



*U Presidente*

**CONTRIBUTION DU PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE DE  
CORSE  
DANS LE CADRE DU "SEGUR DE LA SANTE"**

## SOMMAIRE

SOMMAIRE	p.2
INTRODUCTION	p.4
<b>PARTIE I : UNE SITUATION DE FAIBLESSE RECURRENTE SUR LAQUELLE SE SONT SUPERPOSEES LES DEFAILLANCES REVELEES PAR LA CRISE DE LA COVID-19</b>	p.7
<b>A – L’Assemblée de Corse investit fréquemment les problématiques sanitaires pour contribuer à diminuer les défaillances du système de santé L’Assemblée de Corse et les thématiques liées à la santé</b>	p.7 p.7
Spécificités démographiques et socioculturelles	p.9
La Corse touchée par le phénomène de désert médical	p.10
En ce qui concerne les soins courants	p.11
En ce qui concerne les soins d’urgence	p.15
En ce qui concerne les soins spécialisés	p.16
Des structures existantes manquant de moyens financiers et humains	p.17
<b>B – La crise sanitaire de la Covid-19 en Corse</b>	p.19
Déficit en lits de réanimation	p.19
Pénurie de masques	p.20
Absence de suivi épidémiologique	p.20
Décision tardive pour autoriser les analyses en Corse	p. 21
Absence de prise en compte des caractéristiques de la Corse	p. 21
...	...

<b>PARTIE II : LES PROPOSITIONS VISANT A AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE ET L'OFFRE DE SOINS EN CORSE</b>	p.23
<b>Objectif 1 : Construire une stratégie territoriale de santé</b>	p.23
A – La problématique globale de l'offre de soins sur l'ensemble de la Corse	p.24
B – L'ensemble de ce travail nécessite un diagnostic précis	p.25
C – Les points de vigilance principaux devant être soulignés	p.26
<b>Objectif 2 : Créer un CHR-U multi-site et une Assistance Publique Corse à conseil de surveillance unique</b>	p.26
A – La gouvernance et la structuration fonctionnelle du projet de santé territoriale	p.27
B – La dimension médico économique et financière	p.28
C – Les moyens de la mise en œuvre de la refonte	p.28
D – Une nouvelle organisation hospitalière	p.29
E – Les nouveaux moyens d'un nouveau rôle	p.30
<b>Objectif 3 : Transférer la compétence santé à la Collectivité de Corse</b>	p.32
<b>Objectif 4 : Valoriser les compétences, les formations et les rémunérations</b>	p.33
<b>Objectif 5 : Autonomiser le régime d'assurance maladie</b>	p.34
<b>Objectif 6 : Faire reconnaître le surcoût de fonctionnement des structures hospitalières</b>	p.35
<b>Objectif 7 : Assurer l'équité dans l'accès aux soins</b>	p.35

## INTRODUCTION

Par courrier daté du 5 juin 2020, la Présidence de l'Assemblée de Corse a été saisie par la Présidente de la CRSA et la Directrice générale de l'ARS Corse aux fins d'apporter sa contribution à la concertation dite « Ségur de la Santé ».

Ce courrier faisait état de la nécessité de procéder à un retour d'expérience de la crise de la COVID 19 dans l'optique d'améliorer le système de santé actuel. Il constatait à la fois les spécificités du territoire insulaire et la remarquable capacité d'adaptation dont a fait preuve l'ensemble des acteurs de la santé. Il proposait d'organiser la concertation selon quatre piliers : la valorisation des métiers, la politique d'investissement et de financement au service des soins, la simplification des organisations et du quotidien des équipes, la fédération des acteurs de la santé au service des usagers.

La structuration de la concertation en piliers nous paraît être une approche de la santé en silos, alors qu'au contraire, il conviendrait d'avoir une vision transversale avec, en corollaire, l'affirmation du modèle de santé que nous envisageons de développer en Corse.

Ce modèle est basé sur la valorisation des carrières et des compétences des personnels impliqués dans la santé, une offre adaptée aux besoins de notre population, la justice, la santé comme un droit, l'équilibre territorial, la protection des personnes vulnérables, la préservation du lien intergénérationnel.

A titre d'exemple, le pilier numéro 4 propose d'aborder la question de l'appui sanitaire des EPHAD et des établissements médico-sociaux. **Si le placement en EPHAD des personnes dépendantes peut constituer une nécessité selon les situations, il ne saurait constituer le modèle de référence. A notre avis, le maintien à domicile de la personne, tant que cela est possible, doit être la norme et le placement en EPHAD l'exception, norme qui correspond à une réalité sociale.**

**Les carences du système de santé en Corse sont dénoncées depuis des années par les personnels et les élus corses. Les conflits sociaux ont ponctué régulièrement le fonctionnement de nos établissements hospitaliers. Les réponses ont été apportées au coup par coup sans aucune vision globale, ni perspectives. De fait elles n'ont eu qu'une portée limitée et n'ont pas été de nature à réformer et donc améliorer le système.**

C'est dans ce contexte dégradé qu'est intervenue la crise sanitaire. Aux lacunes persistantes se sont ajoutés les problèmes révélés par la crise notamment la lenteur de la prise de décision et la tardive prise en compte de l'insularité. Durant cette période, la Corse a donc été victime non pas d'une seule difficulté mais d'une accumulation de carences du système de santé, des conséquences des « flottements » du gouvernement et des impacts de l'épidémie proprement dite.

En 2018, pour 72% des Corses, l'organisation sanitaire était la première préoccupation et 65% disaient ne pas avoir confiance dans les structures telles qu'elles se présentaient alors.

Les difficultés récurrentes des structures et celles révélées par la crise sanitaire, même si elles ont été palliées par l'engagement du personnel soignant, sont de nature à accroître cette défiance.

Ce qui était valable avant le coronavirus, reste d'actualité : il faut entreprendre un véritable plan de restauration de la santé en Corse qui, eu égard à la faiblesse démographique et aux caractéristiques géographiques de l'île, ne peut être que global.

Jusqu'à présent, les mesures affectées aux structures sanitaires de manière disparate, et souvent sous la pression, n'ont été que des palliatifs dont les effets dans le temps devaient se révéler très limités.

5

L'approche globale doit être recentrée sur le besoin réel de la population et éviter de croire, en parallèle, que le soin de proximité est la solution définitive et absolue, quand bien même chacune des entités deviendrait un sous-système parfait.

Par conséquent la concertation sur le sujet de la santé ne saurait se limiter, selon nous, au retour d'expérience de la crise sanitaire, à une période des deux mois et aux seules conséquences de la crise de la COVID. De fait, les solutions doivent être apportées non seulement en tenant compte des conjonctures ou des événements, en améliorant les structures et les organisations, mais surtout en s'inscrivant dans un projet de société.

La santé est, en effet, un enjeu de justice sociale. Elle l'est d'autant plus que les inégalités de santé sont la résultante d'une société inégalitaire. Les épidémies et les crises humanitaires révèlent l'étendue des inégalités sociales qu'on tolère en temps « normal », mais qui auront un effet délétère sur la santé d'une population si des mesures politiques ne sont pas mises en place pour compenser diverses formes de précarité socioéconomique ou de discrimination systémique. On se rend compte que ces vulnérabilités structurelles de santé sont non seulement moralement

questionnables du point de vue de la justice, et ce, bien avant la catastrophe, mais également très coûteuses d'un point de vue purement pragmatique.

L'Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires... »<sup>1</sup>. La Constitution de l'OMS<sup>2</sup> établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Il y a injustice dès lors que des individus, des groupes sociaux ou des populations entières sont privés de la possibilité d'exercer ces libertés fondamentales. ». L'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 ne garantit que la protection de la santé<sup>3</sup>, ce qui donne lieu à interprétation. C'est pourquoi il nous semble que le droit à la santé qui comprend l'accès en temps utile, la qualité et le coût, devrait avoir valeur constitutionnelle comme un droit fondamental.

Après avoir identifié les faiblesses permanentes ainsi que celles révélées par la crise de la COVID-19, nous ferons des propositions qui nous paraissent de nature à améliorer le système de santé et l'offre de soins en Corse.

## PARTIE I

# UNE SITUATION DE FAIBLESSE RÉCURRENTÉ SUR LAQUELLE SE SONT SUPERPOSÉES LES DÉFAILLANCES RÉVÉLÉES PAR LA CRISE DE LA COVID-19

---

### A. L'Assemblée de Corse investit fréquemment les problématiques sanitaires pour contribuer à diminuer les défaillances du système de santé

L'Assemblée de Corse et les thématiques liées à la santé

Malgré le fait que la compétence santé ne soit pas détenue par la Collectivité de Corse, celle-ci s'est beaucoup investie sur cette problématique. En témoigne le nombre de sessions au cours desquelles la santé a été abordée.

