



Bilan de mandature
de la Conférence régionale
de la santé et de l'autonomie de Corse


BILAN

Octobre 2021

2014
2021


À la mémoire de Dominique BALDACCI.

SOMMAIRE

– Edito de Josette RISTERUCCI, présidente de la CRSA / p.4

1. Le fonctionnement de la CRSA de Corse / p.5

- Composition
- Organisation
- Nombre de réunions

2. Un engagement fort de la CRSA pour promouvoir les droits des usagers / p.8

- Le rôle de la commission spécialisée des droits des usagers
- Les préconisations de la présidente de la CRSA
- La parole aux présidentes de la CSDU
- Des actions concrètes de promotion des droits des usagers

3. Focus sur les débats publics / p.12

4. La CRSA, actrice des travaux de programmation de santé / p.13

- L'évaluation du PRS 2012-2016
- L'élaboration du PRS 2^{ème} génération 2018-2023
- Le suivi du PRS 2
- Les autres avis règlementaires

5. La CRSA s'engage dans la gestion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid 19 / p.18

6. La contribution aux travaux du Ségur de la santé : faire reconnaître les spécificités de la Corse / p.19

7. Conclusion de Marie-Hélène Lecenne, directrice générale de l'ARS de Corse / p.20

ÉDITO

Nous allons renouveler le 19 octobre 2021, la CRSA de Corse. Notre instance de démocratie sanitaire est encore peu connue, malgré ses 10 ans d'existence et il faudra encore beaucoup de travail pour la faire connaître.

Je tenais à remercier tous ceux qui depuis toutes ces années se sont investis pour faire vivre notre conférence, discrètement mais déterminés dans nos missions.

Nous vous présenterons un résumé de nos travaux de cette dernière mandature, c'est un travail partagé, fait de nombreux échanges et réunions. Nous le savons tous, rien n'est jamais parfait et l'importance de l'accès aux soins pour tous dans notre région nécessitera toujours et encore l'investissement de l'ensemble des futurs membres.

Nous avons essayé de trouver un rythme de travail et de nous organiser en fonction des sujets, de nos moyens logistiques, de l'actualité sanitaire parfois urgente et grave, la crise du Covid en est un exemple majeur.

Ce bilan c'est aussi le vôtre.

Celui de l'ensemble des membres qui se sont impliqués dans les commissions, à la commission permanente ou en séance plénière.

Faire vivre la démocratie en santé au sein d'une structure comme l'ARS a été une expérience pour nous tous.

Nous souhaitons ensemble que la CRSA soit reconnue et qu'au-delà des dossiers techniques, la place et les droits des usagers fassent l'objet de plus d'information et de formations.

C'est notre mission. Notre région est riche d'associations et de bénévoles investis, c'est un rassemblement de ses forces qui doit permettre par la Commission Spécialisée du droit des usagers (CSDU) d'atteindre cet objectif.

Il sera toujours indispensable de fédérer nos idées, nos forces, afin d'améliorer et moderniser notre offre de soins, acquérir la confiance, équilibrer sur notre territoire l'accès à tous les soins, réduire les déplacements sur le continent, diminuer les restes à charge pour les patients dans une région très précarisée et faire de la prévention en santé un axe central de nos politiques publiques.

Nous le savons, il ne manquera pas de travail pour atteindre ces objectifs qui nous concernent tous, à tous les âges de la vie.

Un grand merci à tous ceux qui nous ont aidés durant toutes ces années et je ne doute pas des engagements personnels et collectifs de chacune et chacun d'entre vous dans notre future CRSA pour y arriver.



– Josette Risterucci,
Présidente de la CRSA

1. LE FONCTIONNEMENT DE LA CRSA DE CORSE

La CRSA a été installée en septembre 2014 pour une durée de 5 ans.

Le décret n° 2019-1342 du 11 décembre 2019 a prolongé jusqu'au 30 septembre 2021 le mandat de ses membres.

SA COMPOSITION

100 membres maximum sont répartis dans 8 collèges rassemblant l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de santé dans la région :

- les collectivités territoriales du ressort de l'agence ;
- les usagers de services de santé ou médico-sociaux ;
- les partenaires sociaux ;
- les acteurs de la cohésion et de la protection sociale ;
- les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- les offreurs des services de santé ;
- des personnalités qualifiées.

SON ORGANISATION



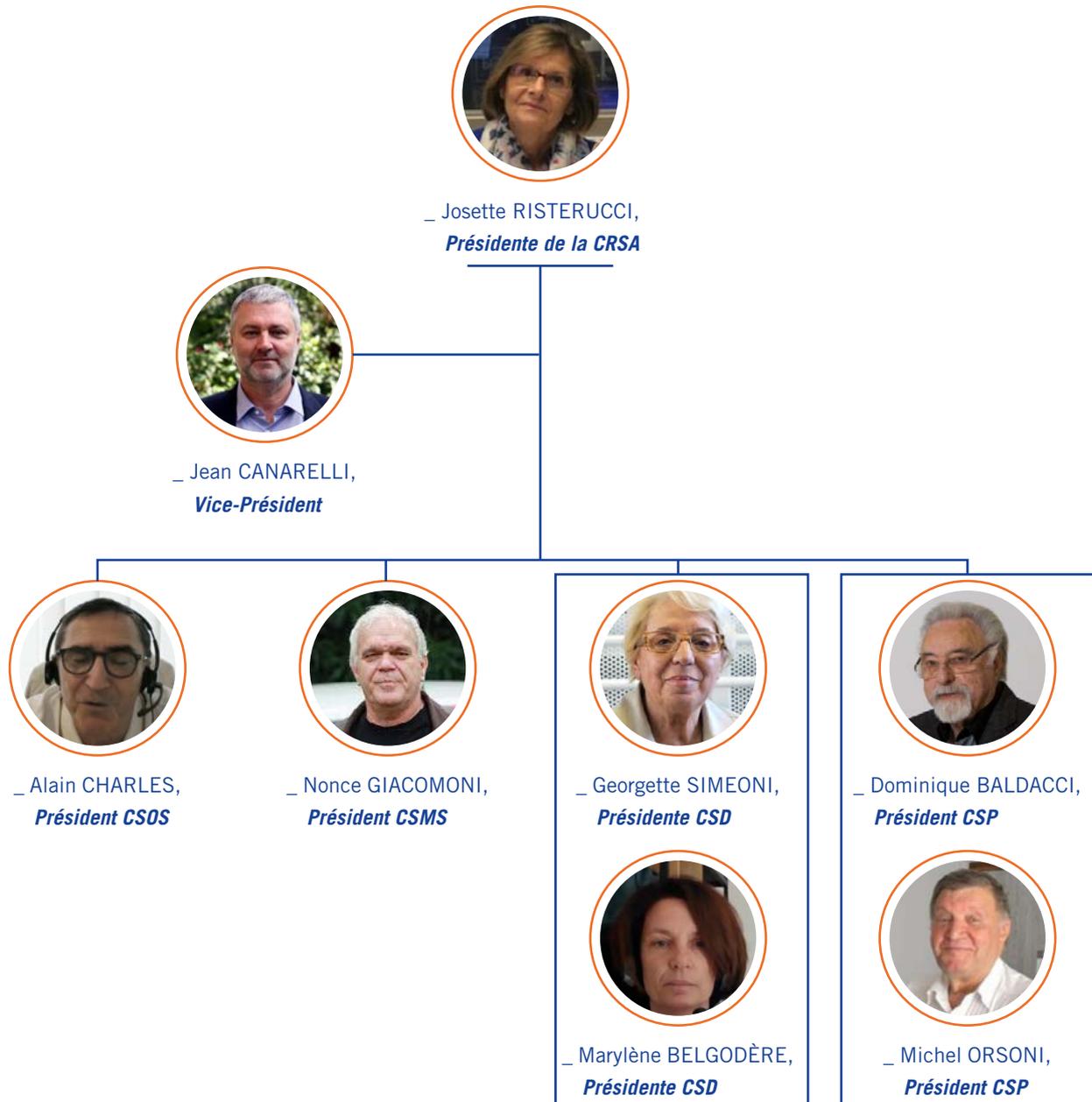
Les travaux de la CRSA s'organisent autour :

