stage et l'URPS-ML). **Cet exemple donne à voir un exemple réussi de coopération et coordination ayant des effets vertueux** pour l'ensemble du système de santé de l'île.

Cette démarche doit néanmoins **être ancrée dans la durée, approfondie dans son déploiement** (en accentuant la communication pour toucher un nombre plus important d'étudiants et en poursuivant la réflexion sur l'offre de logement), et **prolongée par un effort coordonné sur le soutien à l'installation des jeunes professionnels** formés en corse avec des liens locaux ou attirés par l'exercice professionnel sur l'île. Certaines actions engagées, notamment sur le volet renforcement de l'installation ont été freinées par la COVID-19 et sont relancées depuis l'année 2022.

Recommandation 59 :

Renforcer **le plan de communication** déployé à l'échelle nationale et régionale sur l'offre de soins en Corse, les aides existantes, les atouts naturels de l'île, des retours d'expériences de médecins ou étudiant. Exemples issus d'autres régions :

- *« Adopte un doc », la campagne d'informations de la maison de santé de Querqueville en Normandie : pour trouver un médecin pour la Maison de santé de Querqueville et favoriser l'installation de jeunes diplômés dans la ville, cette campagne utilise des supports*

⁷¹ MACSF, Statut d'interne en médecine : les points clés à connaître

⁷² Magali Dumontet, Anne-Laure Samson et Carine Franc, « Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? »



de communication variés (réseaux sociaux, presse spécialisée, annonces locales ; lettre rédigée à l'attention de médecins de la région etc.)

- *L'Agence d'attractivité de l'Indre réunit l'ARS, la CPAM, et les établissements de santé pour développer une approche animation et mettre en place des actions telles qu'un weekend de compétitions sportives organisé pour les jeunes du CHU, un village « Club Med » mis en place pour les internes en stage.*

Recommandation 60 :

Déployer une **stratégie d'accompagnement et de fidélisation des professionnels de santé**, ciblant l'installation des professionnels. Exemples d'action issus d'une autre région :

- *« Mediguya » : la conciergerie gratuite de l'URPS ML de Guyane qui propose quatre services d'aide dans des domaines clé (scolarisation des enfants, recherche d'un logement, emploi du conjoint, aide administrative). L'offre est relayée sur le PAPS de la Guyane et le site de l'URPS. Les annonces sur le site Remplafrance mentionnent aussi Mediguya.*

Recommandation 61 :

Poursuivre l'aller vers à destination des médecins et des internes en professionnalisant le processus de promotion (coordonner la participation aux congrès, fournir des outils de communication, des éléments de langage, etc.) avec **une logique de préparation et de suivi des contacts pris**.

Recommandation 62 :

Favoriser les facteurs de dynamisme et d'attractivité, comme **l'innovation** (Articles 51, incubateur de projets d'installation) ou **l'exercice coordonné** (l'exercice coordonné est plébiscité par les internes au moment de s'installer (72%).



Annexes

Annexe 1 : Tableaux des interlocuteurs rencontrés

Pendant la phase de cadrage :

Dispositif	Référent ARS
PASS	Laurent MEGE
Accompagnement des enfants TND	Joseph MAGNAVACCA
	Santa OTTAVI
	Audrey COLONNA
	Catherine SUARD
Dépistage des cancers	Jean Louis WYART
	Laurent MEGE
PRAMCA	Alain CASANOVA
Présence des usagers dans CDU	Iman MECHAALIA
Processus de concertation	Iman MECHAALIA
Parcours bien vieillir	Isabelle GRIMALDI
Parcours santé mentale/addictologie	Jean Louis WYART
	Marie Noelle BROSSARD
Exercice coordonné	Michèle ALTANA
	Carine ALBERTINI
Filière urgences/AVC	Marie Hélène PIETRI ZANI
Filières gériatriques	Isabelle GRIMALDI
Imagerie médicale	Marie Hélène PIETRI ZANI
Diag autisme / TND et MND PA	Marie Noelle BROSSARD
	Joseph MAGNAVACCA
Hébergement temporaire EHPAD	Joseph MAGNAVACCA
	Audrey COLONNA
Contractualisation territoriale	Philippe MORTEL
	Anne Marie LHOSTIS
Signalements ES & ESMS	Joseph MAGNAVACCA
	Mathieu MECHAIN
Capteurs pesticides / Pollinair	Jean Philippe BURESI
Télé médecine	Michel SPELLA
AFM Téléthon	Michel SPELLA
Convention	Yannick BONINI
	Laurent PAPAIZIAN



Pendant la phase d'évaluation :