Ainsi entre 2010 et 2018, de nombreux thèmes sanitaires ont été débattus au cours de 55 sessions. Il s'agissait, entre autres, de :

- **Contribuer à réduire à la fois le renoncement aux soins et le surcoût induits par les déserts médicaux.** Dès 2011, un dispositif territorial d'aide aux familles d'enfants corses hospitalisés sur le continent, complété en 2015 et 2017, a permis d'instituer un numéro vert de réservation en urgence de places de transport, de prendre en charge des frais de transports pour le deuxième accompagnant, de soutenir les structures d'hébergements afin que parents et enfants puissent bénéficier de places disponibles et obtenir des tarifications spéciales pour le retour de ces malades sur l'île. On peut également citer en 2017 la demande d'adaptation du règlement du Code de la Sécurité Sociale concernant la prise en charge des malades et de leur famille "afin de permettre la mise en place d'un réel principe d'accès aux soins".

- **Lutter plus directement contre la désertification médicale** par la mise en place de conventions-cadres relatives à l'internat et post-internat de médecine en Corse dont l'un des objectifs est de soutenir l'installation des praticiens en Corse, notamment dans les zones identifiées comme fragiles. Citons également la demande en 2016 et 2017 de la création d'une antenne médicale d'urgence sur la zone Fium'Orbu/ Plaine Orientale et le renforcement du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sur ce même territoire.
- **Appuyer l'offre de soin pour parvenir à acquérir des infrastructures de qualité** avec la volonté d'initier la création d'un Centre Hospitalier Régional<sup>1</sup>, ou encore la demande concernant un Plan Exceptionnel d'Investissement Santé destiné à remettre à niveau les infrastructures en 2017.

Des Assises de la Santé ont en outre été organisées en 2019 à l'initiative de la Collectivité de Corse, à l'occasion desquelles des groupes de travail ont été créés.

8

Prendre la problématique de la santé à bras le corps est une nécessité. Il s'agit de répondre à une vive préoccupation de la population corse dont la confiance en son système de soin tend à s'amenuiser, et qui demande de façon récurrente sa modernisation, son accès facilité et s'insurge contre des réformes n'ayant pas trouvé leur cohérence sur le territoire, du fait de ses spécificités. Les conflits sociaux liés au domaine médical se sont multipliés ces 10 dernières années, mêlant le mécontentement des professionnels à celui des patients.

Sur ce sujet, on peut retenir, entre autres, les actions du personnel soignant du centre hospitalier de Sartène qui, en janvier 2020, dénonçait des conditions de travail dégradées et le manque d'effectifs. Avant cela, fin 2019, de nombreux mouvements en Corse, comme ailleurs, tels que le collectif inter-urgence par exemple, appelaient à l'amélioration des conditions de travail, et mettaient en cause le sous-dimensionnement des locaux, le manque de personnel.

---

<sup>1</sup> Les orientations de la Collectivité de Corse en matière de santé 2018-2021.



Plus en amont encore, en 2017, des membres de l'hôpital de Bastia entreprenaient une grève de la faim pour dénoncer des suppressions de postes, un manque de matériel et de médicaments. En 2016, l'hôpital de la Miséricorde à Ajaccio pointait du doigt les mêmes difficultés financières et logistiques.

Du côté des patients, un chiffre percutant : 68 % des Corses jugent l'offre de soin de mauvaise qualité en Corse selon une étude réalisée en 2018<sup>2</sup>.

Si ces conflits sociaux ont pris de l'ampleur, c'est parce que le constat et les spécificités corses peinent à être entendus et pris en compte par le Ministère, comme par son niveau déconcentré (ARS). Si le système de soin français a pâti de nombreuses décisions gouvernementales, la Corse se démarque par le cumul de difficultés.

Les problématiques liées à la santé en deviennent des revendications de justice, au regard des régions de France. Malgré cela, le diagnostic de cette situation inquiétante sur le territoire corse ne semble pas s'améliorer de façon notable.

### Spécificités démographiques et socioculturelles

D'un point de vue démographique, la Corse connaît un phénomène de croissance forte avec 260 152 habitants en 1999 contre 344 679 en 2020<sup>3</sup>.

Depuis 2011, la population insulaire augmente en moyenne de 1,0% par an, soit deux fois plus rapidement que la moyenne française, uniquement en raison du solde migratoire. A cela s'ajoute une population âgée avec 3 résidents sur 10 ayant 60 ans ou plus. La Corse compterait 21 000 seniors potentiellement dépendants à l'horizon 2030 contre 15 000 en 2015<sup>4</sup>.

On assiste aussi à de fortes augmentations de population saisonnières. La Corse accueille en effet 3 millions de touristes par an, concentrés à 72% sur la période allant de mai à septembre. Face à de telles variations entre la saison estivale et le reste de l'année, le système de santé est confronté à un effort permanent d'adaptation. Cela a

---

<sup>2</sup> Étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 506 personnes représentatives de la population française âgées de 18 ans et plus. Pour cette taille d'échantillon, la marge d'incertitude est de 3 à 5 points. <https://www.parolesdecorse.fr/la-sante-en-questions-les-corses-jugent-leur-systeme-de-soins/>.

<sup>3</sup> "Population de 1999 à 2020, Comparaisons régionales et départementales", [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012713#tableau-TCRD\\_004\\_tab1\\_regions2016](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012713#tableau-TCRD_004_tab1_regions2016).

<sup>4</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4126110>.

pour impact une augmentation de la consommation en médecine générale ou en médecine d'urgence.

Le taux de précarité élevé en Corse préoccupe également, 1 ménage sur 5 vivant sous le seuil de pauvreté<sup>5</sup>. En 2016, le Baromètre Ipsos/ Secours Populaire attirait l'attention sur le phénomène de renoncement aux soins qui touche les personnes les plus démunies. Selon cette étude, après les vacances et l'accès aux loisirs, la santé apparaît comme le troisième poste dont les personnes interrogées déclarent se priver.

Certaines consultations sont ainsi reportées, notamment en dentaire (pour la moitié des personnes dont le revenu ne dépasse pas les 1200 euros), ou en ophtalmologie (39% pour cette même catégorie)<sup>6</sup>.

Cette tendance au renoncement aux soins entraîne la dégradation de l'état de santé générale de cette population. En outre, on sait que les conditions de vie (alimentation, hygiène, conduites addictives, etc) des personnes précaires entraînent de nombreuses pathologies.

### La Corse touchée par le phénomène de désert médical

Territoire escarpé, manque de ressources humaines en zones rurales ou dans certaines spécialités, infrastructures éloignées, rendent difficiles l'accès aux soins en Corse à plusieurs niveaux :

- pour les soins courants,
- pour les urgences,
- pour la médecine spécialisée.

---

<sup>5</sup> La Corse en bref, édition 2019, INSEE, p.45.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4243977> .

<sup>6</sup> "Baromètre 2016 Ipsos/ Secours Populaire : plus de renoncement aux soins",  
<https://www.secourspopulaire.fr/sante-la-situation-se-degrade-depuis-2008#.Wx5EXDMzbOQ>.

## En ce qui concerne les soins courants

Si l'île comprend 95 généralistes pour 100 000 habitants contre 92 de moyenne en France selon l'INSEE<sup>7</sup>, leur mauvaise répartition territoriale rend difficile l'accès aux soins courants. En 2019, les deux départements sont placés dans les dix premiers départements en "déficit" de médecins généralistes au regard des communes qui les composent. En effet, 69% des communes de Haute-Corse n'ont pas de médecin et 60% en Corse du Sud<sup>8</sup>.

*Départements avec le plus grand nombre de communes manquant de médecins généralistes*

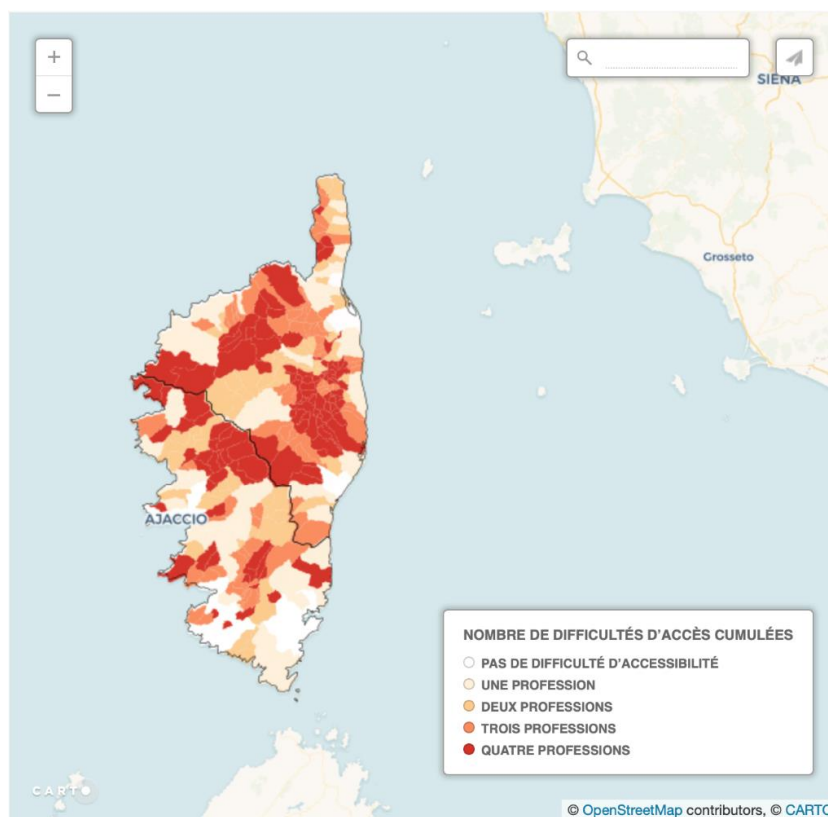
Rang ▼	Département	Pourcentage des communes en désert médical	Nombre de communes en désert médical	Nombre total de communes
1	Loiret	77	251	326
2	Cher	73	211	290
3	Haute-Corse	69	164	236
4	Nièvre	64	198	309
5	Seine-et-Marne	62	316	510
6	Corse-du-Sud	60	75	124
7	Eure-et-Loir	60	225	375
8	Sarthe	60	215	361
9	Ain	58	238	408
10	Indre	58	140	243