- **1 assemblée plénière** qui réunit les membres des huit collèges et les membres consultatifs ;
- **1 commission permanente** qui exerce en dehors des séances plénières l'ensemble des attributions dévolues à la Conférence ;
- **4 commissions spécialisées** : dans les domaines de l'Offre de soins (CSOS), du médico-social (CSMS), de la prévention (CSP) et des droits des usagers (CSDU).

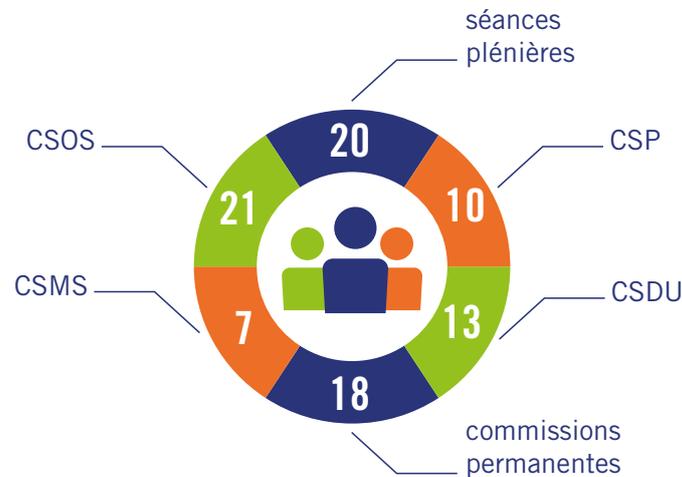
« Dès 2019, à l'initiative de la présidente, la CRSA a associé à ses travaux les conseils territoriaux de santé du Cismonte et du Pumonte, anticipant ainsi les nouvelles dispositions réglementaires du décret du 2021-847 du 28 juin 2021.



ORGANIGRAMME



NOMBRE DE RÉUNIONS



À RETENIR

– La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) a été créée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009.

– Instance favorisant le respect des règles démocratiques dans le domaine de la santé, elle est installée aux côtés de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

– La CRSA est un organisme consultatif qui concourt par ses avis à la politique régionale de la santé.

– La CRSA organise ses travaux au sein d'une commission permanente et de quatre commissions spécialisées dans le domaine de la prévention, de l'organisation des soins, des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, des droits des usagers.

– Elle offre un support à l'expression des représentants des usagers du système de santé.

– Elle organise des débats publics sur les questions de santé de son choix.

– Elle peut formuler toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région, ainsi que sur la prise en compte des besoins locaux de santé.

– Elle rédige un rapport sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

2. UN ENGAGEMENT FORT DE LA CRSA POUR PROMOUVOIR LES DROITS DES USAGERS

La CRSA a particulièrement contribué à l'effectivité de la démocratie sanitaire en organisant 3 débats publics en 2014 (santé et insularité), 2015 (Vivre en bonne santé en Corse) et 2017 (Bientraitance, de l'écoute à l'accueil ?) et en élaborant un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des prises en charge dans le domaine sanitaire et médico-social.

CHIFFRES CLÉS

- _ 11 membres
- _ 5 rapports de la CDSU

LE RÔLE DE LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DES DROITS DES USAGERS

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CDSU) s'attache plus spécifiquement à évaluer la façon dont les droits des usagers sont respectés et à formuler des propositions d'actions afin d'améliorer la connaissance et le respect de ces droits.

Les représentants des usagers siègent également dans les autres commissions spécialisées de la CRSA.

La CDSU établit un rapport transmis au Directeur Général de l'ARS et à la Conférence Nationale de Santé qui répond aux 4 orientations suivantes :

- 1/ Promouvoir et faire respecter les droits des usagers
- 2/ Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous
- 3/ Conforter la représentation des usagers du système de santé
- 4/ Renforcer la démocratie sanitaire.

Afin de faciliter ce travail, un questionnaire informatisé sur le respect des droits des usagers dans les secteurs sanitaire et médico-social a été mis au point. Ces remontées alimentent le rapport annuel.

LES PRÉCONISATIONS DE LA PRÉSIDENTE DE LA CRSA EN 2014

Lors de son élection à la présidence de la CRSA en 2014, Josette Risterucci a souhaité mettre l'accent sur le droit des usagers. Elle a ainsi formulé des préconisations sur l'ensemble des champs du médico-social, du sanitaire et de la promotion de la santé :

- mieux identifier les ressources pour mieux orienter les familles ;
- dépister de façon précoce ;
- promouvoir la bientraitance ;
- faciliter l'accès des enfants en situation de handicap aux activités scolaires et périscolaires ;
- respecter le droit à l'information du patient en déployant des supports adaptés ;
- anticiper les conséquences de l'évolution de la démographie médicale.

LA PAROLE AUX PRÉSIDENTES



**Georgette Siméoni,
présidente de la
CSDU sur l'exercice
2015 :**

« Comme toutes les années, je vais compléter les préconisations émises par la Présidente de la CRSA, en rappelant comme elle que nous répétons inlassablement les mêmes sans retour de la part de l'ARS.

Lorsque je parle de l'absence de retour, ce n'est pas faire offense à des personnes en particulier, nous travaillons depuis suffisamment longtemps avec certains d'entre eux pour se comprendre. Nous ne disposons pas d'un suivi tel que je le conçois, c'est-à-dire le partage ensemble des textes et de leur application dans le médical, le médico-social, et ne citons pas l'ambulatoire, le libéral qui sont inexistantes. Malgré ces difficultés nous avons réussi un début de travail en commun qui a été mis à mal par le départ à la retraite d'un responsable, ceci n'est pas normal et met en évidence le fait que ce travail n'était pas connu et donc la méthode n'a pas été transmise. Nous alertons le DG de l'ARS depuis son arrivée comme nous l'avions fait auprès de son prédécesseur. Nous ne pourrions pas remplir les missions qui sont les nôtres si nous continuons ainsi. Les missions ont été partagées au sein de l'ARS par des personnes de qualité mais qui ne sont pas en charge uniquement du pilotage de notre instance, d'où la déperdition de force, la difficulté d'un suivi permanent, et faire ce constat aujourd'hui me met très mal à l'aise. Le fonctionnement de la CRSA ce n'est pas que celui de ces quatre commissions avec des ordres du jour précis, ce n'est pas que le travail colossal du prochain PRS qui occupe vos services, c'est aussi la cohésion de tout cela.