Dispositif	Interlocuteur	Organisation
PASS	Mme Catherine OLIVIERO	Médecins du monde (Ajaccio)
	Mme Marie PEGAZ	AS Polyclinique Porto Vecchio
	Dr Yves FANTON	CH Ajaccio
Dépistage des cancers	Dr Franck LE DUFF	CRCDCC
	Dr Sauveur MERLENGHI	Ligue contre le cancer 2A
PRAMCA	Mme Cécilia MICHELI	IREPS Corse
	Mme Marie-Laure SALVI	Présidente de l'association des Diabétiques de Corse
	Mme Dominique ANDREANI	Présidente de l'UNAFAM de Corse
	Mme Lyvia COSIMI	Promotion Sante Corsica
	Mme Sophie Pantalacci	IREPS Corse
	Mme Nathalie PAOLETTI	Chargée de mission de l'association des Diabétiques de Corse
Présence des usagers dans CDU	M. Jean-Luc PISELLA	CH Bastia
	M. Laurent GERMANI	CH Ajaccio
	Mme Corine SEONI	CH Castelluccio
	Marie-José POLI	France Assos Santé
	Mme Christelle FELIX	France Assos Santé (Coordinatrice)
	M Nonce Giacomoni	Association Espoir Autisme
Processus de concertation	M. Francis Giudici	Président de la CC Fium'Orbu-Castellu
Parcours bien vieillir	Mme Christine GERONIMI	Collectivité de Corse
	Mme Marie-Thérèse NICOLI	Collectivité de Corse
Parcours santé mentale/addictologie	M. Frédéric GUILLEMET	IREPS Corse
	Mme Marie-Louise SERRA	Infirmière conseillère - Académie de Corse
	Mme Rose-Marie MARTINELLI	Directrice de la MDA 2B
	Mme RUBINI	Directrice service prévention FALEP
	Mme ETTORI	Faisant fonction de Directrice MDA 2A
	Mme Laure ABRANI	Directrice territoriale - Protection judiciaire de la jeunesse
Exercice coordonné	Mme Clarisse GOUX	MSP Ile-rousse / CPTS Balagne



	Dr AGOSTINI	MSP Calenzana /
	M. François TRAMONI	Fédération de l'exercice coordonné (FCCIS)
	Mme Santa OTTAVI	ARS Corse (Représentantes DAC & cellules parcours) PTA
Filière urgences/AVC	Dr Marie-Helene PIETRI-ZANI	ARS Corse
	Mme Marie-Christine VIALE	Interlocuteur à la Direction de l'Innovation à Bastia (TéléAVC)
Filières gériatriques	Dr GRISONI	URPS-ML
	Dr Dominique ZAMPOMI	
Imagerie médicale	Mme Charlotte LHOMME	Interlocuteur sur le plateau de Corte
	Mme Danielle BOURCELET	Directrice plateau de Balagne
	Dr Charles RYCKEWAERT	Interlocuteur sur le plateau de Balagne
Diag autisme / TND et MND PA	M. Arnaud GUILLOUX	CRA Corsica
	Mme CENTOFANTI (et des représentants du CAMSP/EDAP et du CMPP)	ADPEP 2A
	Dr SUARD	Référente ARS
	M. Axel GUY	UB DYS
	M. Jean Michel CARLOTTI et autres représentants de la PCO / CAMSP / CMPP	PCO et CAMSP/CMPP
	Dr PANCRAZI	CMRR
Hébergement temporaire EHPAD	Mme Audrey COLONNA	ARS Direction Action Territoriale de Santé
	Dr SUARD	Référente ARS
Contractualisation territoriale	Dr AGOSTINI	
	Mme Emmanuelle GIRASCHI	Adjointe aux affaires sanitaires et sociales à la CC Extrême Sud, infirmière qui vient de monter une MSP à Porto-Vecchio
	M. DELPOUX	Haut Taravo / Pharmacien à Sainte-Marie-Siché (Pharmacie Haut-Taravo)
	Dr DE SOUSA	Haut Taravo / Médecin à la MSA, très impliqué sur la question de la pharmacie Haut-Taravo



	Dr Dominique SIMEONI	CPTS / confirmée par Mme BURG
	Dr. DAHAN	Haut Taravo / Rôle à préciser (Pharmacie Haut-Taravo)
Signalements ES & ESMS	Dr MECHAIN	ARS
	Dr Stéphanie GENTILE	Médecin coordinateur de la Structure Régionale d'Appui
	Mme HARDOUIN	SRA PASQUAL
	Mme Ingrid Vanderheyden	ARS
	Mme Laitang-Perret	EMS ARS Corse
Télé médecine	Dr Augustin VALLET	URPS ML, chef de projet ALTA STRADA
	Mme Magali SILVANI	Centre Valicelli
	Mme Ghislaine Filippi	URPS-ML, Corsicaderm
AFM Téléthon	M. Xavier FALAISE	AFM Téléthon
	Mme Nicole ROUSSET	AFM Téléthon
Convention	Dr PAPA ZIAN	CH Bastia
	Dr Cécilia COSTA	VP URPS ML
	Mme Pascale VALLE	Service de l'enseignement supérieur de la Collectivité de Corse
	Mme Serena GUERRINI	Représentante des internes (Asclépios)
Données	M Obed ATSE	ARS-CORSE/STRATEGIE