Le maintien et l'installation des médecins généralistes en milieu rural est une problématique importante et récurrente. Mais ces déséquilibres territoriaux ne concernent pas que cette catégorie professionnelle. Les professions paramédicales sont elles aussi sous-représentées dans de nombreux territoires. La carte ci-dessous montre les régions cumulant les difficultés d'accès à des soins pratiqués par les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et médecins généralistes dans des régions données.

<sup>7</sup> La Corse en Bref, Edition 2019, INSEE, p.10.

<sup>8</sup> "Quelles sont les communes les plus affectées par les déserts médicaux?", La Gazette des Communes, mars 2019.  
<https://www.lagazettedescommunes.com/612519/quelles-sont-les-communes-les-plus-affectees-par-les-deserts-medicaux/>

*Quelles sont les communes les plus affectées par les déserts médicaux ?<sup>9</sup>*



12

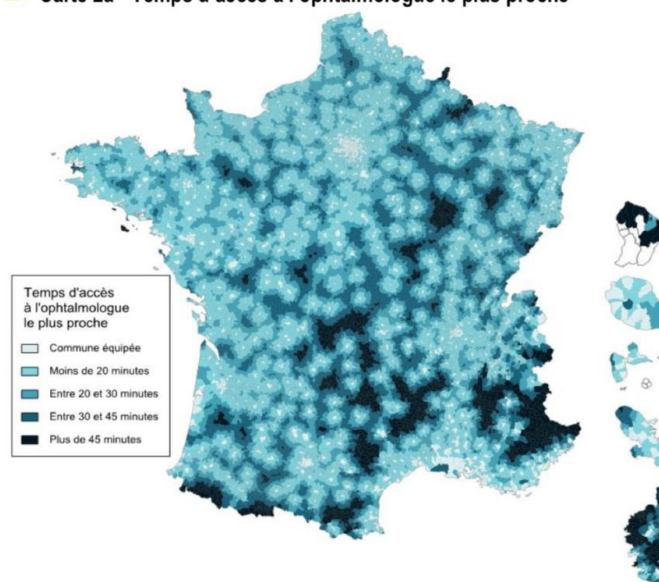
L'inégale répartition des acteurs de la santé sur le territoire, due au manque d'attractivité de certaines régions, conjugué aux contraintes spécifiques de l'exercice professionnel en milieu rural, les départs en retraite, mais aussi, l'environnement corse rendant difficiles les déplacements, entraînent de fait un allongement du temps d'accès aux soins pour de nombreux patients. Car si l'on sait que la majorité de la population habite dans des pôles urbains, 12% de la population corse réside dans des communes plus reculées, en situation de désertification médicale<sup>10</sup>.

Dans son dossier "*Déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer*" de mai 2017, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques fait état de disparités territoriales fortes. Alors qu'en France, 98% de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes, ce temps est, en moyenne, supérieur à 20 minutes en Corse et passe à 45 minutes pour consulter un pédiatre, un ophtalmologue ou un gynécologue.

<sup>9</sup> Idem, Source DRESS 2018, carte créée par La Gazette des Communes, <https://www.lagazettedescommunes.com/612519/quelles-sont-les-communes-les-plus-affectees-par-les-deserts-medicaux/>

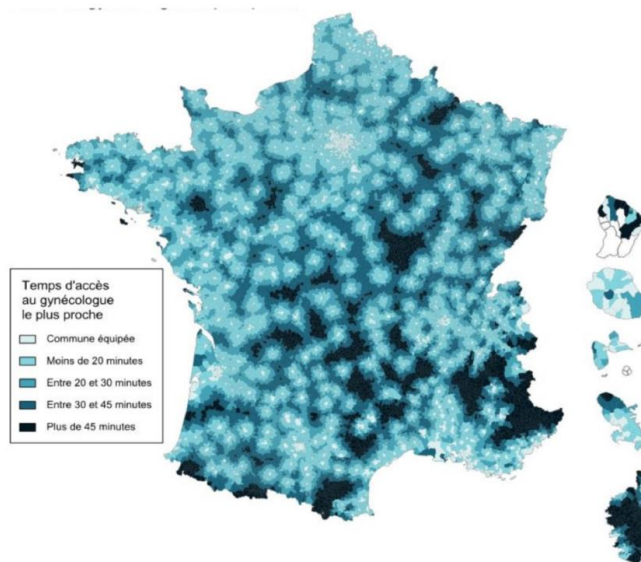
<sup>10</sup> "Etat des lieux du système de santé en milieu rural en Corse", France 3 Corse Via Stella, novembre 2019.

➤ Carte 2a • Temps d'accès à l'ophtalmologue le plus proche



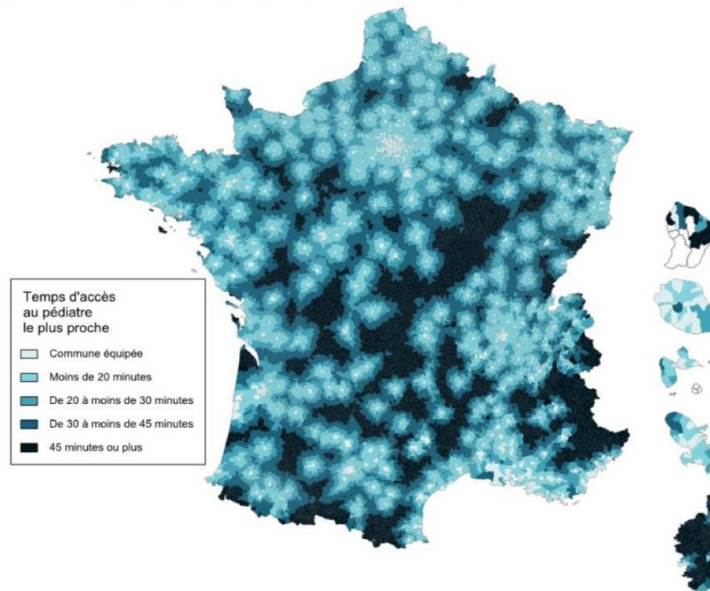
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.  
Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

➤ Carte 2b • Temps d'accès au gynécologue le plus proche



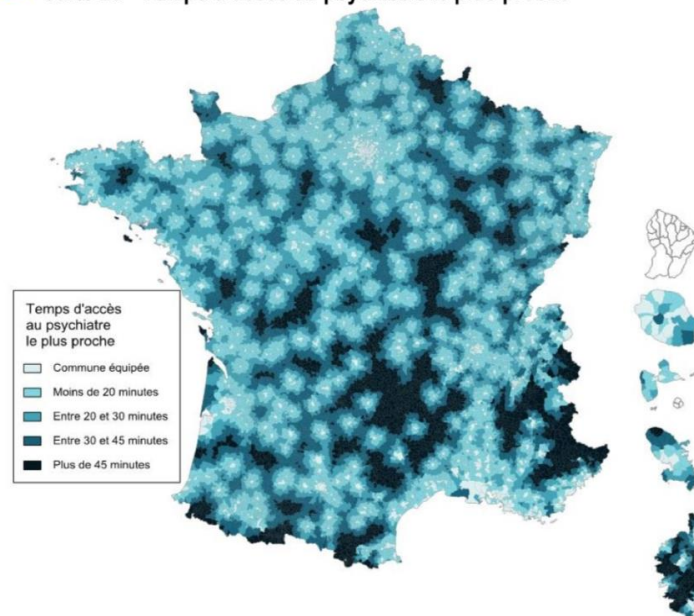
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.  
Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

➤ Carte 2c • Temps d'accès au pédiatre le plus proche



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.  
Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

➤ Carte 2d • Temps d'accès au psychiatre le plus proche



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.  
Sources > Kit AT39 (DREES – INSEE), 2013.