Je reprendrai ce qui est énoncé dans d'autres CRSA et par la CNS le 2 mars dernier, c'est-à-dire qu'il est temps de faire en sorte que l'observation du système de santé du point de vue du respect des droits des usagers soit une démarche partagée par tous les acteurs et détenteurs de l'information.

Il est aussi primordial d'avoir les outils pertinents afin d'évaluer l'impact des différentes réformes, des nouveaux textes et actions engagés pour l'accès à la santé, d'où l'urgence d'avoir les moyens d'accéder à toutes ces données d'évaluation dans notre région.

C'est ma première préconisation, et elle concerne l'ensemble des secteurs que nous devons traiter.

La deuxième est d'inscrire dans le PRS2 l'axe « droits des Usagers » en une seule entité qui inclura l'évaluation de ce droit du PRS1. Cela implique de la part de l'ARS d'y inscrire ses orientations et de s'y tenir en terme de moyens humains, financiers, méthode de travail. À mon sens, il ne suffit pas de se baser sur le montant de l'enveloppe FIR mais sur l'engagement de partage d'informations de tous les intervenants. J'ai eu l'occasion d'échanger avec Mme la Ministre de la Santé le 17 août 2017 sur ce point particulier de la démocratie sanitaire et du droit des patients. On joindra à ce rapport le document qui lui a été remis au nom de la CRSA de Corse.

Pour l'ensemble du rapport, la préconisation n°3, que je remets à chaque rapport, est celle **de la formation des professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers** (cela entend tous les professionnels du champ sanitaire, médico-social, ambulatoire, ville). Nous faisons le constat permanent du peu de formation ou information sur ce sujet, nous trouvons du personnel particulièrement formé et trop peu formé. Cela ne remet pas en cause le travail de l'ensemble des professionnels et de leur engagement auprès des patients. Ce n'est simplement pas considéré comme un devoir par méconnaissance des lois. Nous rappelons que des mesures simples doivent être mises en place, par le cursus de la formation professionnelle, celui de la formation continue dans les établissements, par le processus de l'information des nouveaux personnels, etc.

C'est une culture générale qu'il faudra imposer. Les campagnes d'information organisées par les représentants des usagers et l'ARS sont indispensables mais doivent être complétées par la formation-information des professionnels. Nous ne pouvons pas nous satisfaire d'une évaluation de nos droits sur un simple questionnaire un jour donné diffusé dans les établissements... l'évaluation doit être continue et permanente. »

**Marylène Belgodère,
présidente de la CSDU,
sur les exercices de
2016 et 2017 :**

« En prolongement des recommandations précédentes qui souhaitent accentuer l'effort en matière d'information envers les usagers sur les risques liés à l'environnement ainsi que sur les risques selon le mode de vie.

En matière de prévention, par l'anticipation car l'absence de cette dernière risque d'entraîner des problèmes sanitaires et de société ;

Cet impact a un coût qui en l'absence de mesure risque de générer des carences de soins et un impact sociétal.

L'incitation d'installation des orthophonistes par le retour au numérique avec le dossier médical partagé, l'âge des médecins (plus de 60 ans) laisse présager des déserts médicaux.

Le dossier médical partagé entre / centre hospitalier / médecin / paramédicaux, est réellement, aussi une prévention de l'errance médicale pour ne pas dire du nomadisme et source de surcoût.

Exemple : Incitation à l'installation d'orthophonistes ou ergothérapeutes, etc. Solution de maintien à domicile pour personnes âgées.

La formation de chacun peut être une réponse adaptée au traitement de l'utilisateur, selon les compétences que cela soit les responsables des usagers, les thérapeutes pour le droit des usagers et la bienveillance ainsi que sur l'évaluation.

Enfin, il reste à souhaiter de placer l'utilisateur (patient, personne âgée, porteur de handicap...) au cœur du soin et de la prévention ou même de sa scolarité dans un parcours fluide

Notre système de santé et social doit être abordable par tous, en tout point et de qualité. »

Et sur les exercices de 2018 et 2019 :

« Les évolutions et une réponse aux contraintes de l'insularité sont encore peu adaptées et lentes à la mise en œuvre, nous restons très dépendants du plateau technique continental, avec ses notions de transports. C'est une responsabilité politique, il n'est pas possible de traiter la santé comme une marchandise à l'instar du commerce. Si l'on considère aussi le « BÉNIN » pas comme un soin à part entière, dans une logique d'économie, on arrive à l'engorgement des urgences et / ou à des pathologies dont le coût se révèle bien supérieur. Le budget consacré à la prévention avec un vrai plan de prévention (cf. objectif 2), l'attention portée au secteur libéral, son offre (objectif 2), la formation (objectif 1), un système de soin ou le patient ou usager reste au centre du soin (objectif 3 et 4). Il faut revenir à nos fondamentaux.

(Loi de 45) pour une société saine solidaire et inclusive d'une écologie sensée et cela afin d'évoluer dans un système humain. »



_ CSDU – présentation du rapport droit des usagers

DES EXEMPLES CONCRETS

Plusieurs actions témoignent de l'engagement de la CRSA pour promouvoir le droit des usagers.

Janvier 2016 : signature de la Charte Jacob pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap



Consciente que la santé est un droit fondamental de la personne humaine et que le handicap peut encore être source de questionnements, voire de peurs et d'obstacles aux soins, la CRSA a signé, aux côtés de nombreux partenaires, la charte Jacob exprimant ainsi sa détermination en faveur de l'accès à la santé des personnes handicapées, et à la coordination et fluidité de leurs parcours de santé. Cette charte s'inscrit dans les orientations des politiques publiques en faveur de l'insertion sociale et de la pleine citoyenneté des personnes handicapées. Les signataires de la charte entendent ainsi contribuer à l'amélioration, pour tous, de la qualité des soins et à l'égal accès de tous à la santé.

Avril 2019 : organisation d'une journée Droits des usagers

Jeudi 18 avril 2019- 14 H
Hotel Best- Western Amirauté - Ajaccio



Responsables d'établissement, responsables qualité, cadres de santé, professionnels de santé, médiateurs, représentants d'usagers...

Vous êtes tous acteurs du droit des usagers.
Venez en parler ensemble !

Dans le cadre de la journée européenne des droits en santé, l'ARS et la CRSA ont invité les responsables d'établissements, les médiateurs en santé, les professionnels de santé et les représentants d'usagers à échanger sur le droit des usagers. Cette journée a été l'occasion de remettre le prix régional du droit des usagers 2019 à l'association INSEME.

Avril 2019 : le label droit des usagers



Initié dans le cadre du dispositif « année des patients et de leurs droits », le label « Droits des usagers de la santé » a pour objectifs de valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants en matière de promotion des droits des usagers et de faire connaître les actions menées sur le terrain par les acteurs locaux. L'octroi du label est confié aux ARS avec l'appui des commissions spécialisées « Droits des usagers » des CRSA, sur la base d'un cahier des charges national élaboré par le ministère. En 2019, c'est l'association Inseme qui a reçu le prix régional.

Mai 2021 : prise de position pour la prise en charge du second accompagnant d'un enfant résidant en Corse devant accéder à des soins sur le continent



La CRSA saisit par courrier le Ministre des Solidarités et de la Santé pour pérenniser et inscrire dans le droit commun la prise en charge du 2nd accompagnant. La mobilisation des acteurs et le fort engagement de l'ARS et des caisses d'assurance maladie conduisent à la signature d'une charte le 13 juillet 2021 déclinant l'engagement présidentiel d'une prise en charge pérenne et simplifiée.

3. FOCUS SUR LES DÉBATS PUBLICS

La CRSA de Corse a organisé 3 débats publics à destination des usagers.

L'intérêt des débats publics réside à réunir des professionnels du monde de la santé, du médico-social, du monde associatif mais aussi le grand public, afin de réfléchir et échanger sur des grands enjeux liés à la santé en Corse. Chaque débat a réuni plus de 200 personnes.

« Le citoyen se doit de participer et de prendre une part active aux questions de santé... ce travail collectif est nécessaire pour défendre notre bien le plus précieux, la santé.



_ Josette Risterucci

2014 : Santé et Insularité



Quel impact de l'insularité sur la santé ?
Quelle continuité territoriale en santé ?
Quelles opportunités, quelles contraintes ?
Ces questions concernent au quotidien tous les habitants de l'île. Pour y répondre, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Corse, a organisé son premier débat public sur le thème « santé et insularité ».

2015 : Vivre en bonne santé en Corse



L'objectif de ce débat était d'informer le public sur les enjeux de la santé publique et de dégager un consensus sur les orientations à prendre en la matière.

Le débat, réalisé en présence de Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence Nationale de Santé (CNS), avec la contribution d'experts (Claire MEHEUST, santé publique France et Géraldine MERRET, Fédération Nationale de la Mutualité Française) a permis d'aborder les questions suivantes :

Quelle place pour la prévention dans le système de santé ?

Agir pour préserver sa santé : utopie ou réalité ?

Agir sur les inégalités: fatalité et / ou actions précoces et coordonnées ?

Les méthodes de prévention sont-elles efficaces ?

2017 : Bienveillance, de l'écoute à l'accueil ?



Près de 200 personnes se sont réunies autour d'experts pour débattre sur l'éthique de la bienveillance, l'interface entre le patient, la famille et le personnel, la posture professionnelle, l'approche de la personne vieillissante, l'accueil et la prise en charge en ambulatoire.

4. LA CRSA ACTRICE DES TRAVAUX DE PROGRAMMATION DE SANTÉ

Après avoir participé aux travaux d'évaluation du PRS 1, la conférence a activement contribué à l'élaboration du PRS2.

LA CRSA SE MOBILISE POUR FAIRE CONNAITRE LA SPÉCIFICITÉ CORSE DANS LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ (SNS)

Adoptée officiellement par le gouvernement fin décembre 2017 à l'issue d'un processus de concertation avec les acteurs de la santé et

les autres ministères concernés, la stratégie nationale de santé 2018-2022 constitue le cadre de la politique de santé en France.

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes complémentaires :



Dans le cadre de la concertation, la CRSA de Corse a proposé l'insertion d'un paragraphe sur la spécificité corse dans le décret d'application dans le but de garantir une offre de soins graduée adaptée aux contraintes de l'insularité et afin de tenir compte des fluctuations saisonnières dans un contexte d'insularité. Retrouvez le courrier de la CRSA aux députés et sénateurs en *annexe 1*.

L'offre de soins graduée et continue suppose une coordination efficace des moyens présents sur l'île, mais aussi l'accessibilité des plateaux techniques et des transports ou évacuations sanitaires vers le continent. Par ailleurs, le maillage de l'offre de proximité doit intégrer les contraintes liées au statut d'île-montagne.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CORSE DANS LA SNS 2018-2022

Ainsi, dans le cadre du volet spécifique à la Corse de la stratégie nationale de santé, le décret prend en compte :

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

La population de Corse est de 320 000 habitants, pour autant, durant l'été jusqu'à 450 000 touristes séjournent au quotidien, sans compter les semi-résidents de retour sur l'île. Ce doublement de la population pèse sur les urgences et les services de santé qui doivent être dimensionnés pour répondre à ce défi compte tenu de la distance du trajet de la Corse vers le continent.

L'ÉLABORATION DU PRS 2^{ÈME} GÉNÉRATION 2018 – 2023

– Sur proposition de la CRSA, le cadre d'orientation stratégique (COS) intègre un **objectif sur les ressources humaines**. Il s'agit de l'objectif 7 : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

– Les membres de la CRSA participent activement aux groupes de travaux du schéma régional sur les thématiques et filières suivantes :

- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Démocratie sanitaire
- Diagnostics territoriaux
- Gestion de crise
- Santé environnementale
- Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
- Programme régionale d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Biologie
- Chirurgie
- Médecine
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Santé mentale,
- Imagerie
- Diabète
- Sécurité des soins
- Cardiologie
- E-santé
- Prévention
- Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)
- Périnatalité et assistance médicale à la procréation (AMP)
- Urgences
- Soins palliatifs
- Douleurs
- Maladies et handicaps rares
- Unité de soins de longue durée (USLD)
- Animation territoriale

– Production d'une contribution du volet promotion de la santé

La commission spécialisée prévention a contribué au volet prévention du PRS en rédigeant des propositions qui ont été intégrées dans le schéma régional de santé.

– Demande d'un délai supplémentaire pour l'élaboration du PRS

En juillet 2017, compte tenu de la mise en place de la nouvelle collectivité de Corse et des changements d'organisation que cela implique, la présidente de la CRSA dépose une motion pour obtenir un délai supplémentaire pour l'élaboration du PRS.

Un délai de 3 mois est ainsi accordé par le ministère pour arrêter le PRS 2018-2023 au 30 juillet 2018.

AVIS DE LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE DE CORSE

RELATIF AU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ EN
DATE DU 19 JUILLET 2018

L'agence régionale de santé (ARS) de Corse a publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Corse, le 18 juin 2018, un avis de consultation relatif au Projet Régional de Santé de Corse (PRS 2) visant à recueillir, dans leurs champs de compétences respectifs, l'avis des autorités règlementairement consultées.

Monsieur le directeur général de l'ARS de Corse a informé la présidente de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Corse, par une correspondance en date du 18 juin 2018, du lancement de la consultation réglementaire conduisant à solliciter l'avis de la CRSA.

Ce document de programmation a nécessité 18 mois de travail partagé par la création de groupes techniques avec des membres de la commission permanente de la CRSA et l'ARS.

Les documents présentés étaient ceux travaillés avec les professionnels de santé, du médico-social, de la prévention, du handicap, des représentants des usagers.

Les groupes techniques ont permis de construire et de faire un lien avec la CRSA.

La commission permanente de la CRSA de Corse s'est réunie le 11 juillet 2018 afin de préparer cet avis en s'appuyant sur :

- les propositions des commissions spécialisées de la CRSA ;
- la synthèse des observations exprimées par les acteurs de santé de Corse ;

- les échanges des différents groupes techniques qui se sont réunis depuis le mois de février 2017 avec les porteurs de projets de l'ARS de Corse représentant les différentes filières de soins.