## En ce qui concerne les soins d'urgence

Le tableau ci-dessous classe les régions de France en fonction de leur éloignement aux points d'accès d'urgence.

Là encore, le constat est très préoccupant : en Corse, 78 188 habitants se trouvent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence (24,4% de la population), ce qui place notre île en tête de liste par rapport à son nombre d'habitants, suivie par la Guyane (22%) et la Martinique (21,8%).

➤ Tableau 11 • Nombre d'habitants et part de population régionale résidant à plus de 30 minutes d'un point d'accès aux soins urgents

	Mode d'accès aux soins urgents	
	services d'urgences (SU) + services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR)	
	Nombre d'habitants à plus de 30 minutes d'un service d'urgence	Part de la population régionale
Auvergne-Rhône-Alpes	661 446	8,5 %
Bourgogne-Franche-Comté	379 963	13,5 %
Bretagne	246 022	7,6 %
Centre-Val-de-Loire	244 965	9,5 %
Corse	78 188	24,4 %
Grand-Est	330 836	6,0 %
Guadeloupe	15 097	3,8 %
Guyane	53 725	22,0 %
Hauts-de-France	111 820	1,9 %
Île-de-France	2 868	0,02 %
La Réunion	10 474	1,3 %
Martinique	83 864	21,8 %
Normandie	123 773	3,7 %
Nouvelle-Aquitaine	526 440	9,0 %
Occitanie	528 616	9,3 %
Pays-de-la-Loire	294 946	8,1 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	209 277	4,2 %
<b>Ensemble</b>	<b>3 902 320</b>	<b>6,0 %</b>

L'accès aux soins sur le territoire est rendu d'autant plus difficile par les reliefs de l'île et son réseau routier. L'acheminement de patients de l'hôpital de Bastia vers celui d'Ajaccio prend par exemple, environ 3 heures, parfois plus en hiver à cause du col de Vizzavona souvent enneigé.

### **En ce qui concerne certains soins spécialisés**

Du fait de sa faible démographie, de ses ressources tant humaines que matérielles, certaines spécialités ne sont pas pratiquées en Corse. Les patients se voient donc dans l'obligation de partir sur le continent pour y être soignés. Ainsi, 26 000 déplacements pour raison médicale sont enregistrés chaque année. Pour les assurés de la MSA, mais le constat pourrait être élargi aux autres, les principales spécialités nécessitant un déplacement sur le continent par manque de moyens suffisants, sont notamment l'oncologie, la neurochirurgie pour la Corse-du-Sud, la rhumatologie, la cardiologie interventionnelle, la gynécologie–infertilité, l'ophtalmologie<sup>11</sup>.

Si le fait d'être obligé de pratiquer certains soins à l'extérieur de son propre territoire existe aussi en France, il revêt en Corse un caractère plus contraignant car il nécessite d'effectuer un déplacement par voie aérienne ou maritime.

Ces déplacements médicaux vers le continent entraînent parfois des dépenses importantes pour les familles en transport et hébergement. Ces surcoûts qui ne sont pas tous remboursés par l'assurance maladie viennent s'ajouter à la fatigue et à l'affliction des patients et de leur entourage ; ils constituent une double peine pour les insulaires. Dans le cas de maladies de longue durée par exemple, certaines familles ont dû faire face à des frais importants entraînant quelquefois des surendettements, un basculement dans la précarité et parfois un renoncement aux soins.

Certaines associations se mobilisent comme INSEME par exemple, qui propose des aides au transport pour les accompagnateurs, ou des aides pour la prise en charge des frais d'hébergements allant même jusqu'à acheter deux appartements à Marseille afin de faire face à la saturation des établissements d'hébergement.

Cette situation est directement liée au fait que la Corse ne possède pas de CHR-U contrairement aux régions de France, y compris la Réunion, la Martinique et la Guadeloupe. La Corse souffre d'infrastructures hospitalières qui ne répondent pas à la demande et qui nécessitent des restructurations en investissement et en fonctionnement.

---

<sup>11</sup> Déplacements médicaux vers le continent : Innover pour supprimer les inégalités territoriales, CESEC, rapport adopté à l'unanimité en séance plénière le 18 septembre 2018.



## Des structures existantes manquant de moyens financiers et humains

Le constat est une fois de plus préoccupant : des installations souvent vétustes nécessitant une maintenance onéreuse, certains équipements sous-utilisés faute d'activité et de praticiens spécialisés, un manque de matériels courants, un coefficient géographique insuffisant.

Nombre de structures médicales font état de matériels défectueux, ce qui a un impact direct sur leur capacité d'accueillir convenablement les patients mais aussi sur la gestion financière des établissements.

En 2017, par exemple, deux salles au bloc opératoire ont dû être fermées à l'Hôpital de Bastia pendant la période estivale pour cause de vétusté. La CGT rappelait, à cette occasion, que la demande de travaux datait de 15 ans<sup>12</sup>.

Il faut craindre que ces situations n'alimentent une certaine rupture du lien de confiance entre patients et structures hospitalières corses.

Le déficit financier des hôpitaux corses est lui aussi récurrent.

Dans son rapport de 2017, la Cour des Comptes pointait du doigt la gestion financière des hôpitaux d'Ajaccio et de Bastia en insistant sur une augmentation des charges de personnels sans lien avec l'activité. Dans sa réponse, le directeur de l'Hôpital de Bastia rappelait d'autres éléments handicapant la santé financière des établissements de santé, entre autres, l'insuffisance du niveau du coefficient géographique. :

*“ Un relèvement du coefficient géographique apparaît légitime suite aux travaux demandés par la Ministre des affaires sociales et de la santé. Les travaux réalisés montrent en effet de nombreux surcoûts sous-évalués dans le relèvement du coefficient en 2012 : coût moyen horaire du personnel hospitalier public 9,5 % supérieur en Corse par rapport à la moyenne France entière (source DREES 2016), coût des médicaments 5,3 % supérieur (source ATIH-DGOS), coût de la maintenance biomédicale 30 % plus cher (étude FHF), coût des gaz médicaux 20 % plus cher (étude FHF), coût de l'alimentation 8,7 % plus cher (source INSEE), coût du traitement des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) 106 % plus onéreux que sur le continent (données PHARE), coût des transports 6,5 % plus cher que sur le continent, coût des déplacements des personnels 88 % plus élevé □ (source DGOS), surtout de la construction estimé à 30 % du fait*

<sup>12</sup> "Hôpital de Bastia : La CGT dénonce la fermeture de deux salles au bloc opératoire", Corse Net Info, juin 2017.  
[https://www.corsenetinfos.corsica/Hopital-de-Bastia-La-CGT-denonce-la-fermeture-de-deux-salles-au-bloc-operatoire\\_a27892.html](https://www.corsenetinfos.corsica/Hopital-de-Bastia-La-CGT-denonce-la-fermeture-de-deux-salles-au-bloc-operatoire_a27892.html)

*de l'absence des majors du bâtiment et travaux publics sur l'île...L'ensemble de ces données comparatives plaident pour un relèvement du coefficient géographique de 2 à 3 %. Il est à noter qu'un point correspond à 600 K€ pour le CHB <sup>13</sup>*

Malgré le passage du coefficient géographique de 8 à 11 % en 2017, celui-ci est encore jugé insuffisant par les professionnels<sup>14</sup>.

Le directeur a également rappelé que certaines activités ne sont pas “rentables”, compte tenu de la démographie. Ainsi, la tarification à l'activité n'est pas de nature à compenser seule les frais de fonctionnement.

*“La T2A ne garantit pas la pérennité économique de certaines activités et présente à terme un risque pour la continuité territoriale des soins, en raison de la faible densité des bassins de population corses et de volumes de séjours insuffisants pour assurer l'équilibre médico-économique entre les charges d'exploitation et les produits T2A de ces activités. Les travaux conduits ont mis en évidence un déficit structurel de 3,3 M€ sur 5 activités étudiées par le CHB : l'obstétrique et la néonatalogie (impact de la baisse de la natalité), la réanimation et la cardiologie interventionnelle (services recours au niveau départemental pour un bassin de population de 142 000 habitants), la neurochirurgie (service de recours régional pour un bassin de population de 327 000 habitants). Ces activités ne peuvent être arrêtées.”*

Enfin, le directeur indiquait que les charges de personnels médicaux renvoyait à l'obligation de recourir à des praticiens remplaçants face à un taux de vacance de postes élevé notamment dans les domaines de l' “imagerie médicale, anesthésie-réanimation, pédiatrie (jusque fin 2015), gynécologie-obstétrique, néphrologie (centre de dialyse), chirurgie vasculaire, neurochirurgie, psychiatrie...” avant de poursuivre qu'en 2016, seulement 2 candidatures ont été reçues pour 27 postes déclarés vacants.