La CRSA s'est réunie en formation plénière le 19 juillet 2018 afin d'exprimer son avis sur le PRS 2 de Corse.

La CRSA considère que la Corse, île montagne, doit pouvoir mieux réussir à organiser ses filières de soins, rattraper ses retards structurels en investissement, la vétusté des établissements ayant été aussi régulièrement relevée, afin d'éviter que les patients aient à partir sur le continent en respectant le principe du libre choix.

Si le PRS 2 prend appui sur la Stratégie Nationale de Santé qui prend en compte pour la première fois un volet spécifique à la Corse, la déclinaison de ce volet nécessite un accompagnement financier spécifique.

Toute programmation telle que celle du PRS 2 ne peut rester qu'une utopie s'il n'y a pas de réponses apportées par le ministère vis à vis des moyens en investissement et des moyens humains dans tous les secteurs du sanitaire et du médico-social.

La CRSA souligne les contraintes spécifiques à l'île qui impactent l'organisation de l'offre de soins :

- les flux de population, notamment estivaux dont l'impact sur l'offre de soins est difficile de prendre en compte ;
- la population des semi résidents dont le nombre est difficile à quantifier, et qui a des conséquences sur l'offre de soins, s'agissant souvent de patients avec des maladies chroniques ou lourdes.

Cette réalité démographique doit être mieux prise en compte dans les autorisations des activités soumises à seuil. Il est nécessaire que l'étude sur ces activités, réalisée en 2016, soit complétée. Sans ajustement du modèle de financement, une offre de soins de qualité pérenne ne pourra être mise en place répondant aux objectifs et orientations que fixe le PRS 2.

La CRSA estime nécessaire de définir et reconnaître la « continuité territoriale en santé », les restes à charges pour les patients et leurs familles tant en Corse que suite aux hospitalisations et avis spécialisés pris sur le continent. Ce surcoût financier est considérable et n'a jamais été quantifié et il est non compensé pour les usagers, il entraîne des renoncements aux soins.

La CRSA considère qu'une réponse spécifique doit être apportée aux besoins en moyens humains pour se soigner en Corse, pour ne pas véhiculer le fait que le meilleur médecin serait l'avion. Ces besoins concernent la médecine générale, le premier recours, mais aussi la médecine de spécialité, libérale et hospitalière.

Il est difficile dans le contexte actuel de porter des projets, d'être attractif, de fidéliser des médecins généralistes ou spécialistes, il en est de même pour tout le personnel non médical spécialisé.

La signature de la convention par les facultés de médecine de Marseille et de Nice, l'université de Corse, la Collectivité de Corse, les conseils ordinaires, l'ARS de Corse et l'URPS médecins est un acte fort contribuant à développer l'attractivité de l'île auprès des futurs médecins et doit être une priorité.

La CRSA demande la mise en place des « Assises de la Santé en Corse ». Il ne s'agit pas de refaire le PRS2, mais de compléter la démarche qui a inscrit la Corse par un volet spécifique dans la stratégie nationale de Santé.

Il s'agit d'obtenir un mode de financement pérenne et adapté aux besoins des hôpitaux publics, des établissements de santé privés et médico-sociaux. La réflexion doit être plurielle et y seront associés l'ARS de Corse, la Collectivité de Corse et l'ensemble des acteurs et professionnels des secteurs sanitaire et médico-social.

Suite à la présentation par la direction générale de l'ARS de Corse des documents, et suite aux débats et échanges avec les membres de la CRSA, la CRSA de Corse émet un avis réservé, au regard des motifs exposés, sur le PRS 2 par un vote en séance selon les modalités suivantes :

Sur un total de 47 votes :

- Réservé : 39
- Pour : 3
- Contre : 4
- Blanc : 1

LE SUIVI DU PRS 2

Les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé, historiquement centré sur le soin, vers une prise en charge plus complète des individus.

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.

Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.

Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Sans être exhaustive au regard de l'ensemble des objectifs du PRS, **l'évaluation de l'amélioration de la qualité des parcours de santé présente les intérêts majeurs** pour mesurer les progrès accomplis par notre système de santé car cette évaluation reflètera :

- la qualité de la collaboration des différents métiers de la santé,
- la capacité de décloisonnement des différents secteurs de la santé (prévention-soins, accompagnement, ville-hôpital...),
- la capacité d'organisation des territoires en matière de santé,
- la participation de l'utilisateur de santé et de son entourage à l'évolution des filières.

C'est ainsi qu'au sein du projet régional de santé 2018-2022, il a été proposé de renforcer le suivi et l'évaluation sur 8 parcours structurants pour notre système de santé en y associant pleinement la CRSA. La mise en œuvre des actions des 8 parcours a ainsi été présentée et discutée devant la CRSA.

LES PARCOURS PRIORITAIRES

- Le cancer
 - Le diabète
 - Bien vieillir
 - Les enfants et les jeunes
- Les personnes en situation de handicap
 - La santé mentale
 - Les détenus
 - L'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)

LES AUTRES AVIS RÈGLEMENTAIRES DE LA CRSA ET DE SES COMMISSIONS

- Avis sur les territoires de démocratie sanitaire et les conseils territoriaux de santé (2016),
- Plusieurs avis rendus sur le zonage de certaines professions de santé (médecins, kinés, sages-femmes, infirmiers...),
- Avis rendus sur la régulation médicale dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires,
- Avis sur les demandes d'autorisation et de renouvellement, sur les groupements de coopération sanitaire,
- Avis sur l'élaboration et l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

5. LA CRSA S'ENGAGE DANS LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Dès le début de la crise, malgré l'impossibilité de se réunir en présentiel, une organisation a été mise en place pour associer la CRSA à la gestion de la crise sanitaire. À cet égard, la participation de la CRSA à la gestion de la crise sanitaire peut être considérée comme une **anticipation de l'évolution réglementaire** d'obligation de consultation des instances en cas de crise sanitaire prévue par le décret 2021-847 du 28 juin 2021.

En plus des points réguliers entre la directrice générale de l'ARS et la présidente de la CRSA, plusieurs consultations ont été organisées :

- Le Préfet de Corse et la directrice générale de l'ARS ont consulté la commission à l'issue du premier confinement (avis du 27 avril 2021).
- Une consultation sur le plan ORSAN REB dans le cadre de la deuxième vague automne 2020.
- Une consultation sur le plan santé des jeunes : gestion des impacts de la crise au printemps 2021.

La CRSA a également émis deux motions durant la crise sanitaire :

- Une motion relative à la politique de test pour les voyageurs venant en Corse (novembre 2020).
- Une motion en faveur de l'obligation vaccinale des adultes (juillet 2021).



6. LA CONTRIBUTION DE LA CRSA AUX TRAVAUX DU SÉCUR DE LA SANTÉ : FAIRE RECONNAITRE LES SPÉCIFICITÉS DE LA CORSE



Suite aux annonces du Premier Ministre le 25 mai 2020, l'ARS de Corse et la CRSA ont lancé une concertation régionale visant à recueillir les retours d'expériences des professionnels partenaires en santé, des élus et des représentants d'usagers.