Ces vacataires représentent un surcoût auquel s'ajoutent leurs frais de transport et d'hébergement.

**Face à ces différents constats, il est nécessaire de repenser le secteur de la santé en Corse par une approche structurelle, globale. La gestion au cas par cas des difficultés relevées ne permettrait pas la mise en place d'un système efficient et résistant. Les évacuations sanitaires et déplacements médicaux ne doivent plus être la règle. C'est pourquoi investir dans les structures de soin, opérer une montée en gamme des hôpitaux les rendant plus attractifs, former**

---

<sup>13</sup> Les hôpitaux d'Ajaccio et de Bastia : une situation financière compromise par une augmentation des charges de personnel sans lien avec l'activité, rapport public annuel 2017.

<sup>14</sup> “Santé : La hausse du coefficient géographique (+3%) jugée insuffisante”, Corse Net Info, février 2017.  
[https://www.corsenetinfos.corsica/Sante-La-hausse-du-coefficient-geographique-3-jugée-insuffisante\\_a25994.html](https://www.corsenetinfos.corsica/Sante-La-hausse-du-coefficient-geographique-3-jugée-insuffisante_a25994.html)

et aider à l'installation des jeunes médecins en mettant en place des mesures incitatives adaptées aux réalités du terrain, sont devenus des impératifs pour envisager une vraie politique de la santé véritablement appropriée et territorialisée.

C'est dans cette situation préoccupante que s'est déclarée la crise sanitaire de la COVID-19 en février 2020.

## B. La crise sanitaire de la COVID-19 en Corse

Dès le début de la crise, des contraintes extérieures se sont imposées à la Corse. Toutefois elles ont été accentuées par les lourdeurs administratives et des difficultés d'un système déjà en souffrance. Palliant certaines lacunes avérées, de nombreuses initiatives locales ont été prises, de la part tant des personnels soignants, des particuliers, des salariés, des chefs d'entreprises ou des collectivités que des chercheurs et des universitaires.

### Déficit en lits de réanimation

Le Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-2023<sup>15</sup> de 2018, a fait un diagnostic de la situation de la prise en charge des soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue).

Données 2016	lits	Capacité théorique	Nombre suppléments	Taux d'occupation * en %
CH Ajaccio REA	10	3660	3023	82,60%
CH Ajaccio SI issus de REA		0	197	
CH Ajaccio SC	5	1830	1257	68,7%
Clinisud	8	2928	1399	47,8%
Polyclinique du Sud de la Corse SI	4	1464	1051	71,8%
CH Bastia REA	8	2928	2935	104,8%
CH Bastia SI issus de REA		0	134	
CH Bastia SC	4	1464	670	45,8%
Polyclinique de Furiani SC	5	1830	608	33,2%

SI : soins intensifs / SC : soins continus / REA : réanimation

\* pour les journées valorisées, ne prend pas en compte les journées non valorisées

<sup>15</sup> [https://www.corse.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ARS\\_SRS\\_final\\_19%20f%C3%A9v%202019.pdf](https://www.corse.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ARS_SRS_final_19%20f%C3%A9v%202019.pdf)

Selon le SRS, la Corse comptait en « temps normal » 22 lits de réanimation et de soins intensifs, soit 6,66 lits pour 100 000 habitants alors que la moyenne française se situait à 11,6 lits<sup>16</sup>. Quant aux lits de réanimation proprement dits, la Corse était également sous-équipée : 5,45 lits pour 100 000 habitants contre une moyenne de 7,6 en France.

Une des actions envisagées par le schéma à l'horizon 2023, était « d'assurer un capacitaire en lits de réanimation ... en lien avec le projet médical partagé des GHT permettant d'absorber l'évolution de 1.1% de la démographie depuis 2008 (versus 0.5% France Cf. ORS) et l'impact de la saisonnalité... ».

Dès le mois de février 2020, alors qu'ils s'apprêtaient à prendre la vague épidémique de plein fouet, nombreux ont été les professionnels de santé à tirer la sonnette d'alarme sur la sous-capacité des services de réanimation. Malgré leur mobilisation rapide le matériel a manqué, notamment les appareils à ventilation mécanique indispensables dans le processus de soin des patients en détresse respiratoire. Grâce à la réactivité des personnels soignants, les possibilités de prise en charge des patients, ont pu être revues à la hausse dans les hôpitaux. Toutefois, elles n'ont pas suffi à aborder sereinement l'arrivée d'une « vague » de patients dont le pronostic vital a été engagé, raison pour laquelle 12 patients de l'hôpital d'Ajaccio ont dû être transférés dans des hôpitaux marseillais le 22 mars.

**Si cette opération « Tonnerre » a été présentée comme l'effet d'une bienveillance particulière à l'endroit de l'île, elle n'était que la conséquence de l'incurie et de l'existence d'une situation discriminatoire pénalisante pour les Corses.**

20

### Pénurie de masques

La doctrine de l'Etat en la matière a été, pour le moins, fluctuante. La pénurie de masques, dès le commencement de la crise et alors que le pic de l'épidémie était atteint, est un fait incontestable.

### Absence de suivi épidémiologique

L'utilité d'une enquête de prévalence en Corse, conçue et sollicitée par des scientifiques et des médecins, a été exposée au Premier ministre le 22 avril. La prévalence est un outil de l'épidémiologie. Elle permet d'obtenir des données de résistance et de patients traités. L'enquête aurait consisté à évaluer la proportion de sujets contaminés par le coronavirus dans la population insulaire, quel que soit leur état clinique (porteur sain ou symptomatique), dans la perspective du déconfinement.

<sup>16</sup> <https://fr.statista.com/infographie/21152/nombre-de-lits-de-soins-intensifs-pour-100-000-habitants-par-pays/>

La prévalence réelle d'une pathologie est une aide à la décision. A la date du 22 avril, la Directrice générale de l'ARS déclarait que l'agence accompagnerait la démarche

Aujourd'hui, le dossier est en souffrance à la CPAM/CNAM qui bloque l'utilisation de sa database indispensable pour faire l'échantillonnage. Cette étude aurait pu et dû être d'ores et déjà réalisée, analysée et publiée.

### Décision tardive pour autoriser les analyses en Corse

La territorialisation du dépistage aurait permis un gain de temps important qui se serait répercuté sur la prise en charge des éventuels patients. Il fallait donc plus de diagnostics et aller vite en réduisant les délais inhérents à tout transfert d'analyses sur le continent. Un paramètre temps qui était capital dans la lutte contre la propagation du virus.

Alors qu'il y avait un besoin d'effectuer un grand nombre de tests, ne serait-ce que pour lever le doute sur les personnes qui avaient contracté un rhume de saison ou la grippe, les analyses étaient effectuées à l'hôpital de la Timone et à l'Institut Pasteur avec un temps d'attente des résultats de 48h.

La demande de pouvoir réaliser les analyses des tests en Corse, a été formulée par les responsables politiques très tôt. Le 28 février l'ARS répondait que l'habilitation était en attente. Les premiers tests ont été analysés à l'hôpital de Bastia le 28 mars.

Par ailleurs, le 6 mars 2020, au cours de la réunion de la Conférence des Présidents de l'Assemblée de Corse, en présence du Préfet de Corse et de la Directrice de l'ARS, le Président de l'université de Corse indiquait que le laboratoire de virologie était en capacité d'analyser les prélèvements. L'autorisation de procéder aux analyses des prélèvements dans le cadre de la pandémie du Covid-19 a été donnée au laboratoire le lundi 30 mars, à « titre provisoire et exceptionnel », selon les termes de l'ARS.

### Absence de prise en compte des caractéristiques de la Corse

La Corse présentait deux facteurs aggravant en cas d'épidémie en particulier celle de la CoViD-19 : l'insularité et le nombre élevé de personnes âgées. L'attention des autorités sanitaires a été attirée sur ces deux facteurs dès la fin du mois de février. A ce moment-là, alors que l'on avait encore la possibilité de contenir l'épidémie, aucune mesure adaptée à la situation particulière de la Corse n'a été appliquée.

Il est reconnu que lors d'une épidémie, l'insularité peut se révéler être à la fois un avantage et un inconvénient. Elle est une frontière naturelle si le virus n'a pas encore pénétré sur le territoire. Elle favorise sa propagation s'il est déjà présent. En toute connaissance de cause et au regard de l'aggravation de la situation sur l'autre rive de



la mer Tyrrhénienne, nous avons demandé dès la fin du mois de février, la suspension des liaisons maritimes avec l'Italie. Ce qui a été constamment refusé au prétexte que le virus ne connaissait pas les frontières. Il a fallu attendre le 17 mars et le confinement, pour que l'État français autorise la restriction des flux de passagers depuis la France et l'Italie, alors même que tous les États avaient déjà fermé leur frontière avec l'Italie.

## PARTIE II

# LES PROPOSITIONS VISANT A AMELIORER LE SYSTEME DE SANTÉ ET L'OFFRE DE SOINS EN CORSE

---

Les propositions se décomposent en sept objectifs :

- Construire une stratégie territoriale de la santé
- Créer un CHR-U multi-site et une Assistance Publique Corse à conseil de surveillance unique
- Transférer la compétence santé à la Collectivité de Corse
- Valoriser les compétences, les formations et les rémunérations
- Autonomiser le régime maladie
- Faire reconnaître le surcoût de fonctionnement
- Assurer l'équité dans l'accès aux soins

### Objectif 1: construire une stratégie territoriale de la santé

23

---

L'offre de soins sur Porto-Vecchio est un exemple symptomatique des problématiques qui se posent en Corse. Même si les difficultés relevées sont différentes sur chaque partie du territoire insulaire, cet exemple est significatif de la situation générale. Il convient cependant de souligner que chaque territoire présente son propre éventail de problématiques qui ne pourront pas être résolues par des solutions génériques proposées à l'ensemble des territoires.

Les professionnels de santé ont ainsi identifié :

- Un turn-over important du personnel médical.
- Une activité du territoire mal captée, mais sans fuites massives : 64% des accouchements, 50% de l'activité chirurgicale. Au total, une très faible attractivité pour la zone du grand sud.
- Une qualité de prise en charge mise en cause par les usagers et les professionnels.
- Une segmentation de l'offre de soins sur la ville : clinique, antenne SMUR, centre d'imagerie et de consultations face à la clinique sans concertation voir en concurrence.

Dans la prise en compte de ces problématiques, deux **approches sont possibles** :

- **Une approche de type contrôle.** Analyse de l'adéquation des moyens et des ressources aux résultats en matière d'offre de soins et de prise en charge. L'inconvénient sera de mettre en œuvre une approche subie et très locale, avec le risque de ne jamais voir se mettre en place une réelle dynamique de projet.
- **Une approche globale** Dans la logique d'un projet de santé de la Corse, où chacun des acteurs de santé du territoire devra prendre sa place dans un schéma régional de l'offre de soins coordonnée.

## A. La problématique globale de l'offre de soins sur l'ensemble de la Corse

Celle-ci est marquée par :

- Une offre multiple reposant sur **12 établissements publics et privés**. Une offre pléthorique en regard de la population mais avec des établissements indispensables en matière de proximité (géographie et distance). Une offre enfin qui ne donne pas satisfaction à la population.
- Une offre de soins dont l'adéquation aux besoins de la population en particulier en proximité reste à valider et à construire pour rationaliser et adapter l'offre aux besoins.
- Une offre de soins qui va nécessiter à terme des **investissements importants**, en particulier en matière architecturale : CH de Bastia, CH de Corti, CH de Castelluciu, entre autres.

La question fondamentale est donc de **valider un schéma de développement de l'offre de soins**, centré sur les prises en charge spécialisées dans les 2 centres de références en lien avec des prises en charge de proximité.

**Les axes d'une future stratégie régionale** reposent sur :

- La coordination des **partenariats publics privés** afin d'éviter les doublons et activités concurrentielles ;
- Le développement des prises en charge coordonnées, comme celle de l'institut du sein de Bastia ou l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) commune ;



- L’articulation et la gradation des prises en charges avec les projets locaux de territoire comme celui de la Plaine orientale.
- La suppression de la **barrière départementale 2A et 2B** même si les territoires sont individualisés à l’heure actuelle.
- Un raisonnement fondé non plus sur des frontières géographiques mais sur des **flux de populations et des temps d’accès** au sein d’une même zone géographique : la Corse

## B. L’ensemble de ce travail nécessite un diagnostic précis

- Une analyse précise des **besoins et déterminants de santé** ;
- Une analyse précise des **besoins et des flux patients par territoire** ;
- Un **diagnostic** précis de chacun des territoires et de chacun des établissements en terme quantitatifs et qualitatifs ;

Ce diagnostic doit conduire à proposer :

- Un **schéma de prise en charge territorial** regroupant les prises en charge de chaque territoire qui seront à valider,
- Un **schéma de prise en charge régional** en réponse aux besoins de santé des différents territoires,
- Des choix stratégiques de centrer les prises en charge sur les axes prioritaires répondant aux besoins de santé,
- Des solutions innovantes pouvant répondre à ces besoins,
- Un **projet d’attractivité pour les professionnels** de santé,
- Les **formations** à mettre en place (IBOD...), au plus près des personnels,
- Les **adaptations fiscales** (CIC) pour les établissements comme pour les professionnels de santé,
- Une analyse médico économique qui prenne en compte :
  - Les volets d’investissements,
  - Mais aussi les volets de fonctionnement.
- Un **schéma d’attractivité médicale** de ce projet sur l’ensemble des structures de prise en charge.,

- Un schéma de mise en œuvre et de coordination à 5 et 10 ans.

### C. Les points de vigilance principaux devant être soulignés

- **L’articulation de cette démarche et du Schéma régional de santé.** L’interaction et la concordance sont fondamentales et imposent que la démarche soit lancée rapidement afin d’éventuellement interagir sur le PRS.
- Le positionnement de cette démarche dans le cadre des nouvelles dispositions législatives sur les expérimentations en santé en sachant le caractère aléatoire de ces dispositifs dont la pérennité n’est pas garantie.
- La coordination avec les tutelles, tant régionales avec au premier plan l’ARS, que nationale au ministère, est obligatoire à titre transitoire, en attendant le nécessaire transfert de la compétence santé à la Collectivité de Corse (voir infra).
- La **mise en place d’une gouvernance de la démarche** avec un comité de pilotage regroupant les représentants des établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), les représentants des professionnels de santé et les responsables politiques de la Corse.

### Objectif 2 : créer un CHR-U multi-site et une Assistance Publique Corse à conseil de surveillance unique

Un Centre Hospitalier Régional et Universitaire exerce plusieurs missions :

- L’enseignement et la formation des étudiants médicaux et paramédicaux organisées par l’Université ;
- La recherche qu’elle soit clinique, fondamentale ou translationnelle pilotée par l’Université, l’INSERM ou le CNRS;
- L’activité de recours et de référence, concernant les maladies rares;
- Grâce à un plateau technique performant, il assure l’ensemble des activités diagnostiques et thérapeutiques de recours : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, grands brûlés, médecine nucléaire, assistance médicale à la procréation...
- Certaines missions d’intérêt général.

Il concentre autour du soin, de l'enseignement et de la recherche le fleuron, des praticiens dans une unité de lieu, de temps et d'action. Les plans de carrière sont plus avantageux pour les agents.

La plus-value du « U » (convention avec une université) est une qualité des soins qui passe par la quête de nouveaux matériels, de nouvelles molécules, de nouvelles approches du malade et de sa maladie.

Le CHRU bénéficie des financements spécifiques et les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation.

Des mesures incitatives pourraient accompagner la création du CHR, afin de recruter les praticiens hospitaliers universitaires (PHU). Leur présence constituerait une plus-value en termes tant d'expériences qu'ils apporteraient que de connaissances qu'ils transmettraient. En assurant la formation des étudiants en stage dans leurs services, les PHU pourraient contribuer à créer les conditions nécessaires à la fondation de la future école de médecine de Corse.

La création de l'Assistance Publique Corse (AP) permettrait un maillage essentiel pour la proximité des soins et la prise en charge de la première urgence sanitaire. Comme d'autres l'ont fait par le passé (Metz-Thionville par exemple) ou plus récemment depuis 2012 (CHR Poitiers-Montmorillon, CHR Martinique : Fort de France-Trinité, Louis Domergue), il serait judicieux de constituer avec les 6 structures publiques, une Assistance Publique Régionale à Conseil de Surveillance unique, laquelle serait érigée en CHR et disposerait, à ce titre de la personnalité morale et des moyens qui vont avec.

## A. La gouvernance et la structuration fonctionnelle du projet de santé territorial

- La mise en œuvre de ce projet nécessite la mise en œuvre d'un **projet de gouvernance commun** des établissements de la Corse.
- Elle reposera sur **l'intégration de l'ensemble des structures** de soins en partant des structures de soins primaires pour aboutir aux **deux centres de référence** d'Ajaccio et Bastia en passant les centres intermédiaires comme le CH de Corte, celui de Sartène, celui de Bonifacio, celui de Calvi.
- **L'association des acteurs du privé** et tout particulièrement au moyen de conventions de partenariat.

- L'organisation se basera, en l'adaptant aux spécificités de la région, des organisations déjà en place du type du CHR de Metz-Thionville voire des structures de type **Assistance publique**.