L'ambition de cette concertation était de pouvoir tirer les premiers enseignements de la gestion de la crise sanitaire. Il s'agissait de faire émerger les actions innovantes et de valoriser les initiatives locales, afin d'enrichir la réflexion nationale.

Les concertations nationales portaient sur les quatre piliers suivants :

Pilier n°1 : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;

Pilier n°2 : définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;

Pilier n°3 : simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;

Pilier n°4 : fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

— **36** acteurs clés ont ainsi participé aux ateliers Ségur en Corse

— **26** contributions ont été recueillies

— **1** synthèse des propositions convergentes relatives à la prise en compte des spécificités de la Corse dans le Ségur de la santé a été transmise au niveau national le 20 juin 2020 (annexe 2)

7. CONCLUSION

DE MARIE-HÉLÈNE LEGENNE, DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'ARS DE CORSE

La CRSA de demain : les recommandations socles établies dans le rapport de la conférence nationale de santé du 25 juin 2021 à l'aune des droits des usagers en santé à l'épreuve de la crise sanitaire de la COVID-19.

1) Les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

L'information et la pédagogie créent la confiance. Pendant la crise, cet objectif a été servi par les acteurs du système de santé corse et l'ARS. Je ne ferai pas la liste des actions ayant concouru à l'atteinte de l'objectif et la manière dont ont été perçues les informations n'a pas toujours en retour suscité la confiance recherchée. Cependant, le souci de transparence, la vigilance pour contextualiser localement les données et les messages, la préoccupation constante d'être dans la co-construction des réponses accréditent l'effort des acteurs, des représentants des usagers, des institutions pour aller dans ce sens. Pour résumer, nous avons collectivement considéré que malgré la crise ou plus opportunément parce que la crise, il fallait multiplier les occasions d'information.

Les enseignements à tirer de la crise sont riches en la matière :

- Importance de la prévention emportant une information en amont qui conduit l'individu à adopter des comportements adaptés ;
- Responsabilité individuelle et collective ;
- Échanges plus équilibrés entre le sachant et l'utilisateur ;
- Importance des usagers experts comme relais et acteurs de la lutte contre la désinformation ;
- Une gestion encadrée de tous les nouveaux systèmes d'informations pour garantir le secret médical.

2) L'égalité d'accès aux services de santé

Au cours de la gestion des quatre vagues que nous avons à ce jour connues, cette question s'est posée sous différents angles dans le contexte insulaire.

La capacité des acteurs de l'île à construire une organisation intégrée et graduée a été démontrée : du maillage des centres médicaux ambulatoires au plus près des populations préfigurant les futures communautés territoriales de professionnels de santé et ayant dessiné dans un même maillage la carte des centres de vaccination jusqu'à la coopération public-privé allant jusqu'à la mutualisation des plateaux techniques de recours ; le tout ayant été formalisé dans le plan ORSANREB et décliné et régulièrement réajusté dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire élargis.

La force de cette organisation a permis de faire face notamment à la deuxième vague se caractérisant par une limitation importante du recours aux partenaires continentaux, eux-mêmes ayant à faire face à un afflux important de patients.

Cette organisation a également et bien entendu mis en évidence nos insuffisances ou nos faiblesses.

Mais elle est porteuse de nouvelles évolutions et de potentialités majeures.

Elle a permis à chaque acteur de démontrer à la fois sa place mais également son interdépendance avec ses partenaires. La frontière entre le secteur public et le secteur privé est devenue une nécessaire complémentarité : les enjeux de son animation opérationnelle sont d'actualité.

Elle a créé de nouveaux ponts entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, entre la ville et l'hôpital, gages de valeur ajoutée pour les usagers dans une logique de parcours et de sécurité dans la mobilisation des ressources partagées lorsqu'elles sont rares.

Elle a consacré le numérique comme l'une de réponses non exclusives dans « l'aller vers », de nature à nous inviter à penser autrement la réponse aux besoins dans des territoires les plus éloignés.

Cette organisation, enfin, est facteur de réassurance et de confiance dans le système de santé corse :

- Réponse insulaire au rendez-vous justifiant d'ores et déjà de extensions capacitaires et de équipements dans les services de pointe ;
- Solides compétences dans les EHPAD à faire face à une demande en soins plus importante ;
- Capacité des acteurs à organiser des filières régionales ;
- Reconnaissance de partenaires non sanitaires comme acteurs de santé publique créant les conditions d'une mise en réseau reposant sur le triptyque : repérage / accompagnement précoce / prévention du risque d'aggravation [stratégie tester-alerter-protéger et plan santé des jeunes].

3) La qualité des prises en charge et des accompagnements

La crise n'a sans doute pas garanti une homogène qualité des prises en charge et des accompagnements.

Il faut observer cependant combien le sujet a été une constante préoccupation des organisations mises en place.

Le contact tracing, plus ou moins mécanisé selon les taux d'incidence, est demeuré personnalisé.

Les élus locaux ont su construire des réponses de proximité pour faciliter l'isolement.

Les acteurs de la coordination des soins ont été fortement mobilisés sur des situations plus complexes : les réseaux de santé et les visites domiciliaires des infirmiers libéraux, le dispositif d'appui à la coordination, la communauté 360.

La recherche issue de nombreuses concertations préalables d'un équilibre entre protection et visites.

La région se caractérise défavorablement sur de nombreux critères de pilotage et de gestion de la qualité : les programmes d'actions en la matière

ont été interrompus mais la crise en a rappelé l'urgence : signalement des événements indésirables, analyse et mesures correctives.

4) Les instances de démocratie en santé

S'il n'a pas été possible de réunir la CRSA plénière compte tenu des consignes sanitaires, la présidence et les présidents de commissions spécialisées se sont régulièrement réunis.

Alternativement, la demande de consultation a été émise autant par l'Agence que par les représentants de la CRSA.

Sur plusieurs thématiques, c'est la CRSA qui a été à l'origine d'une demande de plan d'actions. La CRSA, ainsi que plusieurs associations d'usagers, ont été consultées sur des hypothèses de travail ou des plans d'action. Les associations d'usagers ont par ailleurs géré un numéro d'appel durant la première vague et ont été des médiateurs précieux dans la circulation de l'information.

Les usagers sont représentés au comité vaccination réuni régulièrement depuis le début de l'année.

5) Gouvernance et pilotage des crises sanitaires

La question des ressources a été souvent un problème difficile à gérer dans les différentes phases de la crise.

Les propositions de la CRSA résultant de la consultation du Ségur de la Santé sont en cours de déclinaison opérationnelle, en particulier dans le cadre du schéma régional des professionnels de santé et du social, sous l'égide de la Collectivité de Corse avec l'appui de l'ARS.

Les mesures relatives aux ressources humaines dites Ségur participent à l'amélioration de l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement.