## B. La dimension médico économique et financière

Cette **dimension** est **fondamentale** à prendre en compte dans cette démarche. Elle doit porter sur les domaines prioritaires suivants :

- La **capacité d'investissement et l'endettement des établissements,**
- **L'arrêt** dans les années à venir des « **perfusions** » financières des établissements sans trajectoire de rétablissement de l'équilibre médico économique des établissements,
- La prise en compte en retour des investissements nécessaires et indispensables pour assurer la mise en place des projets architecturaux nécessaires à la qualité d'accueil et de prise en charge des patients.

## C. Les moyens de la mise en œuvre de la refonte

Le **point central** du dispositif reste la **définition d'une structure de type CHR** pour l'île.

Il s'agit de réparer une anomalie : administrativement, la Corse est la seule région sanitaire qui ne dispose pas de structure de cet ordre alors même que ces deux éléments constitutifs sont juridiquement corrélés.

La population sanitaire en fait souvent et publiquement la remarque.

Une constatation s'impose : les deux structures principales, de type CHG, sont de composition identique et aucune des deux ne saurait se prévaloir d'une prééminence de moyens ou de technicité pas plus que d'une attractivité à orientation régionale. Chacune, aussi, a, dans son territoire, deux établissements de proximité (ex hôpitaux locaux).

En conséquence, il n'est pas possible d'envisager dans un premier temps, une attraction des structures vers un pôle unique sous un mode fusionnel.

En respectant le cadre réglementaire, et si la volonté de corriger l'anomalie préjudiciable existe politiquement, il est possible d'imaginer une restructuration globale permettant de corriger la spécificité de notre armement hospitalier et lui donner une perspective d'avenir.

**L'architecture** serait complétée par la mise en place (obligatoire) d'un **Groupement Hospitalier de Territoire pour chacun des deux secteurs**, groupements auquel le CHR serait associé, chaque groupement devant promouvoir en plus une **convention d'association avec les structures privées, les unités de psychiatrie** et jusqu'aux **maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)** créées ou à créer.

Dans le respect des conclusions de l'étude figurant aux points précédents, les GHT auront pour mission de mettre en place une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et la création d'un dossier médical partagé. La coordination se ferait automatiquement à travers le réseau CHR-GHT pour obtenir la coordination des activités médicales et les planifications d'activités utiles.

## D. Une nouvelle organisation hospitalière

Dans cette nouvelle organisation, c'est l'entité des structures qui fait l'objet de l'érection institutionnelle : il n'y a pas de fusion-absorption.

Il faut comprendre que le système a vocation à fédérer les structures pour leur donner l'énergie d'entrer dans un processus dynamique de mobilisation du moyen au service du malade, en respectant les objectifs de proximité imposés par le relief, mais en imposant tout autant un meilleur recours aux deux structures phares, de nature, par ce parcours, à éviter la fuite coûteuse et socialement peu supportable, vers les unités continentales.

**La structuration en AP donne la possibilité d'avoir une vision globale et décroisée du moyen à disposition, du moyen à améliorer pour mettre en œuvre le projet de santé**, de supprimer les fausses sécurités, de réaliser une vraie collaboration à laquelle les structures publiques ne pourront échapper tandis que les établissements privés auront grand intérêt à s'associer pour ne pas se marginaliser et rater le train de la réforme.

Le conseil de surveillance de ce nouveau CHR disposera de pouvoirs de direction réglementaires ainsi que d'une direction générale, chaque établissement maintenant par ailleurs sa direction propre placée sous l'autorité hiérarchique du DG-CHR.

Chaque structure participe au Conseil de Surveillance qui intègre les élus désignés par chaque collectivité d'implantation concernée. La présidence est assurée par rotation, et par mandat de trois ou quatre exercices, par le Maire d'Ajaccio et celui de Bastia.

## E. Les nouveaux moyens d'un nouveau rôle

Une nouvelle instance décisionnelle, et conforme au cadre réglementaire ayant une vision globale du potentiel de soin, de son efficacité et de sa nécessaire évolution pour mettre en place le projet défini, est de nature à redonner confiance à la population et à remobiliser les intervenants sur un tracé partagé et ouvert.

**La notion de CHR implique des moyens nouveaux et adaptés aux situations.**

Ces moyens sont réglementaires, notamment dans la fixation des dotations financières hors facturation à l'activité propre aux établissements, et dans l'attraction qui peut résulter auprès des internes de spécialité et des PH qui accepteront plus facilement des choix s'ils sont sollicités par le label de CHR qui leur offre des perspectives de carrière plus intéressantes.

30

Ce dernier point est essentiel, notamment pour recréer la confiance. A l'heure actuelle, ce sont **plusieurs dizaines de postes PH qui sont non pourvus dans les deux CHG cumulés. Dans les circonstances actuelles, il reste illusoire d'attirer de nouveaux professionnels.** Il est fondamental de traiter cette question, qui dépasse largement la seule approche matérielle de l'état des structures, faute de quoi le système actuel ne pourra que périr : même si les structures sont améliorées, elles ne redeviendront attractives que si des perspectives sont offertes à ceux qui pourraient les rejoindre.

**Le CHR permettra de réserver leur premier poste de PH aux deux CHG de proximité, permettant à ces nouveaux PH** férus de connaissances très spécialisées de se confronter à la réalité du terrain et d'apporter à la population qui se sent délaissée de par son grand âge, par la géographie, ou son milieu social, des médecins de haut niveau avec une vision nouvelle. En médecine comme en bien d'autres domaines, même si le moyen à disposition est important, **la principale richesse ce sont les femmes et les hommes.**

Le moyen matériel ne doit pas être négligé pour autant. Il a été indiqué que le fonctionnel financier du CHR serait automatiquement valorisé dans l'application même des dispositions existantes.

En matière structurelle, on peut tenir pour acquises les annonces faites par la Présidence concernant les deux CHG.

Cela ne suffira pas à assurer une évolution pérenne du maintien à niveau des investissements : la situation financière des structures le démontre sans équivoque.

Le CHR nouveau, doté de la personnalité morale, doit cependant pouvoir bénéficier de son propre pouvoir d'action pour assurer la viabilité du dispositif et son inscription dans la durée.

Il sera donc proposé de regrouper ce moyen financier annuel et pérenne et de confier au CHR pour assurer, au travers de l'AP, et dans le respect strict du projet établi comme indiqué, le financement des équipements, même en définissant au besoin des programmes pluriannuels.

Les établissements privés sont naturellement éligibles, pour autant qu'ils aient manifesté leur adhésion au GHT et devenus associés dans la mise en place du projet partagé tel que défini par l'étude. Dans ce cadre, et naturellement encore, les structures privées articulées sous le mode SCI ne seront pas éligibles pour ne pas associer des financements publics à un enrichissement patrimonial induit, d'autant que les SCI bénéficient déjà d'un régime fiscal intéressant.

Le reste des dispositifs réglementaires déjà en fonction, comme pour les maisons de santé pluriprofessionnelles par exemple, demeure bien entendu.

Il reste que ce dispositif nouveau présente l'avantage de ne plus solliciter le pouvoir central pour des mesures ponctuelles et plus coûteuses comme ces dernières années, et de confier la gestion de l'offre de soins à une structure unique et opérationnelle engagée sur un projet partagé.

La labellisation de CHR permettra la création d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) par convention avec les facultés de médecine existantes, prolongeant ainsi la formation de la Faculté de Médecine de l'Université de Corse. Il convient en outre de noter que 60% des internes exerçant en milieu libéral s'installent dans la Région où ils ont été formés. La formation des internes de médecine devrait donc permettre de lutter plus efficacement contre la désertification médicale de la Corse.

La **collaboration du Centre National d'Expertise Hospitalière** serait précieuse car cet organisme a déjà travaillé pour le GHT de Haute-Corse, divers établissements de l'île ainsi que sur le projet médical de la Plaine Orientale. Ce travail prendrait un exercice.

Dans le même temps, et en association, il faudrait lancer la **concertation sur la création de l'AP** au terme de laquelle il conviendrait de nommer (Ministère) un DG préfigurateur. La collaboration de l'IGAS serait opportune.

En toute hypothèse, seule une approche globale sur un projet bien défini, est de nature à sortir du marasme que constitue la situation physique et financière de l'offre de soins dans l'île.

L'acceptation de ces propositions et leur mise en place sont de nature à apporter la preuve qu'une gestion locale mais réellement opérationnelle, sous des formes déjà établies ailleurs, demeure la seule solution pour restaurer et améliorer.

### **Objectif 3 : transférer la compétence santé à la Collectivité de Corse**

Cette revendication était justifiée bien avant la crise sanitaire.

Ainsi, dans un article publié le 13 mars 2019 dans les Echos<sup>17</sup> Cedric Arcos<sup>18</sup>, et Guy Vallancien<sup>19</sup> plaidaient pour une décentralisation du système de santé. Ils affirmaient « Il y a urgence à sortir de l'actuel système vertical télécommandé depuis Paris pour impliquer très fortement les régions et les élus locaux qui connaissent le mieux les enjeux et les acteurs intervenant au quotidien ».