Le rôle des aidants est encore insuffisamment pris en compte et les ressources de répit non identifiées ou insuffisantes : c'est tout l'enjeu des organisations à venir dans le champ sanitaire comme dans celui du médico-social qui sous-tendent de nouveaux plans ou programmes d'actions définis au niveau national et qui rentreront dans les mois prochains :

- Le dispositif d'appui à la coordination et les parcours complexes ;
- Le service public de l'autonomie ;
- La réforme des hôpitaux de proximité et des EHPAD : le développement de ressources en proximité et la gestion des interfaces avec les plateaux spécialisés ;
- Une transformation de l'offre dans le secteur du handicap qui créent les conditions favorables à ce que les aidants ne soient plus seuls à porter le projet personnalisé et inclusif des aidés ;
- Des outils numériques qui reconnaissent la place de l'aidant comme acteur de la coordination des soins et des accompagnements mais qui l'allègent également dans cette difficile tâche en faisant dialoguer les professionnels pour une plus efficace coordination.



_ Marie-Hélène LECENNE,
Directrice générale de l'ARS

ANNEXE 1

Stratégie nationale de santé et égalité des régions : proposition d'un paragraphe à insérer dans le futur décret d'application.

Courrier de la présidente de la CRSA aux députés et sénateurs - 25 avril 2016

L'accès aux soins dans notre région est un sujet majeur, qui n'a jamais été facile à aborder en raison de nos particularités territoriales, mais aujourd'hui dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 nos difficultés risquent d'être exacerbées.

Cette loi du 26 janvier 2016 rappelle dans son article L 1411.1 – « *La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.*

La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat.

Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ».

Cette même loi définit le projet régional de santé et le schéma régional de santé :

« Article 1434-1.-Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Article 1434-2.-Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

2° D'un schéma régional de santé, établi pour 5 ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. »

Sans rentrer dans le détail des articles qui traitent de l'organisation régionale on peut retenir que la plus grande partie des activités médicales et médico-sociales va être encadrée par ces projets et schémas.

Cette loi prévoit de fixer des objectifs propres aux outre-mer mais ne prévoit aucune prise en compte des spécificités de la Corse qui est de ce fait incluse dans l'ensemble des régions métropolitaines et sera traitée de la même manière. Or en plus de nos particularités montagneuses et insulaires déjà bien connues va venir se surajouter une exception démographique : la Corse est aujourd'hui, et de loin, la région métropolitaine la plus faiblement peuplée. Les autres régions s'échelonnent de 2 500 000 à 12 millions d'habitants environ. Cette problématique présente sur l'ensemble des sujets politiques et fonctionnels de l'île va résonner de manière très forte dans le domaine de la santé. Dès qu'il sera fixé des seuils ou des quotas quels qu'ils soient nous risquons de nous retrouver avec des demandes de dérogation récurrentes. Nous avons déjà à combattre les problèmes liés aux effets volumes et seuils qui participent à placer les établissements de santé dans des positions difficiles. Nous risquons rapidement de nous heurter à de nombreuses difficultés en termes d'autorisations.

Cela n'est pas sans conséquences pour l'ensemble des projets sanitaires, médico-sociaux, hospitaliers ou en médecine libérale.

Pour que le projet régional de santé soit à la hauteur des besoins de la population et dans le cadre de l'égalité entre l'ensemble des régions françaises il faut envisager la prise en compte de nos spécificités.

Nous vous suggérons de prévoir dans le décret d'application de la loi de modernisation de notre système de santé un paragraphe prenant en compte les disparités et spécificités régionales comme par exemple :

« La politique de santé garantit l'égalité et l'équité entre les territoires. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé prend en compte les spécificités régionales, notamment démographiques et/ou liées à l'insularité et la ruralité comme tel est le cas pour la Collectivité Territoriale de Corse. »

Cette proposition ne règlera pas les besoins en dotation budgétaire supplémentaire mais inscrirait de manière pérenne les particularités et contraintes liées à la démographie, l'insularité et la ruralité pour notre région. Et surtout permettrait d'envisager systématiquement des solutions permettant de pallier à ces difficultés structurelles.

L'intérêt de ces quelques lignes est aussi de répondre aux différences entre régions. Ce texte concerne l'ensemble des régions françaises dès lors qu'un problème de démographie, de ruralité ou d'insularité existe.

On peut noter que le point central de ce projet est de mettre en avant la notion d'égalité de notre population devant les problèmes de santé. En termes de santé publique nous cumulons déjà des difficultés liées à la précarité, un taux de cancers importants, à des problèmes d'obésité qui vont croissant chez les jeunes, un taux d'IVG particulièrement élevé, etc. Nous devons veiller tout particulièrement dans ce contexte à travailler sur la qualité de l'accès aux soins en prenant garde, si nous ne développons pas une offre de proximité, au risque de renoncement aux soins d'une population qui serait contrainte à se déplacer de plus en plus fréquemment sur le continent.

En annexe vous trouverez le projet de décret avec la proposition de texte complémentaire que nous vous proposons. Ces quelques lignes ne placent pas la Corse en dehors de la stratégie nationale de santé mais bien au contraire réaffirme son droit à une égalité de traitement.

Inscrite au frontispice de notre Constitution républicaine, l'égalité s'impose comme un élément central de notre dispositif institutionnel.

Ce n'est pas seulement un droit parmi d'autres, mais un principe qui se diffuse dans l'ensemble de notre ordonnancement juridique, et apparaît comme une condition essentielle à l'affirmation des autres droits fondamentaux, comme le droit à la santé.

Ce principe n'appelle pas systématiquement une application stricte et aveugle. Comme le rappelle un considérant récurrent du Conseil constitutionnel: « Le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit. »

S'il ne s'agit pas d'une obligation mais seulement d'une possibilité, au regard de notre jurisprudence nationale, notamment celle du Conseil d'Etat, il convient de rappeler que la CEDH considère pour sa part, que lorsque « sans justification objective et raisonnable, les États n'appliquent pas un traitement différent à des personnes dont les situations sont sensiblement différentes » nous pouvons être en présence d'une discrimination. (CEDH, no 34369/97, 6 avril 2000, Thlimmenos c/ Grèce, § 44, CEDH 2000-IV.).

Quoi qu'il en soit, des situations objectivement différentes, des motifs d'intérêt général, ou encore l'affirmation d'un principe fondamental, peuvent légitimement justifier des différences de traitement sur l'ensemble du territoire.

On rappellera que, même dans des domaines où il est particulièrement soucieux du respect de l'égalité, comme celui des droits politiques, le législateur organise des écarts démographiques entre circonscriptions parce qu'à défaut, des territoires entiers, du fait de leur faible densité démographique, n'auraient aucune représentation parlementaire.

Aussi s'agit-il particulièrement en matière de santé, par une politique volontariste de gommer les disparités territoriales, de prendre en compte dans la détermination des objectifs, les disparités régionales afin de garantir réellement à tous le droit à la sécurité sanitaire et à la continuité des soins, de faire que le principe de non-discrimination inscrit dans le chapitre préliminaire du Code de santé publique soit respecté.

Ainsi, Le droit à la protection de la santé reconnue par le Préambule de la Constitution de 1946 trouvera une réalisation effective.

ANNEXE 2

Synthèse des propositions convergentes relatives à la prise en compte des spécificités de la Corse dans le Ségur de la santé.