Ils dénonçaient : « ... nous observons un puissant mouvement de centralisation avec le « succès » que chacun connaît : des dépenses qui explosent, des inégalités sociales et territoriales qui se creusent, des hôpitaux en crise profonde de sens, des médecins libéraux perdus dans une emprise administrative croissante et des patients plus que jamais inquiets pour l'avenir. Le pouvoir central continue à garder jalousement la haute main sur la gestion du système de soins, réduisant les agences régionales de santé (ARS) à de simples courroies de transmission ».

« Ce schéma répond directement aux préoccupations des Français qui ne veulent plus dépendre systématiquement de la capitale à coups de décrets, circulaires et arrêtés stérilisants souvent rédigés plus par précaution que par nécessité ».

Un an après, jour pour jour, les faits ont donné raison à Cédric Arcos et à Guy Vallancien.

---

<sup>17</sup> <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/decentralisons-la-sante-962554>

<sup>18</sup> Maître de conférences à Sciences Po Paris et directeur général adjoint au conseil régional d'Île-de-France.

<sup>19</sup> Chirurgien et universitaire, membre de l'Académie nationale de médecine. et membre de l'Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques (OPECST). Il a fondé et préside la Convention on Health Analysis and Management (CHAM).



## **Objectif 4: valoriser les compétences, les formations et les rémunérations**

Nous soutenons fortement les personnels soignants dans leurs revendications relatives à la reconnaissance de leurs métiers et de leurs carrières, à la revalorisation de leurs rémunérations et à l'adaptation des formations, aux moyens nécessaires pour assurer une offre de soins de qualité. **Toutefois, nous souhaitons porter un éclairage particulier sur les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).**

Le souhait d'autonomie résidentielle ou de maintien à domicile, observé partout en Europe, est particulièrement marqué en Corse. Selon l'INSEE<sup>20</sup>, la Corse compte près de 30% de personnes de plus de soixante ans et 15 000 personnes dépendantes âgées de 60 ans ou plus, ayant à la fois besoin de soins médicaux et d'assistance dans leur vie quotidienne. 88 % des seniors dépendants vivent à domicile.

Cela peut s'expliquer par plusieurs caractéristiques insulaires. D'une part, les seniors demeurent souvent en famille. Cohabiter avec des proches durant la vieillesse est un mode de vie privilégié en Corse. D'autre part, la présence des aidants familiaux constitue un facteur important de maintien à domicile et cette implication est prégnante en Corse : 24% des personnes âgées dépendantes déclarent être plus souvent aidées par leur entourage. Enfin, le maintien à domicile nécessite des aides extérieures pour 31 % des seniors dépendants.

L'étude de l'INSEE met en perspective le moindre recours aux établissements avec la faiblesse du niveau de revenus des personnes âgées et ce en dépit des aides disponibles. Alors que la capacité d'accueil en EHPAD est de 2000 lits en 2015, leur taux d'occupation moyen n'atteint que 86 % en 2016. L'étude montre qu'au niveau des régions françaises, la part des seniors en établissements est d'autant plus faible que leur taux de pauvreté est élevé. Cette tendance est accentuée en Corse par le coût élevé des chambres en EHPAD. La moitié des chambres coûte plus de 75 euros par jour en Corse-du-Sud et plus de 72 euros en Haute-Corse contre 59 euros en France. L'offre d'hébergement à prix modéré est en particulier moins importante en Corse-du-Sud : neuf chambres sur dix coûtent plus de 70 euros contre 50 euros en France.

À l'horizon 2030, si la répartition entre domicile et établissements reste stable, l'INSEE prévoit que 18 600 seniors dépendants résideront dans leur logement et 2 400 dans un hébergement spécialisé. Ce seront ainsi 40 % de seniors supplémentaires qu'il conviendra d'accompagner à domicile. Les organismes d'aide au maintien à

---

<sup>20</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4126110>

domicile, quelles que soient leurs formes juridiques, ainsi que les aidants sont donc le rouage majeur de la prise en charge de nos anciens.

Les structures, dont le cœur des interventions relève de l'aide à domicile des personnes âgées et handicapées, comptent pour un salarié sur trois des services à la personne sur l'île contre un sur quatre en France. Or le salariat du secteur SAD est peu valorisé. Il est très majoritairement composé de femmes, souvent en situation de famille monoparentale, à temps partiel.<sup>21</sup>

Ce salariat semble être le grand oublié non seulement de la crise, mais aussi en temps « normal ». Pourtant ce personnel était en première ligne. Il n'a pas failli et a permis à des milliers de personnes dépendantes de vivre dignement pendant le confinement. C'est pourquoi ce serait lui rendre justice que d'étendre le champ de la concertation à la valorisation, la reconnaissance et la rémunération des métiers du SAD. En permettant le maintien à domicile des personnes âgées, dépendantes ou handicapées, ce salariat est un des acteurs majeurs de la santé.

**Son renforcement, sa reconnaissance et la réévaluation du statut de ses salariés constitue à la fois un acte élémentaire de justice sociale et une option stratégique en termes de santé publique.**

34

## **Objectif 5 : autonomiser le régime d'assurance maladie**

La situation milite pour que les institutions soient dotées d'un pouvoir législatif et réglementaire afin de pouvoir édicter des règles en adéquation avec la réalité. L'objectif étant de doter la Corse d'un système de santé moderne et pérenne digne du XXIème siècle et d'adapter le régime de la maladie à l'île, à l'instar de celui qui est en vigueur en Alsace-Moselle.

L'Alsace et la Moselle comptent, en effet de nombreux particularismes dont le régime d'Assurance maladie. Ayant des origines historiques, ce régime repose sur un principe d'autonomie. Il est géré par un conseil d'administration composé de 34 membres titulaires nommés pour six ans, et issus pour la plupart d'organisations syndicales de salariés. Il est uniquement financé par les cotisations des salariés, retraités ou chômeurs qui n'ont pas besoin, en conséquence, d'adhérer à une assurance complémentaire ou à une mutuelle.

---

<sup>21</sup> [www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2018-3-page-31.htm](http://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2018-3-page-31.htm) les niveaux de rémunération sont faibles.

Ce régime permet à ses adhérents de bénéficier de versements complémentaires, en plus des remboursements alloués par l'Assurance maladie aux salariés inscrits au régime général. Ils sont donc mieux pris en charge pour leurs dépenses de santé. Ce régime est solidaire : la cotisation est proportionnelle aux revenus, ne varie pas selon le nombre d'ayants droit du foyer et n'augmente pas avec l'âge. Son but est d'améliorer les prestations offertes par la Sécurité Sociale française. Pour toutes prestations ayant trait à la maternité, aux prestations familiales, aux accidents du travail ou au décès, les directives prévues par le régime général sont appliquées.

Ce régime possède également un champ de compétences dans le domaine de l'assurance vieillesse et invalidité pour les personnes ayant exercé une activité salariée en Alsace-Moselle avant le 1er juillet 1946.

### **Objectif 6 : faire reconnaître le surcoût de fonctionnement des structures hospitalières**

Il convient de rechercher les moyens financiers dans la combinaison de dispositifs nouveaux et de dispositifs déjà en place.

En tout état de cause, le coefficient géographique doit être ajusté à la hauteur des besoins de la Corse. Il est évident qu'avec un coefficient géographique de 11%, l'île est sous dotée au regard de ses surcoûts liés à l'insularité. **Le passage à 15%, soit 4 points de plus, équivaldrait, au regard des dépenses actuelles constatées, à une charge supplémentaire pour l'Assurance Maladie, de l'ordre de 20 M€.**

35

### **Objectif 7 : assurer l'équité dans l'accès aux soins**

Il s'agit d'établir l'équité dans l'accès aux soins entre les assurés résidant en Corse et les autres, grâce d'une part à l'adaptation des règles édictées par le Code de la sécurité sociale dans ses articles R 322-10-4 et R 322-10-7 et d'autre part au vote d'un article spécifique à la Corse dans le Code de la sécurité sociale.

Ainsi l'article R 322-10-4 du Code de la sécurité sociale pourrait intégrer la dispense d'entente préalable pour les Corses par l'ajout aux a) et c) dudit article de la mention suivante : « à l'exception des Affection de Longue Durée (ALD) nécessitant une spécialité inexistante en Corse ».



De même l'article R322-10-7 pourrait permettre de prendre en compte un deuxième accompagnant par l'ajout de l'alinéa suivant : « Les frais de transport d'une deuxième personne accompagnant un assuré sont pris en charge lorsque l'Assuré est un mineur en Affection de Longue Durée qui relève d'une spécialité inexistante en Corse ».

Enfin, un nouvel article du Code de la sécurité sociale pourrait prévoir le remboursement des frais d'hébergement exposés par un assuré, un ayant droit ou par une personne accompagnant un assuré ou un ayant droit résidant en Corse lorsque ce dernier souffre d'une Affection de Longue Durée nécessitant une spécialité inexistante en Corse.