Liste des contributeurs :

FEHAP National, FHF-Corse, SNSH /CFE-CGC, CDOM 2B, COREVIH Paca-Ouest Corse, IREPS, NEXEM Paca et Corse, UNSA Corse, URPS Infirmiers libéraux de Corse, URPS Médecins libéraux de Corse, URPS Pharmaciens de Corse, URPS Sages-Femmes de Corse, URPS Orthophonistes (nationale), CFDT Corse, STC, UNAFAM, CICS, France Assos Santé, Président de l'Assemblée de Corse, contribution du Conseil exécutif de Corse, Commission Spécialisée Prévention de la CRSA, CRSA

PILIER 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

– La mise en œuvre d'outils plus efficaces de lutte contre les déserts médicaux :

- Garantir au territoire corse le bénéfice de quotas pré fléchés d'internes et d'assistants partagés ;
- Adapter les dispositifs d'aide à l'installation ;
- Favoriser de nouveaux modes de financement dans le cadre de forfaits dans une logique de parcours pour faire de la capacité d'initiative un levier d'attractivité ;
- Professionnaliser les métiers de prévention et de la coordination : pratiques cliniques préventives, coordonnateur de parcours, intervenant en réhabilitation ;
- S'appuyer sur les délégations de compétences, Infirmier(ère) en Pratique Avancée (IPA), Sage-femme, pharmacien, biologiste.

– La réduction de l'excès administratif pour libérer l'initiative et l'autonomie des professionnels :

- Allègement des tâches administratives pour transférer du temps sur les projets et les soins ;
- Renouvellement managérial par des circuits courts de décision ;
- Participation des professionnels de santé à la décision et notamment les médecins.

– L'accroissement des capacités locales de formation dans le cadre du schéma régional des formations de la Collectivité de Corse :

- Créer de nouveaux Diplômes Universitaires qui favorisent l'évolution des pratiques et qui soutiennent de nouvelles modalités d'accompagnement à l'exemple de la pair-aidance ;
- Disposer d'une offre locale en direction de l'encadrement intermédiaire : IFCS, IRTS ;
- Développer une offre locale de spécialités infirmières en organisant par alternance annuelle ou bi annuelle des cycles de formation diplômante IBODE, IADE et IPA ;
- Mutualiser les offres de formations publiques et privés ;
- Si besoin, conclure des partenariats avec des centres de référence.

PILIER 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

– Investissement :

- Définir et financer un plan massif à l'investissement et de rattrapage d'un retard structurel : les établissements de santé publics et privés ainsi que les EHPAD publics et privés connaissent un besoin important d'investissement immobilier (qui devra tenir des enseignements de la crise COVID (chambres individuelles, adaptabilité et modularité des locaux, développement durable...). Pour certains établissements, un financement à 100 % peut apparaître nécessaire ;
- Soutenir l'investissement numérique en intégrant les outils régionaux conformes aux référentiels nationaux. L'exemple d'Alta Strada est emblématique.

– Financement :

- Appliquer aux établissements de santé corses privés et publics une MIG spécifique à l'instar de ce qui serait mis en place en outremer afin de tenir compte de dépenses actuellement non couvertes mais également des activités coûteuses pourraient être financées par la création d'une MIG spécifique.

Cette MIG permettrait ainsi de financer :

- Certaines activités coûteuses qui ne peuvent pas s'équilibrer par le paiement à l'activité compte tenu de l'exiguïté de certains territoires ;
- Une permanence des soins très déficitaire compte tenu de l'étroitesse du bassin de population ;
- Le coût de l'attractivité de profils rares (médicaux, para médicaux, techniques, administratifs) ;
- Le coût élevé des achats des matériels, médicaments ou prestations.

– Elargir le coefficient géographique aux activités qui en sont aujourd'hui exclues : SSR Psychiatrie et Médico-social ;

– Adapter la réforme du financement de la psychiatrie et du SSR au contexte territorial ;

– Financer de nouvelles activités (prévention, coordination, qualité, recherche...) dans des logiques de forfaits et de parcours tant au sein des établissements que dans le secteur libéral ;

– Financer l'activité de soins de proximité dans une démarche par ailleurs de simplification des cahiers et des charges (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), Rémunération sur Objectifs de Santé Publique...) et des nomenclatures des libéraux ;

– Financer la création de postes d'assistants partagés dans un cadre adapté aux besoins de la Corse (augmentation significative du nombre de postes) ;

– Déterminer rapidement pour une plus grande visibilité l'évolution du COPERMO voire le faire disparaître pour construire un nouveau cadre moins vertical et plus partagé et tenant compte des besoins territoriaux.

PILIER 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

– Simplification radicale de tous les cadres et procédures :

- Renouveler les autorisations sur un autre critère que celui de la durée ;
- Fusionner et simplifier les outils contractuels ;
- Harmoniser les procédures entre les différentes autorités concernées : ARS et Assurance maladie par exemples.

– Promotion d'une gouvernance plus autonome des acteurs :

- Une association plus importante des élus et des usagers dans le pilotage des politiques de santé ;
- Une déconcentration plus marquée au profit de l'Ars évoluant vers une structure ressource d'accompagnement de projets et de programmation en santé voire une dissociation entre l'allocation de ressources et la programmation ;
- À l'échelle d'un territoire infra régional, promotion de la participation à la décision des acteurs dont en particulier les médecins ;

– Allègement des procédures médico techniques :

- Miser sur le numérique pour réduire le temps consacré aux tâches administratives (digitalisation de l'information, Intelligence artificielle pour le codage) ;
- Simplifier radicalement les procédures.

– Circulation de l'information et dialogue plus fluides entre les autorités sanitaires et les acteurs :

- Entre les niveaux national et régional : l'enjeu d'une réactivité plus importante aux projets et adaptations locales ;
- Entre le niveau régional et infra régional (communautés de communes, agglomérations) : une évolution vers l'accompagnement des projets ;
- une géographie de l'île qui contraint à la prise en compte d'un échelon départemental.

- Des coopérations stratégiques et opérationnelles adaptées aux besoins :
 - Réformer les GHT pour une intégration pleine, entière et paritaire des établissements privés au service d'objectifs stratégiques de coopération en mettant à distance la question des services supports pour le public ;
 - Développer les liens ville-hôpital et secteur médico-social en mettant en avant le parcours et l'accès aux soins des personnes vulnérables en nombre important en Corse (personnes âgées, personnes présentant une affection de longue durée, personnes en situation de handicap, personnes précaires) ;
 - Faciliter la création d'équipes mobiles qui favorisent le partenariat, la mutualisation des ressources et le maillage des territoires le plus éloignés des centres ressources.

PILIER 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

- Développer des organisations agiles :
 - Libérer les initiatives en proximité en santé mentale, dans l'accompagnement des publics en situation de vulnérabilité sociale, auprès des personnes âgées en lien avec les intervenants du premiers recours ;
 - Permettre la réversibilité des organisations à partir d'évaluations et de retours d'expérience ;
 - Intégrer les acteurs du domicile dans les CPTS et faire des communautés des outils des projets territoriaux de santé ou des contrats locaux de santé.
- Rendre davantage visible l'offre territoriale :
 - Soutenir une communication réactive auprès des usagers et des professionnels sur les parcours du patient.
- Faire évoluer la gouvernance :
 - Favoriser l'association des acteurs : des élus aux usagers en passant par les usagers ;
 - Développer des réponses non uniformes mais adaptées aux territoires.

